



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS NA RELAÇÃO
MÉDICO-DOENTE EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR:

Um Estudo Empírico em Contexto de Consultas Privadas

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau
de Doutor em Ciências da Comunicação

por

Sandra de Castro Guimarães Mieiro

Faculdade de Ciências Humanas

Setembro de 2021



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS NA RELAÇÃO
MÉDICO-DOENTE EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR:

Um Estudo Empírico em Contexto de Consultas Privadas

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau
de Doutor em Ciências da Comunicação

por

Sandra de Castro Guimarães Mieiro

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação:
Professora Doutora Cristina Tavares Salgado

Setembro de 2021

RESUMO

(...) O conhecimento não é uma coisa pura, independente dos seus instrumentos e tão pouco dos seus utensílios materiais, mas também dos seus instrumentos mentais que são os conceitos; a teoria científica é uma atividade organizadora do espírito, que põe em ação as observações e que, bem entendido, põe também em ação este diálogo com o mundo dos fenómenos (Morin, 1990, p. 42).

O processo de comunicação é um aspeto central na construção de uma relação médico-doente, a qual está no cerne do percurso terapêutico.

Esta investigação explora, assim, o processo comunicacional entre médico e doente numa consulta de medicina geral e familiar, e em que medida as competências de comunicação são exercidas e percecionadas. As competências de comunicação são valorizadas e exercidas pelos médicos? As competências de comunicação dos médicos são valorizadas e reconhecidas pelos doentes?

O projeto de investigação que deu corpo ao documento final desta Tese de Doutoramento apresentou-se como um estudo empírico, construído sobre pesquisa documental e bibliográfica, perscrutadora de raízes, conceitos e utensílios materiais e mentais, norteadores da atividade de pesquisa e da respetiva observação e análise que permitiu acionar o diálogo entre os fenómenos que nos propusemos estudar: a comunicação médico-doente no contexto de uma consulta de Medicina Geral e Familiar, no setor privado da saúde em Portugal.

Este tema despertou em nós um interesse particular, resultado da crescente visibilidade desta questão e do debate gerado em torno do mesmo, quer na comunicação social, quer no contexto da Academia. A relação clínica médico-doente comporta características próprias inerentes aos objetivos dos dois intervenientes, sendo uma construção de uma relação de ajuda. As relações assentam, desde o início, numa vivência afetiva que lhes confere sentido. Por isso, uma comunicação eficaz entre o médico e o doente é uma competência clínica essencial.

Assente numa abordagem interpretativista, esta investigação desenvolve-se num contexto de referências teóricas que permitem a construção de argumentos e hipóteses, que testamos empiricamente, com o objetivo de responder à pergunta de partida: Em que medida as competências de comunicação interpessoal são exercidas pelos médicos numa

consulta de Medicina Geral e Familiar? O enquadramento teórico proposto assenta na tradição sociocultural em Ciências da Comunicação, com contributos de outras tradições do mesmo campo científico.

As abordagens sistémica, micro-analítica, a proxémia e a cinésia foram referências dimensionais para a interpretação do processo comunicacional entre médico e doente. A constituição das ferramentas de pesquisa do trabalho empírico privilegiaram as questões que se prendem com dimensões e variáveis elegíveis no processo comunicacional de relacionamento.

O trabalho empírico desenvolve-se na aplicação de dois questionários online, com métodos mistos de amostragem – um, orientado para médicos, tendo sido obtidos 33 questionários com resposta; e outro, orientado para doentes, tendo sido realizados 481 questionários. Em ambos os questionários foram aplicadas as mesmas questões, englobadas nas dimensões da comunicação efetiva, comunicação verbal, comunicação não verbal e comunicação afetiva. A análise dos resultados obtidos confirma que os médicos apresentam um desempenho positivo na componente comunicacional, em diferentes dimensões analisadas. São identificadas, contudo, nas questões colocadas, algumas lacunas mais específicas que dizem respeito aos fatores relacionados com a preparação da consulta, do resumo da mensagem, do foco no enquadramento cultural e socioeconómico do doente, na expressão vocal e corporal.

Com os resultados alcançados, procurámos estabelecer, quando possível, uma ponte que fomente a sensibilização para a importância da humanização no processo relacional, pressuposto essencial na interação entre Pessoas, em que o Médico e o Doente são os principais protagonistas.

PALAVRAS-CHAVE

Comunicação médico-doente, comunicação interpessoal, competências de comunicação, comunicação em contexto profissional, medicina, medicina geral e familiar.

ABSTRACT

(...) Knowledge is not something pure, separate from its instruments, its material tools or even its mental tools, such as concepts; scientific theory is an organizing activity of the mind, which puts observations into action and which, of course, also puts into action this dialogue with the world of phenomena. (Morin, 1990, p. 42).

The process of communication is a central aspect in building the doctor-patient relationship, which is at the crux of the therapeutic path.

As such, this investigation examines the communication process between doctor and patient within a general practice and family medicine consultation, as well as to what extent communication skills are used and perceived. Are communication skills valued and practiced by doctors? Are doctor's communication skills valued and appreciated by patients?

The investigation project that embodied the final document of this Doctoral Thesis materialised as an empirical study built upon documental and bibliographical research that sought roots, concepts, as well as material and mental tools that led the research activity and the observation and analysis that allows for setting in action the dialogue between the phenomena that we proposed to study: doctor-patient communication within a general practice and family medicine consultation in the private healthcare sector in Portugal.

This topic became of particular interest to us given the growing awareness and debate that has been garnering both in the media and within Academia. The doctor-patient relationship in clinical practice involves particular features that derive from each subject's own goals, becoming the construct of a helping relationship.

Relationships are based from inception upon an affective experience that forms their very sense.

Therefore, effective communication between doctor and patient is an essential clinical skill.

Grounded upon an interpretivist approach, this investigation is carried out within a context of theoretical references that allow for the setting of arguments and hypothesis to be empirically tested so as to provide answers to the initial question: To what extent are

interpersonal communication skills applied by doctors within a general practice and family medicine consultation?

The proposed theoretical framework relies on a sociocultural approach within Communication Sciences, with contributions from other traditions in the same scientific field.

The systemic, micro-analytical, proxemic and kinesics approaches were dimensional references in the interpretation of the communication process between doctor and patient. The selection of tools to be incorporated in the empirical research favored the spheres which are linked to variables and elective dimensions within a relational communication process.

The empirical research was developed by applying two online surveys, using mixed sampling methods – the first, directed at doctors, which gathered 33 completed questionnaires; another was directed at patients, with a total number of 481 responses. Both surveys featured the same questions, grouped around the effective communication, verbal communication, non-verbal communication and affective communication dimensions. Analysis of the results confirms a positive outcome in what concerns doctors' performance in the different dimensions within the communication component. However, some more specific deficits have been identified in the proposed questions, namely preparation for the consultation, message summarization, focus on the patient's socioeconomic and cultural background, and vocal and body expression.

With the data we obtained, we have sought wherever possible to establish a bridge that will raise awareness to the importance of humanizing the relational process, an essential cornerstone in Human interaction, where Doctor and Patient are both protagonists.

KEYWORDS

Communication doctor-patient, interpersonal communication, communication skills, communication in the work environment, medicine, family medicine.

DEDICATÓRIA:

Aos meus filhos, para que acreditem sempre que com trabalho, resiliência e fé é possível alcançar o que nos parece impossível...

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir o meu mais profundo agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização desta Tese, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

À Professora Doutora Cristina Tavares Salgado, orientadora deste projeto, por toda a compreensão e enorme disponibilidade, e pela forma amorosa com que sempre me incentivou, nunca permitindo que o desalento se instalasse. Agradeço a orientação exemplar e incansável que veio enriquecer cada etapa do trabalho realizado.

Ao saudoso Senhor Alexandre Soares dos Santos e ao Professor Doutor Roberto Carneiro, pela inspiração, carinho e inestimável apoio na persecução dos meus objetivos.

A todos os colaboradores da Universidade Católica, professores, bibliotecários e secretariado pela incansável atenção e disponibilidade com que sempre me acolheram e apoiaram.

Aos entrevistados e a todos os que me ajudaram ao longo deste percurso, em especial à Dr.^a Teresa Fonseca e aos médicos Dr.^a Manuela Albergaria e Dr. Júlio Migalhas, cujo contributo foi fundamental para a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos, pela constante motivação com que me brindaram. À Paula Hortinha, pelo sorriso que sempre expressou e pelo discurso positivo que me prometia que eu conseguiria e chegaria ao final. E à minha amiga de sempre, Mariana Victorino, pelo alento e motivação incondicionais, por me ouvir, por me orientar e por me obrigar a nunca desistir neste caminho de crescimento.

Por último, e com toda a consciência de que sozinha nada disto teria sido alcançado, dirijo um agradecimento especial ao meu marido e à minha família, pela sua compreensão, generosidade, companheirismo e paciência perante o tempo que lhes roubei.

Todos os que se cruzaram neste caminho nos últimos anos foram o meu grande estímulo ao longo desta caminhada. Obrigada.

“É mais importante conhecer o doente que tem a doença, do que conhecer a doença que o doente tem”.

Sir William Osler¹

1849-1919

1 - Médico canadiano, considerado o pai da medicina moderna pela sua abordagem inovadora. Exerceu medicina e foi professor em Inglaterra durante grande parte da sua vida, tendo sido um dos quatro fundadores do Hospital John Hopkins.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
I. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO E PERCURSO METODOLÓGICO	5
A. Problemática da Investigação	7
A.1. Comunicação e Sociedade.....	9
A.2. Evolução do conceito de Comunicação.....	12
A.3. A influência das correntes mais representativas no delineamento teórico.....	22
A. 3.1. Interacionismo Simbólico.....	23
A. 3.2. Semiótica.....	28
A. 3.3. Teoria dos Sistemas.....	35
B. Percurso Metodológico da Investigação	51
B.1. O estado da arte de Equipamentos, Serviços e Recursos Humanos no setor da Saúde em Portugal	51
B.2. O crescimento do setor da saúde e a consulta médica.....	57
B.3. Objetivos da Investigação.....	58
B.4. Posicionamento Científico.....	61
B.5. Delimitação do Objeto de Estudo	65
B.5.1. A Comunicação interpessoal em contexto profissional.....	65
B.5.2. Perfil profissional para investigação Empírica: Médico de Medicina Geral e Familiar	74
C. Pergunta da Investigação	84
Resumo do Capítulo I.....	88
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONTEXTUAL.....	91

A. Comunicação Interpessoal: Teorização e Aplicabilidade.....	91
A.1. Enquadramento Teórico do Conceito na Contemporaneidade.....	91
A.2. Comunicação Interpessoal como Interação e Significado.....	98
A.3. Aplicabilidade da Comunicação Interpessoal ao Objeto de Estudo.....	105
A.3.1. Abordagem Sistémica.....	106
A.3.2. Abordagem Micro-Analítica	111
A.3.3. Abordagem à Interação Simbólica de Goffman.....	120
A.4. Posicionamento Teórico.....	125
B. Contextualização da Comunicação em Saúde	133
B.1. Comunicação em Saúde.....	133
B.2. Competências de Comunicação de um Médico na MGF	139
B.3. A Relação Médico–Doente.....	147
B.4. A Formação de um Médico em Portugal.....	160
B.4.1. A Dimensão da Pessoa Humana: A Relação Eu-Tu em Habermas.....	168
Resumo do Capítulo II.....	171
III. PESQUISA EMPÍRICA.....	175
A. Elementos Estruturantes da Metodologia.....	176
A.1. Derivação da Pergunta de Investigação na Formulação de Hipóteses	176
A.2. Desenho Metodológico.....	180
B. Recolha de Dados	184
B.1. Questionários	186
B. 1.1. Dimensões em Análise	194
B.1.2. Constituição da Amostra	202

C. Apresentação dos Dados Recolhidos.....	208
D. Análise e Reflexão Crítica.....	225
D.1. Análise dos Resultados.....	225
D.1.a. Dimensão Efetiva da Comunicação.....	227
D.1.b. Dimensão Verbal da Comunicação.....	230
D.1.c. Dimensão Não Verbal e Afetiva da Comunicação.....	239
D.1.d. Dimensão dos Efeitos da Comunicação.....	241
D.2. Reflexão Crítica.....	248
D.3. Conclusões sobre as Hipóteses de Investigação.....	252
D.3.1. Relevância e Aplicação das Competências de Comunicação Interpessoal para os Médicos.....	253
D.3.2. Relevância e Reconhecimento por parte dos Doentes das Competências de Comunicação Interpessoal dos Médicos.....	254
Resumo do Capítulo III.....	256
IV. CONCLUSÃO.....	265
V. BIBLIOGRAFIA.....	273

Índice de Figuras

Figura 1 – Processo de definição do problema de investigação.....	9
Figura 2 – A consideração do <i>Eu</i> em Mead.....	28
Figura 3 - Relação Triádica do Signo segundo Peirce.....	30
Figura 4 - Níveis da Teoria dos Sistemas.....	36
Figura 5 - Evolução do número de médicos e enfermeiros.....	51
Figura 6 - Evolução do número de hospitais.....	53
Figura 7 - Evolução do número de médicos nos hospitais no setor público e privado.....	54
Figura 8 - Evolução do número de consultas hospitalares do sector público e privado.....	55
Figura 9 - Evolução do sector hospitalar público e privado.....	56
Figura 10 - Paradigmas da Informação.....	62
Figura 11 - Evolução do número de médicos de MGF nos hospitais.....	78
Figura 12 – Número de médicos, total de especialistas e especialistas em MGF.....	79
Figura 13 - Definição europeia de MGF, competências essenciais e características.....	82
Figura 14 – Fases ou episódios da História da Comunicação.....	94
Figura 15 – Exemplo de um comportamento induzido por construção.....	128
Figura 16 – Modelo de Serpentina.....	130
Figura 17 – Modelo Atómico.....	131
Figura 18 – Modelo conceptual dos resultados de comunicação num hospital.....	136
Figura 19 – Diagrama das Competências Essenciais de um Médico.....	143
Figura 20 – Modelo Calgary-Cambridge das Competências de Comunicação na Consulta... ..	145
Figura 21 - Evolução do Número de alunos colocados no 1º ano do curso de Medicina.....	163
Figura 22 – Concurso SNS -Dezembro 2018: Novos médicos MGF.....	164
Figura 23 - Etapas do procedimento científico.....	183
Figura 24 – Etapas da entrevista na consulta.....	195

Figura 25 – Preparação da Consulta, Organização e Planeamento.	228
Figura 26 – Acolhimento e Identificação do Problema.	231
Figura 27 – Comunicação de Encorajamento e Facilitadora de Discurso.	233
Figura 28 – Explicação da informação clínica.	235
Figura 29 – Comunicação de Suporte, Interação e Envolvimento.	236
Figura 30 – Comunicação Não Verbal.	239
Figura 31 – Efeitos da Comunicação: Empatia, Satisfação e Retorno.	242
Figura 32 – Valorização das competências do médico.	243
Figura 33 – Dimensões Estruturantes e Médias do Questionário aos Doentes.	246
Figura 34 – Médias dos Questionários aos Médicos e aos Doentes.	247

Índice de Tabelas

Tabela 1 - As componentes conceptuais em comunicação.....	15
Tabela 2 - Generalizações e contextos básicos de comunicação.....	18
Tabela 3 - Propriedades dos Sistemas Interpessoais.	42
Tabela 4 – Definição dos objetivos gerais e específicos da Investigação.	60
Tabela 5 - Reclamações submetidas à ERS em 2017 por tema.....	71
Tabela 6 – Componentes relevantes no processo de Comunicação Interpessoal.....	103
Tabela 7 – Axiomas conjecturais de comunicação na situação de consulta médica.....	109
Tabela 8 – Pressupostos da Teoria da Linguagem Corporal.....	115
Tabela 9 – Descrição das competências essenciais de um Médico.	144
Tabela 10 - Tabela de apoio à análise da relação médico-doente em MGF.....	149
Tabela 11 – A auto-apresentação numa consulta de MGF.....	157
Tabela 12 - Grelha de correspondência entre Questionário a Médicos e Questionário a Doentes.	192
Tabela 13 – Dimensões e indicadores de análise dos Questionários.....	198
Tabela 14 - Dimensões estruturantes do questionário para médicos e respetivas questões. ...	200
Tabela 15 - Dimensões estruturantes do questionário para doentes e respetivas questões.	201
Tabela 16 – Perfil sociodemográfico dos médicos inquiridos.....	205
Tabela 17 – Perfil sociodemográfico dos doentes inquiridos.....	207
Tabela 18 - Compilação dos dados relevantes do Questionário aos Médicos.....	216
Tabela 19 - Compilação dos dados relevantes do Questionário aos Doentes.	223
Tabela 20 - Grelha de análise comparativa dos resultados.....	226

Índice de Anexos²

1.	Objetivos Pessoais, Práticos e Intelectuais definidos para esta investigação.	1
2.	Imprensa: Chamadas de Capas com conteúdos relevantes para a investigação.	2
3.	Comunicação Social: Artigos relevantes para a investigação:	5
	a) Professor Luís Graça	5
	b) Professor João Lobo Antunes.....	10
	c) Professora Maria Amélia Ferreira	14
	d) Doutor Manuel Antunes.....	18
	e) “Sindicatos médicos explicam aos utentes...”	30
	f) Consultas médicas em Portugal duram 15 minutos	32
	g) Emigração de médicos vai subir	34
	h) Ordem quer que consultas durem pelo menos meia hora	37
	i) Hospitais privados já são a maioria.....	44
4.	Guia Calgary-Cambridge.....	50
5.	Teorias da Comunicação.....	58
6.	Faculdades de Medicina em Portugal	59
7.	Entrevistas a Especialistas	60
	a) Dra. Vera Eiró.....	60
	b) Eng ^a Isabel Cardoso	62
	c) Dr. Pedro Mateus	64
	d) Doutora Paula Hortinha	71
8.	Design da Investigação	74
9.	Pressupostos Metodológicos dos Questionários aos Médicos e aos Doentes.....	75
10.	Declaração da Proteção de dados.....	77
11.	Questionário a médicos de MGF	78
12.	Questionário a doentes de MGF	82
13.	Juramento de Hipócrates.....	87
14.	Glossário de conceitos e referências de saúde	88
15.	Questionários: Dados dos Médicos.....	90
	a) Valores Absolutos	90
	b) Médias	97
16.	Questionários: Dados dos Doentes	99
	a) Valores Absolutos	99
	b) Médias	102
17.	Dimensões e Grelha de Análise dos Questionários	104

2 - Nota: A paginação indicada refere-se ao volume de anexos que complementa esta tese.

INTRODUÇÃO

A vida em sociedade decorre entre múltiplos fluxos de relação entre indivíduos e deles emanam diferentes processos de interação. Uns, são estimuladores de proximidade, o que permite não só treinar a escuta sobre a nossa própria vida como também sobre a daqueles que nos rodeiam; outros, são geradores de afastamento, o que traz a si associada a sensação de abandono e de surdez, de incapacidade para sentir a vida que nos cerca. Ambas as situações são fruto do modo como decorrem as relações entre as pessoas e, neste cenário de interações, é a linguagem, corporizada ou falada, que permite contribuir para transformar o mundo, tornando-o mais compreensível, mais aberto, mais feliz. A linguagem constitui a maior fonte de sociabilização, criadora de oportunidades para construir novas formas de reconciliação com as pessoas e com as circunstâncias. Nela pode estar também a origem de muitos conflitos, de mal estar, de sofrimento. Quando aqui usamos o termo linguagem, reportamo-nos à experiência do dia-a-dia, onde aprendemos a chamar-lhe comunicação. Aprendemos, igualmente, a entender o papel fundamental que esta desempenha no quotidiano, valorizando o seu contributo, cada vez mais intenso e vinculador, na vida em sociedade.

Volvidos milhares de anos sobre a história da humanidade, ao longo da qual a comunicação, nas suas várias dimensões, sempre existiu, o estudo desta realidade - a realidade da comunicação humana - só teve lugar e começou a ser sistematizada nos últimos dois séculos. Poderemos, muito provavelmente, afirmar que estaremos no início de um processo que poderá conduzir-nos a uma maior compreensão do fenómeno comunicativo e, conseqüentemente, a uma melhor utilização desta “ferramenta”. Foram vários os autores que contribuíram para a sua melhor compreensão, utilizando diferentes abordagens e construindo diferentes teorias que procuraremos investigar no decorrer do presente estudo.

No processo comunicacional entre dois ou mais indivíduos existe uma relação indissociável entre interação e experiência, questão abordada por George Herbert Mead, que desenvolveremos neste estudo. A experiência compreende a acumulação dos

fenómenos vividos e o conjunto dos saberes interiorizados pelo ser humano durante o seu processo de sociabilização. No entanto, nem sempre a experiência vivida, ou os conhecimentos adquiridos com essa experiência, permitem uma melhor vivência nesta sociabilização.

A comunicação enquanto disciplina autónoma tem origens recentes, sendo investigação neste domínio predominantemente oriunda dos Estados Unidos da América (EUA), através do contributo de teóricos da psicologia, da sociologia e da antropologia que, desde o início do Século XX, sentiram a necessidade de estudar as raízes humanísticas da retórica da antiga Grécia e de Roma. Foi igualmente importante a contribuição da Escola de Frankfurt a qual, inserindo-se na tradição europeia dos Estudos de Comunicação, veio fornecer novas perspetivas através da análise sociológica interpretativa dos movimentos sociais, e o conseqüente desenvolvimento de teorias interdisciplinares neomarxistas.

Os estudos das Ciências Sociais testemunharam um desenvolvimento substancial a partir do Século XX, em especial durante o período da Segunda Guerra Mundial. A comunicação de massas, a publicidade, as relações públicas e a propaganda são vetores a explorar e a aprofundar no quadro científico, então em plena evolução.

O estudo das teorias da comunicação, desenvolvido no último século, vem reforçar a noção de que o conhecimento não é exato, e que é na especulação teórica que a ciência começa. Isto pressupõe que não existe consenso no que se refere a considerar as teorias da comunicação como um campo de estudo, dado que a maior parte das teorias ignoram as outras (Craig, 1999).

Nas sociedades modernas ocidentais, a comunicação é um elemento estruturante da sociedade, sendo uma ferramenta essencial no funcionamento e progresso da nação, da região, dos grupos ou do indivíduo. O mundo é cada vez mais global, mas na sua relação de interdependências regionais, a forma como comunicamos assume níveis e códigos (por vezes) distintos.

Ao iniciar esta investigação estivemos cientes de que nem todas as pessoas são investigadores, contudo, todos os investigadores têm uma dimensão pessoal na sua formação. Nas Ciências Sociais, não podemos ignorar o facto de os temas de investigação

serem orientados pelas vivências, contextos e interesses do investigador. O investigador não é imune aos acontecimentos da sociedade em que se insere e, tendo uma forte apetência pelas Ciências Sociais, é natural que investigue os acontecimentos, factos ou pensamentos que o inquietam neste contexto.

Foi este o móbil que determinou o nosso interesse pela problemática da relação médico-doente, no contexto da prestação do ato médico. Sentimo-nos pois atraídos por interpretar e identificar as competências comunicacionais que ocorrem desta interação profissional, com especial enfoque para a perceção que cada um dos intervenientes tem sobre essas competências, fundamentais para o processo de humanização do momento da consulta.

Acreditamos que toda a análise efetuada ao longo deste estudo, quer no domínio concetual, quer na interpretação das constatações que decorrem do estudo empírico, poder-se-á constituir como sendo um contributo para ajudar a cimentar uma visão mais exigente de quantos exercem a medicina. Com a consciência do muito que já vem sendo feito por um grupo significativo de médicos, poderemos sempre ambicionar um paradigma cada vez mais humanista, capaz de dar forma a uma nova cultura que identifique todo e qualquer profissional desta área.

Nesta perspetiva, seguimos de perto Maturana (1997) quando refere a importância de uma mudança cultural para uma vivência mais harmoniosa, no paradigma das relações humanas, ao deixar plasmado o seguinte: “Quero uma mudança cultural, quero contribuir para o estado da arte no domínio da existência humana, quero contribuir para evocar uma forma de coexistência na qual o amor, o respeito mútuo, a honestidade e a responsabilidade social emergem espontaneamente da vivência instante após instante nesta configuração de emoções, porque todos nós cocriamos na nossa vivência conjunta”. No fundo trata-se de implementar uma “(...) Utopia? Sim, porque corresponde a uma forma de vida que tem sido a nossa ao longo da história da evolução e a maioria de nós conhece-a como uma experiência ou como um anseio da nossa infância. De qualquer forma, fazê-lo seria, sem dúvida, um trabalho extraordinário de arte dinâmica, assim como um ato criativo responsável, se queremos viver como *Homo sapiens amans*” (Maturana, 1997).

É pois, com este espírito, mas também com a humildade de quem tem consciência da dimensão do contributo da presente investigação, que partimos para a apresentação deste trabalho.

I. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO E PERCURSO METODOLÓGICO

Na sociedade atual, em que as realidades socioculturais, geográficas e políticas se encontram em constante transformação, a informação e a comunicação adquirem um lugar primordial. Assistimos a uma participação crescente de especialistas em várias matérias, incumbidos de explicar e interpretar factos e acontecimentos. Desde os cenários de guerra, aos desastres humanitários, sem esquecer os abalos sociais e financeiros, uma panóplia de profissionais intervém diariamente numa sociedade em busca de informação.

É nesta perspetiva - a de compreender fenómenos comunicacionais do nosso quotidiano - que procuraremos identificar as competências de comunicação num perfil profissional específico.

O título do nosso trabalho é revelador do âmbito da nossa investigação. Durante dois anos, a área científica da Comunicação foi uma certeza constante para o desenvolvimento de uma futura tese. Vários temas nos cativaram e despertaram a vontade de aprofundar o conhecimento que deles tínhamos, mas a necessidade de um interesse comum entre o investigador e a sociedade académica era imperativo. Após análise da investigação atualmente a ser realizada e veiculada em publicações científicas, a área da Comunicação na Medicina, em Portugal, pareceu-nos revestir-se de interesse e expressão para o desenvolvimento dos nossos estudos.

Assim se definiu o campo de interesse: Comunicação na Medicina. A partilha de ideias, o debate com professores, pares e amigos, acabou por delimitar a investigação a um momento específico: a comunicação entre médico e doente³ durante uma consulta. A forma como comunicamos com os outros é determinante no nosso enquadramento social. Num ambiente profissional, num momento de comunicação não mediada, aplicar as

3 - Depois de consultar documentos técnicos, científicos e pareceres de especialistas, optámos pela designação de Doente. *Um doente é a pessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde.* (ver Glossário de Conceitos e referências de Saúde, (Organização Mundial de Saúde, 2011).

competências de comunicação interpessoal poderá fazer a diferença no desempenho? Nesta Tese, investigaremos o exercício das competências comunicacionais no momento da consulta, na perspetiva do doente e do médico. Esta temática tem sido abordada, com maior peso, nos EUA, pelo que tomaremos como principal referência os estudos aí já realizados, focando a nossa investigação na realidade contextual portuguesa.

Na área da Comunicação Interpessoal, o estudo que pretendemos realizar ocorre no estágio da socialização secundária⁴, em que o indivíduo melhora, readquire e aperfeiçoa os seus conhecimentos. Esta situação é mais relevante quando acontece por necessidade de cariz profissional. A aquisição de competências de comunicação para o desempenho de funções desenvolve-se a jusante de uma socialização primária, com vista a uma vivência profissional mais perfeita. Estas fases da socialização e desenvolvimento do indivíduo podem ser revisitadas nos pontos seguintes, com a complementaridade da perspetiva de Mead.

Embora a investigação que realizámos incida sobre metodologias próprias e questões objetivamente analisáveis e quantificáveis no processo da comunicação médico - doente, suportada em diferentes abordagens científicas, afigura-se-nos importante dedicar um espaço concreto ao entendimento de como poderá a vivência profissional perfeita, que atrás referimos, aportar algo que melhor reflita “*quanto vale um ser humano, sempre e em qualquer circunstância*”, como referido pelo Papa Francisco na sua encíclica *Fratelli Tutti* (5 de Outubro 2020). Neste texto, é feita uma aprofundada chamada de atenção para a co-responsabilidade de cada um de nós na felicidade ou no sofrimento de todos, sempre que a indiferença e o egoísmo presidem às relações humanas, não deixando transparecer o respeito e a dignidade e ensombrando a verdade da vida de cada um. Na sociedade atual, tal como realçado pelo autor, a existência de *muita gente ferida e em sofrimento, físico e espiritual (...), com sonhos desfeitos em pedaços*. O médico - profissional escolhido para a presente investigação – tem, muitas vezes, diante de si pessoas que sofrem, com problemas muito reais, a que nem sempre saberá dar resposta do ponto de vista humano, mas a quem

4 - Processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado (na fase primária) em novos sectores do mundo objetivo da sua sociedade (a escola, os grupos de amigos, o trabalho, a igreja, as atividades dos países que visita ou para os quais emigra, etc.), existindo uma aprendizagem das expectativas que a sociedade ou o grupo depositam no indivíduo (Berger & Luckmann, 1987). (Maturana, Metadesign, 1997)

poderá emprestar algo do seu saber e do seu saber estar, permitindo assim melhorar o estado de insegurança, tristeza e desencanto característico de quem sofre.

Muito engrandeceria o presente estudo podermos dispor de um espaço próprio para análise das características psicológicas e emocionais da população sobre a qual incide a presente investigação. Contudo, esta abordagem não se integra no âmbito do nosso estudo. Sendo que a questão das relações humanas subjaz em todo o decurso do mesmo, aliás expresso nas dimensões e indicadores que seleccionámos, focalizámos sempre a nossa atenção para a problemática da idiosincrasia da relação profissional médico-doente.

Estamos certos de que a qualidade e envolvimento nesta relação (médico - doente) poderá contribuir para uma melhoria no modo de encarar a profissão, aliando todo o saber aportado pela ciência a um cunho de humanidade expresso nas palavras, nas expressões, na simbologia dos gestos, variáveis fundamentais no exercício da medicina. Tratando-se assim de implementar uma mudança cultural na medicina que torne elegível a coexistência da ciência e do fator humano no exercício da profissão.

A. Problemática da Investigação

A profusão crescente de canais de comunicação leva a que nos encontremos, hoje, imersos num ruído permanente de informação⁵, sendo-nos exigida a capacidade de comunicar simultaneamente em níveis distintos - analógicos e digitais. Conforme acima referido, neste trabalho de investigação centramo-nos no nível da comunicação interpessoal não mediada, uma vez que o objeto de estudo são as competências

5 - A utilização das palavras Informação e Comunicação surge recorrentemente nesta fase do trabalho de forma clara e deliberada por parte do autor. No entanto, consideramos relevante esclarecer essa distinção de forma sucinta. A palavra Informação é utilizada no sentido do ato, da transmissão, enquanto, a Comunicação expressa uma vivência, uma partilha. A Comunicação é uma forma estruturada de informação. Na Comunicação há pressupostos, como o facto de as pessoas que comunicam participarem do mesmo sistema simbólico, ou seja, os comunicadores percecionam a mesma união entre o símbolo e a sua referência no mundo atual. A Informação assenta em pressupostos como a redução de incertezas, percepção de uma regularidade, percepção de alternativas, probabilidade de uma alternativa sobre as outras e unidade (Sanchez-Bravo, 1881).

comunicacionais necessárias para que determinada relação tenha um impacto mais marcante no resultado da mesma.

A comunicação interpessoal assume maior importância se estivermos cientes de que existe, muitas vezes, uma divergência entre a forma como pensamos e a forma como realmente comunicamos com os outros. Compreendemos, assim, o desnível existente entre a intenção da mensagem e a recepção da mesma.

No contexto de uma consulta médica, estabelece-se uma relação desigual pelo desnível de acesso, de conhecimento e de tratamento da informação resultante desse momento. Para abordar esta desigualdade na relação recorreremos ao conceito de simetria e complementaridade. Nas relações simétricas, os intervenientes tendem a refletir o comportamento um do outro, fraqueza ou força, bondade ou maldade, não são pertinentes, pois a igualdade entre as partes pode ser mantida em qualquer dessas dimensões. Numa relação de desigualdade, como aquela sobre a qual nos debruçamos no presente estudo, o comportamento de um dos intervenientes é complementar ao do outro, originando uma espécie diferente de Gestalt comportamental⁶. Trata-se, assim, de uma interação complementar (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015).

De um profissional com o qual estabelecemos uma relação, esperamos sempre a competência técnica inerente à sua área e, não menos importante, esperamos compreender o que nos transmite quando comunica connosco. Esta é uma expectativa primária para que a relação se estabeleça e seja equilibrada.

A dinâmica comunicacional numa relação profissional-cliente pauta-se por uma cadeia de transações de estímulos e respostas, sendo uma comunicação caracterizada simultaneamente por uma Deliberação, um Ritual e uma Estratégia (Bruggemann & Wessler, 2014). Este aspeto tridimensional da comunicação aplica-se, na nossa perspetiva, a qualquer situação de comunicação interpessoal num ambiente profissional.

A comunicação é Deliberativa, se permitir uma troca de ideias e o esclarecimento de um problema ou controvérsia; um Ritual, se a utilizarmos como identificação cultural

6 - A forma como percebemos um determinado estímulo irá desencadear o nosso comportamento. Muitas vezes, os nossos comportamentos guardam uma relação estreita com os estímulos físicos, outras vezes, estes comportamentos são completamente diferentes do esperado porque “entendemos” o ambiente de uma maneira diferente da sua realidade.

de uma organização (Carey, 1992); ou Estratégica, se tiver como objetivo o influenciar ou o controlar do conhecimento dos outros interlocutores (Holtzhausen & Zerfass, 2015).

Ao selecionarmos o tema da comunicação num contexto profissional entre duas partes, estamos a enquadrar o objeto de estudo na área da Comunicação Interpessoal, e será esta a área de maior relevância na formação do *corpus* teórico. O contexto profissional estudado será a comunicação que se estabelece, no momento da consulta, entre o médico e o doente.

Iniciámos o processo de reflexão deste estudo pela seleção da área de investigação nas Ciências da Comunicação (ver Fig.1). A comunicação interpessoal, no âmbito da comunicação em saúde, despertou o nosso interesse pela emergência do tema num sector nacional próspero e com as características intrínsecas à falta de maturidade de todos os processos de crescimento acelerado.

Compreender as competências inerentes ao processo comunicacional na consulta na perspectiva de ambos, médico e doente, será o objetivo constante ao longo de toda a investigação. Esquematizámos o nosso caminho na definição do problema de investigação, patente na figura a baixo.



Figura 1 – Processo de definição do problema de investigação.

A.1. Comunicação e Sociedade

O Homem age como sabe e pelo que sabe. As suas posições perante a vida são amplamente influenciadas pelo acesso à informação, mas também pelos valores em que se

sustenta. Daí a superior importância de todos os processos de comunicação na sociedade, na coesão dos vários grupos humanos, na sua participação e integração na cultura nacional e mundial.

Ao longo da história, cada época é caracterizada por um tipo de sociedade que possui uma determinada configuração. Esta configuração e as suas diversas esferas (económica, social, técnica ou mental) nas suas diferentes escalas (local, regional, nacional ou internacional) produz um conceito de comunicação hegemónica, originando na passagem por cada época histórica uma configuração de uma sociedade a outra, com continuidades e rupturas.

Na década de sessenta, Jürgen Habermas já antecipava na sua análise sociológica da evolução das configurações sociais distintas os limites dos valores universais. Os desenvolvimentos nas esferas económica e política, por exemplo, podem reverter os padrões de interpretação até então aceites. E tais desenvolvimentos são, como regra, simplesmente o resultado de novas formas de ver as coisas; ou seja, os próprios desenvolvimentos comportam uma reestruturação das visões mundiais.

Os desenvolvimentos nas esferas política e social, isto é, a legitimidade das questões que perpassam cada época depende da configuração social e estrutural de cada contexto. Aquilo em que hoje assenta a nossa busca da felicidade – ideais como a não acumulação de bens materiais ou a não legitimação de relações sociais em que o triunfo de um implica a repressão das necessidades do outro, teria uma correspondência substancialmente distinta há quarenta anos. A busca da felicidade nos nossos dias poderia significar algo completamente distinto, de há quarenta anos, ideais como a não acumulação dos bens materiais, e a promoção das relações sociais em que o triunfo de um pode superar as necessidades reprimidas de outro (Habermas, *Communication and the Evolution of Society*, 1979).

Para entender o papel da comunicação na sociedade devemos começar por colocar duas questões fundamentais: que tipo de sociedade queremos compreender? E quem decide?

A política liberal tem como premissa que a comunicação é um meio vital para sustentar as instituições democráticas e as sensibilidades da cultura democrática. Com base

na noção de "governo popular", uma democracia depende da comunicação para assegurar os vínculos sociais, a informação e os fluxos básicos de conhecimento, bem como a capacidade de dar visibilidade às preocupações, opiniões e direitos de vários grupos sociais. Os media⁷ fornecem conteúdos para a interação política, para o debate social e para a tomada de decisões na sociedade. Os media estão no centro do intercâmbio social, económico e cultural. Assim, a comunicação pode fomentar novas formas de pensar e de atuar no mundo.

Numa sociedade democrática, a comunicação inclui, portanto, aspetos de facilitador, organizador e catalisador. Os media encerram em si o grande potencial de facilitar a expansão da participação na vida política, económica e cultural; organizar as comunidades de diferentes dimensões e identidades; e incentivar novas e não experienciadas maneiras de ser e de querer ser, promovendo novos ideais, levantando questões incómodas às crenças estabelecidas, aumentando o fluxo de informações e alimentando os tópicos da agenda da atualidade (Maxwell R. , 2006).

As políticas de comunicação e cultura podem entrar no coração do conflito social e despertar uma consciência crítica dos processos sociais básicos e das relações interpessoais. A sociedade, portanto, considera o acesso à informação uma ferramenta fornecedora do seu processo comunicacional. A população, em todos seus estratos e em todos os sectores, deve estar plenamente informada sobre os vários aspetos administrativos, políticos, culturais e económicos do meio em que se insere para que possa participar com um sentido crítico e cívico nas decisões da sociedade; a comunicação deve ser rica em conteúdo, de modo a que os meios de comunicação de massas, bem como outros sistemas de comunicação paralelos, contribuam para a formação do Homem no seu processo cultural.

A comunicação representa um sistema de educação permanente e transversal, pelo que se torna imperioso que a universidade prepare profissionais com capacidade de

7 - O termo media deriva do plural de *medium* em latim, mas apresentamo-la sem itálico por considerarmos que já foi integrado na língua portuguesa, figurando no Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA (2001:2416) com a descrição "Meios de difusão, distribuição ou transmissão de mensagens escritas, visuais, sonoras... tais como a imprensa, o cinema, a radiodifusão, a teledifusão, as telecomunicações...; meios de comunicação social."

participar numa sociedade mais informada, sem desigualdades nas suas relações interpessoais. Um médico, enquanto profissional de saúde, deverá ser o garante do maior bem – a saúde de um doente, devendo receber preparação de modo a saber responder às necessidades reais da pessoa que tem diante de si. Saber gerir, de forma correta, as competências que assegurem um diálogo profícuo e empenhado, quer no ato de receção, quer no acompanhamento de um doente, determinará o sucesso do ato médico e, sobretudo, o bem-estar e a confiança do doente.

A.2. Evolução do conceito de Comunicação

Os estudos na área da Comunicação conheceram um desenvolvimento sistemático sobretudo a partir dos anos vinte e trinta do século XX. No entanto, não é possível afirmar que se tenha constituído uma teoria homogénea e consensual, uma vez que, ao longo do último século, assistimos, neste e noutros domínios do saber, não só ao aparecimento de viragens e ruturas, tanto teóricas como metodológicas, como também à proliferação de uma multiplicidade de abordagens heterogéneas nem sempre compatíveis entre si. Ao longo do século XX as abordagens em Comunicação foram-se diversificando devido, em grande medida, às transformações técnicas, políticas, económicas e culturais que foram ocorrendo. Mas as diferentes abordagens também estão relacionadas com as perspetivas filosóficas que, durante do século XX, dominaram o horizonte do pensamento europeu e norte-americano (Rodrigues A. D., 2011).

Não existe um consenso na definição de comunicação devido, particularmente, à natureza complexa e multidisciplinar do processo. A palavra comunicação é abstrata e, como todas as palavras, possui múltiplos significados. Apesar das numerosas tentativas para definir o conceito de comunicação, a verdade é que procurar uma única definição operacional talvez esteja longe de ser tão proveitoso e fecundo quanto o explorar em profundidade os vários conceitos nela subentendidos (Tabela 1). Utiliza-se a palavra em diferentes contextos, servindo para designar realidades distintas e muitas vezes heterogéneas, o que se distancia do ideal de uma ciência única da comunicação (Freixo, 2012).

COMPONENTES CONCEPTUAIS EM COMUNICAÇÃO⁸

Símbolos/ Verbal/ Fala

- Comunicação é o intercâmbio verbal de pensamento ou ideia (Hoben, 1954).

Compreensão

- Comunicação é o processo pelo qual compreendemos os outros e, em contrapartida, esforçamo-nos por compreendê-los. É um processo dinâmico, mudando e variando constantemente em resposta à situação no seu todo. (Andersen, 1959).

Interação/ Relacionamento/ Processo Social

- A interação, mesmo a nível biológico, é uma espécie de comunicação; caso contrário, atos comuns não poderiam ocorrer (Mead, 1963).

Redução da incerteza

- A comunicação decorre da necessidade de reduzir a incerteza, de atuar eficientemente, de defender ou fortalecer o ego (Barnlund, 1964).

Processo

- Comunicação: a transmissão de informação, ideias, emoção, habilidades entre outros, pelo uso de símbolos - palavras, imagens, números, gráficos. É o ato ou processo de transmissão usualmente designado como comunicação (Berelson e Steiner, 1964).

8 - Segundo (Dance, 1970, pp. 204-208)

Transferência/ Transmissão/ Intercâmbio

- (...) o fio condutor parece ser a ideia de algo que está a ser transferido de uma coisa ou pessoa para outra. Usamos a palavra comunicação ora em referência ao que é transferido, ora aos meios pelos quais é transferido, ora ao processo como um todo. Em muitos casos, o que é assim transferido continua sendo compartilhado; se eu transmito informação a outra pessoa, ela não deixa de estar em minha posse pelo facto de passar a estar também na posse dela. Assim sendo, a palavra comunicação adquire também sentido de participação. É nessa aceção, por exemplo, que os devotos religiosos comungam (Ayer, 1955).

Ligação / Vinculação

- A comunicação é o processo que liga entre si partes descontínuas do mundo vivo (Reuch, 1957).

Participação Comum

- Comunicação é o processo que torna comum para dois ou muitos o que era monopólio de um ou poucos (Gode, 1959).

Canal/ Transmissor/ Meio/ Via

- Os meios de emissão de mensagens militares, ordens etc., por telefone, telégrafo, rádio, mensageiros ou estafetas (American College Dictionary).

Reprodução de lembranças

- Comunicação é o processo de conduzir a atenção de outra pessoa, com a finalidade de reproduzir lembranças (Cartier e Harwood, 1953).

Resposta discriminativa/ Modificação do comportamento/ Resposta

- Comunicação é a resposta discriminatória de um organismo a um estímulo (Stevens S. S., 1950).

Estímulos	<ul style="list-style-type: none"> • Todo e qualquer ato de comunicação é visto como uma transmissão de informação, consistindo em estímulos discriminativos de uma fonte para um recetor (Newcomb T. 1956).
Intencional	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua essência, a comunicação tem como interesse central aquelas situações comportamentais em que uma fonte transmite uma mensagem a um receptor (ou receptores), com o propósito consciente de afectar o comportamento deste último, ou destes últimos (Miller G., 1956).
Tempo / Situação	<ul style="list-style-type: none"> • O processo de comunicação é o de transição de uma situação estruturada como um todo para outra, num padrão preferido. (Sondel B., 1956)
Poder	<ul style="list-style-type: none"> • (...) Comunicação é o mecanismo pelo qual o poder é exercido (Schacter S., 1951).

Tabela 1 - As componentes conceptuais em comunicação.

Adaptado de (Freixo, 2012)

A noção de comunicação cobre uma multiplicidade de sentidos (Mattelart, 1997). Definir comunicação é aparentemente fácil. Com efeito, o que instintivamente nos vem ao espírito é a situação de diálogo em que duas pessoas (emissor/ recetor) conversam, ou seja, trocam ideias, informações ou mensagens. Mas tal como temos vindo a descrever neste enquadramento teórico, a definição de comunicação tem vindo a sofrer alterações

consoante o período histórico, no seu contexto social, cultural e civilizacional. Ao ser tão evolutiva na sua teorização, a área da comunicação não se adapta aos requisitos de uma ciência exata. Quando investigamos a área da comunicação, somos confrontados com inúmeras teorias, todas elas cientificamente válidas se enquadradas no seu contexto temporal e espacial.

A dificuldade na teorização ou na criação de uma teoria, ou teorias, da comunicação é, assim, o resultado e a sistematização dessas inúmeras e diferentes iniciativas, com a pretensão científica de melhor as conhecer. Esta trajetória, importa dizê-lo, não está isenta de obstáculos, já que este campo de estudo vem sendo perpassado, desde o seu início, por uma série de tensões, contradições e dificuldades – decorrentes, algumas, da natureza do seu objeto ou da relação, por vezes conflituosa, que se estabelece entre o campo da teoria e o campo da prática; outras ainda de ordem mais teórica, como sejam a harmonização das diferentes abordagens e tratamentos conceptuais e a construção de seus próprios referenciais (Freixo, 2012).

Como referimos anteriormente, a teoria da comunicação caracteriza-se, sobretudo, pela heterogeneidade das correntes e das concepções que engloba, dificultando a apresentação de um quadro geral das teorias devido à dificuldade de sistematização. Retomando a heterogeneidade das correntes e concepções que a teoria da comunicação engloba, refira-se que, houve momentos em que se considerou pertinente ordenar os estudos segundo um leque de áreas do conhecimento. Com este propósito, vários modelos de agrupamento vêm sendo experimentados - cada época identifica-se melhor com um determinado tipo de critério (área de conhecimento, correntes de pensamento, base geográfica ou agrupamento temático).

Há quarenta anos, quando o mundo ainda se encontrava dividido em dois grandes blocos e os conceitos de “direita” e de “esquerda” encontravam referentes mais nítidos, foi adotada uma primeira classificação mais global, embora tosca, que dividia e agrupava os estudos e correntes teóricas de acordo com dois grandes paradigmas: o *paradigma da ordem* (representado pela chamada “pesquisa administrativa”, desenvolvida pelos americanos) e o *paradigma do conflito* (perspetiva crítica, de cariz marxista) (Freixo, 2012). Esta tentativa de organizar as diferentes correntes teóricas das Ciências da

Comunicação com base num critério geográfico tem a desvantagem de mostrar uma falsa unificação em correntes, por vezes, distintas.

Perante a falência da ideologia racionalista do progresso linear e contínuo, a comunicação retomou o rumo e afirma-se como o paradigma, por excelência, da evolução da humanidade, num momento histórico em que esta procura desesperadamente um sentido para o seu devir (Mattelart, 1997).

A sociedade moderna caracteriza-se, no âmbito dos nossos estudos, por uma utilização massiva das tecnologias da informação e comunicação. Tal constatação será suficiente para daí retirarmos a ilação de “sociedade de comunicação” - o próprio termo pressupõe, à partida, aceitação inequívoca, papel central do fenómeno da comunicação no seio da sociedade. (Freixo, 2012)

Retomando a génese da palavra, comunicação tem origem na palavra latina *communicatio*, na qual distinguimos três elementos (*communicatio*): a raiz *munis*, que significa “estar encarregue de” e que, acrescida do prefixo *co*, expressa o sentido de reunião. Por outro lado, se tivermos presente que o sufixo *tio* significa “atividade”, ficamos a ideia, desde já, que comunicação consiste numa “atividade realizada em conjunto”. Em conclusão, na sua aceção mais fundamental, o vocábulo “comunicação” refere-se ao processo de partilhar um mesmo objeto de consciência; ele exprime, em síntese, a relação entre consciências. (Freixo, 2012)

Na partilha e relação de consciências deduz-se que o Homem é, na sua essência, um animal social; precisa de companhia, o isolamento é considerado um castigo extremo. O medo da solidão provoca no Homem reações estranhas e imprevisíveis. O isolamento leva a que os nossos sentidos se tornem híper sensíveis pois apercebemo-nos de um enorme universo de ruídos (Borden, 1974).

Um levantamento das macro e micro teorias sobre comunicação permite identificar a existência de onze amplas generalizações que se encontram intimamente vinculadas à comunicação (Tabela 2). Essas generalizações, como as descreveu Littlejohn (1988), encontram-se descritas no quadro seguinte e são de três tipos: orientações, processos e contextos da comunicação.

Área	Generalizações		Conceitos-chave
Orientações Gerais	1	A comunicação em processo complexo.	Processo
	2	O processo de comunicação é primordialmente um processo de interação simbólica.	Interação simbólica
Processos Básicos	3	A interação simbólica é um processo de emissão e recepção de mensagens codificadas.	Codificação
	4	Um sinal é um estímulo que tem significado para as pessoas.	Significado
	5	As mensagens são sinais e grupos de sinais formados através de processos do pensamento humano.	Processos de pensamento
	6	As mensagens fornecem informação.	Informação
	7	A comunicação resulta em mudança.	Persuasão e mudança
Contextos de Comunicação	8	A comunicação interpessoal ocorre em contexto de face a face.	Interpessoal
	9	A comunicação realiza-se em contexto de pequeno grupo.	Pequeno grupo
	10	A comunicação realiza-se em contexto de organização.	Organizacional
	11	A comunicação realiza-se em contexto de massas.	Massas

Tabela 2 - Generalizações e contextos básicos de comunicação.
adaptado de (Freixo, 2012)

Conforme é possível constatar, as generalizações sobre comunicação integram três grandes áreas: a) As Orientações Gerais pressupõem a comunicação como um processo complexo e primordialmente de interação simbólica; b) Os Processos Básicos assumem que a interação simbólica se apresenta como um sistema de emissão e recepção de mensagens codificadas, constituídas por sinais ou grupos de sinais formados através dos processos de pensamento humano e que têm significado para as pessoas, resultando assim um processo de mudança. E, por fim, c) A componente dos Contextos de Comunicação que inclui quatro formas distintas de organizar o processo comunicativo, sendo estas a Comunicação interpessoal, a Comunicação Verbal, a Comunicação Organizacional e a Comunicação de Massas (Freixo, 2012).

Todos estes conceitos, estruturados por Frank Dance e Stephen Littlejohn (2009), são o resultado de dezenas séculos de comunicação e de infindável investigação. Após o período clássico da história da humanidade, em que foram fundados os pilares das ciências da comunicação, culminamos na Idade Média com a consolidação da identidade cultural da Europa, adotando esta o cristianismo como a sua matriz religiosa e cultural. A Idade Média foi um período não só de grandes debates filosóficos, como também de avanços técnicos notáveis em quase todos os domínios, com descobertas que contribuíram para as grandes transformações civilizacionais e culturais que consolidaram a nossa identidade cultural e que persistem, ainda hoje, na nossa própria experiência.

O modelo greco-romano de esfera pública sofreu, ao longo da Idade Média, profundas transformações, em função do modelo feudal de organização da sociedade que se foi generalizando por toda a Europa. A noção de público passou a estar associada a tudo o que dizia respeito ao domínio, quer por parte do soberano, quer por parte da Igreja. A corte, o paço e a igreja tornaram-se lugares de representação do espaço público, onde os senhores, os nobres e os dignatários eclesiásticos se mostravam perante o olhar do público definido como espectador da representação do poder. Mas, paradoxalmente, público tornou-se também, durante a Idade Média, o nome que era dado aos espaços e às pessoas comuns, sem preço, destinados à livre utilização, ou seja, que podiam ser requisitadas para a realização de tarefas comuns, tais como o trabalho braçal, a guerra e, inclusivamente, a prostituição (Rodrigues A. D., 2011).

O facto de este período ter sido regularmente flagelado por epidemias de peste e lepra, doenças altamente contagiosas para as quais não havia cura, deu origem a uma noção de comunicação que se formou nessa altura: a noção de contágio.

A criação, por toda a Europa, das universidades, a partir do final do século XI, provocou mudanças que se foram acentuando ao longo dos três séculos que se seguiram. Estas mudanças contribuíram para as transformações que iriam dar lugar a novos modos de encarar o mundo e levariam às ruturas culturais e políticas que iriam ocorrer nos séculos seguintes.

No século XVII e XVIII inicia-se a era do Racionalismo e do Iluminismo. A Reforma, iniciada um século antes, contribui para a expansão da leitura e resultante necessidade de interpretação textual. Surgem as questões importantes da epistemologia que

são definidas pelos filósofos deste período. Descartes desenvolve o seu trabalho sobre a base cognitiva e racional da experiência humana, tornando-se uma grande influência no pensamento ocidental em muitos ramos da ciência e das humanidades; Rousseau escreve sobre o contrato social como um meio de estabelecer a ordem na sociedade, influenciando fortemente os conceitos ocidentais sobre a pessoa e da vida social; Kant amplia o racionalismo ocidental através da integração dos conceitos da experiência empírica e do conhecimento humano; John Milton escreve *Areopagítica*, que prepara o terreno para a liberdade de expressão, elevando o trabalho na comunicação pública nos séculos vindouros. O Iluminismo torna-se, assim, um espaço de debate e de confronto que pode ser identificado com aquilo a que Habermas deu o nome de esfera pública, a esfera portadora do problema da comunicação, que se confunde com o próprio problema da racionalidade moderna (Littlejohn & Foss, 2009).

O século XIX foi o palco do grande despoletar da comunicação pública e política, mas também da afirmação da comunicação não verbal. Estudiosos como Charles Darwin e Garrick Mallery destacam, então, a importância da linguagem não verbal para a comunicação, com os respetivos estudos sobre a expressão das emoções no Homem e nos animais, bem como a linguagem dos sinais dos índios Plains, norte-americanos, com outras línguas, incluindo a dos surdos. Posteriormente, Charles Sanders Peirce (1967) fundaria o campo da Semiótica, que continua a influenciar o estudo dos signos, da linguagem e da lógica, até aos dias de hoje.

A comunicação pública e política emerge com o Pensamento Dialético, influenciando o movimento da crítica social. Georg Hegel propõe uma filosofia de mudança com base na dialética, o que influenciaria Karl Marx e, mais tarde, as escolas de dialética e crítica do pensamento em comunicação. Seguindo as ideias de Hegel, Marx publica críticas sociais e económicas que formam a base do comunismo e do pensamento crítico do século XX.

O início do século XX prolonga o interesse na ação coletiva, nidificando a emergente investigação da comunicação de massas, dos *mass media* e da publicidade. A Psicanálise capta o interesse intelectual da academia, iniciando-se os estudos sobre o comportamento social e o relacionamento humano, que mais tarde vêm a tornar-se um fator importante na Teoria Comportamental e Social (Littlejohn & Foss, 2009).

Se a viragem linguística dos anos sessenta afetou as sociologias interpretativas, afetou também os teóricos das sociologias da ação. As novas filosofias da linguagem, com efeito, inspiraram Parsons (1977) no último período da sua produção científica. Essa influência fez-se também sentir em Jürgen Habermas (1979) o qual, reelaborando os contributos de Parsons, produz, em 1981, uma sociologia do “agir comunicacional” (Mattelart, 1997).

No âmbito da nossa investigação, comprazemo-nos com o início dos importantes estudos clínicos de comunicação relacional. Jürgen Ruesch e Gregory Bateson introduzem o conceito de metacomunicação, ou comunicação sobre comunicação, promovendo o avanço do estudo da comunicação para além das ideias superficiais sobre a simples transmissão da mensagem. Os estudos em Comunicação Interpessoal testemunham uma expansão significativa com a introdução de novas abordagens como a de Carl Rogers e Erving Goffman (1972). Rogers (1951) publica os primeiros estudos sobre terapia centrada no cliente, o que lança, nas décadas seguintes, os estudos da comunicação centrada na pessoa e no diálogo. Noutra linha, Goffman (1971) publica uma série de escritos sobre a interação humana e auto-apresentação, os quais influenciaram fortemente a investigação e construção teórica na comunicação interpessoal.

O século XX foi um marco na construção da ciência da comunicação, quer pela sistematização teórica da herança dos séculos anteriores, quer pela preparação vanguardista na criação de conceitos teóricos que preparam e nos ajudam a receber o século XXI. Os contributos das Escolas de Chicago, Frankfurt e Palo Alto foram essenciais na teorização das ciências da comunicação. As perspectivas sistémicas, nomeadamente a Cibernética e a Escola Palo Alto, assim como as abordagens estruturais, tiveram um papel importante para a renovação das ciências humanas em geral, e influenciaram a visão da comunicação, em particular (Rodrigues A. D., 2011).

A.3. A influência das correntes mais representativas no delineamento teórico

O estudo que agora apresentamos apoia-se no revisitar de algumas das teorias mais relevantes da comunicação, nas quais os respetivos autores buscam encontrar sentido para o entendimento dos factos do mundo da comunicação. A necessidade de teorizar o conhecimento orienta o investigador na assimilação dos estudos anteriores, na observação do contexto e na projeção da pertinência do seu estudo em relação a outros.

Uma teoria é um sistema de enunciados, um corpo organizado de ideias sobre a realidade ou sobre um certo aspeto da realidade. A generalidade dos autores na área do conhecimento científico considera, com alguma prudência, a teoria como a explicação final ou o conhecimento que nos ajuda a entender as situações, os eventos e os contextos (Freixo, 2012, p. 18). Neste sentido, a teoria consiste num conjunto de preposições inter-relacionadas capazes de explicar porque, e como, um fenómeno ocorre, permitindo visualizá-lo.

Na investigação para a construção da nossa Tese sobre as competências comunicacionais na relação médico-doente, recorremos a três correntes teóricas para a interpretação do fenómeno: o Interacionismo Simbólico, a Semiótica e a Teoria dos Sistemas. Cada uma destas correntes coloca-nos perante diversos autores nos quais moderadamente procurámos a inspiração para a construção da nossa própria interpretação teórica.

A relação médico-doente pauta-se por uma interação simbólica que nos transporta para Herbert Mead, o precursor do interacionismo simbólico. De um modo geral, o Interacionismo Simbólico constitui uma perspetiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem, e a forma como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas (Carvalho, Borges , & Rêgo , 2010). Nesta corrente teórica buscamos o sentido do desenrolar das ações médico-doente e o enquadramento explicativo das mesmas. Consideramos que o Interacionismo Simbólico constitui, potencialmente, uma das abordagens possíveis para a análise de processos de socialização e ressocialização.

A Semiótica surge então, de forma quase dedutiva, do Interacionismo Simbólico, como uma corrente de sistemas de significação entre significantes e significados da interação destes dois atores no momento da consulta.

A compreensão do contexto da consulta enquanto fenómeno comunicacional permite-nos compreender a parte de um todo refletida na corrente da Teoria dos Sistemas. Esta teoria permite-nos compreender a importância da unidade e do fluxo da mesma na corrente, assim como o resultado ou importância do equilíbrio deste fluxo em contexto comunicacional.

A. 3.1. Interacionismo Simbólico

Os problemas sociais decorrentes da industrialização e da urbanização do início do século XX originaram o contexto que serviu como uma das fontes de estímulo aos estudiosos da Psicologia Social da época para desenvolver uma perspectiva teórica distinta, voltada para o estudo sistemático do comportamento social humano.

Com respeito às correntes teóricas que vieram dar origem à perspectiva conhecida como interacionismo simbólico, observa-se que a maioria dos autores são unânimes em considerar as contribuições advindas das obras de clássicos da Escola de Chicago como Charles Cooley, John Dewey, William Thomas e, sobretudo, George H. Mead, considerado o principal precursor e inspirador do movimento interacionista (Carvalho, Borges , & Rêgo , 2010).

Praticamente todas as teorias da Comunicação se relacionam com algum aspecto da natureza simbólica da comunicação e é justamente por o interacionismo simbólico facultar o melhor quadro unificado dessa essência simbólica que foi incluído neste enquadramento teórico. A expressão “interacionismo simbólico” pretende explicar uma teoria que tem na interação em sociedade a sua razão de ser.

George H. Mead foi o precursor desta teoria. As teorias deste filósofo e psicólogo americano “constituem a principal base de uma tradição geral do pensamento teórico designado por “interacionismo simbólico”, com grande impacto na sociologia” (Freixo,

2012). Mead considerava o organismo humano numa relação entre o estímulo e a resposta, usando o ato social como uma unidade básica de análise.

Na sua obra mais emblemática intitulada *Self, Mind and Society* (1934)⁹, “foi Mead quem pela primeira vez descreveu de forma coerente e argumentada a sociabilização como construção de uma identidade social” (Freixo, 2012). Esta teorização tem o mérito de colocar “o agir comunicacional” no centro do processo de sociabilização e fazer depender a lógica da sociabilização das formas institucionais da construção do *eu* e, nomeadamente, das relações comunitárias que se instauram entre os socializadores e o socializado.

Mead, filósofo e psicólogo americano, no desenvolvimento do seu trabalho, irá prestar uma especial atenção à interação das pessoas e aos sinais que a tornam visível. E é no campo simbólico da produção de significado que esses sinais terão inteligibilidade. No entanto, o ser humano só consegue atingir essa compreensão no momento em que partilha a sua experiência com os outros numa comunidade de significação, e é justamente devido a essa partilha de um mesmo universo significativo que podemos interpretar os sinais dos comportamentos dos outros. Como exemplos deste universo significativo, da linguagem gestual, encontramos o suar, o gaguejar ou o silêncio de um doente, significando para o médico o seu temor na situação. Ou numa situação inversa, bastará o levantar de uma sobrancelha do médico para que o doente interprete desconforto no seu interlocutor.

As ações das pessoas são, pois, vistas, não como expressão estrutural, mas como expressão do desenrolar das interações. Contudo, essas interações não são olhadas como uma cadeia não acabada de ações e reações que se sucederiam de forma previsível, mas sim como uma construção das representações da situação. Como afirmou Watzlawick (2015) “Toda a comunicação é comportamento”.

Para Mead, o comportamento das pessoas encontra-se sempre refletido no processo de comunicação. A consciência de si tem origem na interação, nas trocas, nas relações de reciprocidade. Contudo, esta consciência de si pode ser imperfeita se a partilha com os

9 - Mead nunca escreveu esta obra, a mesma foi composta por notas de estudantes que foram selecionadas e editadas postumamente.

outros não construir uma comunidade de significação. Por outro lado, considerando que a significação é central nos processos de interação e adaptação social, Mead vai propor uma das interpretações mais fecundas dos processos de socialização. Interpretado em (Freixo, 2012), o processo de socialização, segundo a perspectiva de Mead, compreende três momentos: 1) a fase preparatória; 2) a fase do jogo; 3) a fase de representação.

A primeira fase (a fase preparatória) ocorre num estágio inicial da construção do *self* (eu), que se caracteriza pelo assumir dos papéis sociais. A aquisição da capacidade interpretativa inicia-se na segunda fase do processo de socialização, ou seja, a fase do jogo, pela aquisição da linguagem falada ou expressa¹⁰. A terceira e última fase do processo de socialização, a fase da representação, é caracterizada pela necessidade de organizar e assumir dentro da sua experiência individual a perspectiva dos muitos outros em simultâneo. Mead ilustra esta fase através da metáfora do basebol. “O desporto representa um passo na vida da criança, que vai da adoção do papel dos outros à parte organizada desses papéis, e que é essencial à consciência de si” (Ferreira, 2013, p. 298).

Nesta terceira fase surge, na perspectiva de Mead, a capacidade de organizar, dentro da construção da própria experiência, *self*, não só a identificação dos papéis, mas também a sua organização mediante regras e normas precisas. Esta consciência da organização interna de papéis, Mead designa de o *outro generalizado*.

É justamente este o papel desempenhado pelo médico, na medida em que deverá ser capaz de interiorizar os outros, tornando-se um agente ativo, apto de manter as situações do decorrer da consulta, adequando o seu comportamento ao dos outros numa atividade cooperativa.

As três categorias: *Self, Mind and Society* (eu; mente; e sociedade) não surgem diferenciadas constituindo, pelo contrário, ênfases diferentes sobre o mesmo processo: o

10 - A linguagem falada é digital e sintática, partilha conteúdos, informações e tem uma função de transmissão dos conhecimentos. A linguagem expressa é analógica e semântica, abrange a postura, os gestos, a expressão facial, a inflexão de voz, sequência, ritmo e cadência das palavras, e qualquer outra manifestação não-verbal de que o organismo seja capaz. Toda a comunicação não mediada tem um conteúdo e uma relação, existindo de forma complementar em todas as mensagens. *Os seres humanos comunicam digital e analogicamente. A linguagem digital é uma sintaxe lógica sumamente complexa e poderosa, mas carente de adequada semântica no campo das relações, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica, mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não-ambígua da natureza das relações.* (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015, pp. 57-62)

“*ato social*”. Um ato social é uma relação triádica que consiste num gesto inicial de um indivíduo, uma resposta a esse gesto por outro indivíduo (de forma encoberta ou explícita), e uma resultante do ato, a qual é percebida ou imaginada por ambas as partes em interação” (Littlejohn, 1988).

“O ser humano, enquanto sistema aberto, interage com outras pessoas, integrando-se assim numa rede sistêmica de fluxos de informação e de relações com outros subsistemas, quer na qualidade de emissor, quer de recetor. Todos estes fluxos, transportam em si, sentido e significado, combinações e sequências muito próprios” (Salgado, 2017).

Assim, e neste enquadramento teórico, o médico é alternadamente um ator e um reator. Os atos interrelacionam-se e estruturam-se uns sobre os outros, em forma sequencial, ao longo da vida das, começando com um impulso, envolvem a percepção e a atribuição de significado, a repetição mental e a ponderação de alternativa na estrutura mental do indivíduo, seguindo-se a consumação final. Se visualizarmos este processo, encontramos nele o modelo comunicacional que ocorre numa consulta.

É neste processo de vivência partilhada que se desenvolve a consulta, onde a aprendizagem, do doente e do médico, pode ser entendida como um “produto” (resultante da experiência); como um “processo” (associado à mudança de comportamento); como uma “função” (quando ocorre da interação do sujeito, médico ou doente, com a informação que lhe chega, através de materiais, atividades e experiências) (Salgado, 2017).

O conceito de comportamentos cooperativos na consulta médica está patente em Mead quando este enuncia duas importantes funções na cooperação humana. Em primeiro lugar, é essencial que uma pessoa entenda as intenções do seu interlocutor, ou seja, deve compreender as ações do outro, mas, mais importante ainda, deve antecipar (imaginar) o que o outro quer fazer no futuro. (Littlejohn, 1988)

O intercâmbio de palavras, gestos e expressões, é o primeiro rosto, em qualquer processo de comunicação (Salgado, 2017). Nesta perspetiva, ficamos com a ideia de que cooperação consistirá na “leitura” das ações do outro e, então, empreender a resposta adequada. É isto, segundo Littlejohn e Foss (2009) “a essência da comunicação interpessoal” e é justamente nesta interação (resposta mútua) com recurso à linguagem,

que o Interacionismo Simbólico se torna uma teoria fundamental, “vital” da comunicação (Freixo, 2012).

Contudo, em sociedade, enquanto série organizada de interações cooperativas fundadas no uso dos símbolos, existe uma condição determinante que condiciona a eficácia dessa mesma interação simbólica, que é o conhecimento da significação desses mesmos símbolos, pelo conjunto dos membros dessa mesma sociedade ou cultura. É precisamente esta questão que nos orienta ao longo desta investigação, ou seja, as competências comunicacionais de um médico na consulta podem tornar este momento de interação simbólica perfeito, ou não, mediante o seu desempenho.

Este “eu” do médico na adoção de papéis numa situação de interação “através do processo de reflexão mental, (...) planeia e repete mentalmente o comportamento simbólico, preparando-se para a subsequente interação com os outros” (Freixo, 2012).

O pensamento de Mead reveste-se de uma enorme riqueza e contribuiu decisivamente para lançar e afirmar a teoria que ficou conhecida como Interacionismo Simbólico, sem esquecer, contudo, outros investigadores que deram igualmente o seu contributo. Entre esses contributos decisivos encontramos Herbert Blumer, o mais destacado seguidor de Mead. De facto, o próprio Mead nunca utilizou a expressão Interacionismo Simbólico; foi Blumer quem criou o termo em 1937 (Freixo, 2012).

Herbert Blumer, que em 1937 estabeleceu os pressupostos da abordagem interacionista, através dos seus apontamentos, cuja a maioria está reproduzida na publicação – *Symbolic Interactionism: Perspective and Method* (1986). Baseando-se nos princípios teóricos de Mead, Blumer reafirma a noção de que o significado é um produto social, uma criação que emana das atividades dos indivíduos à medida que estes interagem.

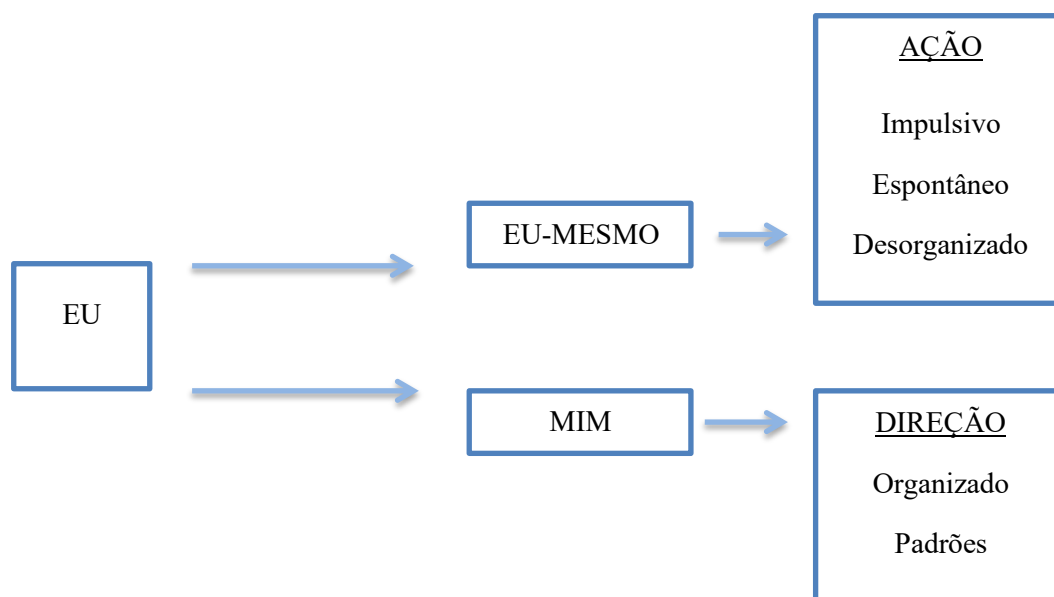


Figura 2 – A consideração do *Eu* em Mead.

Adaptado de (Freixo, 2012)

Não obstante o facto de alguns autores argumentarem que existem divergências entre as perspetivas teóricas e metodológicas de Blumer e Mead, é consensual que o interacionismo simbólico foi estruturado por Blumer, com base na interpretação que este fez acerca do pensamento de Mead.

A. 3.2. Semiótica

Os sinais sempre foram usados, na história da humanidade, para significar e transmitir certas informações. A Semiótica, a ciência geral dos signos e da semiose que estuda todos os fenómenos culturais como se fossem sistemas sógnicos, isto é, sistemas de significação (Freixo, 2012), classifica os sinais de acordo com a forma como são transmitidos, mas este processo baseia-se principalmente em códigos que são palavras, sons ou letras. A maravilha desta ciência e da teoria global reside na compreensão e interpretação da ligação entre os sinais e o enquadramento dos seres humanos enquanto agentes semióticos.

Em primeiro lugar, a Semiótica está intimamente associada à linguística, bem como aos sistemas de signos não linguísticos. Além disso, a Semiótica está igualmente presente noutras áreas das ciências sociais. O objetivo principal da Semiótica é o reconhecimento de uma mensagem em qualquer meio utilizado para passar informações.

A semiótica é uma disciplina que se concentra no comportamento social, focando-se no estudo dos sinais e da comunicação onde teorias e modelos são conceitos usados para a descrever e a interpretar (Hervey, 2017).

As duas grandes tradições da Semiótica moderna resultam das obras de dois autores: o linguista suíço Ferdinand de Saussure (1995) e o filósofo americano Charles Sanders Peirce (2013). Existem, com frequência, duas designações, Semiótica e Semiologia, estando cada uma associada à tradição da academia de origem. Na tradição americana, a Semiótica enquadra-se na teoria geral dos signos de que nos fala o americano Charles Sanders Peirce (2013). Para Saussure (1995), expoente máximo da tradição europeia, a Semiologia é uma ciência humana que vai além da linguística, estudando fenómenos translinguísticos (textuais) e códigos culturais (Freixo, 2012, p. 178).

Ambas as tradições, a Semiótica americana e a Semiologia europeia, observam os signos como tendo tanto um significante quanto um significado, sendo o significante a forma material de um signo. Saussure (1995) observou a Semiologia como um estudo sobre o papel dos signos na vida pessoal. Ao explorar essa abordagem, o autor argumenta que um signo é o todo que resulta da co-dependência do significante e do significado. Assim, dá ênfase tanto o significado como o significante por estarem ambos estreitamente ligados e nenhum deles existir sem o outro (Chandler, 2007).

Em contraste, o filósofo Sanders Peirce adotou uma abordagem lógica e define a Semiótica como uma "doutrina formal de signos" (Chandler, 2007, p. 3). Nessa abordagem, Sanders Peirce argumenta que qualquer coisa é passível de ser um signo, desde que o transmitamos com significado, sejam palavras, imagens, atos ou objetos (Liszka, 1996).

Além da terminologia – Semiótica, em Sanders Peirce (2013) e Semiologia, em Saussure (1995) -, a diferença fundamental entre as duas tradições semióticas é a interpretação, segundo a qual Sanders Peirce enfatiza a compreensão da relação entre o que

é significado e o significante (Mohd & Totu, 2014). Desta forma, Sanders Peirce oferece um modelo em três partes que contrasta com o modelo de duas partes proposto por Saussure que considera o significante (um objeto), um significado (representamen) e introduz um interpretante (Liszka, 1996). O signo é qualquer coisa que representa alguma outra coisa para alguém, é um elemento em que se correlacionam três outros elementos (representamen, objeto e interpretante), conforme está patente na figura seguinte:

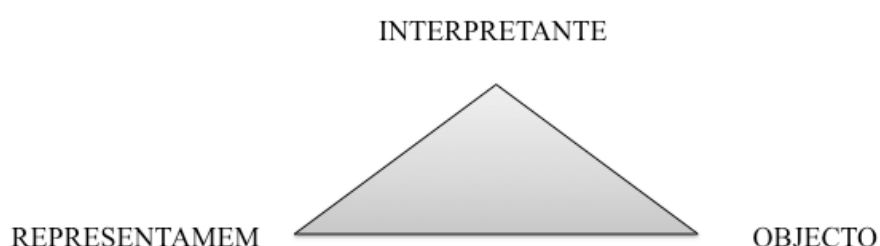


Figura 3 - Relação Triádica do Signo segundo Peirce.

O interpretante liga o significante e o significado; como interpretamos o que é representado e como tal é representado. Neste caso, Saussure argumenta que o significado de um signo está contido nele próprio. O signo linguístico é, pois, uma entidade psíquica de duas faces. Por sua vez, Sanders Peirce argumenta que o significado não é inerente, sendo antes o produto da interpretação (Freixo, 2012). De acordo com Totu e Mohd (2014), outra diferença reside na limitação de signos. Enquanto Saussure afirma que um sinal é algo que é entregue com um propósito específico e com um significado específico anexado, para Sanders Peirce não existe nenhuma limitação de signo; um sinal pode ser qualquer coisa que é representativo e não apenas algo que é transmitido propositadamente.

Para Umberto Eco (Eco, 1991), o código, no seu sentido semântico, sintático e pragmático alargado, é o sistema convencionalizado de regras metalinguísticas que ligam determinados elementos expressivos a determinadas unidades culturais (Freixo, 2012).

Outro autor que investigou e escreveu sobre a análise dos elementos sgnicos do discurso foi Louis Hjelmslev (1970), o qual reconheceu que o significante e o significado, sem a significação que o contexto lhes confere, não poderiam, por eles próprios, facultar uma análise perfeitamente compreensível. Assim, temos o triângulo semiótico: significante (forma do signo), significado (conceito linguístico), contexto (entidade do mundo vivido ou pensado). O signo poderá ter significação diferenciada dependendo do contexto.

Apesar de considerarmos a perspectiva de (Totu & Mohd, 2014) bastante completa, não poderemos deixar de referenciar a existência de autores que argumentam que em termos práticos semiótica e semiologia são sinnimos (Freixo, 2012, p. 178).

Qualquer objeto, som ou palavra capaz de representar uma outra coisa, constitui um signo. Isto significa que o signo é uma transmissão, ou construo mental, por via da qual um organismo influencia o comportamento ou estado de outro organismo, numa situao de comunicao. Numa situao de consulta médica estão presentes vários signos comuns a uma infinidade de doentes. A bata branca, o estetoscópio, a palavra doutor, todos eles nos remetem de imediato para uma dimensão/contexto comum a todos, isto é, o momento da consulta.

No nosso quotidiano, todos dependemos do signo para desempenhar as nossas tarefas, ou seja, para vivermos em sociedade, interagindo com o meio no qual estamos inseridos. Para o homem comum, a noo de signo e das suas relaoes não são porventura de grande relevância, sobretudo do ponto de vista teórico (Freixo, 2012). Contudo, a utilidade do signo vai além do que imaginamos: quando vamos ao médico necessitamos dos diferentes signos para sentirmos segurança, confiança e credibilidade.

A bata do médico, como signo que é, representa algo para além do próprio adereço; provoca no organismo respostas em relao a objetos, eventos ou condioes significadas. É assim que os signos são usados para manipular o próprio comportamento, o comportamento dos outros e controlar o contexto na consulta médica.

Relativamente ao contexto, os seres humanos são animais sociais e, por conseguinte, a forma como encontramos significado está intimamente ligada ao ambiente social em que crescemos. O pensamento partilhado por muitos é que a sociedade é um conceito que não existe. Por outro lado, a Semiótica explica como encontrar significados,

signos e símbolos que são construídos sobre a sociedade e seus códigos, os quais podem mudar mediante a mudança de, e da, sociedade. Além disso, a linguagem é um fenômeno que pode ser estudado tanto em termos de discurso falado como de sons. A abordagem semiótica à linguagem é composta pelo princípio da linguagem como ferramenta de comunicação e pensamento (Hamel, 2011).

A relação entre significantes e significados é como um acordo e não “aparece” naturalmente, é a sociedade e o núcleo social primário que ajudam a ensinar e a interpretar os símbolos, assim como os sinais. Esta realidade tem um impacto significativo na construção das nossas opiniões sobre a relação entre as pessoas e a sociedade. Em linha com a teoria semiótica de observação de pessoas e expressões faciais, Hamel (2011) argumenta que a expressão facial fornece informações significativas sobre nossos sentimentos e emoções. Podemos facilmente dizer quando alguém está impaciente, que interpretamos pelas expressões faciais da pessoa que estamos a observar. Além disso, existe, regra geral, a vontade de saber mais sobre as pessoas com quem comunicamos, pelo que acabamos por analisar os outros, com quem comunicamos, pela forma como olham, os seus cabelos, o que trazem vestido, o estilo, o modelo do telefone. Tudo isto nos oferece uma visão global sobre aquela pessoa.

O papel da semiótica na sociedade une alguns conceitos importantes do signo e da norma. Em comunidade, um sinal é o que pode ser usado para representar alguma coisa, enquanto uma norma é uma regra geral compartilhada por membros da comunidade. As normas representam simetrias num comportamento comum entre pessoas numa organização social ou não, e isso permite-lhes coordenar as suas atividades. As normas regem a forma como os indivíduos pensam, se comportam, fazem juízos de valor e compreendem a sociedade como um todo. Uma cultura, ou uma subcultura, é simplesmente definida por normas. As normas devem incluir deliberações para quaisquer dificuldades organizacionais, visto que isso promove e melhora a eficácia do trabalho entre os membros de um grupo. Além disso, as normas podem ser representadas por sinais na escrita ou a nível do comportamento (Zantides, 2014). Quando pensamos em sistemas de informação, associamos esse conceito apenas a computadores, mas é possível visualizar um sistema de informação como uma organização onde a informação pode ser processada

e armazenada. Os comportamentos dos elementos organizados dependem de formas de comunicação melhores e mais avançadas do que as máquinas podem interpretar.

A Semiótica ajuda os elementos de uma sociedade a comportarem-se de uma forma organizada e específica. Desta forma, estes estarão aptos para uma percepção regular do valor, da opinião, e do comportamento social. Assim, qualquer comportamento que seja ao acaso, e não esteja dentro do enquadramento social, poderá criar o caos e condições desestabilizadoras entre os elementos de uma sociedade (Perez, 2017).

Na comunicação, a Semiótica pode ser utilizada para assegurar que o significado pretendido tenha sido passado ao recetor, permitindo que qualquer forma de ambiguidade possa ser eliminada. Inicialmente, a Semiótica foi apenas um método académico desenvolvido para identificar o significado das palavras mas, mais tarde, passou a ser utilizada nas ciências sociais para investigar o comportamento humano, a cultura de uma sociedade, as consequências dos produtos de uma cultura, na interpretação do comportamento do consumidor e no largo espectro de toda a comunicação numa sociedade. As ciências da comunicação chamam a si uma interpretação semiótica, conceptual e teórica, justamente porque se trata de uma teoria de grande precisão e rigor com uma base filosófica.

A utilização de um sistema de códigos perceptíveis e claros em ambientes hospitalares transmite confiança, respeito e conforto aos doentes. Estes estão numa posição de receber ajuda e, por isso, estes códigos colmatam níveis de percepção subliminares, melhorando a visita hospitalar (Kurtz & Silverman, 1996). Existem diferentes tipos de códigos: códigos reguladores, que lidam com controlo do comportamento; códigos de significado, que versam sobre a comunicação; códigos analógicos, que se focam nas distâncias interpessoais, íntimas e sociais apropriadas. Os códigos de apresentação e representação lidam com a comunicação interpessoal, com a linguagem e as expressões faciais. Os códigos de denotação e os códigos de conotação concentram-se em valores sociais, morais e visuais (Perez, 2017). Num ambiente de saúde, todos estes códigos intervêm na vivência da relação médico-doente.

Os signos adquirem significado por denotação e conotação. A denotação é o processo pelo qual um significante aplica um significado específico. Uma enfermeira denota uma pessoa instruída e licenciada para prestar cuidados de enfermagem: a

enfermagem denota uma determinada profissão ou prática de cuidados de saúde. A tecnologia denota um conjunto de sistemas de conhecimento em torno da elaboração e utilização de artefactos físicos: um estetoscópio denota um tipo de instrumento médico usado para auscultar o coração e outros sons do corpo. Em contraste, a conotação é o processo pelo qual o signo (significado + significante) aponta para outro sistema, ou referente. Os sistemas referentes constituem o conhecimento que já possuímos e que transportamos para um signo para lhe dar sentido (Sandelowski, 1999).

Nos últimos tempos, o emprego da semântica do emoji¹¹ tem vindo a aumentar. Alguns códigos não possuem significado semântico como, por exemplo, os alfabetos, que não o têm. Contudo, alguns caracteres específicos podem tê-lo, como a letra A, que é usada para significar “excelente” em alguns sistemas de ensino. Pelo contrário, os emoji são intrínsecos na sua estrutura, são pictográficos e globais (Perez, 2017). A utilização de emojis é um retorno à forma de transmissão da informação na pré-história.

Nas relações interpessoais, a semiótica pode ser uma ferramenta muito útil na compreensão da dinâmica interpessoal. A aplicação da semiótica ao contexto interpessoal ajuda-nos a compreender melhor as relações, uma vez que o *eu* é criado a partir da semiótica, a qual retrata o *eu-forde* em condições interpessoais.

A melhor forma de abordar e compreender a Semiótica é observar como esta se revela em variados elementos do nosso dia-a-dia (Lorusso, 2015). No contexto hospitalar, assistimos ao desenvolvimento da digitalização. A melhoria do nível do tratamento médico cada vez mais depende de uma gestão eficiente e da utilização de vários tipos de sistemas de informação médica. No entanto, os atuais sistemas de informação médica estão separados (analógico e digital), não existindo partilha de informação e interoperabilidade, o que levanta barreiras a uma maximização dos recursos médicos. Portanto, é necessário um sistema integrado de saúde em grande escala, composto por muitos subsistemas interoperáveis, que se adapte a uma área em evolução (Nabeto, 2020).

11 - Emoji é uma palavra derivada da junção dos seguintes termos em japonês: *e* (絵, "imagem") + *moji* (文字, "letra"). Com origem no Japão, os emojis são ideogramas utilizados em mensagens eletrónicas e páginas *web*, cujo uso está a generalizar-se.

A. 3.3. Teoria dos Sistemas

A comunicação interpessoal ajuda-nos a entender a comunicação como sendo uma questão essencialmente social. Com efeito, o homem desenvolveu uma diversidade de sistemas de comunicação que lhe tornam possível a vida social – *a vida social não no sentido de viver em grupo para caçar ou guerrear, mas num sentido desconhecido dos animais. Entre todos esses sistemas de comunicação, o mais importante é, decerto, a linguagem* (Freixo, 2012).

A Teoria dos sistemas foi introduzida com a publicação de um artigo do biólogo Ludwig von Bertalanfy descrevendo a teoria geral do sistema (1951). Von Bertalanfy descrevia todas as formas de vida como tendo uma dinâmica comum e, por isso, propôs-se apresentar uma teoria geral da vida. A Teoria Geral dos Sistemas baseia-se no pressuposto de que o reducionismo científico perdeu a integridade do todo, e ainda no pressuposto de que, visto tudo funcionar em conjunto, devemos então estudar propriedades e processos holísticos. A teoria de Von Bertalanffy (General System Theory: Foundations, Development, Applications, 2015) desenvolve o conceito de sistemas vivos com limites permeáveis (abertos) em oposição aos sistemas matemáticos fixos da física. A abertura do limite é necessária para os intercâmbios de energia dos sistemas (entrada e saída), os ciclos de *feedback* e a mudança constante (adaptação) necessária para uma sobrevivência saudável.

A teoria de Von Bertalanffy, muito divulgada a partir dos anos 1970, inspirou um modelo interpretativo e explicativo para muitos fenómenos de saúde-doença na pessoa humana, vista como um todo sistémico que, por sua vez, é parte de outros sistemas que o incluem. Nesta perspetiva, a relação médico-doente tem interferências diversas originadas nos contextos de vida de cada indivíduo - contextos sociais, familiares, profissionais - e também interferências relacionadas com a organização e o financiamento dos cuidados de saúde.

De entre os diversos contextos, a família é, porventura, o mais interferente e o que mais questões suscita na prática da medicina geral e familiar. Assim, a relação médico-doente acaba por incluir diversas componentes desse contexto sistémico – o contexto da

família. Todos temos sempre alguma forma de família, seja a de origem, mesmo se desconhecida (ninguém nasce sozinho), seja a família de convivência, ou ambas.

As ideias holísticas em torno da Teoria Geral dos Sistemas (Von Bertalanffy, 1968) criaram uma agitação nas ciências ao desafiar o pensamento convencional e linear de causa e efeito, substituindo-o por um processo de pensamento que reconhece as interconexões e os ciclos da vida. As ideias de Von Bertalanffy tiveram um enorme impacto nas ciências naturais através do conceito de ecossistemas, desafiando os cientistas a analisar o equilíbrio das interações entre todos os elementos de um determinado espaço (solo, água, ar, plantas, animais e humanos) para ver o que funciona para uma sobrevivência e saúde satisfatórias. Para este autor, os sistemas organizam-se em níveis que se anicham em sistemas maiores, como a extensão de células para órgãos, de pessoas para relações, comunidades, estados e do planeta para o universo (Connors, 2011). Este crescimento ou hierarquia encontra-se patente na figura seguinte.

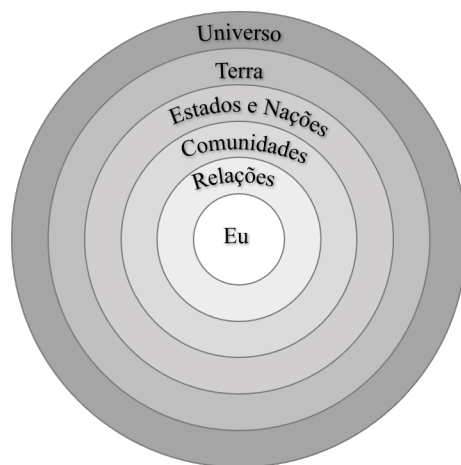


Figura 4 - Níveis da Teoria dos Sistemas
Adaptado de (Connors, 2011, p. 2)

Um sistema é um conjunto de elementos interdependentes: um carro, a comunicação entre duas ou mais pessoas, uma célula, um país, um hospital, todos estes elementos são sistemas. A abordagem sistémica consiste, numa primeira definição, em não considerar os objetos isoladamente, analisando o seu conteúdo, mas sim em observá-los na

sua rede relacional, no seu contexto, como acontece na interação humana. Não se trata de um ponto de vista microscópico (o ser humano analisa uma célula), mas sim macroscópico (a célula analisa-se a si própria).

Ainda numa perspetiva macroscópica, a abordagem sistémica é baseada na Cibernética e na Teoria dos Sistemas. Consideramos útil lembrar esta definição: a Cibernética é a disciplina que estuda as regulações e a comunicação nos seres vivos e nas máquinas construídas pelos homens. A cibernética é a arte de gerir e conduzir os sistemas de alta complexidade (Rosnay, 1975).

Compreendemos que um sistema é um organismo de interdependências e que a sobrevivência ou a vivência das unidades depende da forma como estas se relacionam.

Niklas Luhmann, sociólogo alemão do século XX, interpreta a sociedade como um sistema, isto é, para Luhmann, a sociedade é observada através da distinção do sistema e do meio. Sendo assim, cabe recorrer aos instrumentos da teoria geral dos sistemas, sobretudo às mudanças paradigmáticas que ocorreram nos anos 70 e 80, em função de novas descobertas nas ciências exatas e biológicas. A teoria geral dos sistemas apresenta-se, hoje, como teoria de sistemas auto-poiéticos, auto-referenciais e operacionalmente fechados.

No último quarto do século XX ocorreram mudanças paradigmáticas na teoria geral dos sistemas. Luhmann incorpora estas mudanças no seu pensamento e no seu trabalho com a substituição do conceito sistema aberto/fechado pelo conceito de *autopoiesis*. O conceito de *Autopoiesis* significa que um sistema complexo reproduz os seus elementos e as suas estruturas dentro de um processo operacionalmente fechado com a ajuda dos seus próprios elementos.

Aquilo que sobressai nesta abordagem de Luhmann é que, enquanto Maturama e Varela, na década de 70, restringem o conceito da *autopoiesis* a sistemas vivos, Luhmann, na década de 80, aplica-o às ciências sociais e amplia-o para todos os sistemas em que é possível observar um modo de operação específico e exclusivo, que são, na sua opinião, os sistemas sociais e os sistemas psíquicos.

Para Maturama (1995) *os sistemas vivos são máquinas. Contudo, são uma espécie particular de máquinas: são máquinas moleculares que operam em redes fechadas de*

produções moleculares, de tal forma que as moléculas produzem as suas próprias interações na mesma rede que as produzem. A esta espécie de sistemas, o autor chama-lhes autopoieticos. Os sistemas vivos morrem quando a autopoiesis termina, mantendo-se conservados através das suas mudanças estruturais (Salgado, 2017).

As operações básicas dos sistemas sociais são as comunicações, assim como as operações básicas dos sistemas psíquicos são os pensamentos. As comunicações dos sistemas sociais reproduzem-se através de comunicações, assim como os pensamentos se reproduzem através de pensamentos. Fora dos sistemas sociais não há comunicação, assim como fora dos sistemas psíquicos não há pensamento. Ambos os sistemas operam fechados, no sentido em que as operações que produzem os novos elementos do sistema dependem das operações anteriores do mesmo sistema e constituem, simultaneamente, as condições para futuras operações. Este circuito fechado é a base da autonomia do sistema, ou seja, nenhum sistema pode atuar fora das suas fronteiras (Luhmann, 2013).

Salientamos que o conceito da *autopoiesis* em nenhum momento nega a importância do meio para o sistema, uma vez que sem meio, não há sistema. A *autopoiesis* refere-se à autonomia, o que não significa anarquia. Esta diferença está patente na categoria acoplamento estrutural, que denomina a relação de dois sistemas autopoieticos que precisam, para o seu funcionamento, da presença de outros sistemas. A relação entre sistemas sociais e sistemas psíquicos está interligada; a comunicação não é possível sem a presença de sistemas psíquicos. Sistemas autoregulativos não podem ser determinados através dos acontecimentos do meio, esses acontecimentos apenas podem estimular operações internas próprias do sistema, cujo resultado, na maneira como ele se mostra para o meio, não é previsível, mas contingente.

As estruturas semânticas internas organizam as operações comunicativas internas de forma recursiva ou autorreferencial. Desta forma, podemos chamar a este sistema de autónomo que, baseado em regulação autopoietica, mantém relações com o seu meio, orientado pela sua principal diferenciação e pelo seu *modus operandi* (Bertalanffy, 2015).

A sociedade é composta por distintos sistemas sociais, os quais têm como função principal a redução da complexidade do mundo por forma a que esta complexidade possa ser entendida pelas pessoas ou pelos sistemas psíquicos (Connors, 2011). O mundo representa a unidade entre o sistema e o meio, e contém todos os sistemas e todos os

meios. A complexidade é o conjunto dos possíveis estados e acontecimentos de um sistema. Assim, a complexidade do mundo é sempre maior do que a complexidade de um sistema, o qual, por outro lado, precisa de um grau de complexidade que lhe permita a redução da complexidade no seu meio.

O ponto de partida da abordagem de Luhmann sobre a sociedade é a constatação de que cada tentativa de descrever a sociedade acontece dentro da sociedade. Sendo assim, a teoria da sociedade como descrição da sociedade é auto-lógica, isto é, a descrição da sociedade tem que incluir uma descrição da própria teoria, que é a base da descrição da sociedade. A descrição da sociedade é um fenómeno social e, assim sendo, faz parte da sociedade. Nas palavras de Luhmann (2013) *a sociedade é da sociedade*. Enquanto sistema, este componente de auto-lógica, em conjunto com a falta de metodologias adequadas à análise de um sistema de alta complexidade, é a razão da escassez de uma teoria da sociedade na sociologia contemporânea (Wiener, 2013).

Sem comunicação não há sociedade, e fora da sociedade não há comunicação (Luhmann, 2013). Os limites da sociedade são os limites da comunicação, limites estes que variam historicamente mediante a economia, a história, a política e a cultura.

Numa relação a dois, interpessoal, a teoria dos sistemas também pode constituir um enquadramento teórico explicativo dessa relação. A teoria dos sistemas interpessoais ensina que, além das famílias, todas as relações e todos os grupos são sistemas com propriedades e dinâmicas semelhantes. Quando as pessoas se juntam e criam qualquer tipo de relacionamento ou de grupo, essa entidade relacional torna-se um ser vivo interpessoal. A forma de expressão deste ser vivo pode assumir diferentes variações como ser um par de namorados, uma família, uma organização, uma comunidade ou o planeta.

As conexões interpessoais dentro e entre os sistemas de relacionamento tornam-se canais de energia que cada membro e o sistema se alimentam e contribuem, como os vasos sanguíneos. As relações e os grupos respiram, realizam trocas e mudam - assim como todos os seres vivos. (Connors, 2011)

A teoria dos sistemas interpessoais é um contributo para a compreensão dos processos vivos e de padrões relacionais entre pessoas e grupos. Esta teoria explica as características comuns entre relações e grupos através dos aspetos dos sistemas de todas as

formas de vida, o qual altera radicalmente a forma como se olha para eles. Uma vez que entendemos os elementos básicos, os fluxos e os equilíbrios dos sistemas, temos mais ferramentas para entender todos os tipos de fenômenos que premeiam as relações.

Os sistemas interpessoais funcionam como elementos de interação humana, os quais são unidos por um fluxo de energia magnética (amor, poder, comunicação) que os estimula e alimenta. A comunicação desenrola-se como um processo, não como uma conclusão (Sanchez-Bravo, 1881). Esse fluxo de energia possui dinâmicas e padrões que se conectam a outras pessoas e à natureza. Os sistemas de relacionamento estão em constante interação e esse fluxo de interação alimenta, estimula, perturba e muda outros membros e sistemas. Simultaneamente, os limites de relacionamento proporcionam estabilidade, mas esses limites devem permanecer abertos ao fluxo de várias forças da vida para permanecerem vivos. Desta forma, sentirão o impulso e a atração da mudança constantemente.

Detemo-nos em Watzlawick (2015), onde é apresentada a questão da interação humana como um sistema interpessoal. A interação humana pode ser considerada um sistema, e a teoria geral dos sistemas expõe uma compreensão profunda da natureza dos sistemas interacionais. A teoria geral dos sistemas não é apenas uma teoria centrada nos sistemas biológico, económico ou mecânico. Apesar da grande variedade dos seus objetos, as teorias dos sistemas particulares têm tantas conceções comuns que não encontramos numa teoria mais universal, desenvolvida para estruturar as semelhanças em isomorfias formais.

Os relacionamentos enfrentam-se, frequentemente, com um mar tormentoso de mudanças dentro e fora de si. A pressão contextual aumenta e diminui, forçando as mudanças ou trabalhando para manter a estabilidade. Os ciclos de mudança produzem a dor, o caos, a estranheza e o risco inevitáveis e necessários para a saúde e para a produtividade da relação ao longo do tempo.

Como seres humanos, precisamos de vínculos sociais e relacionamentos saudáveis enquanto garantes do nosso bem-estar emocional. A maioria das pessoas possui vínculos fortes com uma série de grupos formais e informais, como as famílias, círculos de amigos, grupos de trabalho, comunidades e grupos religiosos. Cada relação provoca mudanças e suscita novos desafios. Quando são positivos, os relacionamentos fortalecem-nos e

fornece suporte para enfrentar as contrariedades da vida. Quando são negativos, podem ser fonte de desequilíbrio emocional, doenças físicas ou mesmo a morte.

Existem inúmeras características psicológicas em grupos humanos e relacionamentos que se encaixam nos sistemas que pensam de maneira similar. As principais propriedades dos sistemas que se aplicam a relacionamentos, grupos e outras formas de sistemas interpessoais são, segundo (Connors, 2011), estratificadas¹². Para este autor, cada sistema possui propriedades próprias que a tabela seguinte registra, ajudando a entender o significado que se encontra associado a cada uma dessas propriedades:

12 - Tabela 3 - Propriedades dos Sistemas Interpessoais.

Propriedades dos Sistemas Interpessoais

	Propriedades	Descrição
1	Holística	Os sistemas atuam, movem-se, dão e tomam como um todo.
2	Mudança constante	Os sistemas estão em constante mudança à medida que passam por ciclos de <i>stress</i> de curto prazo e no ciclo de vida.
3	Dependência de padrão	Os sistemas autoestabilizam-se criando padrões para organizar e canalizar o fluxo.
4	Expansão e contração	Os sistemas expandem e contraem, alternadamente expandem e contraem a sua abertura à mudança e ao meio envolvente.
5	Equilíbrio por autorregulação	Os sistemas regulam seu fluxo e dinâmica para se tornarem relativamente equilibrados e saudáveis.
6	Interligado através do fluxo	Os sistemas estão interligados através de um fluxo de energia, matéria e informação que eles alimentam e compartilham, sendo por isso interdependentes.

Tabela 3 - Propriedades dos Sistemas Interpessoais.

Adaptado de (Connors, 2011)

Um outro teórico da comunicação, Watzlawick (2015), referia-se a esta relação da interação humana nos seus diferentes grupos sociais como uma questão de retroalimentação. Os processos de retroalimentação correspondem à simetria (retroalimentação positiva, ampliadora do desvio) e à complementaridade (retroalimentação negativa, estabilizadora).

Quando as pessoas se juntam com um qualquer propósito por um período de tempo, desenvolve-se nessa relação uma fronteira protetora que tem uma força unificadora e faz com que aqueles dentro dela atuem, até certo ponto, como uma unidade, um todo. À medida que as pessoas são atraídas para formar relacionamentos ou se juntarem a um grupo, sentem que precisam de comunicar, colaborar e compartilhar metas e devem mover-se, interagir e mudar juntas pois, desta forma, os seus resultados ficam conectados, tornando-se dependentes umas das outras.

Uma forma de testemunhar os comportamentos mencionados no parágrafo anterior é prestar atenção à forma como o comportamento de grupo é, geralmente, bastante diferente do comportamento individual. Como exemplo, podemos citar as seguintes situações: um grupo de crianças, que interagem de forma agradável entre si, podem tornar-se cruéis para com uma criança mais fraca ou para com um animal por influência dos valores do grupo a que pertencem; um grupo de jovens fisicamente menos aptos que, juntos, praticam um desporto, podem adquirir capacidades enquanto conjunto e tornarem-se uma equipa vencedora; os grupos de alcoólicos e toxicodependentes que podem encontrar a força para mudar no seio de grupo de apoio, porque, isoladamente, não conseguem desistir dos seus vícios.

As pessoas vão-se modificando mediante os relacionamentos que mantêm ou que estabelecem e, muitas vezes, agem de maneira diferente dependendo do meio e do grupo em que se movem. Especialistas em família concluíram que a saúde de toda a família deve ser melhorada por forma a ajudar os familiares a encontrarem um maior equilíbrio e bem-estar no contexto familiar (Caple, 2005). Tal acontece porque o contexto interpessoal afeta o bem-estar dos indivíduos dentro dele, e este fenómeno contextual é também válido para todos os grupos e relacionamentos, desde casamentos, a amizades, até organizações governamentais. Podemos assumir um papel mais poderoso na definição do contexto de todas as formas de relacionamentos e grupos a que pertencemos, uma vez que podemos vê-los de forma holística enquanto sistemas.

Os sistemas interpessoais são afetados por esse fluxo constante que nos empurra e nos puxa à medida que os recursos e a energia se movem entre os membros do sistema e seus ambientes. Os sistemas interpessoais experimentam um constante fluxo de mudanças que, muitas vezes, desafiam a sua estabilidade e sobrevivência. Constantemente, os

sistemas de relacionamento consideram a mudança; evitando-a, abordando-a, promovendo esta mudança ou a recuperação da mudança.

Os sistemas interpessoais apresentam padrões dependentes para lidar com as dificuldades e as pressões que enfrentam, possuindo uma natureza auto-organizada que trabalha para manter a estabilidade e minimizar as ameaças de fontes internas e externas. A forma como os relacionamentos e os grupos se estabilizam e enfrentam a pressão de todas essas mudanças é conseguida através da criação de padrões - padrões para atender às necessidades, para lidar com o *stress* e os conflitos, e lidar com as solicitações externas. Este esforço para formar e seguir padrões é o meio mais comum para manter a estabilidade, ou a homeostase, em sistemas de relacionamento.

Ao longo do tempo, a espontaneidade dos relacionamentos e dos grupos vai sendo substituída pela dependência de padrões, até que aqueles dependam cada vez mais desses padrões. Este fenómeno é exacerbado pela predisposição natural contra a mudança, a menos que haja uma grande pressão do meio ambiente ou das dinâmicas internas para que esta se opere. Muitos relacionamentos e grupos movem-se em padrões fixos e perdem a vontade de mudar, originando ruturas matrimoniais, dinâmicas de grupo sem vida e o fim de organizações sólidas e duradouras (Heylighen, 1990).

Nos sistemas, existe uma dinâmica de expansão e contração devido à intensa pressão interna e externa para a mudança e, simultaneamente, ao controlo da pressão para adoção de padrões e para a estabilidade. Os sistemas precisam de estabilidade e mudança para sobreviverem e avançarem para objetivos determinados. A forma como os sistemas equilibram essas duas unidades distintas é alternando-as, através de uma espécie de respiração que, alternadamente, abre e fecha, empurra e puxa, se expande e se contrai (Connors, 2011).

Desta forma, os relacionamentos e os grupos também respiram quando se tornam mais abertos ou mais fechados, são atraídos e repelidos por forças internas e externas, quando crescem para níveis de maior compreensão ou se afastam das influências externas. Ao mesmo tempo que um relacionamento ou um grupo procuram evitar a mudança, os membros desse grupo precisam também de mudar, para melhor se adaptarem a tudo dentro e fora do grupo, o qual está a sofrer mudanças em grandes e pequenas formas e dimensões. Esta pressão para mudar está, quase sempre, em competição com essa busca de uma

estabilidade natural. Mas quando estas duas forças conseguem operar em conjunto, ocorre um equilíbrio semelhante ao ritmo da vida.

Os terapeutas familiares abordam com frequência a questão do equilíbrio em conflitos de relacionamento: entre passar tempo em casa, em família, e passar tempo a socializar fora de casa, este equilíbrio é descrito como movimentos de contração e expansão¹³. *Esta questão pode ser uma fonte importante de discórdia no relacionamento, a menos que os membros dessa relação possam encontrar uma maneira de harmonizar o ritmo do relacionamento para abrir e fechar conforme o equilíbrio pretendido. Numa situação de terapia, ambos, alunos e membros do grupo, beneficiam muito mais quando a influência dos líderes e especialistas é equilibrada com o contributo dos membros participantes* (Minuchin, 1974).

A mudança (e todos os processos interpessoais) ocorre ao longo de um *continuum* que se pode apresentar de forma violenta e repentina ou com contornos extremamente subtis (por exemplo, o envelhecimento). Os sistemas funcionam naturalmente, num equilíbrio entre a mudança e a estabilidade a fim de se manterem saudáveis. Este processo é chamado de auto-regulação. Esta auto-regulação no sistema interpessoal carece também de equilíbrio, não apenas entre os seus membros mas também com o meio ambiente.

Os membros que participam num sistema de relacionamento estão tão profundamente interligados pelo fluxo de comunicação, pelos recursos e pela energia gerada entre si que a forma como vivem e se relacionam se torna interdependente. Além disso, cada sistema de relacionamento é afetado por outros sistemas interpessoais externos, especialmente por aqueles que estão próximos e por aqueles aos quais se está vinculado (igreja, trabalho, comunidade e cultura, entre outros). Juntos, estes sistemas formam um ecossistema humano com um fluxo relacional que os interliga em vários níveis, o que os torna fortemente interdependentes – política, social, financeira, cultural e ecologicamente.

O fluxo de comunicação entre indivíduos é como uma força de energia magnética e dinâmica que os une e os impacta, sentindo eles, assim, os problemas uns dos outros. A pertença a um grupo ou a existência de um relacionamento estimulante leva a que qualquer tema influencie os outros membros do sistema através do impacto do seu fluxo

13 - Os sistemas expandem-se e contraem-se alternadamente na sua abertura à mudança e ao meio ambiente.

psicológico, social e físico. O peso e a qualidade emocional dessa força energética magnética (que inclui energia, informação, nutrientes e resíduos) varia significativamente de relacionamento para relacionamento e cada relacionamento desenvolve o seu próprio equilíbrio com base na partilha dos seus problemas, quer seja pela forma como assume histórias de vida, como as enfrenta ou como resolve os problemas que lhes estão associados (Leitão, Fortunato, & Freitas, 2006).

Conceptualizar e analisar os grupos e os relacionamentos como sistemas significa observar a força e a dinâmica que os alimenta e os conecta, o que é conhecido como fluxo. O fluxo é o movimento de comunicação, energia e recursos dentro, fora e através dos limites do relacionamento, semelhante ao movimento de fluidos corporais (Durkin, 1981). O fluxo conecta os membros dos sistemas interpessoais ligando, igualmente, cada sistema a outros grandes e pequenos sistemas para mantê-los energizados e em funcionamento. As trocas ocorridas no fluxo podem dar-se a nível físico (alimento, água) ou a nível energético (comunicação, informação e conexão social).

Os sistemas interpessoais necessitam que exista uma troca de informações para entender os seus ambientes internos e externos e monitorizar como estes estão a evoluir. Os ambientes internos e externos dos sistemas interpessoais mudam constantemente, pelo que os recursos que estes trocam variam de igual modo.

O fluxo é um elemento importante e necessário para garantir o funcionamento dos sistemas interpessoais. O grau de fluxo entre os seus elementos é um sinal de vitalidade do relacionamento ou do grupo, semelhante à pressão arterial. Um fluxo muito rápido pode criar instabilidade e levar ao esgotamento e ao colapso do sistema. No entanto, um fluxo que é consistentemente lento em demasia será sinal de disfunção ou declínio do relacionamento. Os movimentos de fluxo interpessoais podem ser muito fortes (vigorosos) ou suaves (gentis e silenciosos) por determinados períodos de tempo, mas a preponderância de ambos os extremos seria esmagadora e levaria a uma inflexibilidade dos movimentos. *O fluxo ideal entre as pessoas seria médio, com a intensidade moderada, mas inclui uma variedade de intensidades, com períodos de estimulação forte, moderada e suave* (Connors, 2011).

O fluxo deve ser equilibrado nas trocas, dentro e fora dos limites do sistema, de modo a que o dar e o receber seja relativamente equilibrado dentro de, e entre, um sistema

interpessoal e os outros sistemas. O equilíbrio da pressão no fluxo mantém os limites do sistema saudáveis e intactos. É também necessário que exista um equilíbrio no fluxo perante a necessidade de mudança e o impulso para a estabilidade. Outra propriedade do fluxo que necessita de ser equilibrada é a interação entre liberdade de movimento (criatividade) e a padronização ou a canalização do movimento (Connors, 2011).

A comunicação é o principal instrumento de um fluxo, seja verbal, não verbal, direta ou indireta. Na investigação por nós levada a cabo, a comunicação assume o papel central e funcional desse fluxo entre médico e doente. Tudo o que acontece no decurso do médico são formas de fluxo e, segundo a teoria dos sistemas interpessoais, surgem enfatizados dois principais propósitos na comunicação de fluxos: o intercâmbio de informações (*feedback*) e a troca de recursos (empenho, suporte e sentimentos).

Uma importante dinâmica foi também identificada através do estudo da psicologia das relações interpessoais e da dinâmica de grupo, sendo o objetivo principal das intervenções o controlo no estabelecimento dos padrões de relacionamento. O controlo é aplicado aos padrões de relacionamentos através da aplicação de limites, bem como através de mecanismos estruturais tais como regras e papéis (ex.: líder, chefe), que fornecem orientação e segurança para o sistema interpessoal e para os seus membros. A dinâmica de controlo está, frequentemente, associada a concepções negativas devido a ser associada a um controlo excessivo, mas a dinâmica é sempre motivada pela necessidade de proteção e de estabilidade. O controlo permite garantir a segurança, a dinâmica na gestão da mudança e outras inúmeras exigências com que são confrontados os indivíduos – enquanto entidade autónoma ou enquanto parte integrante dos relacionamentos mais diversos.

O nível de controlo presente na dinâmica de um sistema (ou numa situação particular) varia entre o subcontrolo extremo e o excesso de controlo, sucedendo que ambos os extremos são pouco saudáveis. Numa situação de continuidade, existem inúmeras condições e contextos interpessoais que entram em desequilíbrio por falta de controlo, tornando-os vulneráveis, suscetíveis de caírem no caos ou na inércia. No outro extremo, encontram-se as condições e contextos que sofrem de controlo excessivo, resultando frequentemente em abuso, assim sufocando a criatividade e a raiva através da perda da liberdade individual.

O processo de desenvolvimento da personalidade está intimamente ligado aos padrões de controle utilizados pelos pais para impor limites e fornecer orientação aos seus filhos, mantendo-os seguros, mas para que este processo seja completo devem também ensinar os filhos a desenvolver o seu próprio autocontrole. Para ser renovável, um sistema de grupo deve transmitir regras e mecanismos de controle aos membros mais jovens. Os grupos mais saudáveis também parecem ter mecanismos de controle e limites que evoluem ao longo do tempo em resposta ao *feedback* interno e externo ao grupo, visto que a única forma de manter o equilíbrio é considerar e assumir as mudanças que podem ser necessárias realizar.

A gestão ideal do controle de um sistema interpessoal ambiciona conscientemente alguma forma de igualdade e democracia. Este estilo de gestão do controle implica garantir que todos os membros do grupo tenham determinados direitos básicos (como a liberdade de expressão) e responsabilidades (compromisso), segundo a premissa apresentada por Caple (2005). Tal gestão reflete a importância de atribuir o controle a cada elemento do sistema conforme a sua capacidade de lidar com o mesmo, até ao ponto de ampliar a sua capacidade de responsabilidade a fim de estimular o seu crescimento e a sua maturidade, mantendo todo o sistema saudável.

Tendo em vista o tema da nossa investigação - competências de comunicação entre médico e doente - a questão do suporte (ou apoio) nos sistemas interpessoais assume grande relevância, uma vez que o suporte significa fornecer energia positiva, apoio e segurança aos outros. O apoio (também conhecido como cuidado, amor e educação) é tão inerentemente necessário na psicologia das relações que é um fator dominante na relação e na saúde de um grupo. O desenvolvimento, o apoio social e o amor são reconhecidos como fundamentais enquanto fatores necessários para o crescimento saudável dos seres humanos (Hemphill, 2001, pp. 42-49) e estes fatores asseguram a sobrevivência em tempos de *stress* e trauma.

O apoio foi considerado uma força na Teoria dos Sistemas no trabalho desenvolvido pelo Comité da Teoria do Sistema Geral da *American Group Psychotherapy Association*, que avançou com o conceito "*nurtenergy... como força catalítica guiada e como lubrificante do processo no grupo*" que é demonstrada por "*ser preocupante e ativamente introduzir uma preocupação positiva*" (Durkin, 1981, p. 87).

A reação à mudança ocorre com a informação transmitida aos sistemas do ambiente interno e externo sobre as mudanças que aí ocorrem, e a forma como essas mudanças se relacionam com o *status* atual do sistema. Esta informação pode, eventualmente, desencadear a mudança visto que os sistemas percebem que os ajustes são necessários para se adaptarem a essas mudanças. A mudança e a adaptação são necessárias para que os sistemas sobrevivam e se orientem para objetivos, e essa mudança ajudará os sistemas a funcionar em equilíbrio com seus ambientes internos e externos.

A circunstância de mudança fornece informações de retorno (*feedback*) aos sistemas interpessoais sobre o que precisam de mudar para reduzir a discórdia e produzir harmonia em relação ao que está a acontecer com os próprios membros ou em relação a relacionamentos e grupos externos a esses sistemas interpessoais. Alguns teóricos do sistema consideram o *feedback* das mudanças como um "feedback equilibrado" visto que mantém o sistema equilibrado para que este possa sobreviver e avançar em direção aos seus objetivos. Tal é aplicável aos relacionamentos, que estagnam ou se tornam abusivos quando a necessidade de mudança não é ouvida nem atendida.

Quando um relacionamento ou grupo se encontram num estado frágil e denotam instabilidade, talvez seja mais prudente afastar todas as possíveis mudanças, excetuando as mínimas e necessárias.

Os grupos em que se observam relações saudáveis conseguem absorver informações dissonantes de dentro e de fora do sistema e utilizar essa informação para o crescimento. Nenhuma relação ou estrutura de grupo é perfeita e "a maneira como as coisas são" não deve ser corrigida no tempo. *À medida que os indivíduos e os ambientes mudam, os relacionamentos mudam e a interação entre estes deve ser um fluxo em vez de uma censura ou condenação, porque esses relacionamentos podem explodir agora ou depois pela pressão a que são sujeitos* (Connors, 2011).

A questão da estabilidade, já anteriormente referida, é igualmente crucial para a sobrevivência dos sistemas pois é apenas através do equilibrar da mudança e da continuidade estrutural que um sistema pode sobreviver e permanecer saudável. Uma multiplicidade de mudanças pode ameaçar a integridade dos elementos do sistema, podendo este, no limite, ser aniquilado. Assim, o *feedback* sobre as necessidades de estabilidade também é essencial para sistemas vivos. Esta questão teórica pode ser

colocada e aplicada ao contexto das auditorias de satisfação dos doentes já frequentemente realizadas por algumas unidades de saúde do sector privado¹⁴ e público (Saúde, 2020).

O *feedback* em termos de estabilidade, recebido em relacionamentos e em grupos, notifica-os se a sua estabilidade for ameaçada por uma mudança excessiva. Mesmo quando um sistema interpessoal está coeso, uma mudança que seja dissonante dos seus objetivos pode causar danos. A confiança e credibilidade que um doente deposita num médico pode ver-se afetada pelo mau resultado de um diagnóstico ou tratamento.

Percecionar os relacionamentos e os grupos como sistemas vivos pode ajudar-nos a compreender como estes mudam, crescem e adoecem. Conceitos de sistemas como holismo, dependência de padrões, ciclos de mudança e fluxo explicam como os relacionamentos e os grupos vivem, se movem e funcionam enquanto sistemas.

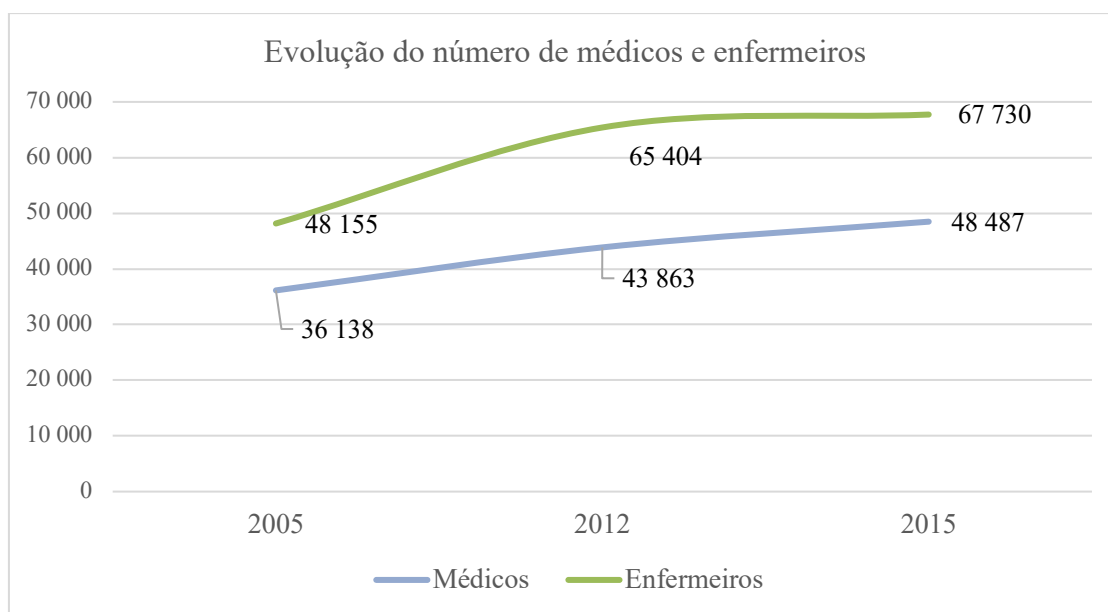
14 - ver anexo 7.b)

B. Percurso Metodológico da Investigação

B.1. O estado da arte de Equipamentos, Serviços e Recursos Humanos no setor da Saúde em Portugal

O crescimento do setor da saúde em Portugal na última década¹⁵ e o seu impacto económico e social têm contribuído para a evolução e dinâmica do funcionamento da nossa sociedade. O acelerado crescimento do número de profissionais de saúde nos últimos dez anos – quer se trate de médicos ou de enfermeiros – levou a uma organização do setor da saúde ao nível da estrutura, do serviço e da comunicação.

Tenhamos presente os dados estatísticos, disponíveis nas Ordens, patentes no gráfico seguinte:



Unidade: unidades

Figura 5 - Evolução do número de médicos e enfermeiros (inscritos nas respectivas ordens, entre 2005 e 2015)

Fonte: INE.

15 - Uma década é o período em análise nesta evolução quantitativa do setor da saúde. Foram considerados os estudos disponibilizados pelo INE: 2005, 2012 e 2015 (último estudo publicado em Abril 2017).

Entre 2005 e 2015 o número de médicos aumentou 34%, para 48.487 profissionais (inscritos na Ordem dos Médicos), o que resulta numa média de 4,7 médicos por mil habitantes, uma evolução face a 2005, em que a média era de 3,5 médicos por mil habitantes. Não tendo havido qualquer oscilação significativa nos números da população portuguesa, percebemos que, hoje, temos mais prestadores de saúde disponíveis, o que altera a forma como estes profissionais estão organizados e a forma como recorreremos a eles, seja no setor público seja no setor privado.

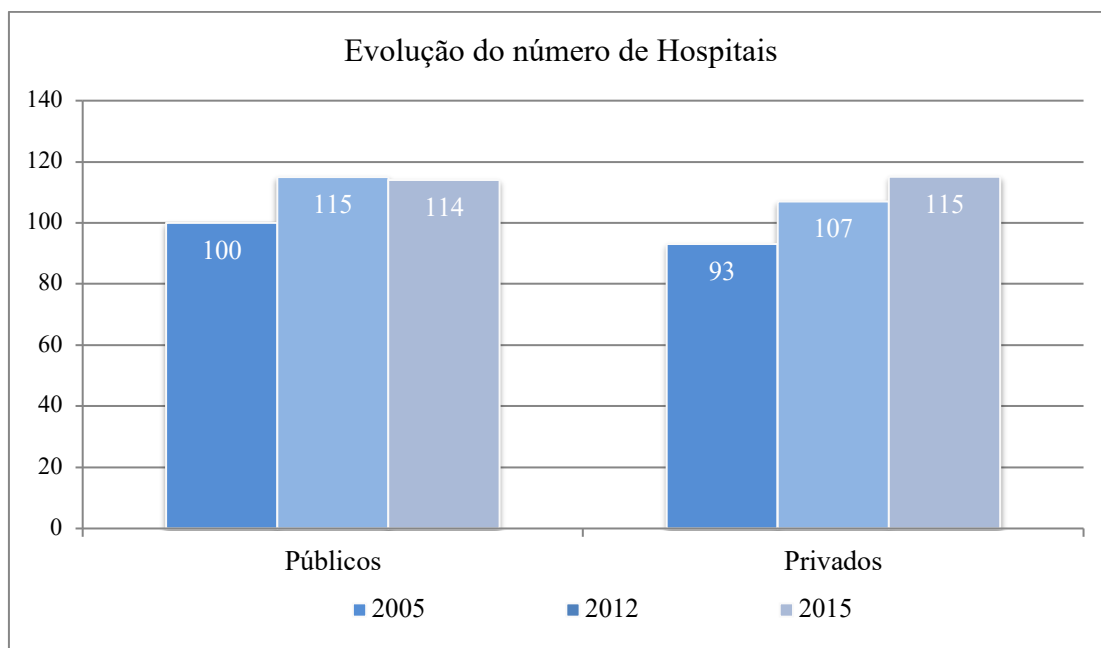
Da mesma forma, o número de enfermeiros apresentou, no mesmo período, um aumento ainda mais substancial, de 40%, com um acréscimo de 19.575 profissionais, passando para um total de 67.730 em 2015. O aumento do número destes profissionais da saúde acompanhou um crescimento estrutural do setor e das respetivas políticas de investimento e expansão, quer ao nível do setor público, quer ao nível do setor privado. Hoje, os portugueses têm um acesso à saúde mais abrangente em termos do número de profissionais e instalações disponíveis.

Com esta quase duplicação do número de profissionais no setor da saúde, assistimos a uma alteração do nível e do tipo de serviços fornecidos, com o setor privado da saúde a apresentar as maiores taxas de crescimento.

É interessante observar (ver Figura 6) a evolução das estruturas hospitalares: no setor público, assistimos a uma manutenção no número de infraestruturas, com um crescimento mais acentuado em 2012 e com a posterior normalização para os números anteriores, justificada pelas políticas de redução da despesa pública e a passagem de algumas (quatro) unidades hospitalares para parcerias público-privadas¹⁶. No setor privado, o crescimento tem sido sustentado ao longo dos anos, apresentando um elevado crescimento, de 24%, quando comparamos o número de hospitais privados em 2015 face a 2005. Estes indicadores são reveladores das políticas nacionais para a saúde, quer por parte do setor público quer do setor privado¹⁷, como se pode verificar pela análise da evolução do número de hospitais no país, no período compreendido entre 2005 e 2015.

16 - A despesa corrente em cuidados de saúde diminuiu de 9,3% do PIB em 2012 para 8,9% do PIB em 2015. Fonte: INE.

17 - Não foram considerados os últimos dados publicados (relativos ao ano de 2018) por serem considerados ainda provisórios em Maio de 2020.



Unidade: unidades

Figura 6 - Evolução do número de hospitais¹⁸,
(entre 2005 e 2015)
Fonte: INE

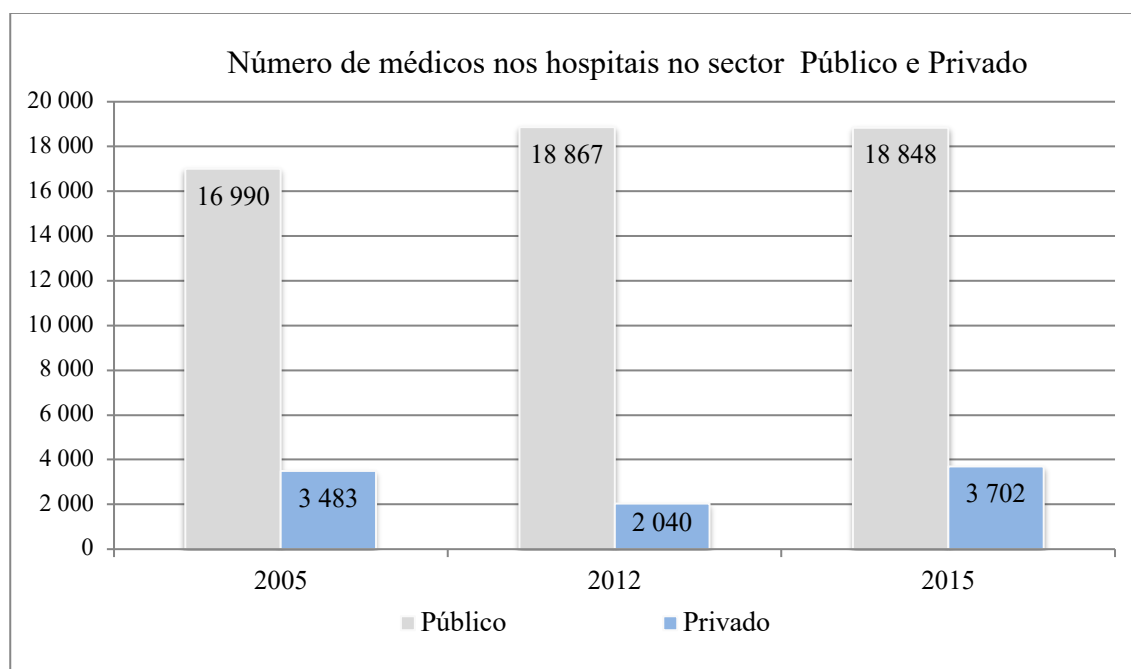
No século XXI inicia-se a empresarialização dos hospitais públicos e a criação dos centros hospitalares. Posteriormente, com a chegada da Troika, em 2011, conheceram-se tempos de grande contenção orçamental. Em 2015, pela primeira vez, a maioria dos hospitais portugueses são privados, o que reflete uma enorme mudança do paradigma das infraestruturas hospitalares, uma vez que, até então, o Estado assumia o controlo dos cuidados de saúde.

A questão da produtividade em saúde acomodou em excesso as métricas da quantidade em detrimento das medidas de qualidade. *Os novos modelos de organização do trabalho médico e das equipas de saúde relativizaram o espaço para a mediação, a empatia, ou mesmo a simples compaixão esquecendo a importância da compreensão do indivíduo como um caso concreto, único e singular* (Ordem dos Médicos, 2020).

Complementámos esta análise da evolução do número de hospitais (ver Figura 6) com a da evolução do número de médicos nos respetivos sectores hospitalares. Deste

18 - Em 2015, nos 115 hospitais privados estão inseridas 4 parcerias público-privadas.

cruzamento de dados concluímos que, apesar de se verificar um aumento no número de hospitais públicos de apenas 11%¹⁹, o número de médicos neste setor, em igual período, aumentou 11%; inversamente, no setor privado, o número de hospitais revelou um aumento de 24%, mas o número de médicos apenas aumentou 6%²⁰.



Unidade: Milhares

Figura 7 - Evolução do número de médicos nos hospitais no setor público e privado (entre 2005 e 2015)

Fonte: INE.

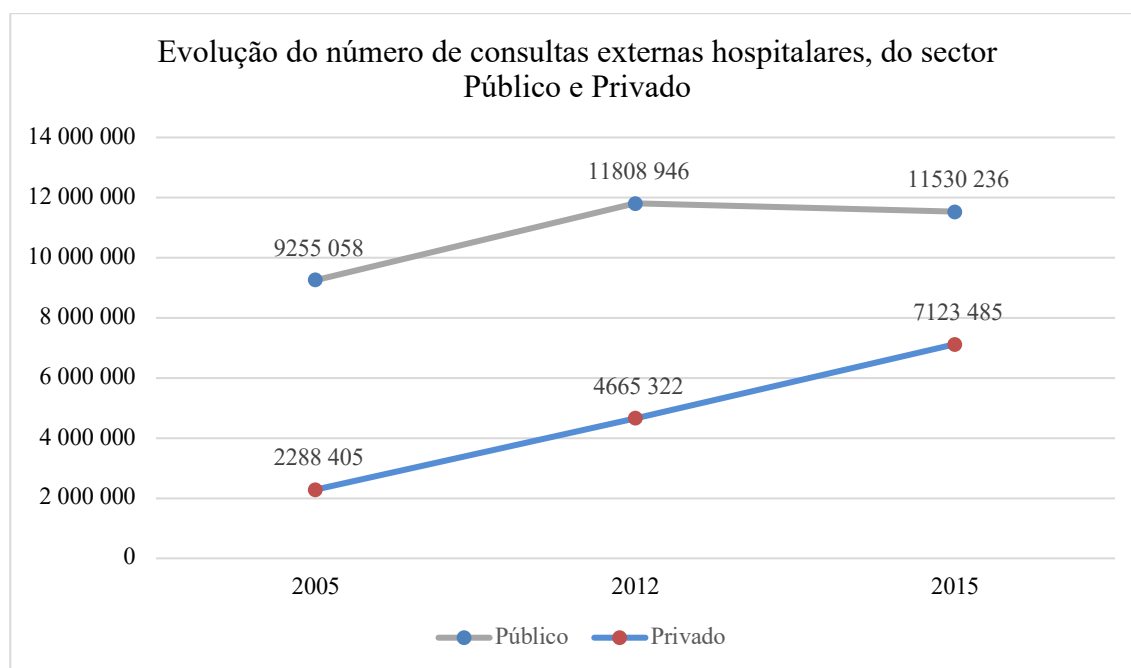
As conclusões quantitativas apresentadas no parágrafo anterior devem ser acompanhadas de uma interpretação à luz do tipo de gestão, uma vez que uma gestão privada apresenta parâmetros económico-financeiros radicalmente distintos de uma gestão pública, pelo cariz das políticas que orientam cada setor.

O número de consultas externas hospitalares em 2015 foi de 18,7 milhões, um aumento de 62% se compararmos com o ano de 2005, sendo que 38% destas consultas

19 - 2015 vs 2005

20 - 2015 vs 2005

foram prestadas pelo setor hospitalar privado²¹. Os portugueses estão mais cuidadosos com a sua saúde e mais informados sobre a importância da prevenção (Silva N. S., 2012). O aumento da relevância do setor da saúde na sociedade portuguesa, quer em termos qualitativos – pela maior importância que lhe é atribuída -, quer em termos quantitativos – pelo aumento do número de profissionais e unidades de saúde -, leva a que se torne premente, quer para as empresas, quer para a academia, acompanhar e estudar este fenómeno e as suas implicações. Uma análise do gráfico seguinte permite visualizar a evolução do volume de consultas em estabelecimentos públicos e privados, permitindo contextualizar a estagnação desta questão nos hospitais públicos e a sua evolução constante no setor privado.



Unidade: unidades

Figura 8 - Evolução do número de consultas hospitalares do sector público e privado.

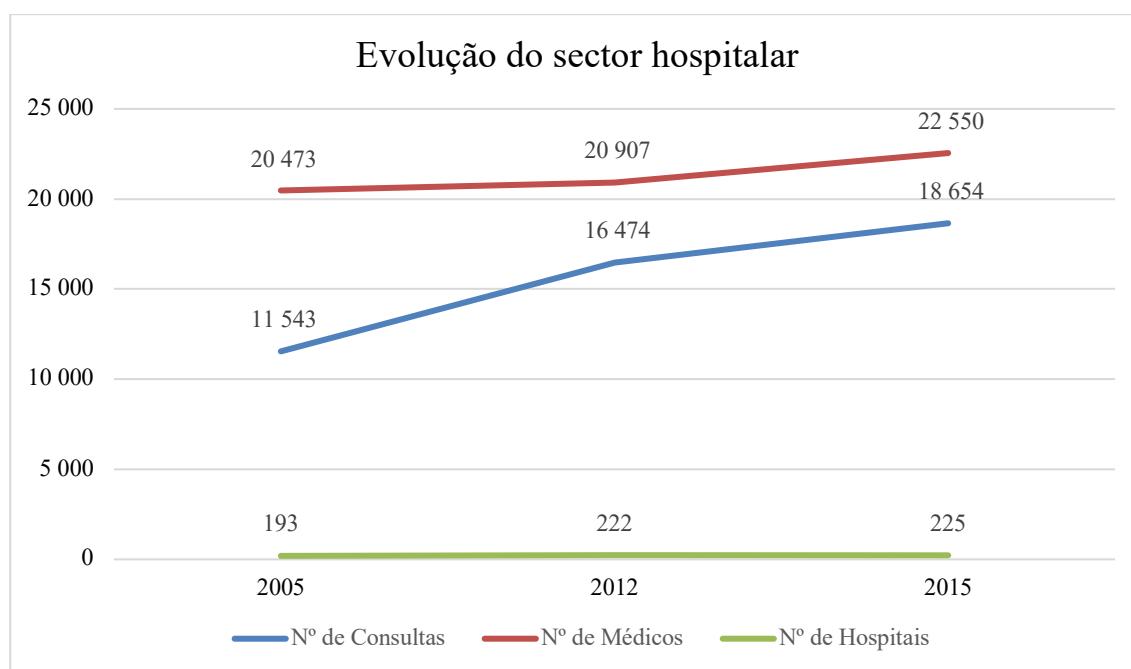
(entre 2005 e 2015)

Fonte: INE, Abril 2017.

21 - ver Figura 8

Como resultado deste crescimento orgânico que vem sendo demonstrado, os fluxos de comunicação aumentaram e procuraram uma melhor adaptação aos novos desafios da sociedade. O impacto da evolução das diferentes vertentes - o número de estruturas, o número de profissionais e o número de consultas²²- leva ao funcionamento do sistema de uma forma holística, *uma vez que os sistemas estão interligados através de um fluxo de energia, matéria e informação que eles alimentam e compartilham, sendo por isso interdependentes* (Caple, 2005).

No gráfico que se segue, poderemos constatar a assimetria existente entre o número de estruturas, o número de profissionais e o número de consultas em Portugal, na década entre 2005 e 2015:



Unidade: Consultas: milhares / Médicos: unidades / Hospitais: unidades
 Figura 9 - Evolução do sector hospitalar público e privado.
 (entre 2005 e 2015).
 Fonte: INE

22- ver Fig. 9

B.2. O crescimento do setor da saúde e a consulta médica.

O crescimento exponencial das instituições privadas de saúde e do número de médicos licenciados traz consigo desafios distintos e emergentes. Este fenómeno estrutural - e organizacional - veio alterar o paradigma no que diz respeito à relação que se estabelece na consulta e aos fluxos comunicacionais que aí ocorrem.

A comunicação deverá ser o veículo sobre o qual se apoiam as ações de uma sociedade científica. Assim, conseguir-se-ia potenciar a socialização do saber médico e reforçar a educação do doente, estabelecendo novas relações entre o médico e o doente (Castilla, 2016).

Uma das premissas para comunicar eficazmente é que exista a transmissão de sinais mediante um código comum ao emissor e ao recetor. Isto desencadeia, desde logo, um problema: de nada serve comunicar conceitos médicos se não for utilizada uma linguagem comum e compreensível que facilite a compreensão da mensagem. Para que isto ocorra, há que derrubar a barreira terminológica que separa o profissional médico do seu doente (Castilla, 2016).

Com o acesso universal ao conhecimento, através de ferramentas como a internet, ocorreu uma mudança no paradigma de guardião do conhecimento, anteriormente concentrado em instituições como as universidades ou as sociedades científicas. Numa era de grandes avanços médicos e científicos, a comunicação é um elemento de informação e progresso para toda a sociedade. O momento da consulta e a consciência que ambos os intervenientes - médico e doente - têm da importância da comunicação, constitui a questão fundamental de conteúdo e justifica o ponto de partida e o desenrolar de toda a investigação que nos propusemos realizar no âmbito do presente estudo.

B.3. Objetivos da Investigação

A definição dos objetivos é de suma importância no planeamento da investigação. Uma conceção gráfica ou design²³ do planeamento e desenvolvimento da investigação²⁴ permite-nos focar naquilo que se revela verdadeiramente essencial e desprendermo-nos daquilo que é acessório - tantas vezes interessante mas pouco relevante para a questão em estudo. O nosso plano de investigação não se organiza por etapas, mas sim numa articulação contextual entre as diferentes fases. Tal significa que os modelos sequenciais não se adaptam à nossa pesquisa, uma vez que a própria evolução do trabalho justifica o reconsiderar ou o modificar de alguma das fases durante o estudo, a fim de responder a novos desenvolvimentos ou alterações que possam ocorrer noutra fase da investigação.

A escolha da metodologia de investigação será abordada de forma mais aprofundada, e fundamentada, no capítulo dedicado ao Desenho Metodológico. Um bom design do planeamento da investigação é aquele em que os diferentes componentes se articulam harmoniosamente, por forma a promover um funcionamento da investigação eficiente e profícuo (Maxwell J. A., 2013, p. 2).

Quando o investigador inicia um projeto, este projeto tem, na sua génese, os interesses e motivações pessoais do investigador, dos quais emerge uma ideia original. Definir e materializar os nossos objetivos é um exercício de confissão que fornece orientações válidas ao investigador perante as suas questões e inquietudes. É útil, para a investigação, distinguir os diferentes tipos de objetivos²⁵: objetivos pessoais, objetivos práticos, e objetivos intelectuais (Maxwell J. A., 2005). Como exemplo, o facto de considerarmos relevante referir as nossas motivações e objetivos pessoais relativamente a esta investigação, denota já um pressuposto fundamental para o seu desenvolvimento: a conceção do investigador enquanto sujeito em interação com o seu objeto de estudo,

23 - O termo design deriva do inglês, mas apresentamo-lo sem itálico por considerarmos que já foi integrado na língua portuguesa, figurando no Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA (2001:1189) com as descrições “Estética da conceção dos objetos utilitários, em que se procuram novas formas adaptadas às funções; criação estética de objetos, produtos industriais e comerciais.”.

24 - Anexo 8

25 - Anexo 1

interação essa de que resulta conhecimento, inevitavelmente subjetivo, ao que se contrapõe a conceção alternativa do investigador, enquanto sujeito e, portanto, forçado a distanciar-se do seu objeto de estudo (Dias, 2012).

A ideia inicial foi despoletada pela notícia publicada na capa de um jornal²⁶ português e que/na qual se referia que “61% dos doentes não percebem o que o médico diz”. Após leitura do estudo (Pedro, Amaral, & Escoval, 2014) que fundamentava esta publicação, a informação tornou-se fundamental no desenrolar do raciocínio. A par desta informação existia já uma sensibilidade pessoal para esta questão, pelos anos passados a acompanhar membros da família nos cuidados de saúde ou pela própria experiência do investigador nas suas visitas ao médico. O facto de a escolha do tema principal da investigação se basear na nossa experiência pessoal é um fator motivacional que constitui uma importante vantagem (Maxwell J. A., 2005, p. 16). Identificámos, posteriormente, que existia um interesse académico por esta temática, quer pela atual evolução do setor da saúde, quer pelos estudos já em curso na Academia²⁷.

No desenvolvimento conceptual da nossa investigação, constámos que a tentativa de encontrar respostas para as razões da questão inicial de “61% dos doentes não percebem o que os médicos dizem” implicava a formulação de muitas outras questões, entre as quais: Que competências de comunicação deverá ter um médico? Têm os médicos formação para o desempenho dessas competências? Que competências de comunicação deverá ter um doente para compreender o seu médico? Deverão ser ajustadas as competências de comunicação entre médico e doente? Que discrepância existe entre as competências expectáveis e as desempenhadas?

Algumas considerações sobre o tema da investigação foram sendo reforçadas pela leitura diária de notícias e produção científica, com entrevistas a especialistas realizadas pela comunicação social, como é o caso da entrevista a Luís Graça (Graça, 2017)²⁸, presidente da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa ou do artigo sobre João Lobo

26 - Anexo 2

27 - Exemplos: (Cardoso R. M., 2013) ; (Cardoso R. M., 2012) ; (Carrapiço & Ramos, 2012); (Silva, 2012); (Lopes, Ruao, Marinho, & Araujo, 2012); (Rodrigues, Queirós, & Pires, 2016); (Morais, 2016).

28 - Anexo 3 a)

Antunes “11 reflexões sobre a vida, a doença e a morte” (Antunes J. L., 2016)²⁹.

A pertinência e relevância deste tema enquanto objeto de investigação de Doutorado começou a tomar forma, justificando-se perante a complexidade da problemática encontrada. Coube-nos, então, o desafio de planejar os objetivos gerais que orientariam a nossa investigação, bem como os objetivos específicos que nos conduzem à pergunta de partida e suportam a definição da metodologia de investigação. A grelha que a seguir se apresenta sumariza as diferentes componentes que determinaram os objetivos que norteiam o presente trabalho de investigação.

OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO:
Objetivos Gerais:
<ul style="list-style-type: none">• Compreender em que medida os médicos e os doentes consideram relevantes as competências de comunicação interpessoal numa consulta externa.
<ul style="list-style-type: none">• Relacionar a avaliação sobre a relevância dessas competências de comunicação interpessoal com a prática das mesmas, pelos médicos, na consulta.
Objetivos Específicos:
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar de que modo os médicos aplicam as competências de comunicação interpessoal com os doentes numa consulta, e quais as que são aplicadas com maior consistência.
<ul style="list-style-type: none">• Detetar quais as competências de comunicação interpessoal que os doentes valorizam numa consulta.
<ul style="list-style-type: none">• Identificar quais as competências de comunicação interpessoal mais relevantes e valorizadas por médicos e doentes.
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as razões para a eventual não aplicação dessas competências por parte de alguns médicos.

Tabela 4 – Definição dos objetivos gerais e específicos da Investigação.

B.4. Posicionamento Científico

O estudo da comunicação na área das Ciências da Comunicação está alicerçado num vasto leque de teorias desenvolvidas ao longo dos dois últimos séculos. Nesta área científica existem várias formas de perspetivar o objeto de estudo, mediante os pressupostos epistemológicos e ontológicos que definirão a metodologia de investigação a adotar. A nossa primeira abordagem à problemática em estudo consiste na adoção de um posicionamento científico que enquadra e orienta o contexto teórico. O posicionamento científico é, portanto, a fundação sobre a qual assenta a construção de um enquadramento teórico e do planeamento do trabalho empírico de uma investigação (Gil, 2008).

“[...] the conceptual framework of your study – the system of concepts, assumptions, expectations, beliefs, and theories that supports and informs your research [...]”

(Maxwell J. A., 2013, p. 39)

Segundo Burrell & Morgan (1998) *Um paradigma científico assume os pressupostos sobre a natureza da realidade (ontológicos) e a natureza do conhecimento e da relação entre o investigador e o objeto de estudo (epistemológicos)*. A definição do nosso posicionamento científico assume os pressupostos ontológicos e epistemológicos fundamentais e o posicionamento num campo científico. *Os pressupostos ontológicos e epistemológicos subjacentes a uma investigação científica determinam o paradigma científico no qual esta se insere* (Idem, 1998). Após este processo de definição do campo científico, definiremos, nos próximos subcapítulos, as correntes de pensamento, teorias e conceitos relevantes para o objeto de estudo, bem como as expectativas do investigador, ou seja, as pistas de partida, definidas em consonância com as perguntas formuladas.

Neste processo de dissertação e no conhecimento transversal do campo de estudo das teorias da comunicação, consideramos ser prioritário a definição do paradigma científico da investigação levada a cabo.

Nas leituras efetuadas sobre as teorias defendidas por Burrell e Morgan (1998), identificámos uma matriz que permite posicionar o objeto de estudo num modelo teórico que consideramos pertinente para o desenvolvimento da nossa investigação. Essa matriz encontra-se sistematizada na Figura 10.



Figura 10 - Paradigmas da Informação.

Adaptado de (Burrell & Morgan, 1998)³⁰

Na matriz apresentada, o objetivo de Burrell & Morgan é classificar as diferentes teorias sociológicas da análise organizacional de uma sociedade. Os autores desenvolvem esta matriz (Figura 10) sob o nome de “Enquadramento de Paradigmas”, na qual propõem um enquadramento modelar da investigação com o intuito de classificar e compreender as teorias sociológicas mediante quatro paradigmas. Neste modelo, o eixo epistemológico varia entre os extremos de objetividade e subjetividade. Quanto ao eixo ontológico, refere-se à natureza da sociedade, sendo que as teorias sociológicas procuram focar-se em um de dois fenómenos: a natureza, o equilíbrio e a manutenção e reprodução da ordem social por um lado e, por outro, a existência de conflitos e os processos de mudança social (Burrell &

30 - O posicionamento científico da nossa investigação é assinalado em sobreposição.

Morgan, 1998, p. 13). Com esta classificação, os autores em referência procuram, igualmente, responder a quatro debates da Sociologia (Ilharco, 2003): o debate ontológico, o debate epistemológico, o debate sobre a natureza humana e o debate metodológico, representados no esquema seguinte.

Nominalismo vs Realismo

1. Debate Ontológico: A realidade é dada ou é um produto da mente?

Interpretativismo vs Positivismo

2. Debate Epistemológico: Devemos experimentar uma “coisa” para a perceber?

Determinismo vs Voluntarismo

3. Debate sobre a Natureza Humana: Os seres humanos têm “livre-arbítrio” ou são influenciados pelo seu contexto?

Ideográficos vs. Nomotéticos

4. Debate Metodológico: O entendimento é alcançado pelo método científico ou pela experiência direta?

Os autores aglutinam estas quatro questões, ou debates, em dois eixos: o primeiro eixo refere-se à Natureza da Sociedade - teorias sociais que enfatizam a regulação e a estabilidade (paradigmas interpretativista e funcionalista) vs as teorias sociais que enfatizam a mudança radical (paradigmas humanista e estruturalista). O segundo eixo diz respeito à Natureza do Conhecimento - teorias subjetivas (individualistas), como o paradigma humanista e o paradigma interpretativista vs as teorias objetivas (estruturais), como o paradigma estruturalista e o paradigma funcionalista.

Esta dicotomia entre as posições ontológicas e epistemológicas remonta à filosofia da Grécia Antiga. Os filósofos pré-socráticos Heraclito de Éfeso e Parmênides de Eleia tinham visões ontológicas opostas. Heraclito argumentava que a natureza se encontra em constante mudança, afirmando, através das suas máximas mais conhecidas *que tudo flui e que é impossível que uma pessoa tome duas vezes banho no mesmo rio*. Parmênides

defende uma regularidade subjacente à aparente mudança, advogando que o mundo sensível é ilusório e que através da razão é possível conhecer a verdade sobre a existência, que é una, imutável e permanente (Dias, 2012). Estes dois filósofos da antiga Grécia são geralmente apontados como os fundadores das duas correntes de pensamento opostas sobre ontologia: *o pensamento de Parménides está mais próximo do que hoje classificamos como positivismo, ao passo que o de Heraclito se aproxima do interpretativismo* (Ilharco, 2003).

No que respeita ao nosso posicionamento científico, situamo-nos num paradigma Humanista, uma vez que procuramos a natureza de um conhecimento subjetivo na análise da comunicação interpessoal que se estabelece no momento da consulta. O interesse na procura de um conhecimento maior sobre esse momento permite identificar a dinâmica, levar à metamorfose do paradigma e a um significado subjetivo deste. Enquadramos o nosso paradigma num posicionamento interpretativista, focado na natureza da sociedade, na sua interpretação, regulação e estabilidade, patentes no objeto de estudo.

Esta sobreposição ou dicotomia do posicionamento científico é por nós encarada como um desafio ontológico – epistemológico, que se traduz posteriormente na metodologia de investigação baseada em questionários (de análise quantitativa) e complementada com entrevistas exploratórias a profissionais especializados (que sustentarão uma análise ou afirmações de carácter qualitativo).

B.5. Delimitação do Objeto de Estudo

A nossa investigação foi determinada, como expusemos anteriormente, por um interesse na comunicação interpessoal, mais especificamente na área da saúde, estabelecida entre o médico e o doente no contexto da consulta externa. Foi neste âmbito que iniciámos as leituras e a pesquisa de informação. Esta abordagem inicial verificou-se demasiado vasta, o que é *per se* característico de uma investigação científica na sua fase inicial. Porém, esta circunstância dificultava a definição da nossa pergunta de partida, bem como delimitação do objeto empírico a investigar.

Desde a revisão bibliográfica inicial, a problemática sofreu progressivas delimitações que definiram um objeto de estudo empírico mais adequado de modo a garantir a exequibilidade da investigação. Este afunilamento do caminho da investigação é um procedimento com que o investigador se depara quando inicia o seu estudo. Para esta delimitação do objeto de estudo, contribuíram, numa primeira fase, as leituras mais **vastas** sobre comunicação em saúde, a análise dos artigos científicos publicados em revistas de referência e o fundamental contributo das orientadoras desta investigação, pela sua **vasta** experiência e conhecimento.

Após um processo gradual de delimitação de um objeto de estudo empírico exequível e razoável, e de um grande esforço de clarificação (Robles, 2012) optámos por delimitar a investigação a três aspetos: o momento da comunicação; os intervenientes da comunicação; e a especialidade do médico interveniente. Considerámos que estas três premissas permitiriam um estudo mais rigoroso, atual e pertinente.

B.5.1. A Comunicação interpessoal em contexto profissional

A comunicação interpessoal é uma dinâmica de interação presente no processo de sociabilização diária do ser humano. Segundo Sam DeKay (2012), estudos recentes identificaram que as competências de comunicação interpessoais são atributos críticos para

os trabalhadores com maior experiência, que procuram evoluir humana e profissionalmente. A evolução na carreira profissional depende de qualidades e competências relacionais como a comunicação. No entanto, de acordo com a teoria expressa por Dekay (2012), *apesar da importância da comunicação interpessoal no local de trabalho, o nosso conhecimento dessas competências e a forma como elas podem ser ensinadas é limitado.*

Marcel Robles (2012) desenvolveu uma clara nomenclatura relacionando as competências interpessoais com a capacidade comunicativa de um indivíduo. De acordo com a sua formulação, o termo *soft skills*³¹ constitui um conjunto de habilidades interpessoais e de atributos pessoais. Os atributos pessoais consistem em características comportamentais únicas a um indivíduo, como a gestão eficaz do tempo. As habilidades interpessoais, no entanto, envolvem características que estão presentes quando um indivíduo está envolvido numa situação de interação social. A capacidade de comunicar eficazmente – como manter uma conversação - é uma habilidade interpessoal. As *Soft skills* são, assim, todas as características ou atributos associados às habilidades pessoais, bem como aqueles designados como habilidades interpessoais.

A tecnologia veio provocar um impacto profundo no tipo de competências que, atualmente, os empregadores procuram nos licenciados. A mudança de uma economia industrial para uma sociedade da informação e para uma economia de escritório significa que, hoje em dia, muitos empregadores colocam ênfase em aspetos como integridade, comunicação e flexibilidade dos seus colaboradores, não valorizando apenas e tanto a componente técnica dos mesmos (Mitchell, Skinner, & White, 2010). Historicamente, as competências técnicas, também conhecidas como *hard skills*³², eram as únicas competências necessárias para conseguir ou manter um emprego; mas, hoje, o mercado de

31 - Optámos por não traduzir a expressão *soft skills*, uma vez que esta faz parte da nomenclatura geral do universo académico e laboral, onde é equiparada a competências sociais, comportamentais ou relacionais. O *Collins English Dictionary* define a expressão *soft skills* como “qualidades desejáveis para certas formas de emprego que não dependem do conhecimento adquirido: incluem o senso comum, a capacidade de lidar com as pessoas e uma atitude flexível positiva”

32 - Em oposição ou complementaridade às *soft skills* temos as *hard skills*, conhecidas como competências técnicas adquiridas, geralmente em formação académica ou experiência laboral. O *Random House Dictionary* define como: “A habilidade, proveniente do conhecimento, da prática, da aptidão, de fazer algo bem; excelência no desempenho de um ofício, transação ou trabalho que exige destreza manual ou preparação específica em que uma pessoa tem competência e experiência.

trabalho tem demonstrado que as competências técnicas (*hard skills*) não são suficientes para justificar a permanência num determinado emprego no momento em que as organizações se redimensionam e têm de fazer cortes nos postos de trabalho (Robles, 2012).

As *soft skills* são críticas para um desempenho produtivo no local de trabalho, pelo que os responsáveis de recursos humanos das organizações estão a investir no desenvolvimento destas competências nos seus colaboradores. Embora as *hard skills* (competências técnicas) ocupem lugares de excelência nos melhores currículos académicos, as *soft skills* precisam de ser mais desenvolvidas e valorizadas nesses currículos, para que os alunos compreendam a sua importância desde o início do seu percurso académico, antes de embarcarem numa carreira profissional (Wellington, 2005).

A característica que melhor define as *soft skills* é o facto de a aplicação destas competências, ou habilidades, não se limitar ao saber fazer, aprendido em contexto académico e requerido por uma determinada profissão. As *soft skills* são continuamente desenvolvidas na sociabilização da vida quotidiana e no local de trabalho. Ao contrário das *hard skills*, que são específicas e são um conjunto de competências que dotam o indivíduo da capacidade de executar um determinado tipo de tarefa ou atividade, as *soft skills* são interpessoais e amplamente aplicáveis (Robles, 2012) sendo, por isso, transversais.

As competências pessoais são uma componente central das *soft skills*. As competências pessoais são os atributos interpessoais que caracterizam as relações de uma pessoa com os outros (Klaus, 2010). *Alguns investigadores observam que as competências interpessoais são as mais importantes no contexto profissional* (Robles, 2012). Embora, muitos autores equiparem – e bem - as competências interpessoais às *soft skills* (James & James, 2004, Perreault, 2004), elas representam apenas uma faceta do conceito mais amplo das *soft skills*. Além das competências interpessoais, as *soft skills* incluem qualidades pessoais e atributos profissionais (James & James, 2004), como já foi descrito no início deste subcapítulo. Os atributos pessoais podem incluir a personalidade, a simpatia, a capacidade de gestão do tempo e as competências organizacionais. Os atributos profissionais podem incluir a capacidade de comunicação, o trabalho em equipa, a liderança e o serviço ao cliente.

Muitas vezes, assumimos que a comunicação é uma competência ou habilidade fundamental que todos conhecem e desempenham de forma adequada. No entanto, este pressuposto não é uma realidade. Nos últimos anos, a comunicação, ou a sua inexistência, tem sido motivo de muitos problemas e tragédias que ocorreram no setor financeiro, nos cuidados de saúde e noutros contextos mais globais (Jelphs, 2006).

Os traços de personalidade que caracterizam aquilo que somos têm um maior contributo para as *soft skills*, do que aquilo que lhes é reconhecido. Como tal, as *soft skills* englobam os traços de personalidade que decidem como interagimos com os outros, e esta questão é uma parte preponderante na nossa personalidade. Considerando que as *hard skills* podem ser aprendidas e aperfeiçoadas ao longo do tempo, as *soft skills* são mais difíceis de adquirir e mudar.

Klaus (2010) faz a comparação da competência de “interação de um médico com o doente”, que os estudantes de medicina precisam, com a necessidade de formação em competências de comunicação num currículo de gestão. As *soft skills* necessárias para um médico, por exemplo, seriam empatia, compreensão, escuta ativa e uma boa interação com o doente. No entanto, as *hard skills* necessárias para um médico incluirão um vasto conhecimento sobre as doenças, a capacidade de interpretar os sintomas, a interpretação dos resultados de um relatório e uma compreensão completa da anatomia e da fisiologia humana. Contudo, Jelphs (2006) defende que as *hard skills* e as *soft skills* devem ser complementares.

As *soft skills* (competências pessoais) são tão importantes quanto as *hard skills* (competências técnico-cognitivas). Quando os alunos são motivados na aprendizagem ou desenvolvimento das suas competências pessoais, estas podem fazer a diferença na escolha da sua área vocacional/profissional, bem como no momento da sua entrada no mercado de trabalho. A falta de *soft skills* pode comprometer a carreira promissora de alguém que possui competência técnica e experiência profissional, mas que não possui qualidades interpessoais (*soft skills*) (Klaus, 2010).

As *hard skills* são competências específicas que podem ser ensinadas a um aluno; são competências que podem ser definidas e medidas. Em contraste, as *soft skills* são menos tangíveis e mais difíceis de quantificar. As *hard skills* por si só, isoladas de outras

competências, podem ser pouco úteis. O sucesso está baseado não apenas no conhecimento, mas também como o podemos comunicar (Broson, 2007).

“Chamou-me a atenção, desde o começo de minha carreira profissional, que os pacientes, quando inicialmente nos aproximamos deles, não olham para as nossas mãos, mas sim para o nosso rosto, por mais amedrontador que seja o cateter ou a agulha que estejamos a segurar”
(Silva M. P., 2011).

O que um profissional da área da saúde precisa de transmitir aos seus doentes passa, principalmente, pela compreensão de que quando comunicamos com as pessoas não temos apenas o compromisso de passar um conteúdo, uma informação, pois toda comunicação envolve um sentimento, ou seja, o que sentimos quando ficamos diante do outro; o que sentimos quando ficamos diante daquela pessoa e diante da informação que temos para transmitir (Silva M. P., 2011). A comunicação é uma *soft skill* importante pois é esta a competência que poderá ter o maior impacto na prestação eficaz de cuidados de saúde. A comunicação é a chave para a uma boa gestão clínica e exige tanta atenção, respeito e suporte como outros objetivos aparentemente "mais difíceis" nas organizações (Jelphs, 2006).

A forma como comunicamos está sujeita a várias influências, desde a sociabilização na família, nas organizações (nos seus microssistemas), da cultura, além das preferências pessoais, de género e de poder. Desta forma, os gestores clínicos eficientes precisam de saber comunicar com uma diversidade de pessoas dentro de, e entre, as organizações tendo, por isso, uma perceção do seu contexto heterogénea, mas global.

Nos últimos tempos, a comunicação (ou a falta dela) está na origem de muitos dos problemas na resposta a situações de crise ocorridas nos cuidados de saúde. A comunicação está no cerne de muitas das questões que aumentaram a proeminência das más práticas em saúde, as quais tiveram, muitas vezes, consequências negativas para os doentes. Em Inglaterra, a terceira queixa mais comum do SNS³³ por parte dos doentes relaciona-se com a comunicação escrita e oral, sendo a atitude do pessoal a segunda causa

de maiores queixas (Jelphs, 2006). Em Portugal, no ano de 2017 (ERS, 2018), o elogio por parte do doente representa 11% do total de processos submetidos no SGREC³⁴ da ERS³⁵. Foram recebidos, tipificados e classificados 80,049 processos (reclamações, elogios e sugestões). Se analisarmos os registos relativos às reclamações, a primeira causa para reclamação por parte dos doentes são os processos administrativos (20,3%), e a segunda causa é o tempo de espera com 19,5% e a terceira, e não menos importante, é a focalização no doente com 17% do total de queixas e reclamações.

“A humanização é cada vez mais importante. Está demonstrado, há estudos nos EUA que provam que grande parte da litigância na saúde acontece mais por falta de comunicação do que por incompetência técnica.” (Ferreira M. A., 2018)³⁶

Em 2017, nas reclamações submetidas à ERS, por natureza jurídica do prestador de serviço, o sector privado representa apenas 20,7% do total das reclamações (ERS, 2018). No sistema de gestão de reclamações da ERS, o tema Comunicação não é analisado *per se*, mas encontramos nos temas tratados por este sistema, diversas categorias em análise diretamente relacionadas com a comunicação. As três queixas com mais ocorrências em 2017 (ver Tabela 5) são os procedimentos administrativos, o tempo de espera e a focalização no doente, conforme mencionado anteriormente.

34 - Sistema de Gestão de Reclamações
35 - Entidade Reguladora da Saúde
36 - Ver Anexo 3 c)

Reclamações por tema

Tema	Nº de ocorrências	% de ocorrências
Procedimentos administrativos	17740	20,3
Tempos de espera	17059	19,5
Focalização no doente	14903	17,0
Acesso a cuidados de saúde	13283	15,2
Cuidados de saúde e segurança do doente	13195	15,1
Questões financeiras	4565	5,2
Instalações e serviços complementares	4069	4,7
Outros Temas	2654	3,0
Total Geral	87466	100

Tabela 5 - Reclamações submetidas à ERS em 2017 por tema.

Fonte: Relatório de Atividades e Gestão 2017 da ERS (ERS, 2018)

No entanto, quando analisados os assuntos visados dentro destes temas, verificamos que grande parte (56,8%) estão relacionados com a comunicação tais como:

- Qualidade da informação institucional disponibilizada
- Atendimento telefónico
- Confirmação prévia de agendamentos
- Delicadeza do pessoal clínico
- Delicadeza do pessoal administrativo, auxiliar ou de apoio
- Direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde

Para este aumento crescente no número de reclamações muito tem contribuído a implementação de sistemas de controlo suportados por investimentos em novas tecnologias. O número de canais disponíveis, para o doente comunicar com o médico ou a

unidade de saúde, disponibilizados pela tecnologia, são agora mais amplos, como: o email, a videoconferência, a mensagem de texto, o portal de internet, o telefone ou os painéis digitais colocados em postos de atendimento para um registo imediato do nível de satisfação do doente face ao atendimento.

Na relação médico-doente, a tecnologia tem-se revelado também um suporte importante no incentivo de uma relação mais direta e personalizada, permitindo um acesso mais célere ao registo do historial do doente, à informação contida nesse registo, um controlo dos exames e da medicação descrita, entre outros. Contudo, poderá ocasionar uma atitude de maior dispersão por parte do clínico quando, durante a consulta, regista a informação no computador, não estabelecendo qualquer contacto visual.

A introdução do computador veio interpor uma barreira física entre o médico e o doente, que limita o tempo de relação direta, olhos nos olhos, dificultando a atenção à linguagem não verbal dos doentes, e tornando mais fragmentado o processo relacional (Suchman, 1997). O espaço vital entre o médico e o doente está reduzido a quase 20 a 30% da secretária, invadido por monitores, impressoras e um conjunto de acessórios que limitam a comunicação. Uma medicina excessivamente informatizada e burocratizada, em que o computador ocupa o espaço central do consultório, enquanto o médico divide o tempo entre umas breves trocas de palavras com os doentes e o preenchimento de inúmeras aplicações informáticas nas quais regista o nome do doente, a história clínica, o exame físico, preenche o formulário para prescrever exames e/ou receitar medicamentos. Pelo meio, fica a verdadeira humanização subjacente à história clínica e ao exame físico rigoroso, como referido por Miguel Guimarães³⁷ *in* (A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos, 2020).

A tecnologia reveste-se de uma importância e presença crescentes na comunicação, com o aumento do número de telemóveis, de e-mails e de mensagens de texto. No entanto, existe um excesso de confiança nestes sistemas, assumindo o emissor que o facto de as mensagens, dos emails, entre outros, terem sido enviados e recebidos, foram entendidos ou desempenharam o previsto pelo remetente/emissor. Recordemos que, quando comunicamos, a palavra verbal representa apenas 7% da mensagem, sendo que 38% da

37 - Miguel Guimarães, Bastonário da Ordem dos Médicos.

mensagem está na forma como se diz, enquanto a comunicação não verbal (linguagem corporal) é responsável por 55% da mensagem (Mehrabian, 2017).

A Comunicação Interpessoal é uma área muito vasta e aplicável a todas as relações que permitem a sociabilização com o outro. Nesta investigação, focámo-nos na comunicação interpessoal aplicada ao contexto profissional do momento da consulta na relação médico-doente. Este tema assume uma relevância e interesse comum, uma vez que muitas horas da nossa vida são passadas a trabalhar e a relacionarmo-nos com os outros, e o sucesso da nossa comunicação no desempenho profissional tem impacto não só na qualidade desse desempenho, mas nos níveis de satisfação e de autoestima pessoal, sentidos não só pelo próprio mas também pelos diferentes interlocutores.

A medicina geral e familiar abrange praticamente todas as doenças e problemas de saúde que podem atingir um ser humano (A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos, 2020, p. 419). As competências de comunicação interpessoal são basilares em toda a prática clínica, com maior destaque para as especialidades mais relacionais, como é o caso da Medicina Geral e Familiar³⁸ (MGF). (Carrapiço & Ramos, 2012). No entanto, percebemos que estas competências, apesar de poderem ser desenvolvidas em ambiente de formação são, essencialmente, parte das competências pessoais intrínsecas a cada indivíduo.

A avaliação rigorosa do impacto da comunicação no resultado de um processo clínico é sinuosa. A investigação sobre a eficácia da comunicação é relativamente escassa, uma vez que é difícil medir os resultados decorrentes do processo de comunicação em si mesmo (Carrapiço & Ramos, 2012).

38 - Utilizaremos daqui em diante a sigla MGF para denominar a especialidade Medicina Geral e Familiar.

B.5.2. Perfil profissional para investigação Empírica: Médico de Medicina Geral e Familiar

Segundo alguns autores³⁹, o termo medicina deriva do latim *mederi* que significa “saber o melhor caminho”, tratar ou curar. A expressão do latim *ars medicinae*, que significa “a arte da cura”, foi, desde o tempo da Roma e da Grécia antiga, utilizada para descrever uma situação de cura de alguma maleita. Nesta perspetiva, e transportando este significado para os dias de hoje, um médico é, assim, um profissional que pratica a medicina através do ato clínico. Consideramos a definição do fundamento do ato clínico, proposta por Cardoso, (2012, p. 5) como:

*“um encontro que estabelece uma relação entre alguém impotente para se defender, que precisa de ajuda na luta pela integridade, e que, em desânimo e porventura com pudor, a procura, e alguém que se julga (e aquele julga) capaz de ajudar”*⁴⁰

A atividade de um médico não se pauta por rotinas ou por um plano predefinido de atividade, podendo ser bastante exigente e desafiante a nível psicológico. As grandes expectativas que tanto a sociedade como os próprios médicos têm em relação à sua profissão podem trazer um peso acrescido à pressão já existente. Vários estudos indicaram que a morbidade psiquiátrica é prevalente entre os médicos, os quais registaram maiores taxas de depressão e ansiedade em comparação com a população em geral (Pappas, Gouvab, Kotrotsioue, & Hatzogloud, 2016).

No entanto, os médicos não compõem um grupo homogéneo de profissionais. A escolha da especialidade médica pode ser um elemento diferenciador entre os médicos das várias especialidades. As diferenças de personalidade entre médicos que praticam diferentes especialidades médicas foram estudadas apenas ocasionalmente, com alguns estudos indicando uma associação entre as características da personalidade e a escolha da especialidade (Borges & Savickas, 2002). Outros estudos observaram que os perfis de

39 - (Branco, 1909); (Torrinha, 1939); (Alves, 2017).

40 - Referimo-nos apenas ao doente que atribui gravidade e significado à sua doença; que se sente doente (Cardoso R. M., 2012, p. 5)

personalidade identificáveis na entrada, ou durante a frequência de uma faculdade de Medicina, podem ser preditivos da, ou estar associados à especialidade selecionada pelos estudantes na fase final (Gorenflo & Ruffin, 1994).

Num estudo sobre perfis de médicos realizado na Grécia (Pappas, Gouvab, Kotrotsioue, & Hatzogloud, 2016), a especialidade de MGF apresentou resultados estatisticamente inferiores de depressão em comparação com os internistas e os cirurgiões. Por outro lado, os cirurgiões apresentaram, estatisticamente, resultados mais elevados ao nível da hostilidade, em comparação com todos os outros colegas de outras especialidades. A capacidade de aplicação prática do conhecimento científico, a predominância (de um trabalho hospitalar) dentro do bloco operatório, o prestígio desta são confirmados por outros estudos internacionais. Mais especificamente, (Maron & Fein, 2007) já tinham concluído nos seus estudos que os traços de personalidade neurótica parecem ser encontrados com menor frequência entre os médicos de MGF.

O Internato de especialidade é um sistema de formação profissional que decorre num determinado domínio específico da medicina após a licenciatura. O internato da especialidade de Clínica Geral, atualmente designado por Internato Médico de Medicina Geral e Familiar, corresponde a um período de formação pós-graduada, tendo como objetivo habilitar o médico ao exercício autónomo e tecnicamente diferenciado, como Médico de Família (Gaspar, 2010).

Os médicos de família são especialistas com formação nos princípios da disciplina de MGF. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, independentemente da sua idade, género ou afeção. Estes médicos distinguem-se por prestarem cuidados a indivíduos no contexto das respetivas famílias, comunidades e culturas. Os médicos de MGF desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos (Allen, Gay, & Crebolder, 2002).

A MGF é essencialmente uma *medicina centrada na pessoa* (Moura, 2003). Mas este foco na pessoa pressupõe que a MGF, pela sua própria natureza epistemológica e prática, integre fatores que moldam a relação médico-doente e influenciam a sua efetividade terapêutica. Por isso, a relação médico-doente em medicina familiar tem

aspectos e particularidades marcantes. Nenhum deles é exclusivo desta especialidade clínica, mas é na MGF que tendem a atingir uma expressão especialmente desenvolvida. Victor Ramos *in* (A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos, 2020, pp. 418-19) destaca alguns aspetos e particularidades especialmente marcantes da MGF:

- a) Utilizar em benefício do doente a continuidade relacional ao longo de anos, por vezes de décadas, uma vez que a proximidade afetiva tende a estreitar-se com a duração temporal da relação e/ou com a natureza dos problemas de saúde e acontecimentos vitais que o médico vai acompanhando;
- b) Reconhecer que a relação primordial médico-doente está quase sempre imbricada em sistemas relacionais mais amplos, com oportunidades e vantagens, mas também com riscos e ameaças para a ação clínica e para os resultados terapêuticos;
- c) Ver cada pessoa no contexto dos seus sistemas familiares – de origem, de convivência, ou de ambos;
- d) Aproveitar as visitas no domicílio do utente para o conhecer e compreender melhor, no seu contexto habitacional;
- e) Lidar com aspetos e dilemas de privacidade e de confidencialidade relativamente a pessoas distintas, autónomas, mas relacionadas entre si – a triangulação médico-doente-família requer precaução e uma atenção especial a aspetos de índole ética que é necessário identificar e acautelar;
- f) Reconhecer que o contexto familiar pode ser tanto um recurso promotor e protetor da saúde, como um fator patogénico, pelos hábitos e cultura enraizados, pelas forças e fragilidades dos seus distintos elementos. A família pode ser um pilar de apoio fundamental em situações de doença aguda ou crónica. Mas pode ser também uma fonte de *stress* e um fator predisponente de doença.
- g) Aceitar que, em momentos e situações distintas, os diversos elementos de uma mesma família podem necessitar e esperar que o médico assuma papéis diversos na relação profissional com cada um deles;

- h) Ter em conta e utilizar no seu raciocínio clínico e nos planos terapêuticos as inter-relações estreitas entre os ciclos de vida da pessoa e da família;
- i) Reconhecer que as intervenções de natureza preventiva beneficiam a relação de confiança anteriormente estabelecida em circunstâncias de doença de algum ou alguns dos elementos dessa família.

A consulta é uma atividade complexa e a mais realizada pelos Médicos de Família⁴¹. Este é múltiplo na sua diversidade. Dele fazem parte um vasto conjunto de tarefas e perícias: o tipo de consulta, as estratégias de negociação com o doente, as decisões a tomar, os registos, e o modelo comunicacional estabelecido (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013).

A especialidade de MGF é uma designação que surgiu no início do século XXI. Anteriormente, a especialidade que deu origem à designação de MGF era denominada de Clínica Geral. O Internato Complementar de Clínica Geral surgiu em 1981, antecedendo em curto espaço de tempo a promulgação do Decreto-Lei n.º 310/82 que cria a carreira de Clínica Geral.

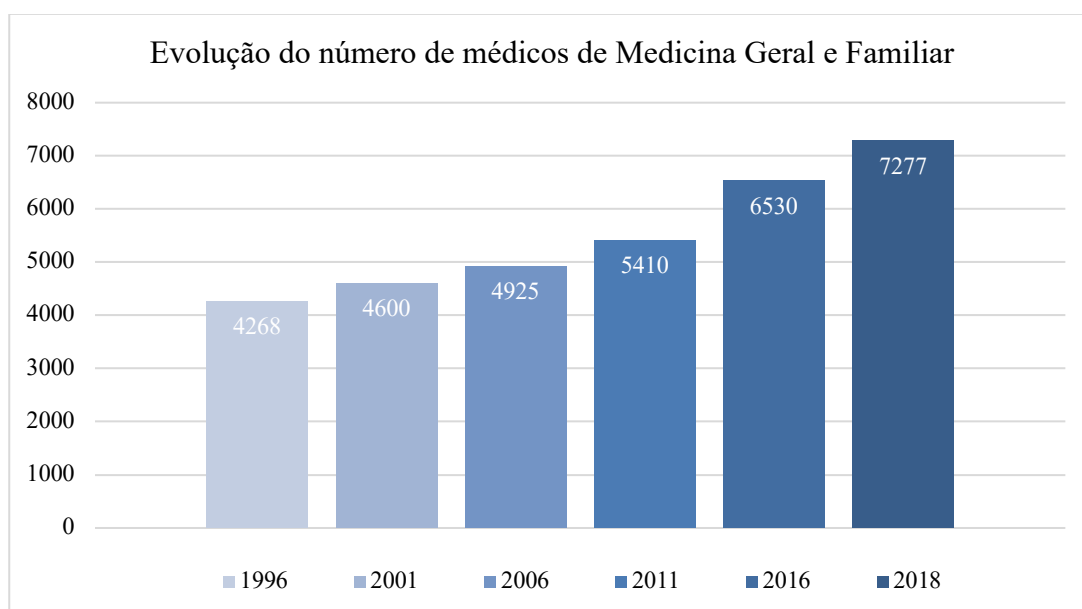
De 1981 a 1987, as atividades educacionais estavam centradas no hospital e os orientadores de formação eram de outras especialidades. O primeiro coordenador do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul, Dr. Jacinto Gonçalves, era, ele próprio, médico hospitalar. À data, não havia médicos com formação específica em Clínica Geral. Por este motivo, na carreira de Clínica Geral, criada em 1982, ingressaram diretamente milhares de médicos sem formação específica prévia. No entanto, e com a maturidade desta prática clínica, a partir de 1987 o Internato Complementar de Clínica Geral passou a ser a única forma de acesso à carreira. Posteriormente, em Janeiro de 2001, o processo de treino está definitivamente centrado na prática clínica da Medicina Geral e Familiar (Saúde S. N., 2019).

41 - Termo comum usado na literatura consultada para designar médicos de Medicina Geral e familiar.

“Dentro da medicina, nos últimos anos, houve uma progressiva especialização para várias áreas e isso também explica a evolução da sociedade: quando surgiu, havia medicina no geral, não havia as outras especialidades. Tudo interessava a todos. A partir de determinado momento foi necessário haver especialização de conhecimento, técnicas e práticas. Dentro desta sociedade começaram secções, no fundo, grupos de interesses das diferentes áreas.” (Graça, 2017)

Nos últimos vinte anos, assistimos a uma evolução no número de médicos de MGF (ver Fig. 11). Em 2018 estavam registados na Ordem dos Médicos 7.277 médicos especialistas em MGF, representando o género feminino 60% da totalidade desta especialidade. Na última década, o setor privado assume estrategicamente o serviço do médico de MGF, que até ao princípio do século XXI era uma referência exclusiva do setor público, no Serviço Nacional de Saúde.

A carência do número de médicos que afetava a população portuguesa até ao final do século XX, tem sido colmatada pelo crescimento do número destes profissionais e pelo crescimento de infraestruturas hospitalares. Por outro lado, o número de médicos especialistas aumentou 93% nos últimos vinte e dois anos (ver Figura 12), o que denota uma melhoria na especificidade da prestação da prática clínica.



Unidade: Milhares

Figura 11 - Evolução do número de médicos de MGF nos hospitais.

(de 1996 a 2018).

Fonte: Pordata.

Contudo, desde 2015 que, em Portugal, o número de licenciados supera as vagas para especialização. Esta situação implica que passarão a existir, nos hospitais e nos centros de saúde, médicos com uma preparação inferior à que tinham os jovens que os antecederam. O chamado reforço da formação geral não colmatará o que a aprendizagem num estágio dirigido por um médico “sénior” proporcionaria.

O problema é agravado pelo facto de os especialistas que trabalham no Serviço Nacional de Saúde não receberem uma remuneração competitiva, o que resulta em que hoje, dos 19.304 especialistas ali empregues, apenas um quarto estejam em “dedicação exclusiva”, ou seja, 75% dos médicos trabalham igualmente no setor privado, assim retirando as horas necessárias à formação de “internos” (Ordem dos Médicos, 2020, p. 213).

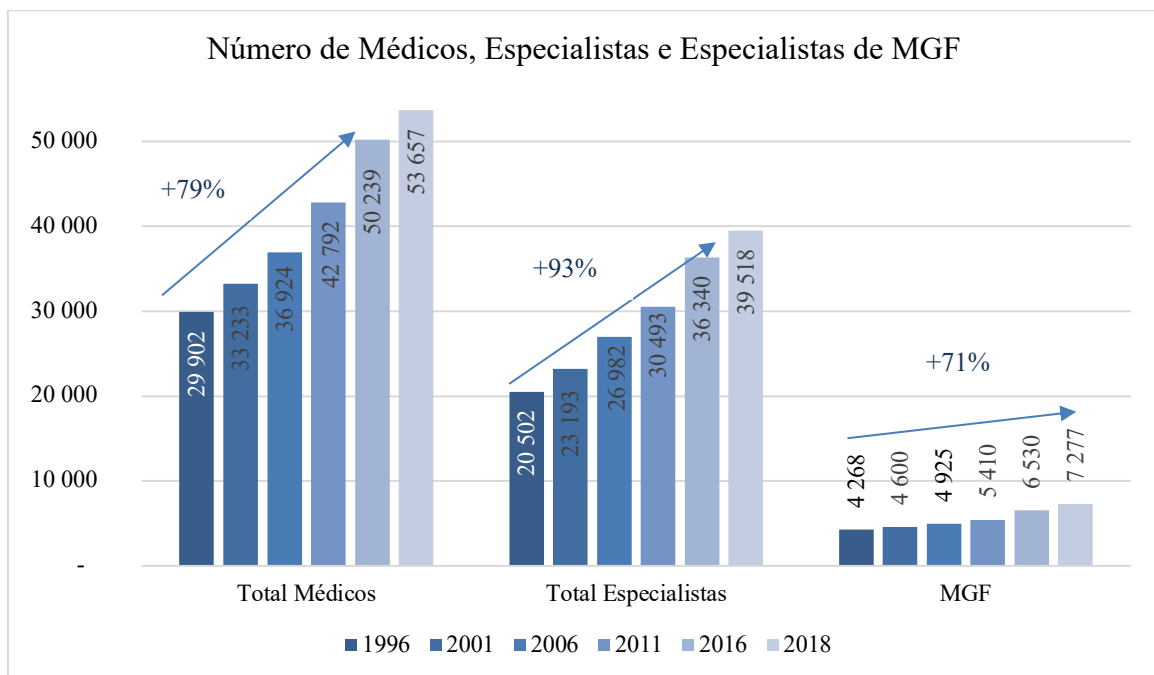


Figura 12 – Número de médicos, total de especialistas e especialistas em MGF. (de 1996 a 2018).
Fonte: Pordata

“Os médicos sem formação são médicos indiferenciados e sem especialidade médica, o que compromete a qualidade do SNS”

Sindicato Independente dos Médicos⁴²

Hoje em dia, um médico é um profissional multidimensional que se move numa sociedade global, alicerçada na conectividade. Deste profissional são esperadas competências que extravasam o campo da medicina, patente na frase proferida inúmeras vezes pelo Professor Abel Salazar: *“quem só sabe medicina nem medicina sabe”*. Na nossa investigação, as competências de comunicação do médico serão a única dimensão do seu perfil profissional que estudaremos.

Ao focar a nossa análise na dimensão comunicacional do médico, o momento em estudo é o zero, aquele momento em que ocorre o encontro e o diálogo (Cardoso R. M., 2012). Não nos debruçaremos sobre o ato do diagnóstico ou do tratamento; o nosso único foco será o diálogo, analisado do ponto de vista da preparação/competência comunicacional do emissor (médico) e da receção/perceção da mensagem por parte do recetor (doente).

O encontro que ocorre entre doente e médico é sempre uma relação desigual, no sentido em que um pede ajuda e o outro dispõe-se a ajudar. O médico Daniel Serrão caracterizava a fragilidade deste encontro como *“uma riquíssima partilha entre duas personalidades, uma vocacionada e preparada para ajudar, a outra disposta a solicitar e a receber essa ajuda”* (Cardoso R. M., 1998). Há mais de 5.000 anos que o estilo de base de quem cura é visto, à luz dos padrões da ética moderna, como um paternalismo benevolente (Tate & Tate, 2014). Esta noção de poderes na balança vinculou-se a um estilo próprio de comunicação entre quem precisa de ajuda e quem se dispõe a ajudar.

Como qualquer encontro que ocorre entre duas partes, o diálogo é caracterizado por diferentes momentos, com características distintas. No decorrer de uma consulta existem vários momentos, começando pela receção do doente e terminando na tomada de decisões e encerramento da consulta. As competências que pretendemos analisar serão transversais

42 - Ver Anexo 3 e)

a todo o ato clínico, não se limitando a uma fase específica da consulta, mas a uma interpretação geral desse momento.

Comunicar é a forma mais básica e fundamental do desempenho do ato clínico, não se resumindo a um momento de interrogação, de informação e de prescrição. (Cardoso R. M., 2012). A comunicação assume, assim, o carácter de uma ferramenta fundamental para um médico no exercício da sua função. Esta identificação da relevância das competências de comunicação na prática da medicina, aliada à nossa experiência pessoal relativamente ao défice dessas competências, foram decisivas na tomada de consciência quanto à pertinência da investigação nesta área.

A questão da prática e da eficácia da comunicação tornou-se, nos últimos anos, uma preocupação para todos os intervenientes no setor (médicos, doentes, gestores hospitalares e investigadores). Para compreender parte da questão, revela-se importante cruzar a evolução cronológica da comunicação – e, mais concretamente, a utilização das novas tecnologias - com a necessidade emergente da partilha de informação que personifica, atualmente, o momento da consulta. Novos desafios se apresentam com a deslocação de prioridades - anteriormente centradas no médico - para as necessidades do doente, não só físicas, como sócio-comportamentais (como o uso intensivo das tecnologias e o acesso fácil à informação).

Desde os primeiros registos históricos ou antropológicos - ou mesmo antes destes - que o conhecimento da medicina era controlado por doutores, xamãs⁴³ e padres. No entanto, “o génio saiu da garrafa” e requer uma forma de comunicação diferente daquela a que os médicos estão habituados há muito e muito tempo. (Tate & Tate, 2014) A árvore de competências que se segue, adaptada de Grueninguer (Wonca, 2002), permite visualizar os atributos requeridos para o exercício da profissão médica, com especial relevo para a atitude, a predisposição a exercer na sua função, a ciência que se apresenta como substrato à profissão que desenvolve e o contexto onde esta se desenvolve.

43 - Em povos da Ásia setentrional e central, esp. os siberianos e os uralo-altaicos, indivíduo que por meio de estados extáticos e invocações rituais, manifesta supostas faculdades mágicas, curativas ou divinatórias (Instituto António Houaiss de Lexicografia, 2013).

DEFINIÇÃO EUROPEIA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

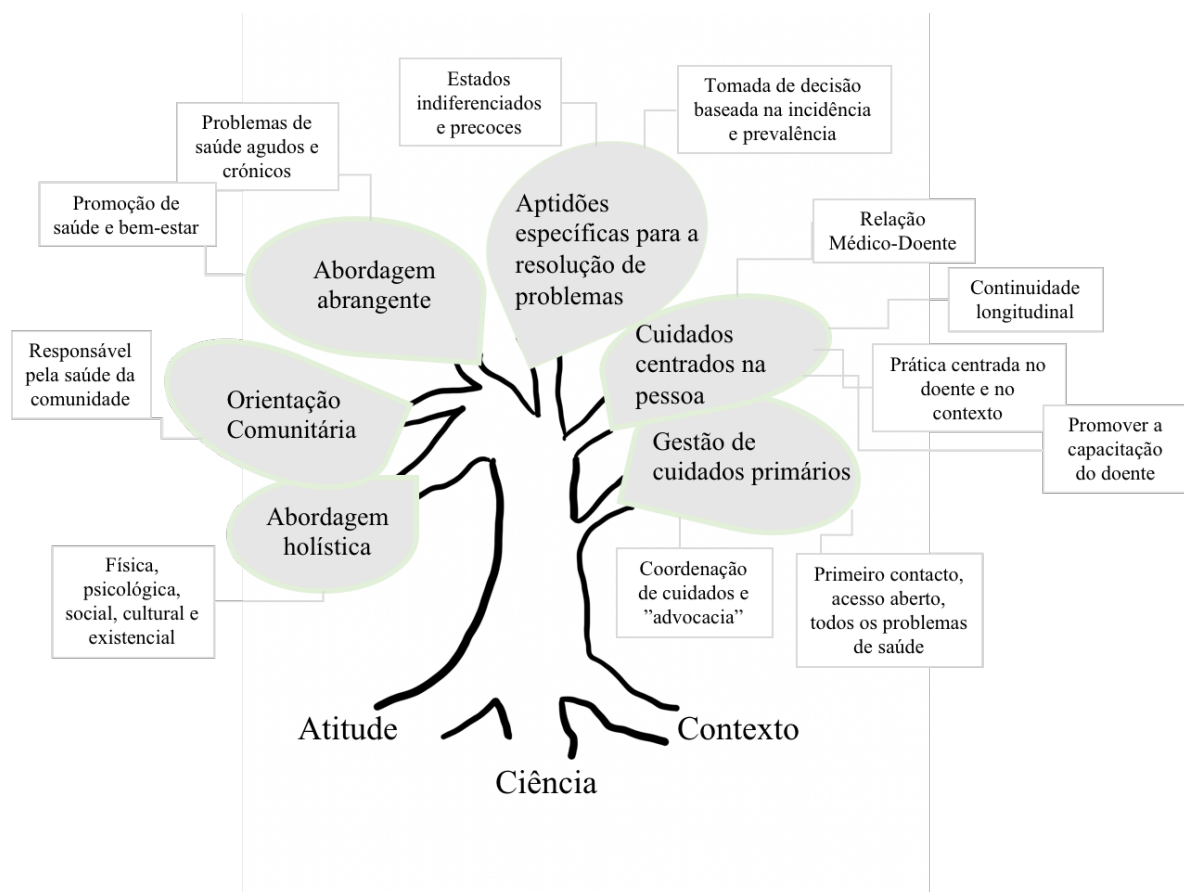


Figura 13 - Definição europeia de MGF, competências essenciais e características.

Adaptado de (Wonca, 2002), autor: U. Grueninger, *Swiss College of Primary Care Medicine*

A galáxia digital em que habitamos tornou acessível o conhecimento da medicina a uma geração de interessados, que absorvem a informação de forma personalizada. Esta mudança radical na partilha de informação exige um novo paradigma comunicacional entre o médico e o doente. Nos dias que correm, ninguém vai a uma consulta apenas com um sintoma. Vamos com ideias formadas sobre esse sintoma e com expectativas relacionadas com esse sintoma (Tate & Tate, 2014).

“Os médicos sentem-se muito pressionados para responder a objectivos (...) A pressão e a responsabilidade são muito grandes. E estes últimos 20 anos foram anos de completa mudança. Toda esta evolução tecnológica aconteceu muito depressa.” (Ferreira M. A., 2018)⁴⁴

A necessidade do desenvolvimento de competências de comunicação que se impõe, hoje, a um médico, não advém apenas de uma maior facilidade de acesso à informação; impõe-se, também, pelo grau de esclarecimento e expectativas de um doente mais sofisticado do que há vinte anos atrás, como refere Pedro Pita Barros (2019)⁴⁵:

“Mais acesso a informação pelo doente não significa que haja mais conhecimento, até porque a informação pode não ser exacta. Mas, inevitavelmente, esse maior acesso a informação por parte do doente molda e determina as suas expectativas. Acresce que essas expectativas são geradas, em Portugal, num ambiente em que é dominante a ideia do Estado protector. Este ambiente leva a que o cidadão exija acesso a todas as tecnologias, exija que o médico, a Medicina, lhe resolva todos os problemas.”

Todas as especialidades comportam competências específicas de comunicação. As competências de comunicação de um médico oncologista não serão, por exemplo, as mesmas de um médico pediatra ou de um MGF.

Ulrich Grueninger, doutorado em Medicina e professor na Universidade de Berna, enumerou e relacionou as características e competências base de comunicação em Medicina, que foram aplicadas à MGF, no relatório da Wonca - *The World Organization of Family Doctors* (2002), (ver Fig. 13). Desta forma, é patente a abrangência das competências de comunicação em MGF, assim como as características de cada momento e a competência específica para esse momento/contexto. Estas competências de comunicação serão fulcrais na definição da nossa metodologia, conforme poderemos expor numa fase posterior.

44 - Maria Amélia Ferreira - Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

45 - Pedro Pita Barros, Professor Catedrático da Universidade Nova de Lisboa

C. Pergunta da Investigação

Assistir às mudanças radicais no paradigma comunicacional, vivê-las enquanto investigadores e também enquanto doentes, constitui uma experiência particularmente estimulante para a investigação. No século XXI, um doente que receba a notícia de um problema de saúde, imediatamente acede à internet num telemóvel ou computador e angaria mais informação do que aquela que obteria em qualquer consulta médica. É para este novo paradigma que os médicos deverão estar preparados: os doentes estão mais bem informados, ou podem informar-se caso a dúvida persista.

Investigar e escrever sobre a área da Comunicação em Medicina é um desafio. A estanqueidade característica desta profissão - quer por motivos deontológicos, quer pelas características intrínsecas a esta atividade - limita o acesso à recolha de dados, de forma presencial, que possam exemplificar o objeto da pesquisa. Nesta investigação, estamos cientes das particularidades que o estudo empírico apresentará, pelo que a nossa pergunta de partida será formulada por forma a que esta circunstância não se revele limitativa.

O momento da consulta caracteriza-se pelo elevado grau de intimidade e confidencialidade que ambas as partes assumem. Qualquer recolha de dados estará sujeita a estes critérios, o que condicionará, à partida, a forma como delineamos a nossa investigação. Não deixamos, contudo, de assumir o máximo rigor na metodologia, por forma a recolher, apesar de todas as condicionantes, os dados necessários para responder à pergunta de partida da investigação.

A cultura do segredo e do protecionismo na saúde é a maior barreira a que os profissionais de saúde admitam os seus erros (Walshe & Shotell, 2004), erros estes que vão para além do ato médico, mas que podem revelar-se nas omissões ou mal-entendidos na comunicação com os doentes. Não procuramos os “erros” neste estudo, mas sim identificar as competências comunicacionais na relação médico-doente. A resistência a uma nova comunicação é patente e o protecionismo na classe profissional ainda é evidente (Walshe & Shotell, 2004). O protecionismo e a cultura do segredo na saúde são características que se prendem com fatores culturais e organizacionais, podendo ser justificados se

compreendermos que “curar” é um ato nobre e de grande poder. Por esta razão existe, e sempre existiu, uma deferência pelas pessoas que curam - neste caso, os médicos.

A investigação académica na área da Comunicação em Saúde é vasta e com crescente expressão nas publicações científicas na área da Medicina, o que nos leva a concluir, nesta fase, que se trata de uma área muito pertinente e decisiva no ato médico. Sendo as competências de comunicação um fator relevante em muitas outras áreas e setores, será apenas no campo do ato médico, em contexto de consulta, que iremos focar-nos.

Numa pesquisa qualitativa, o investigador não tem, à partida, as perguntas definidas. Estas vão surgindo de forma natural durante o processo de investigação, ao longo do qual o investigador compreende o campo da pesquisa e o seu contexto teórico. A nossa pergunta de partida, que pretende definir exatamente o que procuramos saber, está no cerne da metodologia de investigação, uma vez que procura interligar todas as questões relativas à metodologia a utilizar.

No processo de formulação da pergunta de partida, tivemos presente a necessidade do rigor na definição a fim de evitar algumas questões problemáticas, comuns nestes processos. Um desenho metodológico em que a pergunta de partida seja demasiado generalista ou difusa cria dificuldades na condução do estudo, não assumindo o seu papel de clara orientação na recolha de dados. Não pretendemos fechar excessivamente a nossa pergunta de partida, uma vez que tal poderá criar uma “visão em túnel” que excluiria questões potencialmente relevantes para os nossos objetivos. Inversamente, perguntas enquadradas apontam para contextos teóricos específicos, a que poderemos recorrer como suporte no desenvolvimento da compreensão e aprendizagem, sugerindo novos caminhos para a investigação (Maxwell J. A., 2013).

É frequente as perguntas de partida sofrerem alguma evolução ao longo da investigação. Uma pergunta de partida não é simplesmente uma ferramenta de planeamento da investigação. Esta deverá estar presente ao longo da mesma, com vista a elucidar no processo de revisão de literatura, permitir alterações do enquadramento teórico e, desta forma, evitar imprevistos na fase da validação. A capacidade de metamorfose da pergunta de partida desempenhará, igualmente, um papel de comunicação dos objetivos do estudo e permitirá compreender se objetivos foram alcançados no final da investigação.

Com a definição da nossa pergunta de partida procuramos enunciar o nosso projeto de investigação, exprimindo o mais concretamente possível o que procuramos saber, elucidar e compreender. Desta forma, visamos um melhor conhecimento dos fenómenos estudados e não apenas a sua descrição.

Ao desempenhar a função de fio condutor inicial, a pergunta de partida deve agilizar a progressão nas leituras e nas entrevistas exploratórias. Esta pergunta evolui ao longo da investigação. É “moldando” a pergunta de partida que o investigador inicia a rutura com os preconceitos e com a ilusão da transparência. As hipóteses de trabalho, desenvolvidas na metodologia de investigação, constituem eixos centrais da investigação e apresentam-se como proposições que respondem à pergunta de partida (Quivy & Campenhoudt, 2013).

A revisão de literatura relevante, descrita no capítulo seguinte, permitirá a consolidação do tema de investigação, bem como a resposta à pergunta da qual partimos para esta investigação.

No enquadramento da vasta investigação existente a nível internacional, pretendemos estudar o setor privado português, visto considerarmos que poderá ser distinto de outros contextos internacionais. Definido o problema de investigação e os seus objetivos, colocamos a pergunta de investigação que delimitará o caminho do nosso estudo.

Esta investigação tem como princípio orientador dar resposta a uma pergunta de investigação. Após a definição dos objetivos, do posicionamento científico e da delimitação do objeto de estudo formulámos a nossa pergunta do seguinte modo:

PERGUNTA DE PARTIDA

Em que medida as competências de comunicação interpessoal são exercidas pelos médicos e pelos doentes numa consulta de Medicina Geral e Familiar?

Responder a esta pergunta de investigação implica colocar outras questões que visam detalhar os conceitos nela presentes, bem como explorar as perspetivas dos intervenientes deste ato comunicacional. Assim, detalhamos um conjunto de questões decorrentes desta pergunta de investigação que pretendemos explorar tanto no enquadramento teórico como no trabalho empírico.

SUB-PERGUNTAS:

[SP1] As competências de comunicação são valorizadas pelos médicos?

[SP2] As competências de comunicação são valorizadas pelos doentes?

[SP3] De que forma os médicos aplicam as suas competências de comunicação interpessoal na consulta?

[SP4] De que forma os doentes percecionam as competências de comunicação aplicadas pelos médicos na consulta?

Resumo do Capítulo I

A comunicação revelou-se desde os seus primórdios como uma questão essencial no desenvolvimento do ser humano em todas as suas dimensões. Foi no século XX que o seu enquadramento científico foi acolhido pelas Ciências Sociais. A forma como comunicamos foi sendo foco, ao longo da nossa história, de diversas disciplinas como a Filosofia, a Psicologia e a Sociologia.

O enquadramento desta investigação centra-se na área da comunicação interpessoal na saúde, concretamente nas interações comunicacionais que ocorrem no momento da consulta entre médico e doente. Para a escolha desta temática, terão contribuído os interesses do investigador e a relevância do tema para a academia e para a sociedade.

Para interpretar o fenómeno comunicacional que ocorre entre médico e doente no momento da consulta, recorreremos a um enquadramento teórico que assegurasse a qualidade da problematização e uma abordagem aprofundada do objeto de estudo. Foram, desta forma, consideradas três correntes teóricas (o Interacionismo Simbólico, a Semiótica e a Teoria dos Sistemas), as quais consideramos relevantes para a construção da nossa própria interpretação teórica.

À luz do Interacionismo Simbólico, compreendemos o fenómeno do fluxo de interações cooperativas que podem tornar o momento da consulta de interação simbólica perfeita, ou não, mediante o desempenho dos intervenientes. A teoria da Semiótica põe em relevo a importância de outros elementos na interação, compreendendo e interpretando a relação entre os sinais e o enquadramento dos seres humanos enquanto agentes semióticos. Esta relação médico-doente enquadra-se na Teoria dos Sistemas enquanto um sistema interpessoal que funciona como outros elementos de interação humana, sendo esses elementos unidos por um fluxo de energia magnética (amor, poder, comunicação) que os estimula e alimenta.

O setor da saúde em Portugal encontra-se em expansão quer pelo aumento no número de profissionais, como médicos e enfermeiros, quer pelo aumento no número de infraestruturas. Em 2015, o número de hospitais privados foi, pela primeira vez em Portugal, superior ao número de hospitais públicos (anexo 7.i). Estes dados conduzem a

uma alteração no modelo de gestão da saúde, deixando de ser o Estado o principal responsável pela segurança e manutenção da saúde dos portugueses.

Com a nossa investigação pretendemos compreender, no contexto português, em que medida os médicos e doentes valorizam as competências de comunicação, relacionando, simultaneamente, aplicação destas competências por parte estes intervenientes com a relevância dada às mesmas. Perspetivamos, assim, o objeto de estudo num paradigma humanista, interpretativista.

As especialidades médicas são bastante diferenciadas, quer pelas competências técnicas e científicas a elas associadas, quer pelo tipo de interação dos médicos com os doentes. Por isso, seleccionámos a Medicina Geral e Familiar como a especialidade mais adequada ao nosso objeto de estudo, especificamente no setor privado, uma vez que este incorpora estrategicamente o serviço do médico de MGF o qual, até ao princípio do século XXI, era uma referência exclusiva ao setor público, no Serviço Nacional de Saúde.

Após um desenvolvimento introdutório, teórico e contextual, finalizamos o primeiro capítulo com a nossa pergunta de investigação, ponto de partida para toda a pesquisa e orientadora em toda a investigação.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONTEXTUAL

“... all communication theories are mutually relevant when addressed to a practical lifeworld in which “communication” is already a richly meaningful term.”

(Craig, 1999)

A. Comunicação Interpessoal: Teorização e Aplicabilidade

A.1. Enquadramento Teórico do Conceito na Contemporaneidade

Uma teoria é útil porque descreve, explica e prevê o fenómeno, contexto ou evento a que se refere, além de organizar o conhecimento e orientar a investigação a ser realizada, principalmente a de natureza quantitativa (Freixo, 2012). No entanto, as teorias não são, em si mesmas, a realidade, tendo o investigador que procurar nelas a sabedoria e adaptá-las ao seu objeto de estudo.

O nosso enquadramento teórico colocou-nos, desde o início, o desafio de articular abordagens distintas – a abordagem sistémica, a abordagem micro-analítica e a abordagem etnográfica – que se debruçam sobre o mesmo contexto teórico da comunicação interpessoal – a partir das Ciências da Comunicação, contribuindo assim com uma abordagem complementar, potencialmente pertinente para a nossa investigação.

É pela ciência exata que sabemos que o conhecimento não é exato e, por isso, todas as teorias da comunicação são, embora divergentes, cumulativas de conhecimento e explicativas do contexto sistémico que analisam (Freixo, 2012). Na sua obra (Craig & Muller, 2007), os autores sistematizaram, em sete teorias, o estudo da comunicação: Retórica, Semiótica, Fenomenologia, Cibernética, Sociopsicológica, Sociocultural e Crítica. A metodologia de investigação que selecionarmos estará necessariamente relacionada com a corrente teórica adotada.

Definido o problema e as questões para investigação, urge proceder à fundamentação teórica do conhecimento. Numa relação médico-doente, o processo de comunicação desenrola-se numa relação de um para um, sendo mediado por normas específicas do respetivo contexto profissional.

A comunicação interpessoal é a sub-área científica das Ciências da Comunicação em que enquadraremos o corpus teórico por forma a compreendermos a importância das competências comunicacionais numa situação de comunicação não mediada. Na descrição do estado da arte, pretende-se visitar alguns conceitos importantes das teorias da comunicação interpessoal. Ao longo da investigação recorrer-se-á com frequência aos principais autores da área científica com o intuito de fundamentar, de forma sólida, o pensamento e a reflexão. A revisão da bibliografia selecionada constituirá a base do enquadramento teórico das respostas às perguntas colocadas à partida para a investigação.

A comunicação interpessoal, a qual ocorre entre duas ou mais pessoas, estuda a forma como os intervenientes comunicam entre si – porque selecionam as mensagens - e o efeito que as mensagens selecionadas têm sobre essa relação e sobre eles próprios (Freixo, 2012).

Um enquadramento teórico-conceitual do nosso estudo permite a sistematização dos conceitos, assunções, expectativas e crenças, bem como das teorias que sustentam a investigação, que serão posteriormente suportadas no desenho metodológico da investigação. O enquadramento teórico é algo que é construído (Maxwell J. A., 2013). Nesta construção teórica é importante a visão crítica de cada teoria na interpretação do fenómeno. O que deveremos manter presente ao longo da investigação é a necessidade de que as abordagens teóricas sejam integradas nos nossos objetivos e perguntas de investigação.

Ao conjugar uma abordagem interpretativista com a exploração de fontes teóricas variadas, pretendemos explorar cada conceito, construindo assim um enquadramento teórico sólido e relevante para que possamos, a partir dele, sugerir possibilidades de resposta à pergunta de investigação e também fundamentar e orientar o nosso trabalho empírico.

Muitas das questões que se colocam no nosso tempo têm a sua origem na civilização greco-romana, que se estende por um período que abrange o século VIII a.C. até ao final do século V d.C. A génese da civilização helénica constitui um longo e profundo processo de interação entre povos, cada um deles legando contributos importantes a nível cultural - desde a língua à visão do mundo -, passando pelos domínios da técnica e da expressão artística. O povo grego, depois de sedentarizado nas margens do mediterrâneo oriental por volta do ano 2000 a.C., recebeu dos Egeus o conhecimento da escrita, e dos Cretenses as técnicas de desenvolvimento agrícola e marítimo. Sobre a herança destes povos, os Gregos fundaram a civilização helénica, que acabaria por se tornar a matriz de toda a civilização ocidental (Rodrigues A. D., 2011).

A invenção da escrita alfabética constituiu uma etapa de viragem fulcral e provocou transformações profundas que se repercutiram em todos os domínios da experiência dos cidadãos gregos. Estes tinham uma clara ideia de que a escrita alfabética é um dispositivo técnico da linguagem que, além de autonomizar a forma da palavra em relação àquilo a que se refere, autonomiza também o discurso em relação ao seu autor, tornando assim independentes os enunciados em relação à sua enunciação (Rodrigues A. D., 2011).

Na Grécia antiga, os atos da oratória e do pensamento faziam parte da vida de qualquer homem participante na sociedade democrática. Neste contexto, a Retórica surgiu na antiga Grécia associada à democracia e, em particular, à necessidade de preparar os cidadãos para uma intervenção ativa na governação da cidade. Para Aristóteles, a retórica consistia num instrumento e poderia, enquanto tal, ser posta ao serviço quer do bem quer do mal, quer do justo quer do injusto. A teoria da retórica aristotélica teve grande impacto e ainda hoje se reveste de uma enorme importância no ensino da oratória persuasiva (Borden, 1974). A retórica aristotélica visava descobrir os meios de persuasão possíveis para os vários argumentos. Em síntese, consistia em obter uma comunicação mais eficaz para o Saber, o qual era um pressuposto adquirido. Aristóteles deixou-nos um vasto legado de estudos da comunicação. Para este filósofo, a meta principal da comunicação consistia na persuasão, ou seja, a tentativa de levar os outros a adotarem o ponto de vista de quem fala. Este sentido da comunicação, o da persuasão, foi aceite até finais do século XVIII (Freixo, 2012).

A conquista da Grécia antiga pelos Romanos, a partir de meados do século II a.C., teve a virtude de não destruir a cultura grega, antes assimilando-a e difundindo-a por todo o império Romano. A ideia da comunicação através do laço social estava tão presente nos cidadãos romanos que qualquer homem que aspirasse a conquistar a consideração e o respeito público tinha o dever de conhecer pelo nome todo e qualquer cidadão com quem se cruzasse na rua ao longo do dia. No fim da República e durante o Império, os cidadãos mais ricos eram acompanhados pelo *nomenclator*, um escravo especializado que lhes sussurrava ao ouvido o nome das pessoas com quem se cruzavam. O principal legado dos Romanos para o desenvolvimento da nossa civilização é, sem dúvida, a língua latina (Rodrigues A. D., 2011).

O sentido da palavra “comunicação” como hoje a conhecemos tem uma origem bastante recente. Numa referência à história da comunicação humana, Jean Cloutier identifica quatro fases (Cloutier, 1975), que designa por “episódios”. Estas fases apresentam-se sobrepostas, embora desfasadas no tempo, e cada uma é caracterizada pela utilização de novas formas de comunicação que transformam a sociedade e que constituem uma nova forma de comunicação.

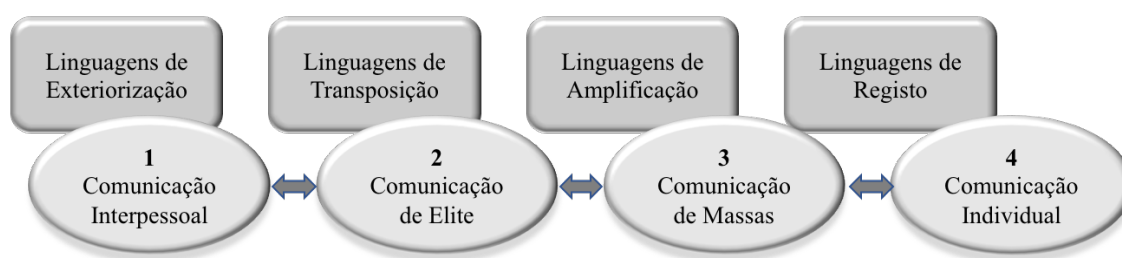


Figura 14 – Fases ou episódios da História da Comunicação.

Adaptado de (Freixo, 2012).

A primeira fase que o autor identifica é a fase da comunicação interpessoal. Esta caracteriza-se pelas linguagens de exteriorização, tendo início com o *Homo sapiens* no momento em que este aprendeu a exteriorizar as suas ideias, desejos e necessidades através

do seu corpo. Aos gestos começou a associar a articulação de sons, formando palavras e tendo como referente o meio ambiente imediato. Na primeira fase ou episódio da história da comunicação humana, segundo uma perspectiva evolucionista, o Homem era, então, o único *medium* de comunicação. As linguagens de exteriorização (como o gesto e a palavra) configuraram, assim, o primeiro episódio da história do Homem, que Cloutier designou como comunicação interpessoal. A linguagem encontra-se fortemente condicionada à vida social e as crianças que crescerem fora da sociedade humana naturalmente não falarão (Freixo, 2012). A comunicação interpessoal integrada nos contextos comunicacionais continua a ser a base das relações humanas, ou seja, o *dom* da linguagem e o Homem são indissociáveis.

Na segunda fase, ou episódio, da história da comunicação humana, o Homem vai transpor o seu pensamento e os objetos do mundo que o rodeia para esquemas, desenhos, ritmo e música. Esta transposição da realidade é feita tendo as paredes das cavernas como os primeiros suportes. Esta fase caracteriza-se essencialmente por o Homem se apresentar simultaneamente enquanto emissor e recetor de mensagens. É uma fase marcada pela necessidade de o Homem se libertar de si próprio e do seu meio ambiente, pela transposição tanto dos seus pensamentos como dos objetos que o rodeiam. Com efeito, de ora em diante, ele vai ser capaz de criar obras que terão vida própria, obras que vão comunicar diversas mensagens, mesmo para além da sua presença física (Freixo, 2012).

A transposição estende-se, posteriormente, às primeiras manifestações rupestres, à invenção da escrita, às linguagens de transposição como a arte da retórica e, seguidamente, à formação da sociedade de comunicação, uma sociedade unida e formada por algo comum: a língua, como é exemplo a expansão do império romano.

A comunicação de massas, terceira fase da história da comunicação, inicia-se com a implantação da imprensa (*Galáxia de Gutenberg*) e culmina com o satélite (*Galáxia Marconi*), as suas linguagens de amplificação são criadas a partir dos *media*⁴⁶ coletivos.

46 - Encontra-se generalizada a designação de *mass media* em vez de simplesmente *media* para assinalar todos os meios de comunicação de massas. Contudo, a palavra *media* (plural latino de *medium*) ambas oriundas do latim, traduz-se correntemente como meio, aquilo que está entre duas outras coisas. Na Teoria da Comunicação, o termo *media* designa assim o conjunto de meios de comunicação social ou de massas, como a imprensa, meios eletrónicos como a rádio e a televisão, além de outras tecnologias que vão sendo gradualmente inventadas e industrializadas. (Cloutier, 1975)

No fundo, a *Galáxia de Gutenberg* é uma circunstância da análise daquilo que Marshall MacLuhan designa por estado de catalepsia, em que a tecnologia tipográfica fez mergulhar o Ocidente. Para McLuhan, a *Galáxia de Gutenberg* encerra em si, de alguma forma, o “pecado original” fundador da modernidade e da civilização industrial (Cádima, 1996).

Nesta fase da história da comunicação, a comunicação de massas, o Homem expande o seu saber através das linguagens de amplificação, recorrendo a meios de comunicação de massas baseados, segundo Cloutier (1975), na difusão e edição. No que concerne à difusão da mensagem, a inovação e a evolução da tecnologia foram determinantes para o aparecimento de meios que permitiram a sua amplificação, tal como a imprensa, a fotografia, o cinema, a rádio, e a televisão. Já ao nível da edição, a mensagem passou a ser acedida no momento em que uma pessoa necessita de consultá-la, sendo exemplo disso o livro, o jornal, o cartaz e, mais recentemente, o CD, DVD, o *email*, mensagens de texto, som ou imagem, ou toda a gama de informação disponível na internet.

A quarta fase, e fase atual, da comunicação, caracteriza-se pela individualização da mensagem. A técnica moderna, em simultâneo com o apogeu da comunicação de massas, possibilitou a todos o acesso à gravação de sons e imagens, proporcionando ao Homem novas linguagens de registo e novos media – os media individuais ou *self-media*⁴⁷, cunhando, desta forma, a comunicação com uma individualidade até então desconhecida.

A individualização constituiu uma das características de uma era em que o Homem ultrapassou a condição de ser apenas um recetor passivo, sendo considerado capaz de receber e emitir informação. É de notar que esta fase se opõe à de massificação, isto é, à integração dos indivíduos num conjunto sem estruturas, despersonalizado e homogéneo. Na individualização, a comunicação tem de ser interpretada a partir de cada indivíduo (Freixo, 2012).

É preciso não acreditar que a individualização não é mais do que o resultado de uma maior possibilidade de escolha atualmente oferecida a Emerec⁴⁸-recetor, face

47 - A palavra *self-media*, conceptualizada por Jean Cloutier, pretende designar os dispositivos individuais de comunicação. Os *media* são intermediários que permitem transportar as mensagens no espaço e no tempo. Estes *media* são numerosos e servem para transmitir, conservar e amplificar as mensagens. Assim como o homem é ao mesmo tempo emissor e recetor, também o *medium* o é (Freixo, 2012, p. 102).

48 - Vocábulo concebido por Jean Cloutier (1975) que engloba dois termos o emissor (EM) e o recetor (RE).

às fontes de informação e que, graças à multiplicidade tecnológica dos meios, este se terá tornado num consumidor prevenido. (Cloutier, 1975, p. 125)

A individualização não pretende significar o mesmo que individualismo. Ou seja, a individualização não significa isolamento, muito pelo contrário, é a possibilidade de cada um ser, simultaneamente, emissor e recetor, permitindo aproximar os homens, reformar os grupos, reconstituir “tribos” ou nações, cujas interações ocorrem à escala do planeta (Freixo, 2012). Cloutier faz uma comparação que explica claramente esta diferenciação entre os *mass-media* e os *self-media*:

Se compararmos os media aos meios de transporte coletivos, que submetem o passageiro a um determinado itinerário e a um horário inevitável, os self-media são como os meios de transporte individual que permitem ao homem, sozinho, ou em pequeno grupo, ir aonde lhe apetece, no momento que lhe convém. (Cloutier, 1975, p. 126)

Esta dinâmica da história da comunicação avançada por Jean Cloutier, apresenta-se, assim, evolutiva e cumulativa, uma vez que cada novo meio que o Homem, enquanto emissor e recetor, criou no decurso dos tempos, se juntou aos outros, aumentando assim a sua capacidade comunicativa. Dos quatro tipos de comunicação que em cima descrevemos sucintamente, a comunicação interpessoal, a mais antiga, é, sem dúvida, a que continua a revelar-se mais enriquecedora e proveitosa para os interlocutores, uma vez que nenhuma técnica de comunicação, por mais potente ou sofisticada que seja, conseguirá atingir o nível de complexidade e de cumplicidade que esta revela (Freixo, 2012).

A.2. Comunicação Interpessoal como Interação e Significado

A beleza e a dificuldade da arte médica reside certamente em que ela se exerce sobre uma pessoa singular, entendida como um sistema de relações com toda a natureza envolvente e com a sociedade de que é membro.

Adelino Cardoso, Filósofo

Os estudos sobre a Comunicação Interpessoal são recentes. Os primeiros trabalhos nesta área surgem na década de cinquenta do século passado, tendo sido realizados por antropólogos, sociólogos e psicólogos.

Nos primeiros livros que encontramos sobre esta área da comunicação, os autores debruçam-se essencialmente sobre a Comunicação Interpessoal a nível não verbal. Em 1934, após a morte de Georg Mead, os seus alunos da Universidade de Chicago publicaram uma compilação dos apontamentos das aulas na obra *Mind, Self and Society*, um trabalho que constrói a base do Interacionismo Simbólico que, mais tarde, será um contributo para as teorias de interação social da comunicação. A continuação do trabalho de Mead foi assegurada pelo seu sucessor, Herbert Blumer, o qual influenciou significativamente, com o Interacionismo Simbólico, os estudos de Erving Goffman. Goffman trouxe às Ciências Sociais o imperativo da experiência numa interpretação da sociedade, e o distanciamento das pesquisas quantitativas no campo das Ciências Sociais (Jacobsen, 2012).

A Comunicação Interpessoal constitui um processo complexo de interação simbólica, que ocorre em contexto de interação face a face, consistindo em eventos de comunicação oral e direta.

Deam Barnlund (1968) dedicou-se ao estudo e investigação da comunicação interpessoal, oferecendo-nos a seguinte definição: “*o estudo da comunicação interpessoal ocupa-se (...) da investigação de situações sociais relativamente informais em que as pessoas em encontros face a face sustentam uma interação concentrada através da permuta recíproca de pistas verbais e não verbais*”. Esta definição pressupõe cinco

princípios ou critérios fundamentais que qualquer interação obrigatoriamente contempla, a saber (Freixo, 2012, p. 248):

1. Devem existir duas ou mais pessoas em proximidade física e que percebam a presença umas das outras;
2. A comunicação interpessoal envolve “interdependência comunicativa”, ou seja, o comportamento comunicativo de uma pessoa é uma consequência direta do comportamento da outra;
3. A comunicação interpessoal envolve a troca de mensagens;
4. As mensagens são codificadas de várias formas verbais e não verbais;
5. A comunicação interpessoal é relativamente carente de estrutura; ela é marcada pela informalidade e pela flexibilidade.

Durante as primeiras décadas dos estudos da Comunicação Interpessoal, os diferentes teóricos desenvolveram teorias com componentes e enfoques distintos através de diferentes abordagens⁴⁹. As teorias da Comunicação Interpessoal explicam de que forma, numa relação, os indivíduos atribuem significado aos acontecimentos, por agirem de determinado modo, por dizerem o que dizem, e de que forma a comunicação afeta as relações. Como referimos anteriormente, nenhuma destas abordagens se sobrepõe à anterior, completando, todas elas, o quadro teórico da Comunicação Interpessoal.

Apesar do vasto leque de teorias em Comunicação Interpessoal, estas podem ser agrupadas em quatro grandes categorias: teorias sobre o Significado, o Motivo, as Mensagens e o Movimento das relações (McDermott, 2009)⁵⁰.

O que distingue as quatro categorias apresentadas por McDermott é a perspetiva que os autores têm da intervenção dos indivíduos numa relação, i.e., numa relação social, as pessoas podem interagir orientadas por processos comunicativos de Significado, Motivos, Mensagens ou Movimentos das relações.

As teorias sobre o Significado das relações explicam a vivência humana baseada num mundo de símbolos e signos, onde a importância das relações se traduz na vivência

49 - As abordagens que considerámos mais pertinentes para o enquadramento da nossa investigação estão descritas no ponto seguinte do nosso trabalho.

50 - Ver Anexo 5

complexa de um mundo de significado e interpretação. O sucesso das relações depende da negociação que as pessoas fazem dos significados e da interpretação.

As três teorias sobre o Significado das relações surgem em décadas distintas e são, por isso, contextuais da sociedade da época. O Interacionismo Simbólico (1934 a 1960), de George Herbert Mead e Herbert Blumer, explica que os indivíduos se comportam com base nos significados que atribuem às situações (Blumer, 1986). Esta é, para nós, a corrente teórica mais relevante para a fundamentação da nossa investigação, pela complexidade do momento da consulta e as transações de representação que esse momento abarca.

As teorias sobre o Motivo das relações defendem a existência de razões que determinam o comportamento dos indivíduos, nomeadamente as suposições acerca do Outro, a interpretação dada a cada situação e a satisfação das próprias necessidades.

Focadas no conteúdo, as teorias das Mensagens nas relações assumem que uma única mensagem pode querer atingir vários objetivos de comunicação, ou que um ato de comunicação pode ser alcançado por várias mensagens.

As relações entre as pessoas sofrem transformações ao longo do tempo. A frequência dos contactos, a proximidade física ou emocional e os motivos para a existência dessas relações definem os diferentes rumos que estas tomam. As teorias sobre o Movimento das relações fundamentam, precisamente, essas distintas trajetórias que as relações podem tomar.

Apesar de constituírem campos claramente distintos, a Comunicação Interpessoal e a Comunicação Grupal partilham raízes comuns, e o estudo de ambas cresceu a partir da comunicação em sociedade. No final da década de 60, as teorias disruptivas de Foucault ou Derrida (Silverman H. J., 1989) lançam a importância do discurso e da linguagem no poder de uma sociedade, enquanto a Escola de Palo Alto (abordada no parágrafo seguinte) desenvolve novos paradigmas de comunicação relacional. A partir de 1970, o campo da Comunicação Interpessoal ganha ênfase com a teoria da Penetração Social introduzida por Irwin Altman e Dalmas Taylor, a qual veio influenciar o pensamento sobre o desenvolvimento relacional.

Nos anos 50, a Escola de Palo Alto, situada numa cidade da Califórnia com o mesmo nome, ganha relevo pela investigação que desenvolve no campo das ciências da Comunicação. A Escola de Palo Alto teve a sua origem numa equipa que se reuniu, em 1942, em torno de Gregory Bateson (1904-1980). Integram a equipa, entre outros, Ray Birdwhistel (1918-1994), Edward Hall (1914-2009), Erving Goffman (1922-1982), Paul Watzlawick (1922-2007), investigadores provenientes da Matemática, da Linguística, da Antropologia, da Sociologia e da Psiquiatria.

O trabalho pragmático do grupo de investigação de Palo Alto torna-se amplamente conhecido quando Paul Watzlawick, Janet Beavin e Don Jackson escrevem o Tratado da Comunicação Humana, um marco para a área científica. O Tratado da Comunicação Humana é um estudo de padrões de interação, patologias e paradoxos, que influenciou as teorias do relacionamento, da comunicação interpessoal, e dos sistemas.

Gregory Bateson foi um investigador proeminente no grupo de Palo Alto, sendo o seu principal trabalho na compreensão dos fenómenos de autorregulação em qualquer forma de vida. A análise sistémica desenvolvida por Bateson, baseada na teoria do duplo constrangimento (*double blind*), consiste num dilema que ocorre na comunicação quando uma pessoa recebe duas ou mais mensagens conflitantes. Outros dois investigadores deste núcleo, e referências fundamentais para a Escola de Palo Alto, foram Don Jackson - já em cima citado com referência ao Tratado da Comunicação Humana -, que se notabilizou pela aplicação das teorias da ciência da comunicação ao tratamento psiquiátrico, e Milton Erikson, que utilizou a hipnose para aplicação dessas mesmas teorias. Mas é apenas com a publicação do Tratado da Comunicação Humana que a academia toma consciência do contributo de Bateson para o campo das Ciências da Comunicação.

A abordagem da comunicação e dos comportamentos enquanto sistema entra em rutura com a lógica Freudiana, introduzindo uma nova escola nas Ciências da Comunicação. Um sistema é uma organização complexa de interdependências de unidades, e a análise sistémica consiste na interpretação da rede dessas relações de dependência entre as unidades no seu contexto. Na análise sistémica, temos, desta forma, uma visão macro dos elementos e um abandono da visão e focagem micro desses elementos. Desta forma, a Escola de Palo Alto traz para as Ciências da Comunicação o contributo de conceitos de outras áreas da ciência para melhor interpretar os fenómenos humanos.

O contributo do grupo de investigação de Bateson para as Ciências da Comunicação foi fundamental para a compreensão do fenómeno comunicacional enquanto um sistema e não como uma função humana. Assumir o fenómeno comunicacional enquanto um sistema permite perceber que a “manipulação” dos elementos que compõem este fenómeno altera o *output* do sistema. Na perspectiva de o fenómeno comunicacional funcionar como um sistema, os investigadores da Escola de Palo Alto usam a metáfora de uma orquestra para compreender a comunicação. Ou seja, um processo de canais múltiplos em que os participantes interagem pelos seus gestos, pela visão e até pelo silêncio. A teoria sistémica é explanada no ponto seguinte do nosso trabalho. O grande contributo de Paulo Alto para as Ciências Sociais foi identificar a importância da mudança na formulação de um comportamento. Para alterarmos comportamentos, temos que modificar os contextos, a comunicação verbal e a não verbal. Ao orientar as suas pesquisas para as técnicas de modificação do comportamento, a Escola de Palo Alto abre caminho para a reflexão sobre o fenómeno da aprendizagem. Esta “descoberta”, este fenómeno da aprendizagem, é fundamental para o enquadramento teórico da problematização abordada na nossa investigação.

Como anteriormente exposto, as diferentes teorias da comunicação aplicadas à Comunicação Interpessoal desenvolvem-se em contextos com componentes e enfoques distintos, através das diferentes abordagens. As componentes relevantes das diferentes teorias no processo de comunicação interpessoal dependem de questões como a natureza das relações, as necessidades interpessoais, a autorrepresentação, o processo de revelação e compreensão, a percepção social, a atração pessoal e o conflito (Littlejohn, 1988). Estas questões são esquematizadas na tabela seguinte:

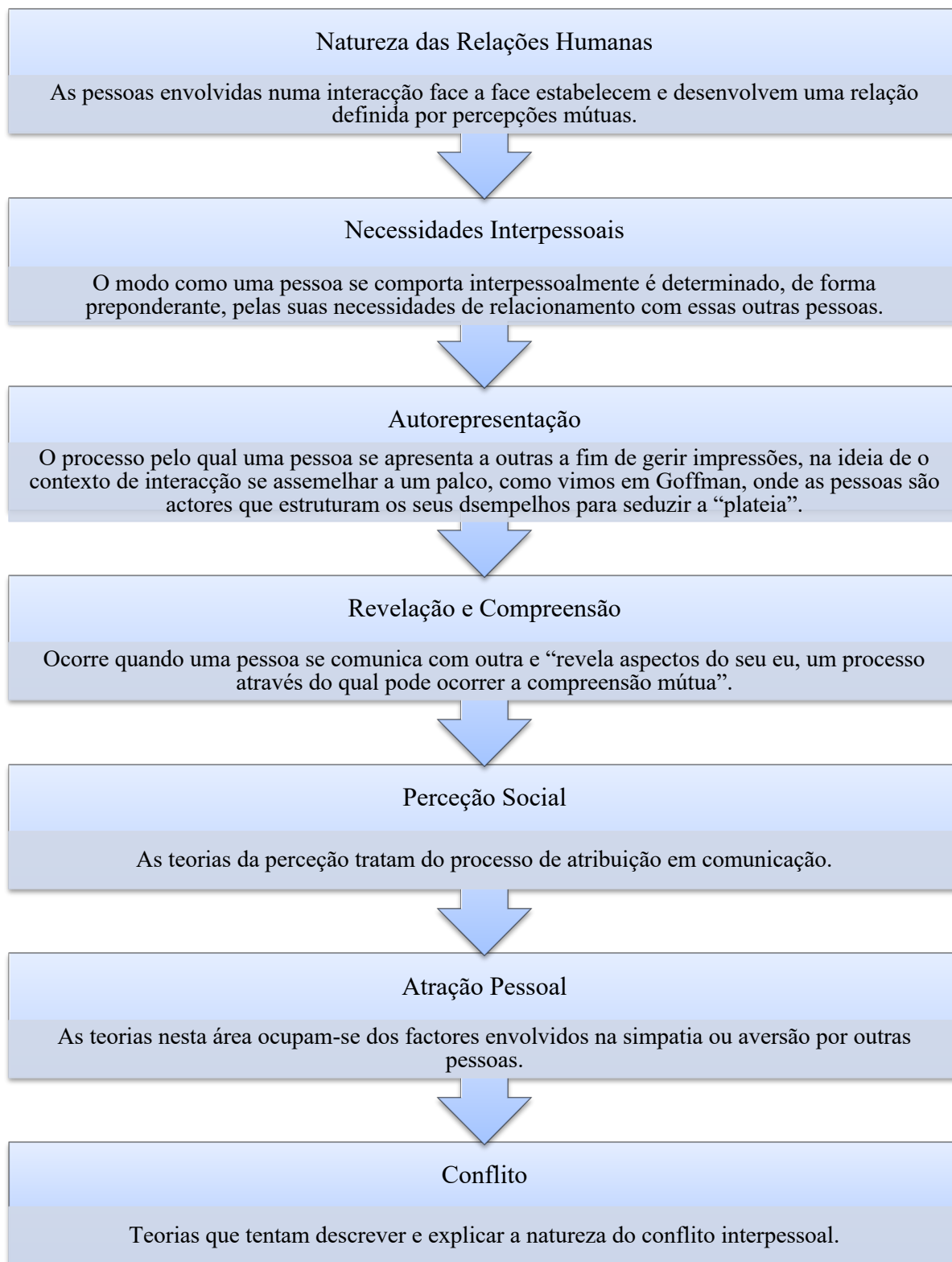


Tabela 6 – Componentes relevantes no processo de Comunicação Interpessoal.
adaptado de (Littlejohn & Foss, 2009)

No nosso referencial teórico, a corrente do Interacionismo Simbólico é uma referência explicativa do processo em análise. A comunicação que ocorre entre médico e doente durante uma consulta poderá afetar as percepções e gerir as interações, à luz do pensamento de Goffman (Goffman E. , 1993).

A Comunicação Interpessoal e a Comunicação Grupal, embora distintas, partilham raízes comuns. A compreensão e enquadramento do conceito da Comunicação Grupal é pertinente, mas não será um objetivo do corpus teórico da presente investigação. A Comunicação Grupal, num aspeto funcionalista, explica como e porquê a comunicação está relacionada com a qualidade das decisões tomadas pelo grupo, examinando a influência mútua que ocorre entre o indivíduo e o grupo (Winkin, 1981).

No objeto de estudo que seleccionámos, a comunicação ocorre sempre entre dois indivíduos, estando, por isso, excluída a comunicação em grupo. Não pretendemos analisar as trocas entre vários emissores e recetores e a influência destes nas mensagens ocorridas. Ainda que entendamos o conceito Grupo como qualquer relação que ocorra entre duas pessoas ou mais, o efeito do grupo na sua dinâmica comunicacional é absolutamente distinto do processo que estudamos: uma relação interpessoal, não mediada, num ambiente profissional. Estamos conscientes da fronteira mista entre Comunicação Interpessoal e Comunicação Grupal, razão pela qual inserimos o objeto de estudo no campo teórico da Comunicação Interpessoal.

A.3. Aplicabilidade da Comunicação Interpessoal ao Objeto de Estudo

A comunicação interpessoal ajuda-nos a entender a comunicação como tratando-se de uma questão essencialmente social. Contudo, o Homem desenvolveu uma diversidade de sistemas de comunicação que lhe tornam possível a vida social – vida social não no sentido de viver em bandos para caçar ou guerrear. Entre todos esses sistemas de comunicação, o mais importante é a linguagem (Freixo, 2012).

Ao nível do sistema de comunicação da linguagem, podemos distinguir a linguagem verbal e a linguagem não verbal. A investigação na área da comunicação não verbal teve grandes progressos nos anos seguintes à II Guerra Mundial. **Após** os anos cinquenta do século passado, Ray L. Birdwhistell, Albert E. Scheflen, Edward T. Hall, Erving Goffman e Paul Ekman, entre outros, estudaram a questão de maneira sistémica. As últimas descobertas comprovam que a comunicação não verbal desempenha diversas e importantes funções no comportamento social do Homem, tendo identificado uma gama significativa de elementos não verbais nesse comportamento comunicativo, que funcionam de uma forma particularmente complexa (Argyle, 1994).

Atualmente, graças a essa investigação, estamos em condições de estimar o tipo de influência que o nosso comportamento não verbal exerce sobre os outros e julgar a capacidade das pessoas para emitir sinais não verbais ou para os interpretar. Sabemos, ainda, que a informação facultada pela palavra poderá, em certos casos, ser contrariada e desmentida pelos sinais não verbais que a acompanham e que, quando a comunicação verbal não é possível, as informações são transmitidas por meio de sinais não verbais (Freixo, 2012).

Entende-se por signo não verbal qualquer outro signo que não a linguagem falada ou escrita, usado para representar alguma outra coisa que não ele próprio. A comunicação não verbal é definida como o processo de comunicação através do envio e receção de mensagens sem palavras faladas, na interação entre dois ou mais interlocutores. Assim, esta compreende as expressões faciais, contacto visual, gestos, postura e linguagem corporal (Freixo, 2012). Contudo, não abordaremos no nosso estudo a decomposição da

linguagem, utilizando apenas os termos verbal ou não verbal. Escolhemos, para a nossa investigação, uma abordagem composta por ambos os lados da linguagem, focando-nos apenas nas competências comunicacionais e na comunicação interpessoal entre médico e doente.

Como reação às teorias estruturo-funcionalistas que, por muito tempo, foram dominantes no campo da Sociologia, foram surgindo progressivamente outras abordagens que consagram outras unidades de análise: a pessoa, o grupo, as relações intersubjetivas na experiência da vida quotidiana. Estas abordagens relançam os debates, presentes desde os primórdios das ciências do Homem e da sociedade, sobre o risco de “coisificar” os factos sociais, sobre o papel do ator em relação ao sistema, e sobre o grau de autonomia das audiências face ao dispositivo de comunicação (Mattelart, 1997).

Na unidade de análise da pessoa e das diferentes componentes e processos da comunicação interpessoal, decidimos selecionar três abordagens que consideramos serem introdutórias ao suporte da nossa investigação empírica. Estas abordagens à teoria não são as únicas, mas são as por nós selecionadas dado apresentarem uma consistência e complementaridade entre si.

A.3.1. Abordagem Sistémica

O momento da consulta médica no enquadramento teórico de Paul Watzlawick, na variável do relacionamento.

A palavra “sistema” deriva do grego *synhistanai* que significa colocar junto. O termo sistémico requer uma compreensão dentro de um contexto, de forma a estabelecer a natureza das relações. A principal característica da organização dos organismos vivos é a natureza hierárquica, ou seja, a tendência para formar estruturas multiníveis de sistemas dentro de sistemas. Cada um dos sistemas forma um todo com relação às suas partes e forma, simultaneamente, parte de um todo. A existência de diferentes níveis de

complexidade com diferentes tipos de leis que operam em cada nível forma a concepção de “complexidade organizada” (Gomes & Crepaldi, 2014).

A Teoria ou Abordagem Sistêmica é geralmente difundida e aplicada pelos seus conceitos, ignorando muitas vezes as raízes ou contributos da Teoria da Comunicação Humana ou da Cibernética.

O estudo da comunicação humana abrange uma complexidade de fatores, tais como a sintaxe, a semântica e a pragmática, os quais estão sempre presentes nos processos interrelacionais. A sintaxe refere-se à transmissão da informação; a semântica está relacionada ao significado dos símbolos; e a pragmática diz respeito aos aspetos comportamentais da comunicação. A teoria ou estudo da comunicação humana também apresenta o conceito da metacomunicação (comunicação sobre a comunicação) e o uso de mensagens congruentes ou incongruentes (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015).

O relacionamento é um elemento essencial na comunicação interpessoal e pauta-se pela interação comportamental dos intervenientes. Todo o comportamento e toda a linguagem estão ligados a um processo emocional (Salgado, Ensaio sobre o Amor na educação, 2017). Quando as pessoas interatuam, a comunicação efetua-se em dois níveis: um direto ou de conteúdo e outro metanível, no qual as relações são determinadas e mantidas. A comunicação interpessoal envolve, assim, tanto percepção como a metapercepção do outro: “O corpo de conhecimentos adquiridos pelo nosso observador hipotético, ao estudar a redundância pragmática do fenómeno comportamental “jogar xadrez”, revela uma sugestiva analogia com o conceito matemático de cálculo” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015, p. 35). O relacionamento constitui, desta forma, um padrão de interação entre duas pessoas, baseado nas suas percepções recíprocas.

Na obra da “Pragmática da Comunicação” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015), entendemos o relacionamento enquanto envolvência humana que integra a comunicação interpessoal. A compreensão dos *axiomas de comunicação* (ver Tabela 7) tratados nesta obra são fundamentais para a compreensão do relacionamento enquanto interação. Esta interação foi por nós compreendida à luz da relação médico-doente no momento da consulta, onde é patente a padronização das comunicações correntes e repetitivas, isto é, a estrutura dos processos de comunicação. Assim, conceptualizámos um paralelismo entre cada axioma e uma situação de comunicação desses dois intervenientes.

AXIOMA	SITUAÇÃO DE CONSULTA
<p>1º</p> <p><i>Não se pode não comunicar.</i></p> <p>Esta dupla negação significa que qualquer comportamento, mesmo a tentativa de não interação, é sempre potencialmente comunicativo dado que não existe um não comportamento.</p>	<p>Numa situação de consulta, a atividade ou inatividade, as palavras ou o silêncio do médico ou do doente, possuem um valor de mensagem, afirmando-se assim o princípio da impossibilidade de não comunicar.</p>
<p>2º</p> <p><i>Toda a comunicação tem um aspeto de conteúdo e um aspeto de relação, de tal modo que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação.</i></p> <p>Este princípio sugere que toda a comunicação implica um compromisso que se define como relação. A questão do conteúdo (informação) e relação (comportamento) revela dois níveis nos processos comunicativos: o nível explícito das mensagens (palavras, objetos) e um outro nível implícito das mensagens (intenções, atitudes).</p>	<p>Na relação médico – doente a informação é crucial. No entanto, a relação destes é que determina o comportamento entre ambos. Ou seja, como escreve Watzlawick (2015), “a capacidade de metacomunicar adequadamente é não só a condição <i>sine qua non</i> da comunicação bem-sucedida, mas está também intimamente ligada ao grande problema da consciência do <i>eu</i> e dos <i>outros</i>”.</p>
<p>3º</p> <p><i>A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicativas entre os comunicadores.</i></p> <p>Este axioma defende que a comunicação não é uma mera relação de trocas, mas uma sequência de eventos, ou seja, uma relação “causa-efeito”.</p>	<p>O ato comunicativo que ocorre na consulta decorre da troca de mensagens, de conteúdo e da relação, com uma natureza de consequências, causa-efeito, que estabelecem um compromisso na relação comportamental entre médico e doente.</p>
<p>4º</p> <p><i>Os seres humanos comunicam digital e analogicamente.</i></p> <p>A comunicação digital é toda a comunicação verbal, e a comunicação analógica é toda a comunicação não verbal. Assim, como uma continuação do 2º axioma, poderemos pensar que a comunicação digital ocorre ao nível do conteúdo e a comunicação analógica ao nível da relação. “A linguagem digital é uma sintaxe lógica sumamente complexa e poderosa, mas carente de adequada semântica no campo das relações, ao passo que linguagem analógica possui</p>	<p>Também neste enquadramento teórico, também aqui encontramos uma adequação ao nosso contexto em estudo. A relação comunicacional entre médico e doente decorre a um nível digital e analógico. A nível digital pelo conteúdo verbal das mensagens e a nível analógico pela natureza da relação que se estabelece nesse momento da interação na consulta (toda a comunicação não-verbal). Os dois níveis, digital e analógico, completam-se contribuindo para a eficácia da mensagem.</p>

semântica, mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não-ambígua da natureza das relações” (p. 60).	
<p>5° <i>Todas as permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença.</i> Nas relações comunicacionais simétricas, a situação dos intervenientes ocorre no mesmo plano, enquanto, as relações complementares pressupõem que um participante ocupa uma posição superior e outro a inferior. A comunicação ser boa ou má não depende do posicionamento dos intervenientes, mas sim da interação entre eles.</p>	<p>A relação médico–doente não ocorre no mesmo plano, não é por isso simétrica, trata-se de uma relação complementar. Um dos intervenientes, o doente, pede ajuda, enquanto o outro interveniente, o médico, se predispõe a ajudar. É uma relação desigual nas suas permutas comunicacionais, por isso complementar porque se baseia na maximização da diferença.</p>

Tabela 7 – Axiomas conjecturais de comunicação na situação de consulta médica.
Adaptado de (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015)

Segundo (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015), as pessoas enviam e recebem, invariavelmente, uma diversidade de mensagens, sejam elas por canais verbais ou não verbais, e as mesmas modificam ou afetam-se, necessariamente, umas às outras (retroalimentação). Quando duas pessoas interagem constantemente, reforçam e estimulam o que estão a dizer ou a fazer, de tal forma que o padrão de comunicação entre os participantes de uma interação define o relacionamento entre eles. Percebe-se, assim, que a importância das mensagens não está vinculada apenas à questão de comunicar algo, mas também, e especialmente, à influência que ela exerce no comportamento e nas atitudes das pessoas em interação (Nieweglowski & Moré, 2008).

O conceito de interação e retroalimentação transportam-nos para a Teoria dos Sistemas abordada na obra da Pragmática da Comunicação (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015), de onde retiramos o conceito ou necessidade de um sistema ser alimentado. Para poder funcionar, um sistema necessita de energia e finalidade (impulso e necessidade), motivo pelo qual consideramos a relação médico-doente como sistémica, por nela se encontrarem os considerandos intrínsecos da sistematização.

A interação humana é descrita como um sistema de comunicação caracterizado pelas propriedades dos sistemas gerais: O tempo como variável, relações sistema-subsistema, globalidade, retroalimentação e equifinalidade⁵¹. *As questões interacionais são consideradas o foco natural para o estudo do impacto pragmático a longo prazo dos fenómenos comunicacionais* (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015, p. 133). A limitação, em geral, e o desenvolvimento de regras familiares, em particular, levam a uma definição e ilustração da família como um sistema governado por regras, à semelhança da relação que ocorre entre médico e doente. O pensamento sistémico pode ser utilizado em qualquer contexto relacional, por nele ocorrerem todas as componentes que este inclui.

Um dos critérios fundamentais para a nossa investigação do Pensamento Sistémico refere-se à mudança das partes para o todo, a partir do princípio de que as propriedades essenciais são do todo, de forma que nenhuma das partes as possui, pois estas surgem justamente das relações de organização entre as partes para formar o todo. Outro critério diz respeito à capacidade de deslocar a atenção de um lado para o outro entre níveis sistémicos (Vasconcellos, 2010). Por exemplo, o pensamento é contextual porque a análise das propriedades das partes não explica o todo. É ambientalista porque considera o contexto. A ênfase está nas relações e não nos objetos, ou seja, os próprios objetos são redes de relações encastradas em redes maiores. O mundo vivo é entendido como uma rede de relações.

Desta forma, considerando a relação médico-doente, tal como a Família, e a Escola, como Sistemas e, simultaneamente, redes comunicacionais que se regem por padrões interacionais, num processo de homeostase⁵², que tende a manter o “*status quo*” do seu funcionamento, é necessário contemplar que, nestes casos, qualquer mudança dos seus membros pode provocar instabilidade no “equilíbrio” desses sistemas. Esta instabilidade

51 - Num sistema circular e automodificável, os resultados (no sentido de alteração do estado, após um período de tempo) não são determinados tanto pelas condições iniciais quanto pela natureza do processo ou os parâmetros do sistema. Em termos simples, este princípio de equifinalidade significa que os mesmos resultados podem ter diferentes origens, porque a natureza da organização é que é definida (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015, p. 115). Equifinalidade é o estado final que pode ser atingido com origem em condições iniciais diferentes e através de meios diversos.

52 - Processo de regulação pelo qual um organismo consegue a constância do seu equilíbrio, figurando no Grande Dicionário da Língua Portuguesa de António de Moraes Silva (1953:773) com as descrições “Termo proposto pelo biólogo norte-americano W. Cannon para definir a estabilidade do estado corporal nos seres superiores.”.

irá afetar o comportamento dos outros elementos, dando lugar à pressão do sistema para retomar o estado homeostático anterior. É necessário, então, a reorganização do sistema como um todo, num processo de níveis de funcionamento alternado de estabilidade e de reorganização (mudança), de forma a encontrar soluções adequadas para os problemas (reformulação).

A questão da homeostasia releva a importância da estabilidade na relação do doente com um médico de MGF, sendo esta relação única, primordial para o funcionamento, estabilidade e resolução dos problemas implicados em, e característicos de, estas interações.

Como anteriormente referido, a Teoria Sistémica recebeu a influência da Cibernética e da Teoria da Comunicação Humana. Em termos gerais, da primeira absorveu os conceitos de *feedback*, homeostase e causalidade circular (retroativa e recursiva), e da segunda utilizou os axiomas da comunicação. A compreensão histórica e conceptual do processo de construção do Pensamento Sistémico, bem como das suas bases estruturantes, é imprescindível, pois toda prática está, ou deveria estar, articulada à compreensão teórica do fenómeno em estudo ou intervenção. Deste modo, ao fazer uso do Pensamento Sistémico, entende-se que a ciência não pode fornecer uma compreensão completa e definitiva, pois sempre nos confrontamos com descrições limitadas e aproximadas da realidade (Gomes & Crepaldi, 2014).

A.3.2. Abordagem Micro-Analítica

Os limites da abordagem sistémica da obra *Pragmática da Comunicação de* (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015) são enfatizados, pelos autores, por forma a esclarecer a necessidade de outras abordagens teóricas para o enriquecimento do campo científico.

A primeira limitação dos cinco axiomas, abordados no ponto anterior, é a sua índole conjetural, limitada por carência de uma definição a título mais exaustivo. Outra

limitação apontada é a heterogeneidade dos axiomas entre si, uma vez que são extraídos de uma vasta gama de observações sobre os fenômenos da comunicação. Os axiomas foram formulados num conjunto, não pelas suas origens, mas pela sua importância *pragmática*, a qual, por seu turno, assenta não tanto nas suas particularidades quanto na sua referência mais *interpessoal* do que monádica (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015).

Os autores consideram ainda (p. 64) que Birdwhistell, autor referência na abordagem micro-analítica da comunicação, foi ainda mais longe, ao sugerir que *“um indivíduo não comunica; ele envolve-se em comunicação ou torna-se parte da comunicação. Pode movimentar-se ou fazer ruídos (...), mas não comunica. De um modo paralelo, ele pode ver, pode ouvir, cheirar, provar ou sentir - mas não comunica. Por outras palavras, ele não origina comunicação; participa dela. Portanto, a comunicação como sistema não deve ser entendida como um simples modelo de ação e reação, por mais complexamente que seja descrito. Como sistema, tem de ser compreendido no nível transacional”*.

Para o estudo da abordagem micro-analítica da comunicação, recorreremos a dois autores do referencial teórico: Ray Birdwhistell e Edward T. Hall. Enquanto o primeiro teórico desenvolve os seus estudos no campo da dimensão não verbal da expressão corporal (movimentos corporais), o segundo, Hall, centra-se na proxémia (espaço entre indivíduos).

A abordagem micro-analítica da comunicação recorre à Teoria da Cinésia (movimentos e processos corporais) para compreender todo o processo de comunicação. Esta abordagem é enquadrada na nossa investigação como complemento à compreensão do campo da comunicação interpessoal e não como um caminho para o seu entendimento. O dicionário de Houaiss (2015, p. 997) define Cinésica como “parte da Semiótica que estuda os movimentos e processos corporais que formam um código de comunicação extralinguística, entre os quais o enrubescimento facial, o menear de ombros, os movimentos de olhos, etc.” Por outras palavras, Cinésica é o estudo da linguagem corporal no contexto da comunicação não verbal. Simplificando, a Cinésica centra-se no estudo dos movimentos corporais.

A linguagem não verbal assume na abordagem micro-analítica uma dimensão comunicacional profunda se tivermos presente que, conforme aponta a generalidade da

literatura, cerca de 60 por cento de toda a comunicação envolve a linguagem não verbal (Freixo, 2012). A comunicação não verbal ganhou autonomia face às restantes áreas de estudo da comunicação graças ao trabalho de Ray Birdwhistell, professor de Psicologia e Antropologia da Universidade de Louisville. Na sua apresentação semestral em 1952, *Introdução à Cinésia: Um sistema de anotação para a análise do movimento e do gesto do corpo*, Birdwhistell expôs as suas suposições, intenções e objetivos para o campo. A sua expectativa era que o seu trabalho fosse suficientemente motivador para que outros investigadores abraçassem o estudo da Cinesiologia. Num aviso inicial, explica que este é apenas um trabalho introdutório e que os dados não estão completos devido à tamanha multiplicidade de sinais não-verbais (Birdwhistell, 1979).

Na investigação sobre comunicação não verbal, esteve sempre presente a preocupação de estabelecer uma relação entre este tipo de linguagem e a linguagem verbal. Para tal, desenvolveu e estabeleceu as conexões necessárias entre “a atividade corporal e a linguagem”, como destaca: “*Este estudo original dos gestos forneceu a primeira indicação de que a estrutura cinésica é paralela à estrutura da língua. Pelo estudo de gestos em contexto, tornou-se claro que o sistema cinésico tem formas que se assemelham surpreendentemente a palavras na língua (...)*” (Freixo, 2012, p. 213).

Na sua obra de referência *Kinesics And Context* (2010), escrita muitos anos após a sua introdução aos estudos da Cinésia, Birdwhistell lista sete pressupostos em que baseia a sua teoria da linguagem corporal. Pretendemos, ao longo do nosso contexto teórico, interpretar os autores sempre à luz do nosso tema de investigação, a fim de aportar mais enfoque e reflexão ao estudo desenvolvido. Assim, enquadrámos, na tabela seguinte, os pressupostos listados por Birdwhistell no ambiente empírico do momento da consulta.

PRESSUPOSTOS	SITUAÇÃO DE CONSULTA
<p>1º</p> <p>Como outros eventos da natureza, nenhum movimento ou expressão corporal é destituído de significado no contexto em que se apresenta.</p>	<p>A expressão corporal tanto de um médico, como de um doente transmite as relações de domínio e dependência de um indivíduo perante o outro.</p>
<p>2º</p> <p>Como outros aspetos do comportamento humano, a postura corporal, o movimento e a expressão facial são padronizados e, por conseguinte, estão sujeitos à análise sistemática.</p>	<p>Quando o médico comunica, está em permanente leitura da expressão facial e corporal do seu doente. Isto é, o médico terá de adotar uma postura de maior assertividade ou acolhimento mediante o nível de defesa adotado pelo doente.</p>
<p>3º</p> <p>Embora sejam reconhecidas as possíveis limitações impostas por substratos biológicos particulares, até que seja demonstrado o contrário, o movimento corporal sistemático dos membros de uma comunidade é considerado uma função do sistema social a que o grupo pertence.</p>	<p>Existem padrões subjacentes, culturais, do comportamento dos indivíduos numa situação de consulta, uma vez que ocupam uma função no sistema social do grupo a que cada um pertence. Um médico adota uma postura de controlo da informação e de provedor, enquanto o doente procura ajuda e coloca-se inconscientemente numa posição de recetor.</p>
<p>4º</p> <p>A atividade corporal visível, como a atividade acústica audível, influencia sistematicamente o comportamento de outros membros de qualquer grupo.</p>	<p>Um médico nivela a sua voz mediante o conteúdo da mensagem e do seu interlocutor doente. Uma má notícia implica um tom de voz tranquilo e mais baixo e uma atividade corporal controlada. Uma boa notícia é por norma acompanhada de uma voz exultante e alguma atividade corporal,</p>
<p>5º</p> <p>Até que se demonstre o contrário, tal comportamento será considerado uma função comunicativa investigável.</p>	<p>A linguagem não verbal pode sempre sofrer de alguma interpretação variável consoante o contexto cultural, social e económico do médico ou do doente.</p>
<p>6º</p> <p>Os significados daí derivados são funções tanto do comportamento como das operações pelas quais é investigado.</p>	<p>A análise ou resultados do processo comunicativo entre médico e doente, depende tanto dos seus comportamentos como dos</p>

	resultados práticos, por exemplo da terapêutica.
7º O sistema biológico e a experiência particular de vida de qualquer indivíduo contribuirão com elementos idiossincráticos para o seu sistema cinésico, mas a qualidade individual ou sintomática desses elementos só pode ser avaliada após a análise do sistema mais vasto de que eles são parte integrante.	Para compreendermos uma interação médico-doente deveremos ter em consideração não só os seus contextos culturais, sociais e económicos individuais, mas também o sistema macro social onde estes indivíduos estão inseridos.

Tabela 8 – Pressupostos da Teoria da Linguagem Corporal
(Adaptado de (Birdwhistell, 2010))

A cinésia, como Birdwhistell a concebe, pode ser usada em três níveis: a *precinésica*, enquanto estudo fisiológico da atividade corporal, independentemente do seu significado social, constituindo um importante precursor da análise do comportamento da comunicação; a *microcinésica*, que se fixa no estudo de unidades comportamentais de análise; e, finalmente, a *cinésica social*, que é o estudo do comportamento em contexto e o estabelecimento do seu significado de comunicação (Freixo, 2012, p. 215).

A Proxémia (espaço entre indivíduos) é outra componente da abordagem micro-analítica da comunicação. O termo Proxémia foi criado pelo antropólogo Edward T. Hall, em 1963, para descrever o espaço pessoal dos indivíduos num meio social, definindo-o como o “conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o Homem faz do espaço enquanto produto cultural específico”. O autor descreve as discussões entre as pessoas como mesuráveis com base na forma como estas interagem, a distância e a postura que mantêm, não intencionalmente, mas sim como resultado do processo de aculturação. Edward T. Hall comunga do essencial do pensamento de Birdwhistell e, muito especialmente, da ideia de que “a comunicação interpessoal é um processo em múltiplos canais”, se a linguagem varia de cultura para cultura, o mesmo ocorre com os outros veículos de interação, como é o caso da comunicação não verbal. Cada cultura tem os seus próprios quadros temporais, no interior dos quais funcionam modelos que lhe são específicos, o que constitui um fator de complicação nas relações interculturais. Assim,

para poder efetivamente comunicar no estrangeiro, é tão necessário conhecer a linguagem do tempo como a linguagem falada no país em que nos encontramos (Hall E. T., 1996, p. 12).

*“O que se passa quando indivíduos pertencentes a diferentes culturas se encontram e estabelecem um processo de relacionamento? Em *The Silent Language*, sugeríamos que a comunicação se estabelece simultaneamente em diferentes níveis, do plenamente consciente ao inconsciente. Mas, recentemente, vi-me obrigado a aprofundar esta teoria; com efeito, quando comunicam, os indivíduos fazem muito mais que “devolver a bola”. Os meus próprios trabalhos, bem como os dos outros investigadores, esclareceram uma série de servomecanismos cuja montagem delicada é controlada por factores culturais e que regulam os diferentes processos da existência, à maneira de um dispositivo de pilotagem automática num avião.”* (Hall E. T., 1986, p. 15)

Embora não haja dúvidas de que linguagem molda o pensamento através de formas particularmente subtis, a humanidade deve aprender a lidar com a realidade de outros sistemas culturais e com a influência desses sistemas sobre a forma como o mundo é encarado, como o ego é vivido e como a própria vida é organizada. Hall defendia, igualmente, que devemos habituar-nos ao facto de as mensagens ao nível da palavra poderem significar uma coisa enquanto, por vezes, algo bastante diferente está a ser comunicado a outro nível (1994, p. 10). Esta compreensão da multiplicidade de níveis da comunicação na mensagem é útil na interpretação do processo comunicacional médico-doente, uma vez que a postura de um médico pode não ser consistente com as suas palavras, o que leva à dissonância na receção da mensagem.

Se Birdwhistell é o pai da *teoria cinésica*, Edward Hall é certamente o pai da *teoria proxémica*. A Proxémica estuda o uso do espaço na comunicação, um espaço pessoal de indivíduos no meio social. O termo foi criado por Hall, em 1963, o qual descreve a proxémia como o “conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o Homem faz do espaço enquanto produto cultural específico”. Numa obra (1963, p. 1003) posterior, Hall define melhor o conceito com uma noção mais ampla, escrevendo que a proxémica é “o estudo de como o Homem estrutura inconscientemente o microespaço – distância entre indivíduos na condução de transações quotidianas, organização do espaço nas suas casas e edifícios e, em última instância, o *layout* das suas cidades” (Freixo, 2012).

A gestão do espaço assume grande preponderância na teoria proxémica, que categoriza o espaço em três tipos básicos: um espaço de características fixas, que consiste nas estruturas físicas inalteráveis em torno de nós (paredes e compartimentos), e do qual faz parte, por exemplo, um hospital; outro espaço de características semifixas, como um gabinete médico, que consiste no modo como são dispostos os obstáculos móveis, como as peças de mobiliário; e finalmente, o espaço informal, que se apresenta como o território pessoal em torno do corpo e que se desloca com a pessoa, médico e/ou doente.

O espaço informal determina a distância interpessoal entre indivíduos. A noção de espaço é cultural. O Homem percebe o espaço pelos seus sistemas de receção, a sua cultura, transformando a informação que estes últimos fornecem. O aparelho sensorial do Homem comporta duas categorias de recetores: Os “recetores à distância”, que se referem aos objetos afastados e que são constituídos pelos olhos, ouvidos e nariz. E os “recetores imediatos”, que exploram o mundo próximo pelo tato, graças às sensações que a pele, as mucosas e os músculos nos transmitem (Hall E. T., 1986).

No ser humano, o sentido do espaço e da distância não é estático e tem muito pouca relação com a perspetiva linear elaborada pelos artistas do Renascimento⁵³. O ser humano sente a distância de forma semelhante à dos outros animais. A sua perceção do espaço é dinâmica porque se encontra ligada à ação. A perceção do espaço e o relacionamento entre indivíduos estão, desta forma, interligados entre a distância e o tipo de relação. Segundo Hall (1986) existem quatro distâncias na interação: íntima, pessoal, social e pública. Em cada uma destas distâncias, Hall define um modo próximo (distância mínima em centímetros) e um modo afastado (distância máxima em centímetros). Estes modos (próximo e afastado) podem designar a natureza da relação.

As aves e os mamíferos não só possuem territórios que ocupam e defendem contra os indivíduos da sua própria espécie, mas observam igualmente entre si uma série de distâncias constantes. Heidiger classificou-as em distância de fuga,

53 - A pintura renascentista é caracterizada pela utilização da perspetiva através da qual os artistas conseguem reproduzir nas suas obras espaços reais sobre uma superfície plana, dando a noção de profundidade e de volume, ajudados pelo jogo de cores que permitem destacar na obra os elementos mais importantes e escurecer os elementos secundários. A variação de cores frias e quentes e a utilização da luz permitem retratar distâncias e volumes que parecem ser copiados da realidade. Os objetos pintados estabelecem relações entre si de perspetiva, sombra, profundidade e ilusão ótica a três dimensões, perfeitamente representáveis numa tela de duas dimensões (Sanches, 2015).

distância crítica e distâncias pessoal e social. Também o ser humano observa distâncias uniformes nas relações que mantém com os seus semelhantes. Com raras exceções, a distância de fuga e distância crítica foram eliminadas das reações humanas. Mas é evidente que as distâncias pessoal e social continuam a existir. (Hall E. T., 1986, p. 133)

A distância íntima, no modo próximo consiste no contacto físico ou na sua eminência, domina a consciência dos intervenientes: *esta distância é a do ato sexual e a da luta, a do reconforto e a da proteção.* No modo afastado (15 a 40 centímetros), da distância íntima, as mãos podem juntar-se e a voz é utilizada, mas num registo abafado.

A distância pessoal no modo próximo (45 a 75 centímetros) é, em parte, função das possibilidades que a distância proporciona aos interessados de se agarrarem ou tocarem; no modo afastado (75 a 125 centímetros) será a distância pessoal que separa os elementos sem contacto, sendo que as posições respectivas dos indivíduos revelam a natureza das suas relações ou dos seus sentimentos.

Na distância social, a fronteira entre um modo afastado da distância pessoal, e, o modo próximo da distância social marca *o limite do poder sobre outrem*, o que nos transporta para o tipo de relação que ocorre entre um médico e um doente. O modo próximo (1,20 a 2,10 metros) e afastado (2,10 a 3,60 metros) da distância social define o carácter pessoal ou impessoal da relação. Nestas distâncias, perde-se a capacidade de distinguir os pormenores mais subtis do rosto.

Por fim, a distância pública no modo próximo (3,60 a 7,50 metros) caracteriza-se por se situar fora do círculo imediato de referência do indivíduo, o que permite um comportamento de fuga ou de defesa caso este se sinta ameaçado. A voz eleva-se e podem ocorrer no estilo do discurso transformações de ordem gramatical e sintática. O modo afastado (mais de 7,5 metros) da distância pública é, por norma, adotado por personalidades que requerem medidas de segurança, como políticos, atores e chefes de estado ou religiosos (Freixo, 2012).

A classificação das distâncias, segundo Hall (1986), não é universal, ou seja, o conceito de proximidade depende da cultura dos intervenientes. A classificação das distâncias em íntima, pessoal, social e pública, diz respeito ao grupo observado num contexto da cultura norte-americana. Hall é perentório ao afirmar (1986, p. 134) que cada

cultura tem estruturas proxémicas distintas, e reitera *que os modelos proxémicos americanos relativos à distância não têm qualquer valor universal* (1986, p. 139). No entanto, consideramos que a classificação é pertinente para o nosso estudo dado que, independentemente da diferença nas distâncias entre cada cultura, as classes de classificação podem ser as mesmas.

Além das categorias que classificam as distâncias entre os indivíduos, Hall (1963) distingue oito fatores possíveis para o estabelecimento, por parte dos intervenientes, dessas distâncias, constituindo as categorias primárias da análise proxémica. Consideramos estas categorias também relevantes para a interpretação do nosso estudo⁵⁴.

1. Fatores de postura-género (Postura); a forma como nos deitamos, sentamos ou levantamos podem comunicar, embora de forma limitada, uma gama de significados. Estes significados relacionam-se frequentemente com atitudes interpessoais - amistosas, hostis, de superioridade ou inferioridade – podendo, todas elas, ser indicadas pela postura. A postura pode ainda indicar um estado emocional, sobretudo o grau de tensão ou de descontração. A postura é mais difícil de controlar do que expressão facial;
2. Eixo sociófugo-sociópeto (Orientação);
3. Fatores cinéticos (Distância Interpessoal);
4. Comportamento de contacto (Contacto Corporal);
5. Movimento dos olhos e contacto visual (Código Visual); a frequência e duração de um olhar é uma forma de enviar importantes mensagens sobre o relacionamento, especialmente para mostrar que desejamos que esse relacionamento seja de domínio ou de aliança;
6. Código térmico;
7. Código olfativo;
8. Volume de voz - o volume e a intensidade da fala estão diretamente relacionados com o espaço interpessoal.

54 - Na descrição das oito categorias que classificam as distâncias entre os indivíduos, segundo (Hall E. T., 1963), mencionamos entre parentes a nomenclatura de (Bitti & Zani, 1997) presente na sua apreciação crítica da obra de E. T. Hall.

Como se constata, *a complexidade da comunicação não verbal revela-se fundamental no sucesso da comunicação e em particular na abordagem proxémica de Hall* (Freixo, 2012). Para a nossa investigação, conhecer a obra de Edward T. Hall revelou-se uma significativa mais-valia na fase exploratória do nosso percurso. Contudo, é importante frisar que não nos revemos num enquadramento teórico proxémico. No entanto, não poderemos ignorar alguns conceitos fundamentais desta teoria que nos colocaram no caminho de novas abordagens no decorrer da nossa investigação.

A.3.3. Abordagem à Interação Simbólica de Goffman

O século XX fica marcado pelo esforço de inúmeros teóricos no sentido de explicar o fenómeno da comunicação como parte integrante do nosso quotidiano. Esta viragem em termos de objeto de estudo está associada ao aparecimento, no tempo e no conteúdo, da Cibernética e da Teoria dos Sistemas, que deslocaram o indivíduo para o seio do grupo, definido não como a soma das partes, mas pelas relações que mantêm entre si (Miranda & Silveira, 2002). No campo da Comunicação Interpessoal, Erving Goffman foi um dos autores que se dedicou consistentemente ao estudo do Eu (*Self*) nas relações quotidianas, tendo escrito inúmeras obras sobre esta problemática. A obra de Goffman surgiu num contexto académico em que predominavam na Sociologia as explicações macroestruturais, expressas em diferentes vertentes do funcionalismo, marxismo e estruturalismo, num momento em que os procedimentos quantitativos usufruíam de grande legitimidade científica.

Erving Goffman focou a sua atenção no complexo universo das interações sociais, privilegiando a corrente interacional como eixo integrador dos seus trabalhos. Não centrou esta investigação no indivíduo isolado, tanto assim que, longe de se apoiar no terreno da Psicologia Social, os seus trabalhos se enquadram no campo da Sociologia. As análises de Goffman conferem um grau relativo de liberdade ao indivíduo, mesmo tendo presente que o *self*, em larga medida, é construído nos processos sociais. Desta forma, nas várias fases

da sua obra - trabalhos pré-dramatúrgicos, investigações metafóricas, análise estratégica, teoria dos jogos, análise da linguagem, análise da estrutura das experiências individuais, entre outros, o estudo das relações interpessoais foi preponderante na sua produção intelectual (Martins, 2011). Na perspectiva de Scheff (2010), parte significativa da obra de Goffman realçou o árduo trabalho desenvolvido pelos atores para preservar a imagem social que, eventualmente, projetaram em determinada interação social. Assim, uma vez que determinado indivíduo projeta certas características sociais num processo interacional, é expectável (moralmente) que os demais o tratem de acordo com o que as pessoas da sua condição social têm o direito de esperar. Ao concentrar a sua análise na ordem interacional, Goffman produziu um conjunto articulado de conceitos, a fim de apreender os diversos fenómenos que perpassam as relações face a face, nomeadamente a apresentação do eu, a preservação da “fachada”, o *facial engagement*, as questões situacionais, a manipulação da impressão, a deferência ou os territórios do *self*, entre outros.

Inserido na tradição teórica e metodológica da Escola de Chicago e na área de influência de Palo Alto, Goffman revela-se incansável na tentativa de combinar o Interacionismo Simbólico com outras abordagens (a análise dramatólogica, por exemplo) para desmontar a retórica da vida quotidiana: “É necessário que, como no teatro, os nossos gestos pareçam verdadeiros” (Mattelart, 1997). Este autor considera que a comunicação interpessoal ou “interação face a face”, ocorre quando as pessoas optam por uma interação focalizada, ou seja, uma interação direta e consciente (Freixo, 2012).

A abordagem etnográfica de Goffman à interação⁵⁵ entre dois indivíduos serve-nos de enquadramento e referência teórica à nossa investigação e interpretação do campo empírico. A cautelosa troca de sinais através da qual dois membros de uma sociedade não declarada se dão a conhecer um ao outro, talvez seja a versão menos subtil da comunicação reveladora (Goffman E. , 1993, p. 228). Esta “cautelosa” troca de sinais é mantida tanto pelo médico como pelo doente que, no momento da consulta, interagem em papéis distintos e procuram sinais reveladores sobre a situação do outro.

55 - Goffman define interação como a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros numa situação de presença física imediata (1993, p. 26).

Se dois indivíduos não conhecerem bem as opiniões e estatuto um do outro, terá lugar um processo de sondagem, em que cada um deles irá admitindo perante o outro a sua maneira de ver as coisas ou o seu estatuto segundo as etapas de um trajeto gradual (Goffman E. , 1993, p. 228).

Quase todos os autores que têm dedicado alguma atenção à interação discursiva reconhecem o valor heurístico da noção de figuração, de “*face work*”, proposta por Erving Goffman (1974). Para este autor, os interlocutores estão, nas suas interações, constantemente empenhados em proteger o seu território próprio e o território do(s) seu(s) interlocutor(es), bem como em salvaguardar a sua própria face assim como face do(s) seu(s) interlocutor(es), jogando em permanência com estratégias que visem evitar qualquer intervenção que os possa pôr em causa. A figuração consiste, assim, por um lado, em evitar os atos que ameacem o território próprio e o dos seus interlocutores, os *face threatening acts* (FTA) e, por outro lado, em realizar atos que lisonjeiem ou favoreçam a face própria dos seus interlocutores, os *face flattering acts* (FFA). Qualquer interação verbal pode ser, por conseguinte, encarada ou analisada deste ponto de vista, como FFAs e FTAs (Rodrigues A. D., 2011).

Numa situação de comunicação interpessoal, como a que ocorre no momento da consulta, os intervenientes têm um único foco de atenção e uma só atividade mútua percebida. Nestas condições, as interações face a face são verbais e não verbais, e as pistas resultantes de um encontro são importantes, tanto para significar a natureza da relação como para a consciencialização mútua da situação. Uma interação focada ocorre quando os indivíduos efetivamente concordam em sustentar, por um período de tempo, um único foco de atenção cognitiva e visual, como numa conversação (Goffman E. , 1972). O momento da consulta é, por isso, uma situação de interação focada.

It seems to be a characteristic obligation of many social relationships that each of the members guarantees to support a given face for the other members in given situations. To prevent disruption of these relationships, it is therefore necessary for each member to avoid destroying the other's face. (Goffman E. , 1972, p. 42)

Numa situação de interação face a face, as pessoas interagem entre si e, segundo Goffman (1993), desempenham “pequenas cenas teatrais entre si”. Assim, por exemplo, de acordo com a teoria deste autor, o contar histórias, como é usual ocorrer neste tipo de interações - como quando um doente descreve a dor que tem - é considerado como a narração de eventos passados que mais não são do que mecanismos subconscientes de sedução para impressionar o interlocutor, assemelhando-se a uma representação dramática.

“Sugiro que, com frequência, o que os interlocutores se empenham em fazer não é dar informação a um ouvinte mas representar pequenas peças de teatro para uma plateia. Na verdade, parece que consumimos a maior parte do nosso tempo empenhados não em dar informações mas em oferecer shows. E observe-se que essa teatralidade não se baseia em meras exibições de sentimentos ou falsas demonstrações de espontaneidade ou qualquer outra coisa a que pudéssemos chamar depreciativamente uma encenação teatral. O paralelo entre o palco e a conversação é muito mais profundo do que isso. A questão é que, ordinariamente, quando um indivíduo diz alguma coisa, não a diz como uma declaração franca e desassombrada de um facto baseado na sua própria convicção e em seu nome pessoal. Ele está simplesmente recitar. Percorre toda uma faixa de eventos já determinados, para encantar ou cativar os seus ouvintes.” (Goffman E. , 1974).

Goffman considera que, ao cativar outras pessoas, o locutor representa determinado personagem diante do(s) seu(s) interlocutor(es) (Freixo, 2012). A pessoa divide-se num certo número de papéis e, como o ator no palco, representa esta ou aquela personagem em determinado papel numa interação. Assim, na conversação comum, existe o ator e a personagem, ou o animador e a animação, e o ouvinte está perfeitamente disposto a envolver-se na caracterização que lhe está a ser apresentada. A propósito desta dualização do papel do doente, Cardoso (2012, p. 49) defende a importância de compreendermos a dimensão do Homem enquanto doente e do Homem enquanto pessoa nas suas dimensões biológicas, sociológicas e sociais.

Os padrões de comunicação interpessoal são, assim, estabelecidos na base de necessidades interpessoais, isto é, acredita-se que o modo como uma pessoa se comporta interpessoalmente é determinado de forma preponderante, pelas suas necessidades de relacionamento com as outras (Freixo, 2012).

Goffman viveu num período anterior à era digital. Apesar de o seu trabalho ter sido concebido num contexto sócio-histórico específico à sociedade norte-americana entre 1950 e 1970, os inúmeros conceitos por ele desenvolvidos para investigar a ordem interacional têm contribuído para analisar uma variedade de fenómenos que ocorrem em diferentes contextos da sociedade contemporânea (Martins, 2011).

A criação de computadores utilizando dispositivos semicondutores encontrava-se numa fase inicial quando Goffman realizou os seus dois trabalhos de campo, emblemáticos na sua obra, nas Ilhas Shetland, entre Dezembro de 1949 e Maio de 1951 e, posteriormente, no hospital psiquiátrico St. Elizabeth, em 1955. Contudo, vários investigadores têm realizado um esforço criativo para utilizar e transportar/transpor a perspetiva analítica elaborada por Goffman para a compreensão dos efeitos da utilização de novas tecnologias nos processos interacionais, tais como o uso do computador pessoal, da internet, das redes sociais e do telemóvel (Martins, 2011). Ainda que nenhuma dessas novas modalidades de comunicação existisse na época do lançamento de *Frame analysis* e *Forms of talk*, é interessante notar que dois dos principais modelos “goffmanianos”, a dramaturgia e a análise do quadro, estão presentes em boa parte dessas análises, originando aplicações interessantes e a incorporação de novos elementos, mas também gerando críticas e reformulações estruturais (Nunes J. H., 2007).

Os seres humanos são uma espécie situada em território próprio, delimitado por fronteiras relativamente estáveis, movimentando-se num contexto habitado por um conjunto de objetos e de seres que estima, como extensões ou prolongamentos do seu próprio corpo e que considera invioláveis, impermeáveis ou inacessíveis à penetração de estranhos (Rodrigues A. D., 2011). Não só o contexto influencia o presumido conteúdo da ação, mas esta contribui, também, para o sentido progressivamente elaborado do contexto da própria situação (Mattelart, 1997).

No campo da linguagem, Erving Goffman contribui com o estudo da interação humana, introduzindo o conceito de *footing*, isto é, o "alinhamento, a postura, a posição, a projeção do 'eu'" de um participante na sua relação com o outro, consigo próprio e com o discurso em construção. No seu ensaio *Footing* (1979)/ (1981) Goffman afirma que uma mudança de *footing* (posicionamento/alinhamento) implica, necessariamente, uma relação entre linguagem e comportamento (1979, p. 5). Numa relação, ou numa situação de

consulta, torna-se evidente o carácter dinâmico dos *footings* dos interlocutores e as suas relações com o outro, num jogo interacional de intenções comunicativas e inferências interpretativas. Noutras palavras, *footing* seria uma outra forma de expressar a relação entre linguagem em uso (discurso) e indexação, ou seja, o processo através do qual relacionamos os enunciados a momentos, lugares e sujeitos sociais particulares. O momento da consulta entre o médico e o doente e as suas múltiplas formas de expressão em interação, como os sentimentos, a distância afetiva, a crença, o ceticismo, a sinceridade, a ironia, entre outros, incluem-se neste sistema.

“As dramatists can put any world on their stage, so we can enact any participation framework and production format in our conversation” (Goffman E. , 1981, p. 155).

Para além do contributo de outros autores e teorias da comunicação, em Erving Goffman encontrámos o caminho teórico para a preparação do campo empírico da nossa investigação. Os conceitos dramaturgia, *footing* e interação focada, servirão como referências de interpretação do momento comunicacional ocorrido numa consulta médica de MGF, entre médico e doente.

A.4. Posicionamento Teórico

À luz de uma teoria podemos construir o conhecimento e experienciar o mesmo, e foi este o desafio e o objetivo que a que nos propusemos neste estudo. Revisto todo o campo teórico da Comunicação Interpessoal, cabe-nos enquadrar a nossa investigação para que possamos validar a pergunta de partida, formular as nossas hipóteses e todas as questões que se colocam ao longo do estudo.

Enquadramos teoricamente a investigação desenvolvida nas Teorias de Comunicação Interpessoal que versam sobre interpretação do Significado das Relações, onde o sucesso das relações depende da negociação que as pessoas fazem dos significados

e da interpretação (Littlejohn & Foss, 2009). Para a investigação, essa negociação ocorre no momento da consulta, em que ambos os intervenientes, médico e doente, interpretam os respetivos significados e os negociam. A mensagem é centrada na pessoa e, por isso, especial, dado que é produzida para determinada pessoa, num determinado contexto, com o objetivo de produzir uma resposta esperada/premeditada (Delia, 1987).

Numa situação de consulta, ambos os intervenientes se preparam para o momento. O grau de preparação definirá a complexidade do processo comunicacional, o qual proporcionará aos intervenientes uma comunicação mais sofisticada que despoletará resultados positivos. Estes podem aplicar uma lógica no desenho da mensagem retórica, que cria uma mensagem centrada na pessoa e que exerce simultaneamente vários objetivos de comunicação. (Griffin, 2011)

Littlejohn & Foss (2009, pp. 546-551) consideram que, para a interpretação do Significado das Relações, três teorias contribuem de forma complementar: o Interacionismo Simbólico, o Construtivismo e a Gestão Coordenada de Significados.

A teoria do Interacionismo Simbólico, abordada no Capítulo I e retomada neste ponto para um enquadramento complementar, foi desenvolvida como uma resposta da Sociologia à corrente teórica do *behaviorismo*. O Interacionismo Simbólico argumenta que os indivíduos desenvolvem concepções de si dentro, e através, da interação comunicativa. Um indivíduo não é simplesmente a soma de conteúdos mentais, uma vez que desenvolve a sua autoperceção através da comunicação.

Como a semiótica, o interacionismo simbólico representa uma alternativa à explicação do significado e da linguagem oferecida pela teoria da correspondência. De facto, o interacionismo simbólico começa com pressupostos e fundamentos bem diferentes daqueles descritos anteriormente (na teoria da correspondência). Para os defensores do interacionismo simbólico, os seres humanos são, em primeiro lugar, seres sociais - a identidade individual não é apenas emergente (e não dada), mas também um produto social e simbólico. Além disso, os seres humanos são conceptualizados como atores, necessariamente envolvidos uns com os outros, num contexto comum e simbólico sempre com significado.

A questão da linguagem e do significado abordada no campo do Interacionismo

Simbólico reflete a acentuada diferença no ponto de partida. Para os interacionistas simbólicos, os significados nunca são individuais; são, pelo contrário, acordos sociais ou comuns sobre o uso correto das palavras. O significado de uma palavra não é um objeto, mas é a resposta que ela gera. Compreender o significado de algo é entender como agir ou se comportar em relação a esse algo, para não sofrer de um reflexo preciso de uma realidade preexistente (imagens pré-concebidas). Os significados são compartilhados, na medida em que os parceiros interacionais coordenam harmoniosamente a sua atividade em relação uns aos outros e à sua situação compartilhada. Essa compreensão do significado como comportamento e voltada para o futuro coloca a questão do significado diretamente no campo da interação social compartilhada. Se alguém está envolvido numa simples conversa de gestos ou numa troca de símbolos compartilhados, o significado da conduta de outra pessoa é a ação futura que (ele ou ela) tomará; portanto, os significados são afirmados, imputados, desafiados e alterados através do dar e receber da atividade mútua (Littlejohn & Foss, 2009).

O Construtivismo na “escola” norte-americana é baseado no conceito de Construtivismo do Trabalho em Psicologia de George Kelly. Este autor defende que as pessoas compreendem as suas experiências através dos opostos e, por isso, antecipam a construção das experiências e acontecimentos com o conhecimento que têm desses opostos. Jesse G. Delia (1987) foi o grande promotor da formação da escola norte-americana do Construtivismo. Delia e os seus colegas de investigação (James L. Applegate (1995), Brant R. Burlinson (1995), Ruth Anne Clark (1976) e Daniel J. O’Keefe (2002) entre outros), defendem a teoria de que as pessoas constroem as suas experiências e aplicam o conhecimento adquirido em novas experiências. O que Delia nos traz de novo face a este trabalho de construção é a capacidade que esta construção traz às pessoas de antecipar a resposta do outro ou de promover essa resposta. Por isso, quanto mais completa e complexa for a experiência cognitiva do indivíduo, maior será a sua capacidade de se relacionar num processo comunicacional positivo.



Figura 15 – Exemplo de um comportamento induzido por construção.

Os construtivistas assumem que a adaptação estratégica é uma habilidade nutrida e amadurecida pela experiência e que apenas assim poderá desenvolver-se. Consistente com as suas crenças, no seu estudo (*The Development of Functional Persuasive Skills in Childhood and Early Adolescence*, 1976) Delia verificou que a qualidade das mensagens melhora com o aumento da idade das crianças. Mas as formas distintas na diferenciação de construção que não são devidas à idade cronológica também têm um impacto significativo. Estudantes dotados de maior complexidade cognitiva estavam dois anos à frente dos seus colegas da mesma idade na capacidade de codificar as mensagens centradas na pessoa. Assim, as crianças mais velhas que possuíam maior complexidade cognitiva demonstravam maior capacidade para assumir a perspetiva do outro e adequar a mensagem ao destinatário. Os construtivistas afirmam que a complexidade cognitiva é uma “condição necessária, mas não suficiente” das mensagens centradas na pessoa. No entanto, fatores como a fadiga, os efeitos do álcool ou a pressão para se adequar ao estilo de comunicação do outro podem atenuar essa vantagem. Em outras situações de comunicação rotineiras ou mundanas, essa habilidade adaptativa não é nem requerida, nem particularmente útil. Mas quando a necessidade é grande, percecionada e as emoções profundas, aqueles que têm capacidade para criar mensagens centradas na pessoa estão em grande vantagem.

A Teoria da Gestão Coordenada de Significados⁵⁶, é a última que incluímos no enquadramento teórico sobre o significado das relações. Desenvolvida por W. Barnett

56 - Designada também pelo acrónimo CMM: Coordinated Management of Meaning.

Pearce e Vernon Cronen (1982), esta teoria explica como as pessoas se organizam quando comunicam. É uma teoria abrangente que aborda muitos aspetos do campo da Comunicação e apresenta uma forma de analisar todos os tipos de atividade humana na perspetiva da comunicação, ou como a realidade é construída na interação social.

Esta teoria surgiu, pela primeira vez, em meados de 1970. Contudo, a sua completa explicação está presente na obra de Pearce e Coen (1980) *Comunicação, Ação e Significado: A Criação das Realidades Sociais*. Esta teoria, que passou por considerável expansão e refinamento ao longo dos anos, continua a ser objeto de desenvolvimento e tem sido influenciada pelo pensamento nos campos do construcionismo social, cibernética, filosofia da linguagem, lógica, teoria das regras, teoria do diálogo, pesquisa-ação e outras tradições. Nasceu como uma teoria descritiva geral da comunicação, mas hoje é mais frequentemente considerada uma teoria prática. Os seus princípios fundamentais podem, hoje, ser resumidos nas categorias de significado e ação, coordenação e narração de histórias.

Numa situação de interação entre duas pessoas, duas coisas acontecem quando estas comunicam: interpretam, ou atribuem significado, e agem - duas funções intimamente ligadas uma à outra - o significado leva à ação, e a ação forma o significado. Assim, os comunicadores devem coordenar os seus significados e ações conforme interagem ao longo do tempo. Em todas as situações sociais, os comunicadores devem gerir os seus próprios significados e ações, enquanto respondem aos significados e ações dos outros. Esta é a afirmação central da teoria, representada por um modelo de Serpentina (ver Figura 16).

Os dois intervenientes no processo comunicacional interpretam e agem com base na sua experiência, e essa experiência forma um contexto que estabelece uma base para o significado e para a ação dentro da situação. Inicialmente, na Teoria da Gestão Coordenada de Significados os contextos foram apresentados numa hierarquia em que um contexto sempre foi incorporado em outros contextos. Nessa versão clássica, o ato é entendido em termos da relação, da relação em termos do episódio, do episódio em termos do *self* e do *self* em termos do arquétipo. No entanto, os contextos podem mudar de modo a que, por exemplo, o episódio possa ser compreendido dentro do contexto do *self*, ou o *self* possa ser entendido dentro do contexto do ato. Mesmo numa situação em que existe um único

comunicador, este pode alternar entre contextos de momento a momento e situação a situação (Littlejohn & Foss, 2009).

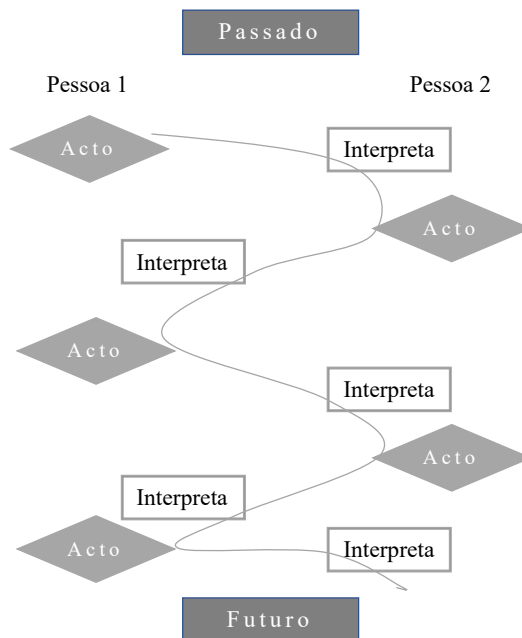


Figura 16 – Modelo de Serpentina

(adaptado (Pearce B. , 2005)

Assim, os contextos são fluidos e dinâmicos. Por esta razão, a Teoria da Gestão Coordenada de Significados usa atualmente com maior frequência a metáfora mais poderosa dos *loops*⁵⁷, que enfatiza a vinculação mútua, ou relacionamento reflexivo, entre os contextos. No exemplo acima, o *self* e o episódio formam um *loop* reflexivo. A metáfora do *loop* está presente em toda a Teoria da Gestão Coordenada de Significados marcando a natureza sistêmica do significado e da ação (Littlejohn & Foss, 2009).

A Gestão Coordenada de Significados consiste em visualizar os acontecimentos e objetos do mundo social como construídos e co-construídos pelas ações coordenadas, vivenciadas e experimentadas por pessoas em diálogo. De acordo com Kimberly e Barnett Pearce (Pearce & Pearce, 2000), a perspectiva da Teoria da Gestão Coordenada de

57 - Ciclo, circuito de retorno.

Significados tem por base na ideia de que o que é gerado pela pessoa, numa situação de diálogo, é o que produz a sua realidade, mundos sociais, ideologias, decisões e personalidade.

A Gestão Coordenada de Significados é uma teoria amplamente utilizada, tendo-se desenvolvido ao longo de diversas etapas. Inicialmente, em 1978, começou por ser uma teoria interpretativa, criada por Barnett Pearce, recorrendo ao conceito de ato de fala. Na década de 90 adotou um cariz crítico e, atualmente, é entendida como uma teoria prática. Pearce propõe um modelo de análise de cada um dos atos de fala, em que considera estes como um átomo cujo o núcleo é o ato de fala em questão, mas que só pode ser compreendido e ter existência na sua totalidade, se considerarmos os seus orbitais definidos pelos restantes tipos de contexto: o “eu”/self, a relação, o episódio e a cultura ou culturas intervenientes (Nunes J. M., 2010), (ver Figura 17). A Teoria da Gestão Coordenada de Significados provou ser útil numa variedade de ambientes sociais, onde se pretendia comunicar com pessoas expostas a pressões sociais e a problemas nas suas relações.

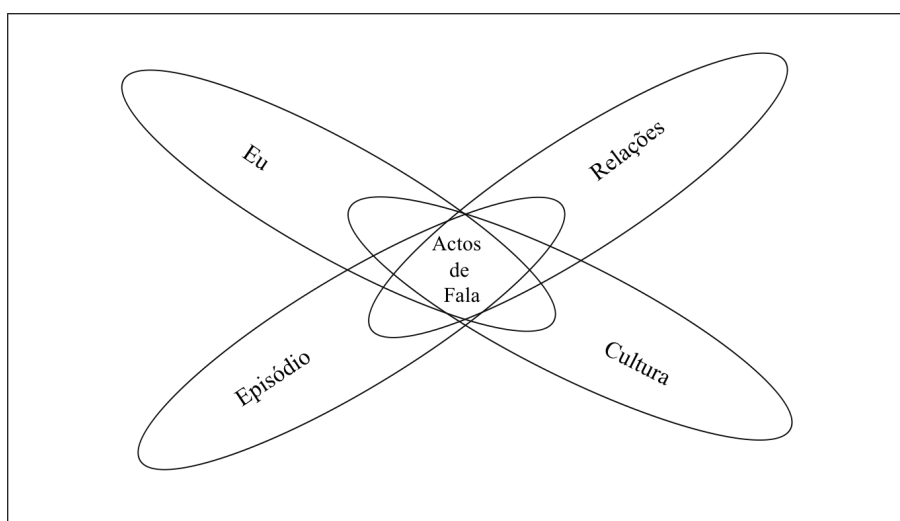


Figura 17 – Modelo Atômico

adaptado (Pearce & Cronen, 1980)

No entendimento de Griffin (2011), a Gestão Coordenada de Significados foi perspicaz, bem investigada e credível. Griffin prova que a Gestão Coordenada de Significados é uma teoria que promove mudanças sociais e é suficientemente apta para

estudar e dissecar fenómenos que ocorrem nas relações humanas. De forma conclusiva, *a Gestão Coordenada de Significados pertence aos paradigmas interpretativos e críticos, e continuará a ser considerada como uma teoria proeminente que afirma que os indivíduos constroem as suas identidades a partir do mundo/contexto social. Conscientes deste facto, podemos melhorar as nossas relações e iniciar mudanças comuns e partilhadas* (Kim G. , 2014).

B. Contextualização da Comunicação em Saúde

“Nos cuidados de saúde nada é mais importante que uma boa comunicação”.

Anthony Suchman in ((Skills for Communicating With Patients, 2013)

B.1. Comunicação em Saúde

Neste capítulo, debruçar-nos-emos sobre a investigação levada a cabo na área da Comunicação em Saúde e procuraremos estabelecer uma convergência entre o postulado teórico avançado anteriormente e a investigação realizada atualmente pela Academia nesta área. A área de investigação da Comunicação em Saúde não é nova nas Ciências da Comunicação. A Medicina, por ser uma área de grande impacto na sociedade e na sua evolução, e por ter a capacidade de “retardar” a morte - o maior medo da espécie humana - tem vindo a ser objeto de estudo não só nas Ciências Naturais, como também nas Ciências Sociais.

A investigação da comunicação em saúde surge de forma relevante, a nível internacional, a partir dos anos 90 do séc. XX, ocupando, hoje, um lugar de destaque pelo impacto que tem nas comunidades (Jones & M.Watson, 2012). Os autores Kim, Park, Yoo, e Shen (2010) identificaram mais de cento e quatro diferentes teorias na investigação publicada no jornal *Health Communication*, desde a sua criação em 1989, sendo este um bom indicador do investimento da academia nesta área.

Considerar, para a nossa investigação, estudos de escolas tão distintas como a norte-americana ou a inglesa, não traduz qualquer incoerência. Apesar das diferentes culturas sociológicas e, conseqüentemente, das abordagens comunicacionais distintas, a professora Suzanne Kurtz (2013) observou consultas médicas em muitos países e culturas, verificando que as similaridades bastante mais significativas do que as diferenças.

A comunicação em medicina tornou-se mais premente para uma sociedade de consumo servida por índices de satisfação e polarizada por serviços em variados sectores que servem esta área. “Ir ao médico” é, também, o consumo de um serviço que, de forma

subconsciente, comparamos aos demais da mesma categoria, procurando a mesma medida de satisfação.

Na evolução da Medicina, um número crescente de doentes, em particular com doença crónica, exige atualmente um tratamento distinto por parte de profissionais de saúde de diferentes disciplinas. Duas grandes tendências emergem: em primeiro lugar, os exames de diagnóstico e os tratamentos são cada vez mais organizados a nível ambulatorio e, em segundo lugar, o tratamento e os cuidados continuados estão a deslocar-se para a atenção primária. Ambas as tendências aumentam a necessidade de partilhar informações entre especialistas e clínicos gerais para garantir a continuidade dos cuidados. A prática e a prestação de cuidados de saúde são fundamentalmente dependentes de uma comunicação eficaz e eficiente. Tal é especialmente verdade em países como o Reino Unido, a Dinamarca e os Países Baixos, onde os médicos de MGF atuam como *gatekeepers* obrigatórios e onde a comunicação determina o bom funcionamento do sistema de saúde. No entanto, nos países ou sistemas de saúde sem essa função obrigatória de *gatekeeper* poderá verificar-se uma comunicação abaixo do ideal entre os níveis de atendimento (Vermeir, et al., 2015).

Os hospitais públicos ou privados, como organizações de saúde que são, representam uma das formas mais complexas e delicadas de organização humana. Caracterizam-se por serem unidades prestadoras de serviços com 24 horas de atendimento que reúnem, no mesmo espaço, uma panóplia diversificada de atividades. Os desafios colocados às organizações do sector, bem como aos seus profissionais, em termos de mudanças constantes do ambiente organizacional e económico, realçam a necessidade de existir uma atenção acrescida, por parte dos gestores e decisores públicos, com a valorização dos seus recursos humanos (Rodrigues, Queirós, & Pires, 2016). Neste contexto, categorizamos primariamente a comunicação em duas dimensões: a dimensão macro, ou sistémica, que abrange todos os fluxos comunicacionais que ocorrem na unidade de saúde, quer sejam entre os seus profissionais quer sejam entre estes e os seus públicos; e uma dimensão micro que ocorre entre o médico e o doente (Moscon & Rodriguez, 2017).

Experimental studies suggest that a good history will provide 85% of the information for making a diagnosis, and examination and tests only 10%

and 5% of the information; the key to a good history is good communication
(Chris, 1992).

Com a universalização do acesso ao conhecimento, mudam também os seus agentes guardiões. Anteriormente, este papel estava concentrado em instituições como as universidades ou os Colégios das especialidades, disseminando-se atualmente a informação através de novas ferramentas (como, por exemplo, a *Wikipedia*) que, apesar de romperem com a exclusividade dos antigos guardiões, colocam a fiabilidade da informação em risco. Assim, a responsabilidade de um Colégio da especialidade deverá passar por transpor para a sociedade o conhecimento que anteriormente era exclusivamente seu. A comunicação deve ser o veículo no qual se baseiam as ações de um Colégio da especialidade e, por isso, a sociedade médica deve ter presente que o conteúdo informativo das suas mensagens pode ser recebido pelo público como referência e, portanto, devem estar cientes das repercussões que podem ter (Castilla, 2016).

Embora os prestadores de cuidados de saúde utilizem uma parte significativa do seu tempo na comunicação, os estudos que tentam quantificar o impacto económico da eficácia de comunicação são muito escassos. Esta escassez na literatura existente é ainda mais surpreendente quando sabemos que a comunicação influencia a segurança do doente (Sutcliffe, Lewton, & Rosenthal, 2004).

A literatura existente fornece numerosos exemplos dos resultados do impacto económico de uma má comunicação. Primeiro, leva a internamentos hospitalares evitáveis e ao retorno a novos internamentos (ações para melhorar a comunicação e a coordenação de equipas reduziram os internamentos hospitalares). Outros gastos evitáveis com a saúde podem ser observados nos encaminhamentos repetidos para problemas que não foram tratados adequadamente durante a primeira visita (Vermeir, et al., 2015). Considera-se que a facilidade em comunicar adequadamente com a sociedade em geral, especificamente na área médica, depende de múltiplos fatores como a personalidade do(a) médico(a) e a influência do seu ambiente familiar e cultural, e que as vertentes centrais que influenciam a forma de comunicar são muito difíceis de mudar (Silva P. R., *A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico*, 2008).

Num estudo realizado em hospitais americanos, Agarwal (2010) propõe um modelo

conceptual dos resultados de comunicação. Tivemos em conta este estudo pela pertinência dos resultados que se apresentam, essenciais para a compreensão deste tema (ver Figura 18).

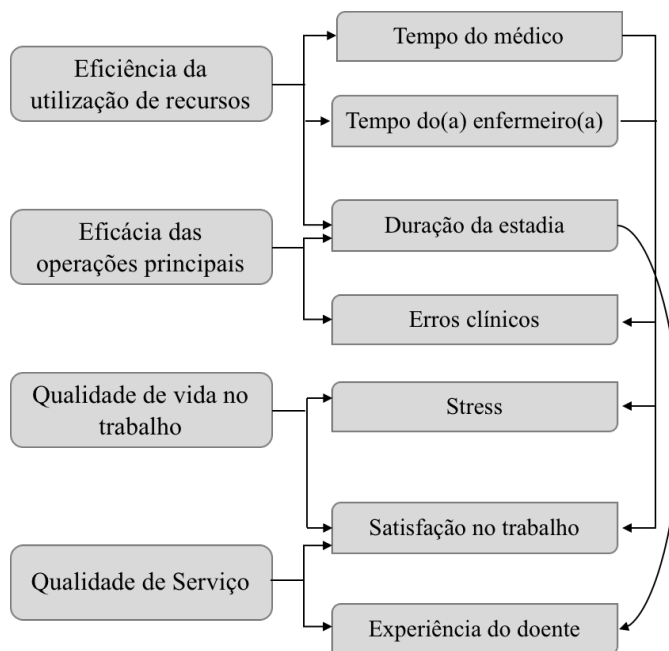


Figura 18 – Modelo conceptual dos resultados de comunicação num hospital.

(adaptado de (Agarwal, Sands, & Schneider, 2010)

Os recursos hospitalares devem ser utilizados de forma eficiente e, para tal, devemos incluir o tempo dos médicos e enfermeiros. Um estudo realizado por O’Leary e Liebovitz (2006) sobre os tempos despendidos por estes profissionais de saúde, concluiu que a comunicação representa 24% do tempo de trabalho destes especialistas. A eficácia das operações principais é representada pela rapidez e segurança dos processos de diagnóstico e tratamento, uma vez que a ineficácia e os erros aumentam as taxas de complicações clínicas e o tempo de permanência em internamento. A qualidade de vida no trabalho é também afetada pela comunicação, como reflexo do stress e satisfação no trabalho. Por fim, concluiu-se que, sendo a saúde um serviço, os hospitais são organizações de serviços e devem, por isso, fornecer qualidade nesse mesmo serviço (Agarwal, Sands, & Schneider, 2010).

Uma comunicação deficiente (por exemplo, os doentes não serem informados

oportunamente sobre os resultados dos exames, atrasos na alta do doente, ausência de informações para a família do doente) afetam a experiência do doente. No modelo de Argarwal (2010), os resultados tangíveis e menos tangíveis são combinados. Resultados tangíveis, como o tempo de permanência na unidade de saúde e o tempo perdido pelo médico e pelo enfermeiro, podem ser facilmente traduzidos em termos monetários. Resultados menos tangíveis, por outro lado, como a satisfação no trabalho, têm um impacto económico através de outros processos. A insatisfação no trabalho leva à rotatividade de pessoal, uma vez que representa um incentivo aos profissionais de saúde para movimentos na carreira. Assim, aumentam os custos para recrutar e treinar novos funcionários com uma curva de aprendizagem, o que se traduz em menor eficiência (Vermeir, et al., 2015).

As experiências negativas dos doentes em relação aos níveis de comunicação e de serviço têm um impacto nas escolhas futuras por outros hospitais e organizações de saúde. Estas tendências serão provavelmente reforçadas pela crescente procura de uma informação clara em relação à eficácia em doenças específicas e ao uso das redes sociais (Bourguet, Gilchrist, & McCord, 1998).

Nos últimos anos, a assistência médica está a atravessar, em muitos países, uma mudança para os cuidados primários, particularmente impulsionada pelo crescente número de doentes com doenças crónicas. Simultaneamente, a medicina torna-se cada vez mais especializada e, como tal, a comunicação entre uma prestação clínica especializada e uma prestação clínica de cuidados básicos é de suma importância (Vermeir, et al., 2015).

O contexto social, económico e cultural de uma população define igualmente a forma como comunicamos num sistema de saúde, quer seja num contexto macro ou micro, conforme explanado nos parágrafos anteriores. Nos últimos anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde⁵⁸ pode ter implicações significativas na eficácia do funcionamento do sistema de saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde. O conceito de literacia em saúde

58 - Conceito identificado como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e assumido como uma preocupação na definição de políticas de saúde, contemplada inclusivamente no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016.

evoluiu de uma definição meramente cognitiva para uma definição que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se este pela capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia (Pedro, Amaral, & Escoval, 2014).

Uma abordagem de linguagem e psicologia social é útil tanto para aumentar a nossa compreensão da comunicação que ocorre no contexto da saúde, como para identificar as intervenções necessárias à melhoria da comunicação na saúde entre doentes e profissionais de saúde, assim como entre os diferentes grupos de profissionais de saúde. A pesquisa em comunicação na saúde concentra-se nos doentes e fornecedores de serviços de saúde, englobando uma ampla gama de questões, como a voz do doente, grupos minoritários e cuidadores (Jones & M.Watson, 2012). No entanto, existe ainda muito trabalho de investigação a desenvolver. Na nossa revisão de literatura identificámos a existência de poucos estudos que incluam um contexto diversificado e mais amplo no qual os doentes e os profissionais de saúde existem. São necessários métodos mistos e abordagens qualitativas e quantitativas, pelo que a criação de equipas multidisciplinares envolvidas na investigação seria profícua na produção de conhecimento e desenvolvimento desta área.

B.2. Competências de Comunicação de um Médico na MGF

O exercício profissional da medicina implica uma forte componente de *stress* emocional constante. Diariamente, o médico contacta com a doença, o sofrimento, a morte e tem de dar más notícias a doentes e familiares (Silva P. R., 2008). Um médico de MGF enfrenta, hoje, um enorme desafio na sua formação, por se esperar que a sua função compreenda um leque de ação mais abrangente de um ponto de vista científico e humanista. Numa perspetiva humanista, compreendemos a relação que este estabelece com o doente, estando o modelo de comunicação na base dessa relação.

Devido ao aumento no número de pessoas com doença crónica, a prevenção da doença e a educação para a saúde são duas áreas importantes da MGF. No entanto, as taxas de sucesso poderiam ser mais elevadas se as metodologias e as formas de comunicação utilizadas fossem mais adequadas (Silva P. R., 2002).

“Nos últimos anos tem havido um esforço grande para resolver o problema. Falar-se do esternocleidomastoideu é um bom exemplo: até a linguagem era uma barreira ao entendimento e não era importante que o doente percebesse o que se estava a passar. Se há uma posição que não se consegue perceber e há, do outro lado, uma opinião sedutora, a nossa tendência natural é mais concordar com aquilo que se percebe e que é sedutor do que com aquilo que não é explicado convenientemente. Daí ser cada vez mais importante haver boa comunicação dos factos e reforçar a medicina baseada na ciência.” (Graça, 2017)

A comunicação do médico é uma parte importante da consulta médica e afeta o grau de satisfação dos doentes em relação ao médico. Os médicos diferem na forma como interagem e comunicam com os seus doentes, e existem diferenças na comunicação do médico associadas a questões de género (Bertakis, et al., 1998). Sabemos que as mulheres e os homens comunicam de maneira diferente. *As mulheres têm um estilo de comunicação, em que predomina o cariz socio-emocional, caracterizado por calor e envolvimento não-verbais, expressando mais emoções e níveis mais altos de autorrevelação, enquanto o estilo de comunicação dos homens é mais diretivo* (Dindia & Allen, 1992).

Poderíamos, erradamente, supor que, para os médicos, essas diferenças de gênero se dissipam ao longo de anos da prática clínica. Embora não se verifique uma diferença na quantidade de informação fornecida aos doentes entre médicos do gênero feminino e masculino, os médicos do gênero feminino têm um discurso mais positivo (por exemplo, de reafirmação e encorajamento), mostram mais comportamentos de construção de parcerias (por exemplo, justificando a consulta e a tomada de decisão partilhada), fazem mais perguntas psicossociais (por exemplo, como a doença afeta as atividades diárias do doente) e concentram-se mais nas emoções (por exemplo, pela empatia e mostrando preocupação pelo doente (Mast, 2007).

A forma como as médicas comunicam é muito similar ao estilo de comunicação centrado no doente. A comunicação centrada no doente, pode ser caracterizada por uma baixa predominância do médico e uma elevada preocupação pelo doente. Definimos a predominância do médico como uma diferença pronunciada de poder entre médico e doente, com o médico a não partilhar informações com o doente e com um estilo de interação geralmente paternalista. Entende-se por cuidado do médico a preocupação do médico com o doente e a empatia do médico em relação ao doente (Roter & Hall, 2006).

O estilo de comunicação do médico afeta os resultados do tratamento dos doentes. Por exemplo, os doentes ficam menos satisfeitos com um médico dominante (com um discurso diretivo e com menor enfoque no discurso do doente) do que com um médico não dominante. Na mesma linha, os médicos de MGF que nunca foram objeto de processos de contestação, despoletados por doentes, adotam um estilo de interação menos dominante do que os médicos que alguma vez foram submetidos a este tipo de procedimentos. Os médicos que nunca foram processados encorajaram os doentes a expressar as suas opiniões, encorajam os doentes a conversar e informam os doentes sobre a estrutura da consulta (Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel, 1997).

Contudo, não só a dominância dos médicos afeta os doentes, mas também o atendimento que estes prestam. Por exemplo, fatores como o estabelecer uma parceria e uma abordagem médica positiva estão associados a uma maior satisfação do doente. Além disso, o estilo de comunicação participativa dos médicos está diretamente relacionado com a satisfação do doente. Estes mostram-se mais satisfeitos quando os médicos fazem mais perguntas de índole psicossocial do que apenas questões biomédicas. Existe também maior

satisfação quando deparam com médicos que têm maior sensibilidade à comunicação não verbal (Little, et al., 2001).

Em suma, o cuidado dos médicos está relacionado, de forma positiva, com a satisfação do doente; já a dominância dos médicos está relacionada, de forma negativa, com a satisfação do doente (Mast, On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction, 2007). Buller & Buller (1987) identificaram dois aspetos do estilo de comunicação do médico que estão relacionados com a satisfação do doente: a afiliação (positivamente) e o controle (negativamente). As duas dimensões de afiliação e controle podem ser facilmente enquadradas nas dimensões que focámos anteriormente, como o cuidado e a dominância.

A questão do género, não sendo o cerne do nosso trabalho, não poderá ser ignorada na fase da pesquisa empírica, uma vez que o género tem impacto comunicacional não só no médico, como também no doente. Os doentes comportam-se de forma diferente em relação aos médicos do género feminino e masculino (Hall & Roter, 2002). Porém, não é ainda evidente de que modo o estilo médico e o estilo de comunicação do médico afetam a satisfação do doente dado que os resultados dos estudos existentes são muito variados. Mais especificamente, não é possível determinar se os doentes são afetados pelo facto de o médico ser do sexo feminino ou masculino, ou por diferenças no estilo de comunicação (ou ambos).

Como já referimos, um médico enfrenta, hoje, um enorme desafio na sua formação, por se saber que a sua função compreende um leque de ação mais abrangente quer do ponto de vista científico, quer do ponto de vista humanista. Como perspetiva humanista entendemos a relação que estabelece com o doente, estando a comunicação na base dessa relação. A comunicação interpessoal é, desta forma, considerada como formação essencial nas competências profissionais de um médico (Frank, 2005).

A falta de formação em comunicação leva ao desconforto por parte do médico numa comunicação aberta com o doente. Torna-se-lhe difícil manter um discurso aberto com o doente, em parte porque os médicos temem ser confrontados pelo doente quanto às suas práticas e procedimentos (Iedema, Jorm, Wakefield, Ryan, & Sorensen, 2009).

A relevância das competências de comunicação assume maior interesse quando conhecemos os seus resultados e impactos, os quais ultrapassam a relação médico-doente. Uma comunicação com sucesso entre médico-doente pode resultar numa maior satisfação do doente, no cumprimento do tratamento recomendado, na compreensão e retenção da informação, num menor número de processos por erro médico, e na própria satisfação profissional do médico (Brown, Steward, & Ryan, 2003) (Ong, Haes, Hoos, & Lammes, 1995). Pelo contrário, uma comunicação mal sucedida entre médico-doente é uma das razões principais para os processos provenientes de um erro médico (Brown, Steward, & Ryan, 2003).

O Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá⁵⁹ (RCPSC - The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada⁶⁰) é uma organização internacional com grande relevância e reconhecimento que tem vindo a desenvolver, na última década, um trabalho permanente de sensibilização dos médicos para o impacto que uma boa comunicação com o doente poderá ter no desempenho da sua profissão. O RCPSC desenvolve, desde 1996, um trabalho de investigação permanente – projeto denominado por CanMEDS - com o objetivo de reformar a educação na medicina. A emergência desta reforma deve-se ao aumento do “consumismo” do doente, à nova legislação, aos atuais imperativos financeiros, às informações médicas disponíveis na Internet, ao contencioso, à tecnologia e à grande evolução no conhecimento médico (Frank, 2005).

O RCPSC desenvolveu, em 2001, um diagrama das competências essenciais de um médico, para ilustrar os elementos, sobreposições e as interconexões das funções desempenhadas por estes profissionais. Neste diagrama (Figura 19), percebemos a importância do papel de comunicador, a par de outras competências igualmente fundamentais para o bom desempenho de um profissional.

59 - Adiante designado pelo acrónimo RCPSC.

60 - Criado por um ato especial do Parlamento em 1929, é uma organização nacional, privada, sem fins lucrativos, de 39.000 médicos especialistas em 92 países, dedicados a garantir os mais altos padrões de qualidade nos cuidados de saúde.

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE UM MÉDICO

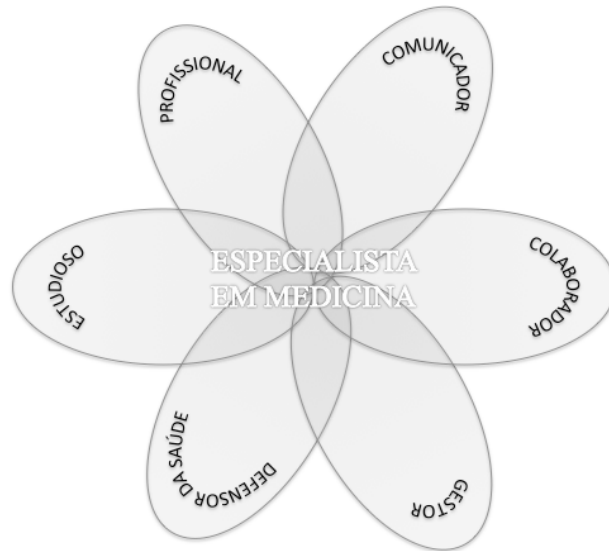


Figura 19 – Diagrama das Competências Essenciais de um Médico

Adaptado de (Frank, 2005)

Além do diagrama, o RCPSC apresenta uma descrição das competências consideradas necessárias a um médico para um melhor desempenho da sua profissão (Tabela 9). É na dimensão da competência de comunicador que nos debruçamos, tendo considerado necessário compreender as etapas desta dimensão recorrendo também a autores complementares.

Especialista em Medicina	Enquanto especialistas em Medicina, os médicos integram todas as funções do diagrama, aplicando o seu conhecimento médico, as competências clínicas e as suas atitudes profissionais na sua prestação de cuidados, sempre centrados no doente.
Comunicador	Enquanto comunicadores, os médicos facilitam, de forma efetiva, a relação médico-doente e as trocas dinâmicas que ocorrem antes, durante e depois do ato médico.
Colaborador	Enquanto colaboradores, os médicos trabalham eficazmente dentro de uma equipa de saúde para garantir os melhores cuidados ao doente.
Gestor	Enquanto gestores, os médicos são parte integral das organizações de saúde, promovendo práticas sustentáveis, tomando decisões sobre a alocação de recursos, e contribuindo para a eficácia do sistema de saúde.
Defensor da Saúde	Enquanto defensores da saúde, os médicos usam responsabilmente os seus conhecimentos e influência para promover a saúde e o bem-estar dos doentes, das comunidades e da população.
Estudioso	Enquanto estudiosos, os médicos demonstram um compromisso, ao longo da vida, com a aprendizagem reflexiva, bem como a criação, disseminação, aplicação e tradução do conhecimento médico.
Profissional	Enquanto profissionais, os médicos estão comprometidos com a saúde e com o bem-estar dos indivíduos e da sociedade, através da prática ética, da regulamentação da profissão e dos elevados padrões pessoais de comportamento.

Tabela 9 – Descrição das competências essenciais de um Médico.

Adaptado de (Frank, 2005)

Silverman, Kurtz e Juliet (2013) propõem um modelo de comunicação no qual estabelecem as competências de comunicação que um médico deverá desenvolver nos diferentes momentos da consulta. O guia de Calgary-Cambridge (Figura 20) é já um modelo padrão ministrado em muitos programas curriculares das escolas de medicina. Este guia descreve as competências-chave que todos os estudantes de medicina, os futuros médicos, e os médicos já em funções deverão utilizar nas suas consultas ao longo do processo comunicacional.

Os cuidados de saúde são, por definição, interpessoais: uma pessoa procura ser cuidada por outra. No entanto, sem uma boa comunicação, os cuidados de saúde são, na melhor das hipóteses, um desperdício de tempo e recursos, ou, na pior das hipóteses, um perigo. Na análise do modelo de Calgary-Cambridge, compreendemos que na evolução da consulta, a comunicação é centrada no doente e na partilha de informação entre médico e doente, (Figura 20).

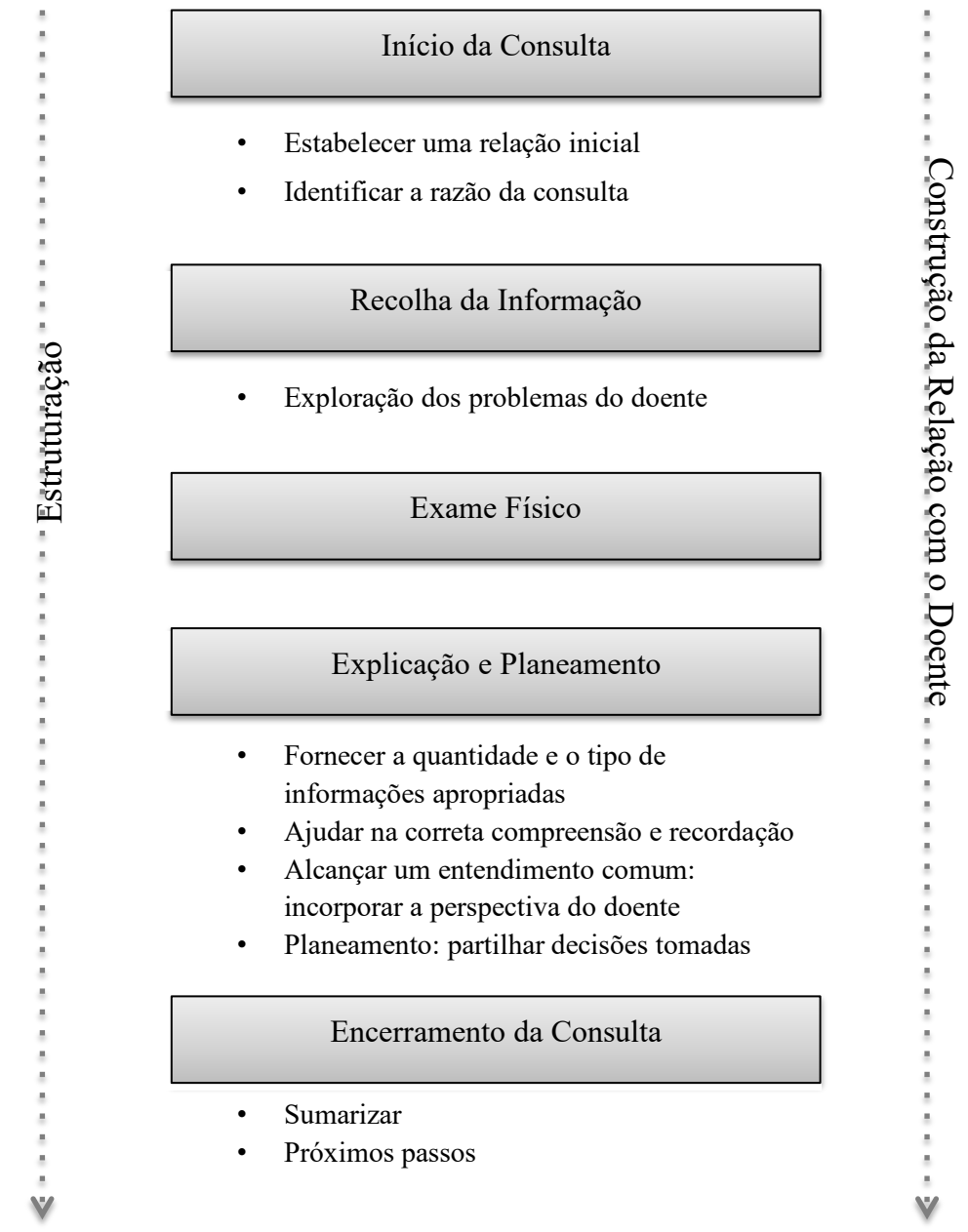


Figura 20 – Modelo Calgary-Cambridge das Competências de Comunicação na Consulta.

Adaptado de (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013)

Pela sua relevância na investigação internacional e pela sua presente aplicabilidade, considerámos este modelo de Calgary-Cambridge um guião de preparação para o nosso trabalho de campo⁶¹. A descrição detalhada do processo deste modelo será abordada no próximo capítulo.

Em Portugal, talvez por a investigação em comunicação em saúde não ser ainda considerada uma área prioritária nesta profissão, as partes interessadas,⁶² como os médicos, gestores hospitalares, doentes, faculdades e entidades governamentais, não procuraram, ainda, na Academia o conhecimento que lhes permita fundamentar uma mudança de atitude. No entanto, como já referimos neste capítulo, a investigação desenvolvida em vários países já provou que os modelos de comunicação praticados, bem como os problemas e os desafios, são muito idênticos e, como tal, transnacionais.

61 - Existem outros modelos guias do processo comunicacional da entrevista médica igualmente pertinentes, mas não considerados na investigação, tais como: AAPP Three-Function Model (Cohen-Cole, 1991), Bayer Institute for Health Care Communication model (Keller, Carroll, 1994), The Four Habits Model (Frankel, Stein, 1999; Krupat *et al.*, 2006), Patient-centred medicine (Stewart *et al.*, 2003), The Six Function Model (Haes, Bensing, 2009), SEGUE (Makoul, 2001), entre outros.

62 - Vulgo *stakeholders*: uma pessoa ou um grupo, como empregados, colaboradores, cidadãos, que estão envolvidos com uma organização e, por isso, têm responsabilidades e interesse no seu sucesso (fonte: Dicionário Cambridge Dictionaries *Online*).

B.3. A Relação Médico–Doente

“... um Homem está doente, possuído pelo desânimo, sente necessidade de ajuda e por isso chama o médico”.

Carl Friedrich von Weizsäcker (1959)

A relação médico-doente é, atualmente, uma dimensão valorizada pela Ordem dos Médicos em Portugal, a qual tem como projeto a candidatura da relação médico-doente a Património Cultural Imaterial da Humanidade, definido pela UNESCO. Esta candidatura é um grito de alerta para a degradação que tem corrompido essa relação milenar, essencial no percurso terapêutico. “Sem querer, deixámos que a informática e a tecnologia fragilizassem a relação com os nossos doentes, pela constante demanda burocrática que nos é exigida, mas também pela própria barreira física que os computadores criaram ao preencher o espaço nas secretárias dos consultórios”, defende Miguel Guimarães *in* (A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos, 2020).

A relação médico-doente não se cinge meramente ao plano científico/orgânico, uma vez que tanto o médico como o doente são seres físicos dotados também de profundidade psicológica (Pereira, Jorge, Guerra, & Branco, 2008). O encontro que ocorre entre um médico e um doente, é o ponto de partida do ato clínico. Será o momento, de díade social, que ocorre entre duas pessoas, sendo que ambas procuram, em princípio, um objetivo comum e abandonam (nesta relação), os seus objetivos individuais. Contudo nesta relação, um quer ser ajudado e o outro predispõe-se a ajudar. O que, embora se construa um objetivo comum - o tratamento da doença - o papel de cada interveniente é desigual. O encontro clínico é assim, na sua génese, um ato de ajuda.

A relação clínica médico–doente tem características próprias inerentes aos objetivos dos dois intervenientes, é uma construção de uma relação de ajuda. As relações

assentam, desde o início, numa vivência afetiva que lhes confere sentido. Esta vivência afetiva, de simpatia ou antipatia, de agressividade, de domínio ou sujeição, pode funcionar enquanto troca bilateral ou apenas unilateralmente. As trocas afetivas entre os dois intervenientes dependem de estímulos subliminares recíprocos, condicionados por experiências anteriores de contacto interpessoal (Cardoso R. M., 2012).

Uma relação é uma aliança, que pressupõe partilha, interação, e um compromisso mútuo, para além de um tempo indefinido para a sua construção. Na relação clínica, a noção de tempo, a disponibilidade que cada interveniente demonstra na relação é crucial. São pressupostos base desta relação a contingência de resposta do médico, o respeito pela autonomia do doente e uma reparação adequada a alguma eventual não sintonia.

"Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão"

(Antunes, Ouvir com Outros Olhos, 2015)

A tabela seguinte ilustra um modelo de análise reflexiva aplicado a internos da especialidade de MGF. Visa dissecar com algum detalhe diversos aspetos e dimensões que podem ser analisados na relação médico-doente. Esta matriz (apresentada na tabela 10) destaca os jogos de papéis sociais que, estando presentes, nem sempre são conscientes. Estes jogos que podem mudar consoante as situações, momentos e cada pessoa singular (Ordem dos Médicos, 2020) e estão intrinsecamente ligados às necessidades de cada doente.

Um doente é o elemento da relação a quem a doença ameaça a preservação das suas necessidades, como a integridade, a segurança, o controlo, a informação, a decisão, a dignidade, a autonomia, a expressão e comunicação, e a orientação no tempo e no espaço. (Cardoso R. M., 2012).

TABELA DE APOIO À ANÁLISE DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE EM MGF

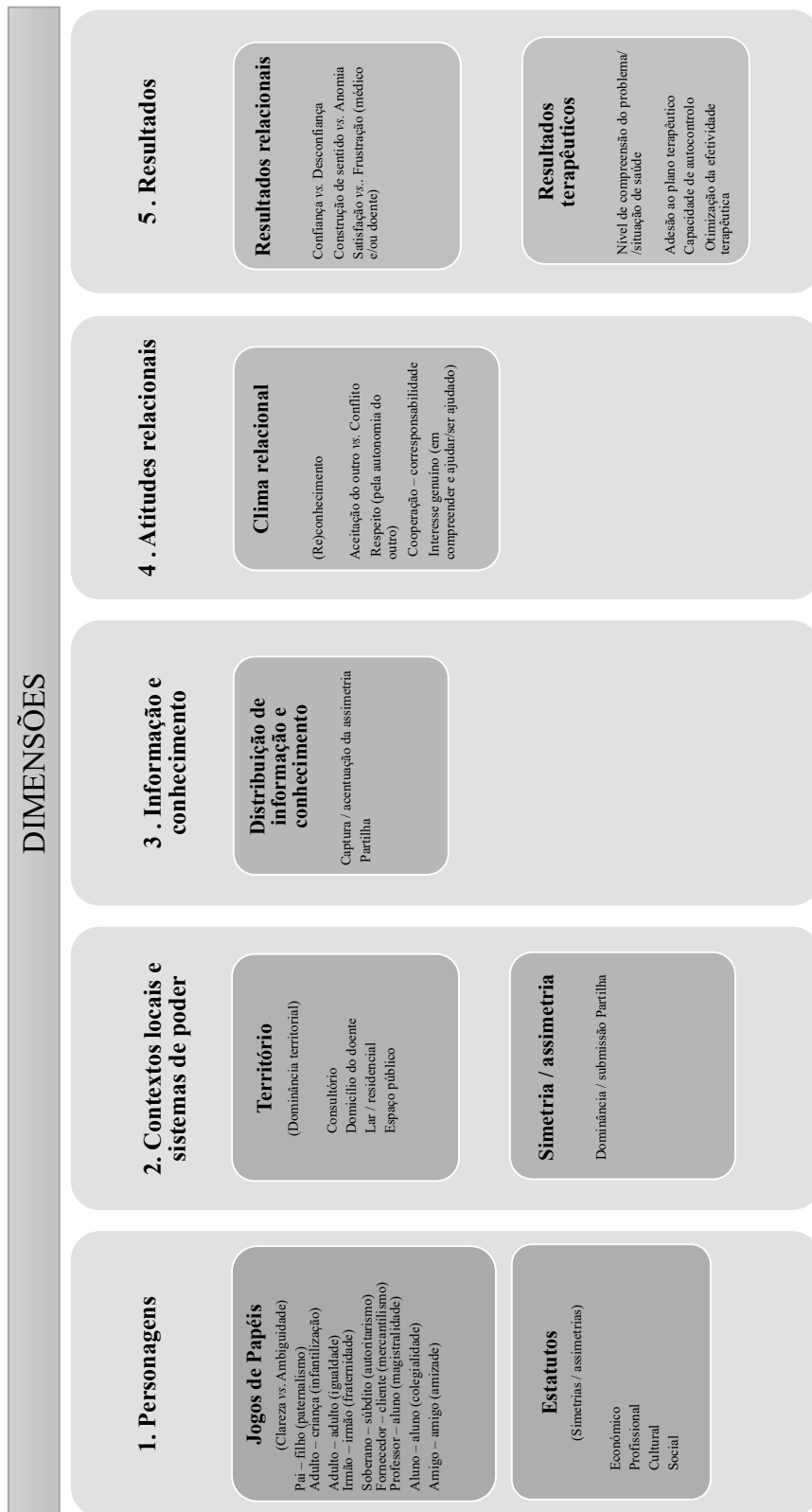


Tabela 10 - Tabela de apoio à análise da relação médico-doente em MGF. Matriz utilizada na formação de internos de MGF, delineada com os contributos das ex-internas e atuais especialistas em MGF Dr.a Eunice Carrapiço e Dr.a Filipa Manuel (2011-2013). Adaptado de Victor Ramos *in* (A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos, 2020, p. 421)

Uma comunicação eficaz entre o médico e o doente é uma competência clínica essencial (Kurtz & Silverman, 1996). A prática médica tem, pois, a sua base na comunicação. A recolha da história, a transmissão de informação sobre a prescrição ou o aconselhamento sobre estilos de vida e prevenção da doença, a referenciação, o trabalho em equipa, todas estas situações são comuns no quotidiano do(a) médico(a). Uma consulta tem uma configuração relativamente constante. Em qualquer contexto, existe a abertura da consulta, a que corresponde o primeiro contacto com o doente. Esta fase da consulta é muito importante dado que irá influenciar todo o desenrolar da mesma. O seu fecho é outra fase crucial, em especial quando há continuação dos cuidados (Silva P. R., 2008).

A relação entre médico e doente é complexa e, por vezes, difícil, podendo ser até, em alguns casos, conflituosa. Parte da dificuldade da relação advém do facto de serem pessoas diferentes a nível de idade, estatuto sociocultural e vivências. Têm experiências da realidade diferentes e, com frequência, os objetivos pretendidos da consulta são também diferentes, ou mesmo opostos. Ao conjunto de expectativas, interesses e objetivos, tem-se atribuído a denominação de agenda. Médicos e doentes têm, na maior parte das vezes, agendas diferentes. Este facto não seria problemático se o doente explicasse a sua agenda ao médico, e se tivesse um conhecimento da consulta e do seu desenrolar o mais próximo possível daquela que tem o médico. Na realidade, existe uma grande assimetria na relação médico-doente, pois o médico tem os conhecimentos e domina o ritual da consulta (Faulkner, 1992).

O estabelecimento de uma relação de confiança é importante na consulta de MGF. Trata-se de uma especialidade com uma relação, por norma, continuada e, por isso, as relações entre médico e doente podem ser de confiança ou de conflito. Por diversas razões, o conflito com o doente é um aspeto importante da prática médica, das quais salientamos o stress e o *burnout*⁶³ associados à prática da MGF e ao aumento da frequência de

63 - Este acumular de *stress* profissional pode provocar o esgotamento e *burnout* do médico. O *stress* persistente e repetitivo, que se instala rotineiramente, pode ter um efeito devastador sobre o médico, quando após meses ou anos de instalação silenciosa se organiza como sintoma físico que, entre muitas outras possibilidades, pode ser gastrite, úlcera, insónia, cefaleias de repetição, taquicardia, hipertensão arterial, distúrbios gastro-intestinais, problemas dermatológicos que podem desencadear uma situação de *burnout* psicológico ou de doença física grave (Silva P. R., 2008, p. 509).

participações e processos dirigidos a médicos por parte dos doentes. Em países como os E.U.A., onde tem aumentado o número de médicos processados por doentes, quando se estudam as razões para este facto nem sempre se encontra como causa um erro médico de diagnóstico ou de terapêutica, mas sim questões ligadas à relação médico-doente (Silva P. R., 2008).

A comunicação na relação médico-doente engloba vários aspetos, dos quais se destacam: os participantes e os seus papéis; os erros na comunicação; o ambiente e os mecanismos necessários à construção e manutenção de uma boa comunicação; os ganhos resultantes de uma comunicação ótima; e os componentes de uma comunicação efetiva (Agostinho, Cabanelas, Franco, Jesus, & Martins, 2010).

Um dos aspetos a trabalhar na interação do médico com o doente relaciona-se com a definição clara dos limites e objetivos dessa relação. Tanto quanto possível, deve ser negociado, logo no início da relação, um conjunto de regras que irão nortear a interação. Se esses limites não forem negociados e estabelecidos claramente, o doente pode invadi-los ao nível do espaço e do tempo, muitas vezes através de amigos e da família ou da oferta de presentes. Inversamente, os limites também podem ser ultrapassados pelo médico quando este permite que os seus sentimentos pessoais invadam a prática ou quando comenta com terceiros, mesmo que familiares e sem autorização ou conhecimento do doente, aspetos que são sigilosos (Douglas, 1992).

Como referido anteriormente, a prevenção da doença e a educação para a saúde são duas áreas importantes da MGF devido ao aumento de pessoas com doença crónica. No entanto, as taxas de sucesso poderiam ser mais elevadas se as metodologias e formas de comunicação utilizadas fossem as mais adequadas. Para aumentar a eficácia das intervenções de prevenção da doença e educação para a saúde, é essencial a adequação dos processos comunicacionais aos diferentes doentes e aos seus diversos contextos socioculturais. Os comportamentos das pessoas têm origem em vivências e situações contextuais de grande complexidade, nas quais se incluem as componentes culturais, sociológicas e psicossociais, que são muito diferentes de indivíduo para indivíduo e, com frequência, muito diferentes das do médico. Para se ser eficaz ao nível dos comportamentos e estilos de vida dos utentes, é necessário conhecer as suas características

individuais de modo a encontrar-se uma estratégia adequada e eficaz para cada pessoa (Silva P. R., 2008).

Sempre que um médico e um doente mantêm um contacto presencial, independentemente do estatuto que cada um tem no momento, estamos perante uma situação de comunicação com tudo o que lhe é inerente. O primeiro contacto é fulcral para o estabelecimento da relação. O que mais influencia esse primeiro contacto é a comunicação não verbal, nas suas diversas linguagens: a postura corporal, os gestos, a mímica facial, o sorriso, o contacto ocular, a voz nas suas diversas dimensões, o vestuário, a estatura, o cabelo, os adereços, a higiene e perfume, entre outros.

A comunicação verbal compreende o discurso, falado ou escrito, em que a mensagem transmitida é veiculada sob a forma de signos linguísticos. Como tal, esta depende de elementos como a construção frásica, o vocabulário e o conteúdo da mensagem. O vocabulário utilizado pelo médico e a sua compreensão por parte do doente são fulcrais na adesão à terapêutica. Frequentemente, os médicos utilizam termos demasiados tecnicistas para a instrução, idade e nível cultural do doente, o que ameaça a compreensão da mensagem (Agostinho, Cabanelas, Franco, Jesus, & Martins, 2010).

Por sua vez, a comunicação não verbal, constitui uma forma não discursiva da linguagem. Esta serve-se de múltiplos canais de propagação, dependendo sobretudo das capacidades visuais e hápticas dos intervenientes. Os códigos que são transmitidos por este tipo de comunicação são o *contacto físico* (como, onde, a quem), a *proximidade* ou *proxémia* (grau de proximidade estabelecida para a transmissão da mensagem), a *orientação* (posição dos indivíduos uns em relação aos outros), os *movimentos da cabeça* (representativos de consentimento ou discórdia, por exemplo), a *expressão facial* (representação mímica de emoções através da face), os *gestos ou quinese* (especialmente das mãos e dos braços), a *postura* (que espelha a forma de estar), o *contacto visual* (a sua presença ou evitação), a *prosódia* (aspectos não verbais do discurso que afetam o significado da mensagem ou que informam sobre o orador, tais como a entoação, a acentuação, o tom, o volume, a velocidade, a pronúncia). Estes dois tipos de comunicação, verbal e não verbal, tendem a surgir acompanhados, mas poderão ou não ser congruentes entre si (Agostinho, Cabanelas, Franco, Jesus, & Martins, 2010).

Idealmente, as reações dos doentes, como, por exemplo, a satisfação, baseiam-se nos comportamentos clinicamente relevantes dos médicos mas, no mundo real em que vivemos, a satisfação parece também ser influenciada por comportamentos não-clínicos, por exemplo, não verbais. Além disso, a medida em que as sugestões não-verbais contribuem para a satisfação do doente, depende de fatores da personalidade do médico, bem como do doente (por exemplo, sexo, idade). Os efeitos do comportamento não verbal no encontro médico e o papel dos moderadores sobre esses efeitos não estão, até agora, bem compreendidos, e mais pesquisa será necessária para esclarecer essas relações (Mast, On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction, 2007).

Existe uma investigação ampla que demonstra que podemos influenciar o comportamento do nosso parceiro de interação social através do nosso comportamento não verbal, muitas vezes até mesmo inconsciente. Por exemplo, sinais sutis não verbais que um professor exhibe afetam o desempenho das crianças na escola e sinais não verbais que as pessoas emitem numa interação em grupo determinam a hierarquia social do grupo. Esta relação de causalidade aplica-se a interações em outras áreas (Mast, On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction, 2007). Como a pesquisa em torno do comportamento não verbal tem uma longa tradição fora do campo da Medicina, podemos usar esse conhecimento e aplicá-lo à interação médico-doente, e o mesmo se aplica aos métodos de investigação e aos conceitos teóricos.

Na interação médico-doente houve um foco no comportamento verbal entre médico e doente e no papel do comportamento não-verbal que, comparativamente, tem sido menos estudado. A maioria das ferramentas disponíveis para analisar as interações médico-doente baseiam-se predominantemente em análises verbais, como o sistema de análise de processos, o modo de resposta verbal ou o RIAS (Roter Interaction Analysis System) (Roter & Larson, 2002).

À semelhança de outras interações, na relação médico-doente, a forma como o médico pode julgar o doente ou, por outras palavras, a forma como este pode ler o comportamento não-verbal do doente, influencia o resultado da relação médico-doente. Os médicos que demonstram uma boa leitura e interpretação dos sinais não-verbais dos seus interlocutores, têm doentes que estão mais satisfeitos e mais propensos a voltar para a

próxima consulta, do que os médicos que são menos capazes de ler os comportamentos não-verbais dos outros (Mast, 2007).

Existem variáveis de comunicação verbal e não verbal integrantes da relação médico-doente que influenciam a satisfação do doente. A relação médico-doente, tão importante no contexto clínico, consiste na relação terapêutica baseada na confiança, honestidade, respeito e desejo mútuo que visa melhorar os ganhos em saúde (Agostinho, Cabanelas, Franco, Jesus, & Martins, 2010).

Atualmente, o doente é cada vez mais crítico relativamente à qualidade da relação estabelecida com o médico. O papel do doente nos cuidados que lhe são prestados tem-se modificado no tempo. Este passou de mero espectador para participante ativo, cuja opinião deve ser valorizada. Se, no passado, as qualidades médicas eram apenas medidas pelo sucesso terapêutico e técnico, hoje é dada cada vez mais importância aos aspetos da comunicação na relação médico-doente. Nesta relação, como já referido anteriormente, a questão do género pode influenciar o tipo de interação comunicacional.

As diferenças de género, em particular, têm suscitado interesse como possível fonte de variação em diversas dimensões da relação clínica (Cardoso R. M., 2012). Num estudo realizado por Mast, Hall e Roter (2007) ficou evidente o paradoxo presente no facto de não existir um maior nível de satisfação por parte dos doentes assistidos por mulheres médicas, embora as mulheres médicas sejam mais propensas a mostrar o estilo de interação que os doentes preferem. Provavelmente (segundo o estudo acima mencionado) a questão está relacionada com as diferenças nas expectativas dos doentes em relação aos médicos do género feminino e masculino. Por um lado, as pessoas esperam, em geral, que um médico seja um homem e não uma mulher. Além disso, o género do doente também desempenha um papel. Assim, é a interação entre género médico, género do doente e o estilo de comunicação do médico que afeta a satisfação do doente. Os resultados são particularmente interessantes tendo em conta que a formação em comunicação dos médicos não deu, até agora, muita atenção à questão do género do médico e do género do doente. Neste estudo ficou ainda demonstrado que, para as mulheres médicas, a adoção de um estilo de comunicação consistente com o género (atenção elevada) pode ser benéfica em termos de satisfação do doente, pelo menos para doentes do género feminino. Para os médicos do género masculino, o seu comportamento comunicacional afeta os resultados do

doente em menor grau.

“I bring my own shortcomings to the encounter as well. Spending just a few extra moments with a patient inevitably leads to delays for others, and time is a valuable commodity in our culture of medical practice, a statement of worth and respect that both patients and practitioners crave. The lack of time changes how I listen—I am sure of it—and my intent to find shared presence becomes less sincere as I struggle to catch up. Pre-occupations also creep into my consciousness, little bits of unresolved concerns left over from encounters with other patients or a known lapse in prior clinical judgment involving the current one. Then there is the exam room computer, an electronic siren that calls for my undivided concentration, and at its beckoning I am at risk of taking attention away from the person before me, my patient.”

(Ventres, 2015, p. 276)

Outro aspeto muito estudado, relacionado com a relação médico-doente e que poderá impactar a comunicação entre estes (e atualmente em debate entre a sociedade médica e o governo português) relaciona-se com a gestão do tempo (ver anexos 3.f) e 3h)). Estudos internacionais (Tuckett, Bolton, Olson, & Williams, 1985) sobre o tempo de consulta têm verificado que a sua duração se situa entre dois a trinta e dois minutos, decorrendo em média em cerca de oito minutos. Porém, as consultas nos centros de saúde portugueses duram em média quinze minutos, o que torna Portugal um dos dez países que mais tempo disponibiliza nas consultas de MGF. Um estudo internacional recente (Irving, et al., 2017) sobre a duração média das consultas de cuidados de saúde primários concluiu que, no que diz respeito ao tempo médio das consultas, Portugal está em 10.º lugar entre 67 países avaliados. Portugal surge com uma duração média de 15,9 minutos. No início de 2019, a Ordem dos Médicos levou a debate uma petição para que as consultas de MGF tenham, pelo menos, trinta minutos.

Vários autores (Travaline, Ruchinskas, & D'Alonzo, 2005) que estudaram a dinâmica comunicacional de uma consulta, afirmam que os médicos interrompem os doentes com frequência e que, em média, os médicos apenas esperam cerca de vinte e três segundos até à primeira interrupção, o que pode afetar a obtenção de dados importantes. No entanto, é interessante constatar que o aumento do tempo de consulta não aumenta por si só a eficácia do ato médico ou a satisfação do doente (Tate P. , 2004).

Num estudo realizado em Portugal por (Pereira, Jorge, Guerra, & Branco, 2008) procurou-se identificar o perfil do médico de família ideal. A maioria dos elementos da amostra atribuiu importância aos seguintes aspetos: uma aparência cuidada, o uso de bata, uma comunicação com linguagem fácil, o domínio da língua portuguesa, a pontualidade, a entrega de informação por escrito, a partilha de informação, o seguimento pelo mesmo Médico de Família em diferentes consultas e ao longo do tempo. A amostra considerou também que a duração ideal da consulta é de onze a trinta minutos. Para a maioria dos utentes, o género do Médico de Família ideal não é relevante, o que corrobora as mesmas conclusões da bibliografia citada anteriormente; parte substancial da amostra feminina prefere um Médico de Família do género feminino; dentro desta amostra, a maioria não tem preferência pela idade do Médico de Família; os utentes portugueses preferem, idealmente, médicos portugueses; os utentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa são maioritariamente indiferentes à nacionalidade do Médico de Família. De forma geral, as características sociodemográficas dos utentes não interferem com a opinião sobre as características do Médico de Família ideal.

A participação do doente é um aspeto essencial do cuidado centrado no doente/pessoa. Estudos (Marla, Carma, Betty, & Gregory, 2015) associaram o nível de participação ativa dos doentes a uma variedade de desfechos, como melhoria do bem-estar psicológico e adesão ao tratamento.

O *focus* entre médico e doente é essencial para que esta atenção centrada ocorra. Um corpo crescente de pesquisas (Krystallidou & Pype, 2018) sobre comunicação em que o acompanhante do doente (por exemplo, o cônjuge) participa na consulta, mostrou que os doentes participaram menos do que nas consultas em que apenas eles e o médico estavam presentes. Na presença de um acompanhante, é mais provável que o doente apresente oportunidades limitadas de participação na comunicação com o médico, pois o acompanhante pode agir de forma a diminuir o tempo de interação entre o doente e o médico.

Na interação do médico-doente, e estando a atenção centrada na pessoa-doente, este apresenta-se ao médico numa sequência não, necessariamente, organizada nem hierarquizada. Ventres (2015) identificou um modelo (ABCDE) de apresentação de cinco pontos chave que o doente desenvolve o seu historial num encontro clínico.

A AUTO-APRESENTAÇÃO NUMA CONSULTA			
Eu	Tema	Problemas do doente	Preocupações do médico
A. Eu sou	Significado	O que é mais importante na minha vida?	Como fará sentido o meu trabalho neste doente?
B. Eu pertença	Comunidade	Com quem posso partilhar os meus problemas?	Que recursos tenho à minha disposição?
C. Eu Posso	Ação	Tenho capacidade de melhorar?	De que forma eu posso influenciar positivamente a saúde deste doente?
D. Eu Temo	Ansiedade	Estou preocupado – com quê?	Este doente irá melhorar ou piorar?
E. Eu Existo	Organismo	O que está mal no meu corpo?	Qual é a patologia e o tratamento?

Tabela 11 – A auto-apresentação numa consulta de MGF.

Adaptado de (Ventres, 2015)

Tendo em conta a necessidade de um entendimento e equilíbrio na relação, Ventres (2015) considera que ao refletir sobre o modelo ABCDE em relação às apresentações dos doentes e dos médicos de MGF, estes podem trabalhar para encontrar o equilíbrio entre quem fala e quem ouve. Os médicos podem avaliar as preocupações dos doentes, explorando simultaneamente as suas próprias preocupações em relação a eles, e encontrar um equilíbrio entre os dois, num círculo relacional. A circularidade de uma relação está presente quando é determinada a natureza das interações entre agentes, pela organização, pessoal e única, onde se encontram presentes os diversos componentes, próprios de cada ser humano (Salgado, 2017, p. 70)

Reconhecendo o *eu* que cada doente apresenta e realizando o médico, simultaneamente, um autoexame interno, pelo menos alguns dos desafios relacionais e comunicativos que enfrentam com os doentes podem desaparecer. Atendendo às apresentações que doentes e os médicos trazem para a consulta, poderá entrar-se num espaço de presença partilhada que é importante para os objetivos de ambos. A comunicação é essencial no atendimento humanizado, já que permite ao profissional de

saúde decodificar, decifrar e perceber o doente e a sua família de forma mais abrangente, facilitando a adequada interação entre as partes (Moscon & Rodriguez, 2017).

Pedro Pita Barros (2019) descreve como elementos cruciais na relação médico-doente: o respeito, a confiança, o humanismo, a compaixão e uma comunicação adequada. Estes elementos não são passíveis de serem incluídos em sistemas de pagamento financeiro, nem são adquiríveis monetariamente “não se compra confiança ou compaixão num supermercado ou numa loja”. A relação deve estar centrada na pessoa doente, numa dinâmica de Biologia do Amor⁶⁴ que engloba um conjunto de atributos dos dois intervenientes (médico e doente), indissociáveis do processo de aprendizagem, dos quais fazem parte a humildade (para quem quer saber sempre mais), a flexibilidade (para partilhar) e a responsabilidade (na construção do conhecimento e da vida) (Salgado, 2017).

“... é muito importante difundir confiança ao doente e depois acompanhá-lo. Todos os dias, os doentes têm uma visita à enfermaria que é feita por toda a equipa às 07.30h. Muitos doentes são acordados, pelo menos de um segundo sono, por essa visita. E isso é absolutamente importante, os doentes ganham confiança, sentem que estão acompanhados e, portanto, melhoram também mais rapidamente. Não tenho qualquer dúvida sobre isso.”

(Antunes M. , 2018)⁶⁵

O conjunto das dimensões da experiência do doente é indispensável à sobrevivência da relação com o médico e está na base do que chamamos de confiança, fundada num sistema de regras impostas pela sabedoria e pela prática, de cujo domínio depende da crença, não só na existência do mundo natural, do mundo dos outros e do mundo do próprio doente, mas também das dimensões ontológica, ética e estética da experiência deste com o médico (Rodrigues A. D., 2011).

A confiança estabelecida na relação médico-doente é o resultado de uma empatia entre ambos. Demonstrar empatia adiciona profundidade e sentido à consulta (Cardoso R. M., 2012). A relação médico-doente é, assim, e por excelência, uma relação empática que

64 - Conceito presente na obra de Maturama (2000), Formação e Capacitação. Muito embora esta teoria tenha sido concebida para analisar a relação professor-aluno, pode ser adaptada para a análise da relação médico-doente.

65 - ver anexo 3.d

implica compreender a dor física e psíquica do doente. É saber ouvi-lo e saber fazer-lhe sentir que se compreende inteiramente o seu sofrimento. Ou melhor: é fazê-lo sentir que partilha esse sofrimento, de modo a que o doente sinta que o seu médico é um amigo nas tão incertas horas da doença. Só assim se cria a confiança necessária e fundamental do doente no seu médico, a qual caracteriza a relação em que a cura resulta do equilíbrio entre as terapêuticas e técnicas da medicina científica e o efeito placebo dessa confiança (Germano de Sousa *in* (Ordem dos Médicos, 2020).

Trabalhar em parceria e conhecer o mundo do outro implica, para além de compreender a sua perspetiva da doença, perceber também as suas vivências interiores. A sensação de ser compreendido pelos outros é, em si, intrinsecamente terapêutica. Empatia é talvez o conceito mais associado às abordagens centradas no doente (mas não exclusivo destas). A empatia foi introduzida, enquanto conceito, na nomenclatura médica por Wispé (1986), com o significado de “sentir por dentro”. Empatia pode ser conceptualizado como contendo três elementos fundamentais: a capacidade para observar as emoções dos outros, para perceber essas emoções e para lhes dar resposta (Cardoso R. M., 2012).

A empatia consiste no processo de comunicar a uma pessoa o sentimento de que está a ser compreendida. É um fator importante no estabelecimento das relações interpessoais, sendo ainda mais determinante na relação médico-doente, no aumento da satisfação, da capacidade de diagnóstico e no empoderamento dos doentes. A capacidade de estabelecer empatia integra o eixo central da prática em MGF, baseada numa medicina centrada na pessoa e numa abordagem holística, e fundada no estabelecimento de uma relação terapêutica. Como ferramenta utilizada na construção da relação médico-doente, interfere positivamente na qualidade dos cuidados de saúde prestados e na satisfação do médico e do doente o que, por sua vez, melhora a acuidade diagnóstica e a adesão terapêutica (Basílio, Vitorino, & Nunes, 2017).

Na revisão da bibliografia dedicada ao tema da empatia encontrámos diferentes categorizações do conceito. Na definição das mesmas é comum diferenciar dois tipos de empatia: a empatia emocional, resultante da partilha da vivência emocional do outro por parte do observador e a empatia cognitiva, que traduz a compreensão do estado interior do outro utilizando estratégias mentais, cognitivas, entre as quais a perceção da perspetiva do outro. O objetivo desta compreensão é poder adotar medidas que aliviem o sofrimento do

doente de forma eficaz e adaptada à pessoa em causa (Cardoso R. M., 2012).

B.4. A Formação de um Médico em Portugal

É cada vez mais reconhecido pela sociedade civil e profissional que a Comunicação deve, e pode, ser ensinada com o mesmo rigor que outras ciências médicas básicas, sendo, por isso, inquestionável a necessidade de formação em comunicação adequada à prática médica. Uma formação adequada pode melhorar a linguagem verbal e não verbal do médico, tornando-a assim mais eficaz (Silva P. R., 2008).

Num estudo (What kind of doctor would you like me to be?, 2016) realizado no Reino Unido por estudantes de Medicina, dedicado à observação do que os doentes procuram e valorizam num médico, 92% dos atributos registados estavam relacionados com qualidades pessoais e com habilidades ou competências de comunicação, sendo que apenas 8% dos inquiridos enfatizaram o conhecimento e a inteligência. A descrição dos doentes relativa à valorização das qualidades pessoais e de comunicação está espelhada nas características comuns mais procuradas: médicos amigáveis e acessíveis que davam tempo, escutavam e forneciam explicações com palavras que os doentes entendiam. Contudo, os autores (Walsh, Arnold, Pickwell-Smith, & Summers) defendem que esta ênfase nas qualidades pessoais não implica que os doentes não queiram médicos com boas competências físicas (manuais) e de diagnóstico.

Para se candidatar a Medicina, um estudante, em Portugal, necessita ter o 12º ano da área de Ciências e Tecnologias e aproveitamento nas disciplinas específicas de candidatura a cada Faculdade. Os cursos de Medicina em Portugal são ministrados em regime de mestrado integrado, com a duração total de seis anos. O curso está dividido em anos teóricos, em se aprendem ciências básicas e conceitos-chave, e anos clínicos, com o objetivo de adquirir competências necessárias para a prática de medicina. No final dos seis anos, é necessária a apresentação de uma tese (ou relatório final) de modo a obter o grau de Mestre em Medicina. Para a obtenção da especialidade, o médico realiza posteriormente

um programa de internato, ao qual se candidata, com a duração entre quatro e seis anos, dependendo da especialidade selecionada.

Estima-se que a formação de um médico em Portugal custe entre 450 e 500 mil euros. Atualmente, existem oito faculdades de medicina em Portugal Continental (anexo 6) e ainda duas universidades (Universidade da Madeira e Universidade dos Açores) a lecionar cursos básicos de Medicina, tendo estes cursos seguimento nas oito faculdades do continente. Porém, daquilo que nos foi possível observar, todas estas instituições apresentam estruturas curriculares muito semelhantes. Contudo, não podemos ignorar o esforço que algumas faculdades, como a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, têm vindo a realizar na reformulação das suas estruturas curriculares no âmbito da formação humana, com incidência na área da Comunicação, por forma a adequá-las a um novo perfil de estudante e de doente.

Maria Amélia Ferreira, diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), ciente de um novo perfil de estudantes, tem como objetivo na reestruturação curricular realizada na faculdade que dirige desde 2013 (sendo que a última reforma curricular ocorreu em 1982), preparar os alunos para a maior humanização possível na sua futura prática clínica (anexo 3c).

“Todos nós gostaríamos de [em caso de doença] ser tratados por alguém que nos saiba olhar, escutar, que possa entender o que é o medo da doença, do sofrimento e da morte”

(Ferreira M. A., 2018)

Para esta humanização do curso de medicina da FMUP foi necessário incluir uma disciplina obrigatória, “Humanidades em Medicina”, com o objetivo de chamar a atenção para a antropologia médica e para que os futuros médicos saibam como lidar com o erro; várias unidades curriculares optativas (como, por exemplo, comunicação clínica e medicina narrativa); e a prática de voluntariado, que conta igualmente para a avaliação.

“Há um novo perfil de estudante. São muito exigentes, muito focados, falta-lhes por vezes humildade no tratamento de algumas situações, até porque eram os melhores à entrada da faculdade. Por outro lado, têm uma fragilidade muito grande porque são superprotegidos, lidam mal com o fracasso, não estão habituados a isso.”

(Ferreira M. A., 2018)

Em Portugal, os planos curriculares de Medicina desenhados para as ciências básicas estão a ser substituídos por currículos com unidades que integram várias disciplinas. Uma forma de integrar as ciências básicas é combinar múltiplas perspetivas disciplinares, fornecendo contextualização clínica. Com exceção da aprendizagem baseada em casos de estudo, há pouca informação sobre a eficácia desses meios de integração (Palha, et al., 2015).

O número de alunos colocados no curso de Medicina, nas últimas duas décadas, em Portugal, apresenta um enorme crescimento. Em 2018 entraram para o 1º ano de Medicina 2265 alunos, o que significa um aumento de 165% face ao ano de 2000, em que entraram apenas 854 alunos (Figura 22). Contudo, foi em 2010 que observamos o maior número de entradas (2277) para o 1º ano do curso de Medicina. Desde então, o número de colocações estabilizou.

Em 2000, 523 alunas/mulheres representavam 61% do total dos colocados. Em 2010 o número de mulheres colocadas foi ainda mais representativo com 65% das colocações a serem ocupadas por mulheres, correspondendo a um número absoluto de 1491 estudantes. Atualmente, os estudantes do sexo feminino do 1º ano apresentam ainda uma maior representatividade de género, com 70% do total dos estudantes colocados.

Evolução do Número de Alunos Colocados em Medicina

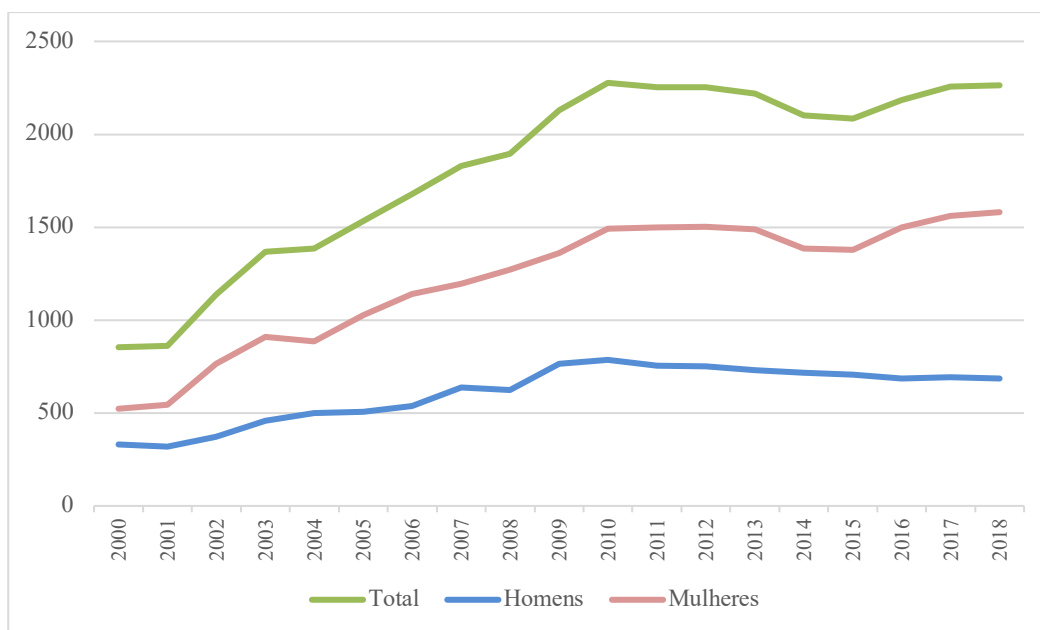


Figura 21 - Evolução do Número de alunos colocados no 1º ano do curso de Medicina.

(de 2000 a 2018)
Fonte: PORDATA

Na nossa observação das colocações por género, em 2018, e face à maioria (70%) das colocações serem do sexo feminino, pensamos que esta predominância poderá afetar o perfil da relação interpessoal médico–doente. Têm sido apontados vários fatores que parecem modular determinados aspetos do comportamento não-verbal na relação clínica. Alguns desses fatores são o género do clínico, a idade e o estatuto socioeconómico (Mast, 2007) (KD, P, & R, 2003). As diferenças de género, em particular, têm suscitado interesse como possível fonte de variação em diversas dimensões da relação clínica (Cardoso R. M., 2012).

Em 2018, segundo os dados do INE,⁶⁶ estavam registados na Ordem dos Médicos 6,648 especialistas em MGF, o que representa um crescimento de 47% face a 2000 quando existiam 4,530 médicos de MGF em Portugal. Contudo, este número de profissionais não é suficiente para fazer face às necessidades do sector da saúde.

66 - Instituto Nacional de Estatística.

Portugal apresenta um crescimento no envelhecimento da população⁶⁷ o que reflete um aumento da procura de determinadas especialidades que o ensino e as políticas governamentais devem antecipar. Em Dezembro de 2018, no Serviço Nacional de Saúde um terço das vagas para MGF ficaram por preencher, ou seja, as 113 vagas disponíveis só foram ocupadas por 73 colocados (Figura 22).

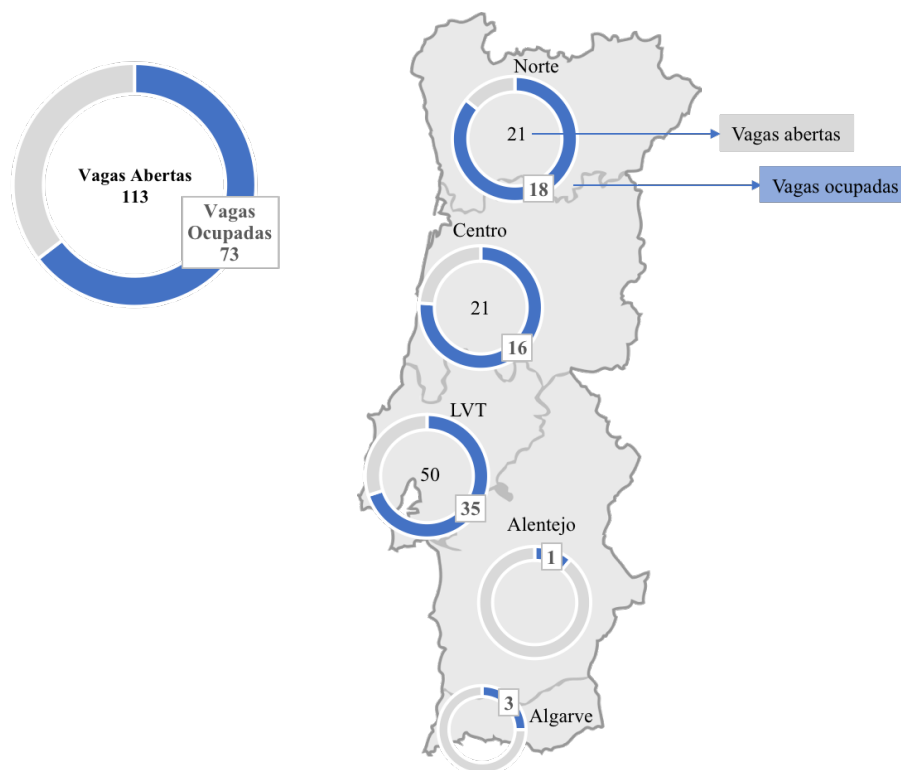


Figura 22 – Concurso SNS -Dezembro 2018: Novos médicos MGF

Fonte: Portal SNS/ACSS

Em Outubro de 2018, pouco mais de noventa especialistas terminaram a especialidade em MGF, por isso, para Rui Nogueira, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, a colocação ocorrida em Dezembro de 2018 era expectável. Para este défice de médicos de MGF contribuem vários fatores como, por exemplo, a crescente procura do sector privado por estes especialistas (ver anexo 2). Mas este fator não

67 - 153,2 idosos por cada 100 jovens –Fonte: INE 2017

será o único. Outros fatores como a gestão de carreiras, tempo de trabalho e remuneração entram igualmente para a “equação” da pouca atratividade desta especialidade (ver anexo 3e)).

“Para termos médicos qualificados nos serviços é preciso descongelar as carreiras. Só com mais médicos qualificados é possível formar médicos mais novos. Estes médicos mais novos precisam de ter acesso a vagas no internato médico, para não os deixar sem formação (...) Os médicos sem formação são médicos indiferenciados e sem especialidade médica, o que compromete a qualidade do SNS”.

Sindicato Independente dos Médicos (anexo 3e))

A emigração dos médicos é outro fator com que o setor da saúde se depara atualmente. O investimento realizado na formação destes estudantes acaba por se perder com a fuga destes jovens médicos para o estrangeiro, em busca de melhores condições de carreira. Este movimento migratório voltou a aumentar em 2018 e ameaça, nos próximos anos, ganhar a mesma dimensão que teve nos anos da crise económica. No primeiro semestre de 2018, saíram do país cento e trinta médicos, quase tantos como em 2017, mas por razões diferentes das do tempo da *troika*: se, na primeira metade da década, os jovens médicos procuravam principalmente melhores salários, agora a maioria dos casos diz respeito a jovens profissionais sem lugar para internato, que procuram obter uma especialidade no estrangeiro (anexo 3g).

Catarina Perry da Câmara, coordenadora do Conselho Nacional do Médico Interno, considera que estes profissionais, que deixam o país para tirar a especialidade no estrangeiro numa idade em que ainda não têm família formada, dificilmente regressam a Portugal no final da formação. Ideia partilhada por Edson Oliveira, que durante três anos foi o responsável da Ordem dos Médicos pela área do internato médico, que afirma: "Será difícil resgatá-los por duas razões: primeiro, porque estão numa fase da vida em que constituem família nos países para onde emigram; por outra, pela competição salarial nesses países, que oferecem melhores condições" (anexo 3g)).

Na nossa investigação observámos as componentes curriculares dos cursos de Medicina em Portugal e concluímos que, apesar dos esforços realizados na integração de

outras disciplinas no plano curricular das Ciências da Saúde, a Comunicação continua a ser uma disciplina opcional e ministrada de forma conceptual. É consensual o reconhecimento por parte dos responsáveis dos cursos (anexo 3c) da importância da comunicação e das consequências, quer positivas quer negativas, que esta tem no desempenho dos futuros médicos. Contudo, a formação em competências de comunicação continua a não ser estrutural nem formalmente assumida como nuclear.

A profissão médica é muito dinâmica e fundamentalmente modificada por três factos: mudanças na situação do setor da saúde, renovação do conhecimento e inovação tecnológica. Tal leva a que seja necessário avaliar e atualizar periodicamente os seus planos e programas de estudo, por forma a que não seja inútil ou trivial questionarmo-nos regularmente sobre o tipo de médico que a sociedade exige e como este deve ser preparado (Varela, 2016).

“Os médicos sentem-se muito pressionados para responder a objetivos – que são números –, são obrigados a uma atualização constante e isso causa uma situação de angústia. A pressão e a responsabilidade são muito grandes. E estes últimos 20 anos foram anos de completa mudança. Toda esta evolução tecnológica aconteceu muito depressa. O ensino da Medicina é complexo e muitos docentes não se adaptam a alunos que os confrontam constantemente com o que encontram na Internet. Com o envelhecimento das equipas docentes não é fácil lidar com a atual geração que já nasceu com a tecnologia na ponta dos dedos”.

(Ferreira M. A., 2018)

Mais desafios se apresentam para o jovem médico ou para o médico já experiente - o desafio da imposição da tecnologia pode ser um fator de deformação nas boas práticas da sua relação com o doente. Para o desenvolvimento das suas capacidades de comunicação, a formação de um médico poderia incluir a dotação de competências que permitam fazer face à imersão da tecnologia no seu saber e no do doente, e na relação que tem com este, mas deveria, igualmente, desenvolver as componentes da comunicação não verbal, emocionais e a aprendizagem e desenvolvimento de competências clínicas e não clínicas junto do leito do doente.

“Efetivamente é a evolução da ciência, ao encetar novas perspectivas e campos do saber, que abre janelas de oportunidade, conducentes à reformulação dos modelos tradicionais de ensino/aprendizagem”.

(Salgado, 2017, p. 20)

Na linguagem não verbal, a voz e a mímica facial são duas componentes com um papel fundamental na relação interpessoal médico-doente. Uma pessoa tem muito pouco ou quase nenhum controlo sobre a sua voz e a sobre sua mímica facial. Daí ser difícil, por exemplo, a uma pessoa que tem uma voz agressiva, mudar. A formação através de filmagens (autoscopia) permite observar, e posteriormente trabalhar, estas características de comunicação, adequando-as às diversas situações do quotidiano. Se não existir uma formação nesta área com professores experientes, é muito possível manter-se durante toda a vida um estilo de comunicação inadequado, sem disso se ter consciência e, portanto, sem se perceber porque existe maior dificuldade de comunicação e, como consequência, um maior número de conflitos (Silva P. R., 2002) Podemos melhorar a comunicação não verbal de um médico, tornando-a mais eficaz, com formação adequada (Silva P. R., 2008).

“(…) diante de uma situação totalmente nova na educação, onde o objetivo da educação, se quisermos sobreviver, é a facilitação da mudança e da aprendizagem. O único homem que é educado, é o homem que aprendeu como se adaptar e mudar; o homem que percebeu que nenhum conhecimento é seguro, que apenas o processo de buscar conhecimento fornece uma base para a segurança. A mudança, confiança no processo e não no conhecimento estático, é a única coisa que faz algum sentido como meta para a educação no mundo moderno”

(Rogers, Freedom to learn for the 80s, 1983).

A expressão das emoções é outra componente central da comunicação. Existem emoções que são protetoras da saúde e emoções que lhe são nocivas. Quando comunicamos, estamos a transmitir emoções. No caso do médico, este aspeto é fundamental, pois transmitir emoções positivas ao doente é a principal vertente do efeito placebo que o médico pode constituir para o doente – efeito psicológico provocado pela forma de comunicar. No entanto, para que isso aconteça, é necessário que o médico perceba e conheça as emoções que está a transmitir, o que não é fácil, necessitando, para isso, de treino e aprendizagem. Na sua essência, consiste em aprofundar as suas

competências de comunicação interpessoal, aprender a conhecer o seu *self* e respetivas manifestações (Silva P. R., 2002).

Na interação médico-doente, a componente emocional é determinante. Apesar da proliferação de técnicas mais sofisticadas e mais interativas, continua-se a encontrar desigualdades, sobretudo a mesma dificuldade de compreensão e, por vezes, “a mesma solidão”, ao ponto de se considerar que quanto mais eficaz é a comunicação técnica, maior é a separação da comunicação humana (Freixo, 2012). Daí a necessidade de um estudante de Medicina ter uma componente da sua aprendizagem junto do doente.

B.4.1. A Dimensão da Pessoa Humana: A Relação Eu-Tu em Habermas

"Estudar o fenómeno da doença sem livros é navegar num mar inexplorado, enquanto estudar os livros sem doentes não é ir ao mar"

Sir William Osler *in* (Stone, 1995)

A aprendizagem, junto do leito do doente, traz para o ensino a dimensão da pessoa humana na formação do médico. Revendo Jürgen Habermas (1986) esta questão transporta-nos para a teoria da ação comunicativa⁶⁸ que visa o entendimento mútuo. Este processo relacional e comunicativo entre médico e doente expõe-se numa ação normativa, dramaturgicamente comunicativa e discursiva entre ambos os intervenientes. Como toda teoria crítica, a teoria da ação comunicativa de Habermas visa a libertação do sujeito através do esclarecimento, da desocultação, uma abordagem que se aproxima do interacionismo simbólico de Mead (Batista, 2012).

O ensino do estudante de medicina junto do doente, quando este está internado, é

68 - Habermas define a ação comunicativa como sendo, ao mesmo tempo, livre, racional e crítica. A teoria da ação comunicativa representa uma alternativa à filosofia da história; tornou-se insustentável e, ainda assim, a velha Teoria Crítica permaneceu ligada a ela. A teoria da ação comunicativa constitui um marco no qual se retoma o projeto de estudos interdisciplinares sobre o tipo seletivo de racionalização representado pela modernização capitalista. (HABERMAS, 1987: 562-563).

denominado pela expressão anglo-saxónica de *bedside teaching*⁶⁹. Esta é uma prática defendida pelas escolas de medicina para uma maior aproximação da realidade no momento da formação de um estudante de medicina.

Recorremos a uma citação da Professora Cristina Salgado (2017) que nos enquadra a questão do ensino como uma arte, uma partilha de conhecimento com proximidade e amorosidade:

“O professor, o educador, o mestre, terá de ser alguém que detém saber e conhecimento, sobre aquilo que constitui a matéria em que irá exercer o seu ministério, mas caber-lhe-á igualmente a missão de ser alguém capaz de gerir relações humanas e dinâmicas de interação de uma forma única, adequada a pessoas únicas e a grupos específicos que, em cada momento, passam pelas suas mãos. E será aqui que o educador é convidado a assumir-se como alguém capaz de se apoiar da ciência, aliando-se à arte: a arte de ensinar.”

O *bedside teaching* é essencial para ajudar os alunos a desenvolver competências, raciocínio e profissionalismo, e envolve uma tríade composta pelo aluno, pelo doente e pelo professor clínico. Num estudo no âmbito da MGF realizado por Rees, Ajjawi e Monrouxe (2013) no Reino Unido, sobre o ensino da medicina junto do doente, com estudantes de Medicina do 3º ano, concluiu-se que o poder é construído por estudantes, doentes e professores clínicos em todas as atividades dos encontros do *bedside teaching*, através do uso de comunicação linguística, para-linguística e não verbal. Em termos de linguagem, os participantes constroem o poder através do uso de perguntas, ordens, conselhos, pronomes e com um diálogo clínico convicto. Com referência à para-linguagem, os autores defendem que os participantes constroem o poder através do uso da interrupção e do riso. Relativamente à comunicação não verbal, os participantes constroem o poder através do posicionamento físico e da posse ou controle de materiais médicos, como o estetoscópio.

De acordo com nossa abordagem teórica do Interacionismo Simbólico, baseada na

69 - O *bedside teaching* tem sido definido como “uma parte das sessões clínicas em que tanto o aluno quanto o médico professor comparecem junto da cama do doente para discutir o caso e ou demonstrar um procedimento clínico” (Wojtczak, 2003). Este método oferece aos alunos a oportunidade de ver como um médico se relaciona com um doente e receber instruções supervisionadas e uma experiência de entrevistar um doente, exame físico, competências de comunicação e aconselhamento.

teoria da dramaturgia de Goffman, que ilustra como construímos e co-construímos os nossos papéis numa interação, esta aprendizagem junto do doente torna-se fundamental. Embora em Portugal exista a prática do *bedside teaching*, a sua utilização é, por diversos motivos, encarada com alguma resistência, sendo cada vez mais utilizados os centros de simulação na formação dos estudantes de Medicina (anexo 3c)).

Tradicionalmente, o ensino junto do leito, ou o *bedside teaching*, sempre foi visto como uma modalidade primária de ensino, na qual a maioria dos aspetos da prática clínica pode ser demonstrada e treinada. Este método foi amplamente utilizado nas faculdades de Medicina na primeira metade do século XX e foi estimado como representando 75% de toda a formação clínica na década de 1960, mas a recente explosão de exames de imagem e laboratoriais diminuiu o seu uso. As estimativas de hoje, relativamente ao peso do *bedside teaching*, variam entre 8% e 19% na totalidade da formação de um médico. O ensino clínico à beira do leito tem sido descrito como uma das modalidades de formação ideais, na qual as competências de anamnese e exame físico, juntamente com a atitude profissional, podem ser combinadas por forma a fornecer uma abordagem holística no processo diagnóstico e no atendimento ao doente (Peters & Cate, 2014).

O *bedside teaching* está gradualmente a desaparecer dos currículos médicos apesar de ser racionalmente necessário para a aprendizagem de certas competências clínicas, concretamente nas especialidades de cardiologia e neurologia (Peters & Cate, 2014). Os novos métodos de diagnóstico reduziram a necessidade do exame físico junto do doente. Várias razões são apontadas por Peters e Cate (2014) para este declínio, incluindo um ambiente hospitalar em mudança, com as crescentes restrições de tempo e desconforto por parte dos médicos (ver anexo 3h)). Porém, devem ser encontradas formas de superar esses obstáculos, tendo em conta que o *bedside teaching* ainda é valorizado por muitas partes envolvidas na educação médica (anexo 7a)). A valorização da medicina moderna dependerá tanto do sucesso que advém das conquistas da ciência como da sua capacidade em recentrar o objeto principal da sua ação na pessoa humana, como escreve Adalberto Campos Fernandes⁷⁰ in (Ordem dos Médicos, 2020).

70 - Adalberto Campos Fernandes, Ex-ministro da Saúde.

Resumo do Capítulo II

O contexto teórico da nossa investigação pretende preparar-nos para o caminho empírico e estabelecer os fundamentos que permitam interpretar os resultados desse caminho à luz de um enquadramento científico que consideramos adequado. A revisão cronológica do contexto histórico e humano da comunicação elucida-nos com vista ao afinamento da seleção teórica que se impõe neste estudo. Daí a importância de compreender a Grécia antiga com as suas fervilhantes sociedades, berço da democracia, onde a palavra ganhava vida e a retórica nascia na arte da persuasão, assim como salientar a sensibilidade dos romanos que souberam preservar a herança dos gregos, tendo a língua latina incorporado este contributo.

Nesta resenha cronológica do conceito de comunicação é fundamental, em nosso entender, compreender Cloutier (1975) no âmbito da organização das fases da história da comunicação humana, sumarizadas em quatro momentos: Comunicação Interpessoal, Comunicação de Elite, Comunicação de Massas e, por fim, o momento atual da Comunicação Individual.

Sendo a Comunicação Interpessoal a fase mais antiga da história da Comunicação (Cloutier, 1975), os seus estudos surgem em meados do século passado e a sua breve história tem sido enriquecida pelo contributo multidisciplinar de antropólogos, sociólogos e psicólogos. A par deste contributo multidisciplinar, a Academia tem assistido a um desenvolvimento exponencial das tecnologias de comunicação, o que promove a permanente necessidade de investigação e o surgimento de novas teorias. É, assim, um campo de estudo dinâmico multi-teórico e cumulativo, no qual as várias teorias não se confrontam, mas se complementam. As dificuldades na teorização deste campo científico levaram a que, no século passado, os seus estudos se dividissem num paradigma da ordem (pensamento americano) e num paradigma do conflito (pensamento marxista).

Deixamos claro, no nosso entender, a definição de comunicação interpessoal como um processo de interação simbólica que ocorre em contexto de interação face a face, constituído por eventos de comunicação oral e direta. Contudo, as primeiras décadas dos estudos da comunicação interpessoal tiveram focos teóricos distintos, como a comunicação

verbal e a comunicação não verbal, o contexto, o espaço ou o conteúdo da mensagem. Porém, estas teorias podem ser agrupadas em quatro grandes categorias segundo McDermott (2009): teoria do significado, teoria do motivo, teoria das mensagens e teoria do movimento das relações. Estas teorias promovem diferentes abordagens à comunicação interpessoal, como a abordagem sistémica, a abordagem micro-analítica e a abordagem simbólica. Encontrámos nestas três abordagens o conforto da amplitude na compreensão da Comunicação Interpessoal. Nas três abordagens (sistémica, micro-analítica e simbólica) procurámos o paralelismo com o momento da consulta por forma a aproximar a realidade e a teoria.

As teorias sobre o significado das relações foram aquelas que mais despertaram em nós um sentimento de identificação com o nosso estudo, por as considerarmos as mais adequadas para a interpretação do campo empírico. Littlejohn & Foss (2009, pp. 546-551) consideram que, para a interpretação do Significado das Relações, três teorias contribuem de forma complementar: o Interacionismo Simbólico, o Construtivismo e a Gestão Coordenada de Significados. Nas teorias sobre significado das relações seleccionámos o Interacionismo Simbólico, com a dramaturgia de Goffman, como a melhor estrutura interpretativa da nossa investigação. Findo o trabalho introdutório ao problema da investigação e revista a bibliografia de referência, impõe-se em seguida neste capítulo um enquadramento mais específico orientado para o contexto da comunicação em Medicina, concretamente no contexto da relação médico-doente.

Em todos os campos da Medicina a relação médico-doente é um dos pilares do ato médico preventivo e terapêutico. Esta relação implica a comunicação entre dois indivíduos dotados de profundidade psicológica e, como tal, é influenciada por múltiplos fatores intrínsecos a ambas as partes. A apreciação que os doentes fazem dos médicos depende, não só dos conhecimentos científicos e técnicos dos últimos, como também das características sociodemográficas de ambos.

A comunicação centrada na pessoa (doente) afigura-se como a mais eficaz quer em termos de satisfação do doente, quer nas repercussões positivas na terapêutica. Para esta perspetiva da centralidade do doente muito contribuiu a evolução do ensino da Medicina na última década, bem como a sofisticação do processo de gestão das unidades de saúde. A relação médico-doente não irá desaparecer com a implementação da tecnologia, mas está a

transformar-se e a adaptar-se a novos contextos. É uma relação que exige tempo a ambas as partes. Embora o doente seja cada vez mais detentor de informação, não é necessariamente detentor de conhecimento que lhe permita decidir de forma adequada. Porém, essa informação que o doente recolhe junto de outras fontes que não o médico, ajuda-o a moldar as suas expectativas e exigências relativamente à intervenção médica.

Durante a consulta presencial, a entrevista médica focada no doente reproduz o modelo de interação que investe na pessoa, de uma forma dinâmica global, uma vez que os doentes são ouvidos e percebidos de uma maneira integrada e o clínico exprime respeito, humildade e empatia. Este tipo de abordagem é desejável e aplicável em qualquer contexto clínico e em qualquer especialidade.

O estudo da comunicação constitui, assim, uma urgência que se coloca a todas as formações e que se impõe ao exercício da cidadania neste início do milénio. Qualquer observador moderadamente atento às grandes transformações sociais facilmente identifica a comunicação como um dos símbolos mais fortes do século XX, prestando-se, já neste novo século, a potenciar e a consolidar o fenómeno da globalização, cumprindo-se assim a profecia de McLuhan de que, afinal, vivemos numa “aldeia global” (Freixo, 2012).

Para se tornar numa característica ou componente essencial de um médico, a competência da comunicação entre os médicos e os doentes deve ser mais proeminente tanto no ensino curricular dos cursos de Medicina, como nas pós-graduações ou formações posteriores. Para validar este ensino, é importante definir o conteúdo dos programas curriculares de Comunicação, clarificando o que deve ser aprendido (Vermeir, et al., 2015).

Assim, para uma boa comunicação em contexto profissional, é preciso reforçar naturalmente o estudo da comunicação no âmbito de todas as formações em geral e, muito particularmente, na formação universitária, independentemente da sua especialização, aprofundando-se as competências consubstanciadas na sua dimensão funcional, exigindo-se, igualmente de todos, uma reflexão sobre a sua dimensão normativa, ou seja, o seu papel numa sociedade democrática (Freixo, 2012).

As fragilidades e os percalços do processo de comunicação interpessoal médico-doente são tantos e tão variados que os médicos não podem recorrer apenas às suas

competências inatas. Por isso, a formação sistemática e contínua destas competências deve integrar a formação de todos os médicos. No caso da MGF, um dos objetivos dos estágios no internato médico é o do treino e aperfeiçoamento das competências comunicacionais (Carrapiço & Ramos, 2012).

Atentos aos princípios de uma boa educação e formação enumerados⁷¹ por Carl Rogers (1983), assim como às entrevistas realizadas com especialistas (anexo 7), defendemos que o ensino das competências de comunicação deve guiar-se por professores com competências reais e com experiência (realismo e genuinidade), pois só assim poderá existir por parte dos médicos um sentimento de aceitação e confiança. Por fim, um outro elemento que fomenta a aprendizagem experiencial é a compreensão empática. Quando o professor tem a capacidade de compreender a reação do aluno por dentro, tem uma percepção real da forma como o processo de educação e aprendizagem é interiorizado pelo aluno, logo, a probabilidade de aprendizagem aumenta significativamente.

71 - Na abordagem centrada na pessoa, como Carl Rogers (2009) propõe, as competências relacionais constroem-se e fortalecem-se tendo por base pilares que devem estar presentes em todas as consultas. São eles: congruência – entre pensamento, atitudes, linguagem (verbal e não verbal), decisões e atos; aceitação – do doente como ele é, demonstrando isso; compreensão – genuíno interesse em compreender o doente (mesmo que não se atinja essa compreensão) e uma consideração positiva incondicional por ele.

III. PESQUISA EMPÍRICA

“As Ciências Sociais têm por base investigações empíricas porque assentam em observações que, posteriormente, poderão servir de base na argumentação e na construção de uma nova teoria”.

(Hill & Hill, 2005, p. 19).

Neste capítulo, o objetivo é incorporar os conceitos abordados no referencial teórico na pergunta de pesquisa e na definição das hipóteses ajustadas que norteiam a nossa investigação empírica. Ao longo deste trabalho de campo, percebemos que a observação do momento da consulta seria operacionalmente inexecutável no contexto da nossa problemática. A observação constitui, sem dúvida, uma importante fonte de conhecimento (Gil, 2008), mas não será um caminho privilegiado para o nosso trabalho de campo. Uma consulta é um momento íntimo, de exposição de uma debilidade pessoal, entre um médico e um doente e, por isso, dificilmente observável por uma terceira pessoa sem que haja inferências na relação médico-doente (Minayo, 1994). Assim, escolhemos estudar o fenómeno da nossa investigação através da realização de questionários, da pesquisa documental e da realização de entrevistas exploratórias a especialistas, que prepararam o trabalho de campo e orientaram a interpretação dos dados recolhidos.

Na investigação em Ciências Sociais o empirismo caracteriza-se pela análise objetiva da realidade pois utiliza métodos rigorosos. O aspeto fundamental da investigação e que assegura a sua objetividade reside nos métodos e técnicas de recolha, tratamento e análise dos dados. Enfatiza a análise quantitativa dos fenómenos sociológicos, sem aludir ao contexto da sociedade global. Desta forma, o que não for mensurável não poderá tornar-se objeto de estudo (Santos, 2013). Por esta razão, foi para nós imperioso a opção por um determinado método e a conceção de uma pergunta, sub-perguntas e o levantamento de hipóteses que permitissem a quantificação dos dados.

Definida a pergunta de partida, as sub-perguntas e as hipóteses específicas levantadas, apresentaremos o programa detalhado do trabalho empírico, bem como a

descrição das metodologias seguidas⁷². Conforme abordado anteriormente, o nosso trabalho foca-se nas competências de comunicação decorrentes da relação médico-doente no momento da consulta de MGF, o que permitiu a definição da pergunta de pesquisa desta investigação. A nossa preocupação será ser consistente com os pressupostos da definição da pergunta de investigação no contexto de uma abordagem teórica fundamentada.

Identificámos a necessidade de partir para a investigação com uma pergunta que permitisse reduzir a abrangência do campo empírico, dado que uma pergunta abrangente não permitiria encontrar o que procurávamos. A investigação em Ciências Sociais segue um procedimento análogo ao do explorador de petróleo. Não é perfurando ao acaso que este encontrará o que procura. O sucesso de um programa de pesquisa depende, pelo contrário, do procedimento seguido (Quivy & Campenhoudt, 2013).

A. Elementos Estruturantes da Metodologia

A.1. Derivação da Pergunta de Investigação na Formulação de Hipóteses

A investigação em Ciências Sociais segue um procedimento metodológico a fim de agilizar a coordenação das etapas e a coerência da pesquisa com vista à obtenção dos resultados que permitam compreender melhor os significados de um determinado fenómeno. O cerne de um procedimento metodológico é a pergunta de partida para a investigação, a qual permite especificar o que queremos saber no final do nosso trabalho.

A pergunta de partida para a investigação, apresentada no início deste documento (Cap. I, C), revelou-se um fio condutor primordial ao longo do trabalho desenvolvido. Esta tornou-se um elemento presente e, de alguma forma, dinâmico, uma vez que sofreu intervenções com o objetivo de ser ajustada aos conteúdos da revisão bibliográfica e da

72 - O Desenho Metodológico é apresentado no ponto seguinte do nosso trabalho.

informação recolhida. Bloquear a pergunta de investigação antes de ter noção de quais são os compromissos teóricos e metodológicos e as suas implicações para as nossas perguntas, poderá resultar numa resposta a outra pergunta (Maxwell J. A., 2013), razão pela qual o processo foi evolutivo, dinâmico e revelador de precisão na prossecução dos objetivos inicialmente estabelecidos.

As perguntas são um convite a uma resposta e ajudam a centrar a atenção do investigador na procura dos dados necessários para proporcionar tal resposta (Gil, 2008). Com a nossa pergunta, pretendemos incorporar os critérios qualitativos recomendados por Quivy & Campenhoudt (2013), de clareza, exequibilidade e pertinência, a fim de progredirmos nas nossas leituras e nas entrevistas exploratórias, iniciando a rutura com os preconceitos e com a ilusão da transparência (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 46). Mantemos viva ao longo do trabalho a pergunta de investigação e retomamos a sua presença no momento de partida para o trabalho de campo:

[PI] Pergunta de Investigação:

Em que medida as competências de comunicação interpessoal são exercidas pelos médicos numa consulta de Medicina Geral e Familiar?

Responder a esta pergunta de investigação implica colocar outras questões que visam aprofundar as informações e as respostas decorrentes da pergunta de partida, bem como explorar as relações entre os diferentes fenómenos abordados. Assim, detalhamos um conjunto de questões que pretendemos explorar no enquadramento do trabalho empírico por meio de uma abordagem hipotético-dedutiva.

[SP] Sub-perguntas:

[SP1] As competências de comunicação são valorizadas pelos médicos?

[SP2] As competências de comunicação são valorizadas pelos doentes?

[SP3] De que forma os médicos aplicam as suas competências de comunicação interpessoal na consulta?

[SP4] De que forma os doentes percecionam as competências de comunicação aplicadas pelos médicos na consulta?

As questões elaboradas levam-nos à formulação de hipóteses ou pressupostos que permitem o confronto com os dados recolhidos. As hipóteses fornecem o critério para a seleção desses dados. Sob as formas e processos mais variados, a investigação apresenta-se sempre como um movimento iterativo entre uma reflexão teórica e um trabalho empírico. As hipóteses constituem as charneiras deste movimento; dão-lhe a “atitude” e asseguram a coerência entre as partes do trabalho (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 120). As hipóteses por nós levantadas percorrem o confronto dos dados e a eliminação de caminhos e deduções. Almejamos assim evitar ambiguidade e, conseqüentemente, clarificar os resultados obtidos.

[H] Hipóteses:

[H1] As competências de comunicação são valorizadas e exercidas pelos médicos.

[H2] As competências de comunicação dos médicos são valorizadas e reconhecidas pelos doentes.

A pergunta de investigação, as sub-perguntas e as hipóteses estão diretamente interligadas através de um processo em desenvolvimento. Para respondermos à pergunta,

precisamos de chegar a conclusões retiradas das sub-perguntas através das hipóteses levantadas. Ou seja, não poderemos estabelecer correlações diretas entre ambas, mas sim enquadrar as sub-perguntas como um caminho intermédio que nos levará a confirmar ou infirmar as hipóteses e, conseqüentemente, a pergunta de partida para a investigação. Para tal, torna-se relevante questionar os médicos sobre as competências de comunicação ocorridas no momento da consulta, assim como questionar os doentes sobre a sua perceção e expectativas relativamente a essas mesmas competências.

A.2. Desenho Metodológico

O método de uma investigação é um caminho para se chegar a determinado fim. E o método científico o conjunto dos procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento (Gil, 2008). O nosso caminho metodológico foi um processo sujeito a uma reflexão e revisão contínuas com o objetivo de assegurar o procedimento mais adequado ao nosso trabalho. Este seria o pilar que asseguraria a qualidade dos dados recolhidos que responderiam à problemática de investigação.

Conforme foi descrito anteriormente (Cap.I. B.), optámos por métodos e procedimentos de uma pesquisa quantitativa através da elaboração de questionários a médicos e doentes. Estes serão anónimos por forma a garantir a recolha de uma informação sem condicionantes e sincera, sendo realizados por administração direta. Optámos por este caminho metodológico definido e explorado por Quivy e Campenhoudt (2013, p. 188), Hill e Hill (2005, p. 78) e Grawitz (1993, pp. 622-645), cujos trabalhos se revelaram valiosos contributos para a nossa investigação.

Previamente à realização dos questionários e a par das leituras, levámos a cabo algumas entrevistas exploratórias semi-estruturadas (anexo 7) que serviram para encontrar pistas de reflexão, ideias, hipóteses de trabalho, e não para verificar hipóteses pré-estabelecidas (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 71). As entrevistas exploratórias tiveram como função principal revelar determinados aspetos do fenómeno estudado sobre os quais não teríamos espontaneamente refletido e completar, desta forma, pistas de trabalho sugeridas.

[...] a escolha dos métodos de recolha dos dados influencia, portanto, os resultados do trabalho de modo ainda mais direto: os métodos de recolha e os métodos de análise dos dados são normalmente complementares e devem, portanto, ser escolhidos em conjunto, em função dos objetivos e das hipóteses de trabalho”

(Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 185)

A compreensão e explicação do fenómeno importa na definição do método a aplicar. O método hipotético-indutivo produz conceitos operatórios, hipóteses empíricas e um modelo mimético. O método hipotético-dedutivo produz conceitos sistémicos, hipóteses deduzidas e um modelo teórico. O primeiro é um modelo descritivo, apenas o segundo tem poder explicativo (Quivy & Campenhoudt, 2013). O método indutivo preconiza que a construção do conhecimento científico parte da observação de fatos particulares sem a influência de ideias preconcebidas, no sentido de formular e comprovar leis. A orientação vai do particular para o geral, do concreto para o abstrato, dos fatos para a teoria. No método dedutivo, as asserções são inferidas das teorias. O formalismo entende a produção do conhecimento como corolário da teoria. Vai mais longe ao preconizar a ausência de experimentação, num enquadramento de teorias auto-suficientes (Santos, 2013).

No procedimento científico com que progredimos em direção ao objetivo recorreremos ao método clássico dedutivo proposto⁷³ por Quivy e Campenhoudt (2013), visto que nele encontramos o percurso adaptado ao fenómeno por nós estudado. A construção do nosso caminho parte de um postulado (a importância de uma boa comunicação entre médico e doente na consulta), que é tido como modelo de interpretação do fenómeno estudado à luz das leituras realizadas. Este postulado gera, através de um processo lógico, hipóteses, conceitos e indicadores, deduzidos teoricamente, para os quais será necessário procurar correspondentes no trabalho empírico (questionários).

Tomando como exemplo o modelo das sete etapas de Quivy e Campenhoudt (2013), a investigação em Ciências Sociais tende a seguir um procedimento relativamente linear que envolve a definição de uma pergunta ou hipótese de partida, a revisão de literatura para a fundamentação teórica, o trabalho de campo para a verificação empírica e as conclusões. O método clássico de um procedimento científico (Quivy & Campenhoudt, 2013) é composto por três atos e sete etapas de uma investigação. O esquema da Figura 23 mostra a correspondência entre cada etapa e os atos do procedimento.

73 - O método dedutivo, de acordo com a aceção clássica, é o método que parte do geral e desce ao particular. Parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente da sua lógica. É o método proposto pelos racionalistas (Descartes, Spinoza, Leibniz), segundo os quais só a razão é capaz de levar ao conhecimento verdadeiro, que decorre de princípios *a priori* evidentes e irrecusáveis (Gil, 2008, p. 9).

O procedimento científico no trabalho de campo tem, segundo (Hill & Hill, 2005), aspetos que deveremos ter presentes, como: ter como objetivo contribuir para o conhecimento na área científica; a necessidade de escolhas ao nível do tema e das hipóteses a verificar; o planeamento dos métodos para recolha de informação; e, por fim, uma visão geral da investigação para que se possa planear a análise de dados antes de iniciar a parte empírica. Atentos a estes princípios orientadores, a investigação responderá a todas as questões e hipóteses levantadas.

Uma metodologia hipotético-dedutiva, caminho que seleccionámos para o nosso trabalho (apresentada na Figura 23), leva-nos, por etapas, à redução da dúvida na investigação, e à procura do correspondente real das hipóteses. No que respeita aos métodos de investigação analisados - o clássico de Quivy e Campenhoudt (2003) e o interativo de (Maxwell J. A., 2013) - a comunidade académica é consensual quanto às virtudes de cada um destes métodos, não sendo nenhum deles considerado melhor do que o outro enquanto ferramenta de investigação. A sua adequação dependerá, acima de tudo, do objeto da investigação e do paradigma científico da mesma.

Etapas do Método da Investigação

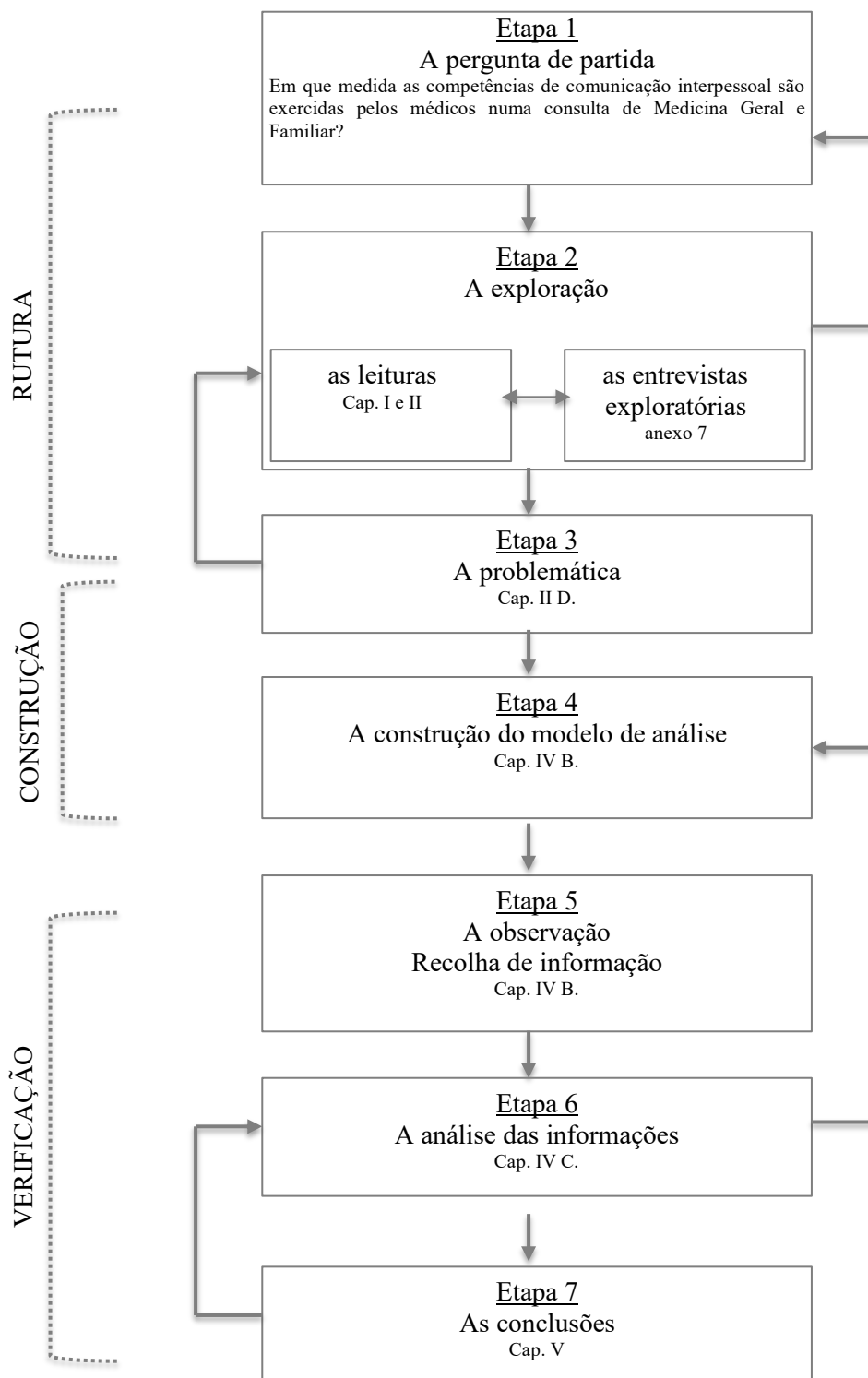


Figura 23 - Etapas do procedimento científico

Adaptado de (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 30)

B. Recolha de Dados

A recolha de dados que suportem as respostas à nossa investigação é a fase do trabalho em que depositamos maior expectativa. Para a obtenção destas repostas não basta saber quais os dados que deverão ser recolhidos, é necessário circunscrever o campo das análises empíricas no espaço geográfico-social e no tempo (Quivy & Campenhoudt, 2013). Torna-se, assim, imperativo, sermos claros ao circunscrever o campo de análise do nosso trabalho empírico. As próximas páginas descreverão o instrumento de recolha dos dados, a quem e por que meio dirigimos as nossas questões, como estas foram construídas e com que objetivo. A recolha de dados irá confirmar ou negar as questões estabelecidas e será esta confirmação ou negação que fornecerá as conclusões do trabalho empírico.

Antes de avançarmos na recolha de informação junto da nossa população-alvo, realizámos o pré-teste dos questionários. O pré-teste teve como objetivo verificar se todos as questões são de compreensão clara para os elementos da população⁷⁴. Esta etapa foi realizada com uma amostra de quinze indivíduos da população-alvo (cinco médicos e dez doentes). Algumas modificações foram necessárias na versão final do questionário. Ambos os questionários, realizados aos médicos e aos doentes, foram validados juridicamente, a fim de assegurar o cumprimento do RGDP⁷⁵ (anexo 10). Como referido no início deste capítulo, os questionários (um destinado ao médico e outro ao doente) foram realizados a ambas as populações-alvo (médicos e doentes) em Janeiro, Fevereiro e Março de 2020.

Os respondentes, médicos e doentes, preencheram o questionário *online* de forma autónoma e no seu espaço privado. Em nenhuma parte do questionário o respondente teria de se identificar, o que garantia o seu anonimato. Além da exigência de precisão, é ainda necessário que a pessoa interrogada esteja em condições de dar a resposta, que a conheça e que não esteja constrangida ou inclinada a escondê-la (Quivy & Campenhoudt, 2013, p.

74 - Do ponto de vista estatístico, uma População é o conjunto de valores de uma variável sobre a qual pretendemos tirar conclusões. Contudo, em Ciências Sociais, é usual termos apenas um valor da variável para cada caso pelo que o tamanho de uma população definida de modo estatístico é normalmente igual ao número total de casos para os quais pretendemos tirar conclusões (Hill & Hill, 2005, p. 41).

75 - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

182). Os dados de ambos os questionários - aos médicos e aos doentes - foram recolhidos através do instrumento de um questionário realizado *online* utilizando, para isso, a plataforma da Netsonda⁷⁶, garantindo, desta forma, a celeridade do processo e a sua acuidade a nível de amostragem, bem como a qualidade dos dados recolhidos.

A decisão de recolha de dados através de um questionário foi sólida desde o início do processo da modelização da investigação. Porém, o ambiente (real ou virtual) em que o questionário foi realizado foi-se tornando mais evidente com o avançar da revisão da literatura e das entrevistas exploratórias. Nas perguntas realizadas nas entrevistas exploratórias (ver anexo 7), as exigências são distintas; não se procurou responder às perguntas ou hipóteses levantadas mas sim aos objetivos da investigação, bem como sustentar pistas da revisão da literatura.

Entendemos avançar com os questionários em ambiente *online* pelas vantagens que este meio apresenta. Entre as vantagens do ambiente virtual para recolha da informação destacamos: a possibilidade de captar respondentes de diversas regiões geográficas com um baixo custo; a capacidade de imparcialidade e anonimato, não expondo os respondentes à influência do entrevistador; a comodidade de os respondentes acederem ao questionário no momento que lhes é mais apropriado; a possibilidade de o investigador realizar o questionário a vários participantes em simultâneo; o registo dos dados ser inserido eletronicamente e automaticamente transformada a informação recolhida em base de dados; a eliminação dos erros (cometidos pelos próprios inquiridos) e dos gastos com a inserção ou transcrição dos dados; e a possibilidade de o investigador controlar o número de questionários preenchidos em tempo real (Faleiros, et al., 2016). Considerámos igualmente como fator decisório a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação (Quivy & Campenhoudt, 2013). As desvantagens de o questionário ser realizado em ambiente virtual foram igualmente observadas com o intuito de minimizar o seu impacto no processo de recolha dos dados.

76 - A Netsonda é uma empresa de estudos de mercado operando diretamente em Portugal e Espanha, membro da APODEMO, e com a sua Direção Técnica membro da ESOMAR – *World Association of Research Professionals*.

Procurando minimizar as limitações inerentes à utilização do questionário, designadamente o facto de a recolha de dados ser feita por administração direta, via *online*, inviabilizando dessa forma a supressão de falhas interpretativas por ambas as partes (Ghiglione & Matalon, 1992), e para evitar a baixa taxa de respostas associada (Marconi & Lakatos, 2017), foram adotados os seguintes procedimentos: no cabeçalho dos questionários (anexos 11 e 12) foi inserido um texto explicativo dos propósitos da investigação; foi disponibilizado um endereço eletrónico que poderia ser utilizado pelos inquiridos para eventual esclarecimento adicional; no final do questionário, era solicitado ao respondente que identificasse alguma dificuldade que tivesse ocorrido durante o preenchimento do mesmo. O questionário foi enviado através de uma hiperligação, para preenchimento *online*, a uma amostra da população-alvo e o seu preenchimento decorreu durante os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2020. Em meados do mês de Março de 2020 deu-se por concluído o processo de recolha dos questionários, uma vez que o início da pandemia do novo corona vírus veio impossibilitar o contacto com os médicos e a sua disponibilidade de colaboração numa investigação académica.

B.1. Questionários

Com o atual interesse pela área da saúde no seio da Academia e no seio da sociedade, as organizações internacionais têm desenvolvido instrumentos de recolha de informação importantes e de grande aplicabilidade (Coluci, Alexandre, & Milani, 2015). O instrumento de recolha dos dados selecionado para a presente investigação foi o inquérito por questionário, uma vez que se trata de um estudo quantitativo que visa testar, caracterizar e descrever uma sub-população e estimar determinadas grandezas no seu comportamento em interação (Ghiglione & Matalon, 1992). Para além das vantagens enumeradas no ponto precedente, o questionário permite: economia de tempo; a obtenção de um maior número de observações; uma maior veracidade nas respostas por via da sua confidencialidade e anonimato (vital para a nossa investigação, como já explicado anteriormente); assegura a ausência de distorções originadas pela intervenção do

investigador e pode ser objeto de análise automatizada. Também lhe são reconhecidas algumas limitações, designadamente a possibilidade de a percentagem de respostas aos questionários ser reduzida e a dificuldade inerente ao controlo e verificação dos condicionalismos em que os questionários foram preenchidos (Marconi & Lakatos, 2017)

“O inquérito por questionário de perspectiva sociológica distingue-se da simples sondagem de opinião pelo facto de visar a verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem. Por isso estes inquéritos são geralmente muito mais elaborados e consistentes do que as sondagens.”

(Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 188)

Os questionários são instrumentos integrantes da prática clínica, da avaliação e de pesquisas em saúde. Estes instrumentos exercem grande influência nas decisões sobre o cuidado, tratamento e ou intervenções na formulação de programas de saúde e de políticas institucionais (Coluci, Alexandre, & Milani, 2015). Ao longo da construção do nosso questionário, com o intuito de garantir a sua consistência, estabelecemos contactos com especialistas distintos, desde médicos, investigadores, especialistas em estudos de mercado e doentes. Vários autores⁷⁷ são unânimes na preferência por uma adaptação cultural de questionários previamente desenvolvidos e validados em outros idiomas, em detrimento da elaboração de novos instrumentos, por forma a agilizar a troca de informação e a divulgação do conhecimento entre a comunidade científica. O desenvolvimento integral de um novo instrumento de recolha de informação em saúde é complexo, consome vários recursos e requer a mobilização de competências e de conhecimentos de diversas áreas (Streiner & Norman, 2008).

Nas sociedades ocidentais, o momento da consulta e as competências de comunicação de um médico são idênticos de país para país. Os problemas e as entropias da comunicação em saúde são transversais a países com culturas organizacionais distintas (Walshe & Shotell, 2004). No delineamento das perguntas dos questionários a realizar aos médicos e aos doentes, considerámos, a nível nacional os estudos, no âmbito da consulta,

77 - (Coluci, Alexandre, & Milani, 2015), (Alexandre & Guirardello, 2002), (Hutchinson, Bentzen, & Konig-Zanhn, 1996).

realizados por Carrapiço & Ramos (2012) e, ao nível internacional, a ampla investigação de Silverman, Kurtz, & Juliet (2013). Estes autores serão uma referência na definição das dimensões em análise nos questionários e na construção dos mesmos.

Decidimos, assim, aplicar ao questionário por nós desenvolvido, destinado a médicos e doentes, a Grelha de Entrevista numa consulta médica de Cambridge-Calgary (anexo 4) como referência das práticas já recomendadas pela comunidade científica⁷⁸.

O questionário desenvolvido no âmbito do nosso trabalho, a partir da grelha de Cambridge-Calgary, foi adaptado em duas versões: uma, com um questionário dirigido aos médicos de MGF (anexo 11) e outra, com um questionário dirigido aos doentes de MGF (anexo 12). Os itens estão estruturados de igual forma e os dados a recolher são os mesmos, porém, as questões são colocadas por forma a estarem adaptadas ao respondente no seu perfil sociocultural, assim como a questões mais específicas só orientadas para aquele perfil em estudo. Por exemplo, aos médicos é colocada uma questão sobre a faculdade de Medicina em que se formaram, enquanto aos doentes se coloca uma questão sobre a frequência nos últimos cinco anos da consulta de MGF. Nem uma nem outra questão se poderiam aplicar em simultâneo a médicos e doentes, contudo, ambas as questões são fundamentais para responder às perguntas e hipóteses da investigação. Procurando a coerência entre os dois instrumentos, desenvolvemos uma grelha de correspondência entre as questões orientadas para os médicos e as questões orientadas para os doentes (ver Tabela 12).

As questões colocadas no questionário aos médicos procuram uma correspondência às questões colocadas no questionário aos doentes, a qual visa a interpretação comparativa da mesma problemática na perspetiva de ambos os lados (médicos e doentes). A divergência ou convergência das respostas será indicadora do fosso existente entre ambas as partes no momento da consulta. A seleção das questões adaptadas, inseridas no contexto teórico revisto, pretende responder às perguntas de investigação, assim como afirmar ou

78 - A pesquisa na literatura junto às bases de dados nacionais e internacionais é geralmente utilizada como principal recurso nas pesquisas de desenvolvimento de instrumentos de medidas. Esta estratégia visa dar conhecimento ao investigador quanto aos instrumentos que já existem. A utilização de instrumentos existentes também é apontada como um recurso útil, pois, na maioria das vezes, os elementos que os compõem já foram testados quanto às suas qualidades psicométricas (Streiner & Norman, 2008)

infirmar as hipóteses levantadas. O inquérito por questionário de perspectiva sociológica visa a verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem (Quivy & Campenhoudt, 2013).

Os médicos e os doentes, de MGF, são a nossa população-alvo nesta pesquisa. A definição da população-alvo serve para justificar a relevância da criação de um instrumento específico de recolha de dados (Coluci, Alexandre, & Milani, 2015). Escolhemos, por esse motivo, o questionário *online* anónimo (sem identificação do respondente), por administração direta, por este apresentar características de maior privacidade na resposta e, por isso, com maior grau de acuidade na informação recebida. O questionário a médicos *online* facilita, igualmente, a divulgação do mesmo entre pares, procedimento característico na construção de uma amostra por bola de neve⁷⁹. A escolha da metodologia para constituição da amostra é, na realidade, bastante teórica, visto que, na maior parte das vezes, uma das soluções se impõe naturalmente em função dos objetivos da investigação (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 160). A não observação da consulta prende-se com a constatação que a presença adicional de indivíduos nas consultas altera o foco da interação médico-doente (Bristowe & Patrick, 2012); a confidencialidade e a autonomia no processo de recolha de dados foram, para nós, duas condições que garantiriam um maior rigor na informação a recolher e estão subjacentes no decurso de toda a investigação.

79 - O critério da amostra por conveniência é caracterizado pela seleção de um grupo aleatório de participantes que, após participarem na pesquisa, identificam outros indivíduos pertencentes à mesma população-alvo (Salganik & Heckathorn, 2004). A conveniência possibilita a operacionalidade da recolha de informação, mas impõe à análise dos dados menor poder explicativo; por não corresponder a um critério estatístico, não deverá ser generalizada a uma população, por serem pautadas na conveniência, limitam a replicabilidade, na medida em que há um viés de seleção.

GRELHA DE CORRESPONDÊNCIA

ENTRE OS QUESTIONÁRIOS AOS MÉDICOS E AOS DOENTES

Q. Nº	Questionário aos <u>Médicos</u>	Q. Nº	Questionário aos <u>Doentes</u>
1	Género: masculino/feminino.	1	Género: masculino/feminino.
2	Grupo etário	2	Grupo etário
3	Concelho do local de trabalho:	3	Concelho de residência:
4	Curso de Medicina da Faculdade:	4	Habilitações Académicas:
5	Qual a sua especialidade?		sem correspondência
6	Teve alguma formação em Comunicação, durante o curso de medicina ou posteriormente?		sem correspondência
	sem correspondência	5	Nos últimos 5 anos, foi a alguma consulta de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar (fora do serviço nacional de saúde)?
	sem correspondência	6	Tem por hábito ir ao médico de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar?
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>INDIQUE, POR FAVOR, COM QUE FREQUÊNCIA SE IDENTIFICA COM AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES: (utilize a escala: 1= Nunca ... 7: Sempre)</p> </div>			
7		7	
a	Antes da Consulta começar, foco a minha atenção e preparo-me para esta consulta.	a	Preparo-me para a consulta, definindo as perguntas que irei fazer e recolhendo a informação/ exames/ relatórios que possam ajudar o médico na sua análise.
b	Quando o doente entra, cumprimento-o tratando-o pelo nome.	b	Quando entro no consultório, o médico cumprimenta-me tratando-me pelo meu nome?
c	Identifico os problemas ou questões que trazem o doente à consulta com uma pergunta aberta.	c	No início da consulta o médico faz-me uma pergunta para saber o motivo de eu estar ali.
d	Oiço atentamente o doente sem o interromper.	d	O médico ouve-me atentamente sem me interromper.
e	Encorajo o doente a contar o historial do seu problema/questão.	e	O médico pede-me para contar o historial do meu problema/questão.
f	Facilito as respostas do doente, de forma verbal, quando este explica o seu problema.	f	Durante a consulta, o médico ajuda-me a explicar o meu problema.
g	Evito as palavras e conceitos técnicos/jargões.	g	O médico nas suas explicações utiliza palavras e expressões complicadas que nem sempre compreendo.

h	Estabeleço datas e prazos para os passos/consultas seguintes.	h	O médico define datas e prazos para os passos/consultas seguintes.
i	Uso palavras e comentários concisos e fáceis de compreender.	i	O médico utiliza palavras e comentários curtos e fáceis de compreender.
j	Sumarizo a informação depois do doente falar, confirmando que compreendi bem todas as questões.	j	Sempre que eu falo o médico resume o que eu disse, para ter a certeza que compreendeu o que eu disse.
8	Durante a consulta, para comunicar com o doente uso: <ul style="list-style-type: none"> • Contacto visual • Expressão facial • Volume de voz • Entoação • Postura corporal • Gestos 	8	Durante a consulta, o médico para comunicar consigo uso: <ul style="list-style-type: none"> • Contacto visual • Expressão facial • Volume de voz • Entoação • Postura corporal • Gestos
9	Durante a consulta, excluindo o momento da prescrição da receita, escrevo notas: <ul style="list-style-type: none"> - à mão. – no computador. 	9	Durante a consulta, excluindo o momento da prescrição da receita, o médico escreve notas: <ul style="list-style-type: none"> - à mão. – no computador.
10	Na sua interação com o doente, expressa: <ul style="list-style-type: none"> • Preocupação • Compreensão • Vontade de ajudar 	10	O médico, ao longo da consulta, manifesta sobre o seu problema: <ul style="list-style-type: none"> • Preocupação • Compreensão • Vontade de ajudar
11	Partilha a sua opinião com o doente por forma a encorajá-lo na terapêutica?	11	O médico partilha consigo a opinião dele sobre o tratamento a seguir?
12	Organiza a explicação que vai dar ao doente?		sem correspondência
13	No final da consulta, usa a repetição, como resumo, para reforçar a informação?	12	No final da consulta, o médico resume toda a informação que já lhe tinha dado ao longo da consulta?
14	Verifica se o doente percebeu a sua explicação?	13	O médico, no final da consulta, verifica se percebeu a explicação que ele lhe tinha dado ao longo da consulta?
15	Verifica se o doente aceitou a sua prescrição?	14	O médico confirma consigo se aceitou fazer o tratamento que ele lhe prescreveu?
16	Quando comunica com o doente, tem em consideração: <ul style="list-style-type: none"> • O seu estilo de vida • As suas crenças • A sua estrutura cultural e socioeconómica. 	15	Quando o médico fala consigo tem em consideração: <ul style="list-style-type: none"> • O seu estilo de vida • As suas crenças • A sua estrutura cultural e socioeconómica.
17	Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação, médico-doente, tem influência na satisfação do doente?	16	Considera que uma consulta com uma boa comunicação e uma boa relação com o médico tem influência na sua satisfação?

18	Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação, médico-doente, tem influência no retorno (nova consulta) do doente?	17	Considera que, se ficar satisfeito com a forma como o médico falou consigo e com a relação que se estabeleceu, isso poderá influenciar a sua escolha por este médico, caso seja necessária, uma nova consulta?
	sem correspondência	18	Após sair da consulta... <ul style="list-style-type: none"> • Cumpre as recomendações do médico? • Fica satisfeito e motivado pela forma como o médico comunicou consigo? • Recomenda o médico a um amigo?
19	Quais as características que considera mais importantes no desempenho da sua profissão? Utilize a seguinte escala: 1= Nada importante. 7=Muito importante <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de diagnóstico • Disponibilidade para ouvir o doente • Criar uma relação de parceria com o doente • Experiência • Explicar bem os problemas ao doente • Reputação • Simpatia. 	19	Quais as características que considera mais importantes no desempenho do médico, no momento da consulta? Utilize a seguinte escala: 1= Nada importante. 7=Muito importante <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de diagnóstico • Disponibilidade para ouvir o doente • Criar uma relação de parceria com o doente • Experiência • Explicar bem os problemas ao doente • Reputação • Simpatia.

Tabela 12 - Grelha de correspondência entre Questionário a Médicos e Questionário a Doentes.

Na construção dos nossos questionários não tivemos apenas em conta os modelos já existentes. Para a sua elaboração, foram cruciais as reuniões prévias de debate com médicos e doentes de MGF, que configuraram uma abordagem mais local, culturalmente, e técnica, pela experiência operacional detida. O contributo de especialistas (anexo 7) para o trabalho empírico a realizar foi um elo importante entre a ciência e a sociedade. A opinião de especialistas é um recurso bastante utilizado e tem uma influência considerável na criação de potenciais elementos para a investigação e recolha de dados (Streiner & Norman, 2008). De entre as diferentes categorias de interlocutores apontadas por Quivy & Campenhoudt (2013), optou-se pela entrevista de especialistas, como testemunhas privilegiadas que são. Ou seja, pessoas que pela sua posição e responsabilidades profissionais têm um conhecimento aprofundado do problema.

Na estruturação do questionário, seguimos o princípio da organização por ordem lógica dos itens das questões, correspondente ao desenrolar da consulta. O desenrolar das

questões ao logo do questionário foi, sempre que possível, construído partindo da questão mais geral até à mais específica. A elaboração dos itens obedeceu às indicações postuladas por Hill & Hill (2005), nomeadamente no que diz respeito aos requisitos para um bom questionário, tais como a objetividade, a simplicidade, a relevância, e a clareza dos itens, sendo também fundamental especificar primeiro em detalhe os objetivos da investigação, as hipóteses, as escalas de resposta das perguntas do questionário e os métodos para analisar dados.

Os questionários aos médicos e aos doentes (anexos 11 e 12) foram construídos observando as etapas da consulta (ver Figura 24). Contudo, realizou-se previamente a recolha e identificação das características dos casos, onde são realizadas um conjunto de perguntas que solicitam informação, como o género, a idade, local de residência ou trabalho, entre outros, com a qual descreveremos os casos ou respondentes. De seguida, as perguntas estão colocadas e são relativas à ordem das etapas da consulta. Para escolher as características relevantes para o nosso questionário, tivemos em conta os seguintes aspetos: as características devem considerar as necessidades das hipóteses da investigação, assim como a descrição e caracterização da natureza da amostra.

Os questionários são compostos por dezanove perguntas fechadas, de escolha múltipla, cujas respostas obedecem a uma escala, e o seu preenchimento demora aproximadamente seis minutos. Em relação à quantidade de itens de um questionário, esta é uma questão não consensual. Contudo, vários autores⁸⁰ sugerem que a representação de um constructo é conseguida com uma quantidade de, aproximadamente, vinte itens. Além da construção dos itens/questões, foi imprescindível o desenvolvimento e escolha de um método para obtenção das respostas. As escalas de respostas aos itens podem assumir muitas formas e a escolha do método deve ser determinada pela natureza da pergunta realizada. Recorremos a escalas nominais e de intervalo para a caracterização sociodemográfica dos respondentes e a escalas ordinais para todas as outras perguntas que recolhem a informação dos itens em questão. Assim, de entre as técnicas utilizadas para a

80 - Pasquali (1998), Cardoso, Bandeira, Ribeiro, Oliveira, & Caiaffa (2011).

formulação de escalas ordinais de resposta, escolhemos as escalas tipo Likert⁸¹, por apresentarem uma consistência psicométrica nas métricas e por ser um modelo consensualmente utilizado por investigadores no estudo de comportamentos e atitudes nas ciências humanas.

Os pressupostos metodológicos que orientaram a investigação empírica encontram-se detalhados para consulta no anexo 9. Neste documento, encontram-se definidos os seguintes elementos: método de abordagem, método de procedimento, técnica de investigação, escalas de medidas, tipo de inquérito, forma de aplicação, método de amostragem, população de referência, dimensão da amostra e metodologia operacional.

B. 1.1. Dimensões em Análise

A definição das dimensões teóricas de análise na investigação empírica contribui para a arquitetura clara e analítica da informação a recolher no questionário. As dimensões ou variáveis de análise no questionário foram desenhadas com base na nossa revisão da literatura e foram considerados, para a sua conceção, os objetivos da investigação empírica, pergunta de partida, sub-perguntas e hipóteses.

A conceptualização do questionário passa por um processo de operacionalização dos conceitos revistos no enquadramento teórico da nossa investigação. Na conceptualização, procuramos definir os conceitos, precisando as suas componentes, dimensões e indicadores, visando, assim, tornar o conceito observável. Este processo construtivo caminha do mais abstrato (conceito), ao mais concreto (indicadores).

Ao longo da evolução da consulta, ocorrem naturalmente cinco etapas sequenciais (Figura 24) que estruturam a consulta. Por outro lado, cada etapa permite que se construa uma relação entre o médico e o doente, e é esta relação que cimenta todas as etapas da

81 - Uma escala tipo *Likert* é composta por um conjunto de frases (itens) em relação a cada uma das quais se pede ao sujeito que está a ser avaliado para manifestar o grau de concordância desde o *discordo totalmente* (nível 1), até ao *concordo totalmente* (nível 5, 7 ou 11). Mede-se a atitude do sujeito somando, ou calculando a média, do nível selecionado para cada item (Cunha, 2007).

consulta. As dimensões do questionário são, assim, uma estruturação do processo comunicacional que ocorre ao longo das diferentes etapas da consulta, à exceção da etapa do exame físico que, conforme já explicámos, terá outros critérios de formulação e que não é abordada na nossa investigação.

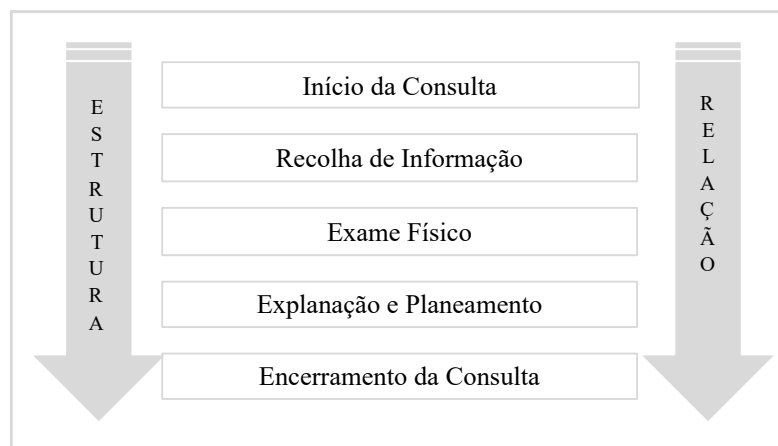


Figura 24 – Etapas da entrevista na consulta.

Adaptado de Silverman (2013).

As dimensões do questionário (ver Tabela 13) estruturam a informação a recolher e a análise da mesma num contexto teórico revisto nesta investigação, em capítulos anteriores. Trata-se, assim, de um processo interativo: uma dimensão é estruturada em indicadores de análise que permitem caracterizar a respetiva dimensão. Na conceptualização do questionário e nas suas dimensões, predefinimos uma estrutura com quatro categorias: modalidades da comunicação efetiva, comunicação verbal e não verbal, comunicação afetiva e dos efeitos. A revisão aprofundada de cada dimensão pode ser encontrada no capítulo anterior, onde os autores referenciados conceptualizam nas suas obras as dimensões e os indicadores em baixo mencionados.

A primeira etapa da comunicação na consulta é enquadrada numa dimensão efetiva, na perspetiva dos efeitos que contribuem para uma maior eficácia dos objetivos da consulta, porque nela ocorre a fase de preparação que tem como objetivo a orientação e

concentração do médico sobre o doente com o qual se iniciará a consulta (ver Tabela 14). A fase introdutória na comunicação médico-doente é fundamental para uma comunicação eficaz, uma vez que resolve determinadas incertezas e ansiedades que bloqueiam o processo de comunicação. Esta etapa da preparação e focus ultrapassa questões comuns, embora importantes, como a cortesia e o respeito. Um estudo⁸² sobre as perceções dos médicos de MGF no que respeita aos seus erros clínicos demonstrou que a pressa e a distração eram as causas mais comuns que os médicos reconheciam como indutores dos seus erros clínicos (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013). As competências patentes nesta fase da consulta influenciam três objetivos da comunicação médica – precisão, eficiência e apoio – que são atingidos ao longo da entrevista (Silverman, 2009).

Os aspetos da comunicação verbal e não verbal enquadram-se na segunda dimensão e estruturam a entrevista médica. Nesta dimensão ocorre a recolha da informação, onde se consolidam os objetivos da comunicação já descritos – precisão, eficiência e apoio. Estes objetivos na recolha de informação não se atingem apenas com um interrogatório ao doente, mas com a colocação a este de perguntas abertas e escutando-o. A colocação de uma pergunta aberta demonstra foco no doente, embora esta deva estar limitada ao contexto da consulta por forma a não se perder o seu fio condutor. Nesta dimensão verbal, o questionário foca-se na mensagem. As mensagens verbais são mais eficazes na comunicação de informações sensíveis e na transmissão de ideias e conhecimentos. Por outro lado, a comunicação não verbal é o caminho mais competente para comunicar as nossas atitudes, emoções e afetos, para expressar a forma como nos apresentamos e como nos relacionamos (Agostinho *et al* 2010).

Na dimensão afetiva procuramos, através do questionário, compreender questões relacionadas com a empatia na relação médico-doente, como a parceria, o suporte, o respeito, entre outras perceções. Esta análise da dimensão afetiva, por nós abordada, desenvolve-se ao nível da valorização sensível e compreensiva da situação ou sentimentos do outro (doente) e da comunicação desse entendimento ao doente de forma solidária, construtiva e motivadora.

82 - Perceived causes of family physicians' errors (Ely *et al* 1995)

DIMENSÕES E INDICADORES DE ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

DIMENSÃO	INDICADORES	BIBLIOGRAFIA
Comunicação Efetiva	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação, Organização, Planeamento 	(Kurtz & Silverman, 1996)
Comunicação Verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento, Identificação do Problema. • Encorajar e Facilitar. • Explicação, Interação, Envolvimento. <ul style="list-style-type: none"> • Clareza • Assertividade • Pertinência • Conteúdo • Forma • Esclarecimento • Conhecimento • Compreensão 	(Birdwhistell, 2010) (Blumer, 1986) (Cardoso R. M., 2012) (Cloutier, 1975) (Hall E. T., 1994) (Goffman E. , 1993) (Hall E. T., 1994) (Kurtz & Silverman, 1996)
Comunicação Não Verbal Comunicação Afetiva	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir, Interagir, Registrar. <ul style="list-style-type: none"> • Contacto visual • Expressão facial • Expressão corporal • Expressão voz • Interesse • Compreensão • Parceria • Suporte • Respeito • Disponibilidade • Empatia 	(Pearce & Pearce, 2000) (Hall E. T., 1994) (Goffman E. , 1993) (Kurtz & Silverman, 1996) (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015)

Efeitos da Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia • Satisfação • Retorno • Valorização 	(Kurtz & Silverman, 1996) (Cloutier, 1975) (Cardoso R. M., 2012)
------------------------	---	--

Tabela 13 – Dimensões e indicadores de análise dos Questionários.

As questões dos questionários, tanto dos médicos como dos doentes, que compreendem a dimensão dos efeitos, relacionam-se com as consequências na relação médico-doente e no ato médico em si. Ou seja, as competências aplicadas ao encerramento da consulta permitem que os doentes se sintam confortáveis com um plano mutuamente acordado, sejam elucidados sobre o que acontecerá a seguir e prossigam com mais confiança. Estas competências de encerramento permitem, igualmente, aos médicos, começar com maior eficácia e começar a consulta seguinte sem assuntos pendentes que perturbem a sua concentração ou causem qualquer ansiedade. Organizar o fecho de uma consulta é um pré-requisito para o médico focar a sua atenção na seguinte (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013). Nas tabelas 14 e 15 enquadrámos as questões dos questionários aos médicos e aos doentes, respetivamente, a fim de clarificar a estrutura de ambos os questionários realizados.

DIMENSÕES ESTRUTURANTES DO QUESTIONÁRIO PARA **MÉDICOS** E RESPECTIVAS QUESTÕES

DIMENSÃO COMUNICACIONAL
Comunicação Efetiva
<p>Q 7.a.: Antes de a consulta começar, foco a minha atenção e preparo-me para esta consulta.</p> <p>Q 7.h.: Estabeleço datas e prazos para os passos/consultas seguintes.</p> <p>Q 12: Organiza a explicação que vai dar ao doente?</p>

Comunicação Verbal
<p>Q 7.b.: Quando o doente entra, cumprimento-o tratando-o pelo nome.</p> <p>Q 7.c.: Identifico os problemas ou questões que trazem o doente à consulta com uma pergunta aberta.</p> <p>Q 7.e.: Encorajo o doente a contar o historial do seu problema/questão.</p> <p>Q 7.f.: Facilito as respostas do doente, de forma verbal, quando este explica o seu problema.</p> <p>Q 7.g.: Evito as palavras e conceitos técnicos/jargões.</p> <p>Q 7.i.: Uso palavras e comentários concisos e fáceis de compreender.</p> <p>Q 7.j.: Sumarizo a informação depois do doente falar, confirmando que compreendi bem todas as questões.</p> <p>Q 11: Partilha a sua opinião com o doente por forma a encorajá-lo na terapêutica?</p> <p>Q 13: No final da consulta usa a repetição, como resumo, para reforçar a informação?</p> <p>Q 14: Verifica se o doente percebeu a sua explicação?</p> <p>Q 15: Verifica se o doente aceitou a sua prescrição?</p> <p>Q 16: Quando comunica com o doente tem em consideração: o seu estilo de vida; as suas crenças; a sua estrutura cultural e socioeconómica.</p>
Comunicação Não Verbal
<p>Q 7.d.: Oiço atentamente o doente sem o interromper.</p> <p>Q 8: Durante a consulta, para comunicar com o doente usa: Contacto visual; Expressão facial; Volume da voz; Entoação da voz; Postura corporal; Gestos.</p> <p>Q 9: Durante a consulta, excluindo o momento da prescrição da receita, escreve notas: à mão; no computador.</p>
Dimensão Afetiva
<p>Q 10: Na sua interação com o doente expressa: Preocupação; Compreensão; Vontade de ajudar.</p>
Dimensão dos Efeitos
<p>Q 17: Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação, médico-doente, tem influência na satisfação do doente?</p> <p>Q 18: Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação, médico-doente, tem influência no retorno (nova consulta) do doente?</p> <p>Q 19: Quais as características que considera mais importantes no desempenho da sua profissão? Capacidade de diagnóstico; Disponibilidade para ouvir o doente; Criar uma relação de parceria com o doente; Experiência; Explicar bem os problemas ao doente; Reputação; Simpatia.</p>

Carácter introdutório: Características dos Casos.
Q: 1; 2; 3: Recolha de dados sociodemográficos: Idade, Sexo, Habilitações Académicas, e Local (distrito) de trabalho.
Q: 4; 5: Faculdade do Curso de Medicina e especialidade.
Q 6: Teve alguma formação em Comunicação, durante o curso de Medicina ou posteriormente?

Tabela 14 - Dimensões estruturantes do questionário para médicos e respetivas questões.

DIMENSÕES ESTRUTURANTES DO QUESTIONÁRIO PARA **DOENTES** E RESPECTIVAS QUESTÕES

DIMENSÃO COMUNICACIONAL
Comunicação Efetiva
<p>Q 7.a.: Preparo-me para a consulta definindo as perguntas que irei fazer e recolhendo a informação/ exames/ relatórios que possam ajudar o médico na sua análise.</p> <p>Q 7.h.: O médico definiu datas e prazos para os passos/resultados seguintes.</p>
Comunicação Verbal
<p>Q 7.b.: Quando entro no consultório, o médico cumprimenta-me tratando-me pelo meu nome?</p> <p>Q 7.c.: No início da consulta, o médico faz-me uma pergunta para saber o motivo de eu estar ali.</p> <p>Q 7.e.: O médico pede-me para contar o historial do meu problema/questão.</p> <p>Q 7.f.: Durante a consulta, o médico ajuda-me a explicar o meu problema.</p> <p>Q 7.g.: O médico, nas suas explicações, utilizou palavras e expressões complicadas que nem sempre compreendo.</p> <p>Q 7.i.: O médico utiliza palavras e comentários curtos e fáceis de compreender.</p> <p>Q 7.j.: Sempre que eu falo, o médico resume o que eu disse, para ter a certeza que compreendeu o que eu disse.</p> <p>Q 11: O médico partilhou consigo a opinião dele sobre o tratamento a seguir?</p> <p>Q 12: No final da consulta, o médico resumiu toda a informação que já lhe tinha dado ao longo da consulta?</p> <p>Q 13: O médico, no final da consulta, verifica se percebeu a explicação que ele lhe tinha dado ao longo da consulta?</p> <p>Q 14: O médico confirma consigo se aceitou fazer o tratamento que ele lhe prescreveu?</p> <p>Q 15: Quando o médico fala consigo tem em consideração: o seu estilo de vida; as suas crenças; a sua estrutura cultural e socioeconómica.</p>

Comunicação Não Verbal
<p>Q 7.d.: O médico ouviu-me atentamente sem me interromper.</p> <p>Q 8: Durante a consulta, o médico, para comunicar consigo usou: Contacto visual; Expressão facial; Volume de voz; Entoação da voz; Postura corporal; Gestos.</p> <p>Q 9: Durante a consulta, o médico, escreveu notas: à mão; no computador?</p>
Dimensão Afetiva
<p>Q10: O médico, ao longo da consulta, manifesta sobre o seu problema: Preocupação; Compreensão; Vontade de o ajudar.</p>
Dimensão dos Efeitos
<p>Q16: Considera que uma consulta com uma boa comunicação e uma boa relação com o médico tem influência na sua satisfação?</p> <p>Q17: Considera que se ficar satisfeito com a forma como o médico falou consigo e com a relação que se estabeleceu, isso poderá influenciar a sua escolha deste médico caso seja necessária uma nova consulta?</p> <p>Q18: Após sair da consulta: Cumpre as recomendações do médico; Fica satisfeito e motivado pela forma como médico comunica consigo; Recomenda este médico a um amigo.</p> <p>Q19: Quais as características que considera mais importantes no desempenho do médico, no momento da consulta? Capacidade de Diagnóstico; Disponibilidade para ouvir o doente; Criar uma relação de parceria com o doente; Experiência; Explicar bem os problemas ao doente; Reputação; Simpatia.</p>
<p>Carácter introdutório: Características dos Casos.</p>
<p>Q: 1; 2; 3; 4: Recolha de dados sociodemográficos: Idade, Género, Habilitações Académicas, e Zona de residência.</p> <p>Q 5: Nos últimos 5 anos, foi a alguma consulta de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar (fora do Serviço Nacional de Saúde)?</p> <p>Q 6: Tem por hábito ir ao médico de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar?</p>

Tabela 15 - Dimensões estruturantes do questionário para doentes e respetivas questões.

B.1.2. Constituição da Amostra

A investigação em Ciências Sociais abrange, geralmente, um universo tão vasto de elementos que se torna impossível considerá-los na sua totalidade. O conceito de universo ou população, neste contexto, é o conjunto de elementos que possuem determinadas características. Por essa razão, a dimensão do universo, quando não é possível estudar a totalidade dos elementos, por ter uma dimensão muito ampla, estuda-se apenas uma parte, uma amostra. É muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo. A amostra compreende o subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população (Gil, 2008, p. 89).

O nosso universo de médicos e doentes de MGF apresenta-se bastante alargado. Temos, aproximadamente, oito milhões de portugueses com 18 e mais anos e oito mil médicos de MGF⁸³, sendo que se estima que apenas 30% trabalhe em exclusividade no setor público, o que remete para um número estimado de 5600 médicos de MGF a trabalhar no setor privado da saúde. Desta forma, configurou-se necessário tomar decisões relativamente ao universo dos doentes e médicos de MGF e à constituição de cada amostra para cada população em estudo.

A investigação implica sempre recolha de informação, dados. A recolha de informação incide sobre os elementos intervenientes na problemática em estudo. Em Ciências Sociais é vulgar designar como casos as pessoas singulares, famílias, empresas, concelhos, ou outro tipo de entidade sobre a qual o investigador quer retirar conclusões (Hill & Hill, 2005). O conjunto dos casos sobre os quais pretendemos recolher dados formam o universo ou população em estudo. O objetivo da investigação é compreender o processo comunicacional durante a consulta médica, pelo que a natureza e a dimensão do universo em análise são definidas pelos “casos” que intervêm nesse processo, ou seja, médicos e doentes de MGF. A representação desse universo é constituída pela amostra, um número mais reduzido de casos, mas representativo do universo e que permite a extrapolação dos resultados aplicados ao universo em referência.

83 - Fonte: Pordata

Nesta investigação, trabalhámos com duas amostras: uma representação do universo de doentes de MGF e outra representação do universo de médicos de MGF, do sector privado. As amostras foram contruídas por métodos diferentes com o princípio comum de respeitar, com o maior rigor possível, a representatividade de ambos os universos. Para a constituição da amostra dos doentes de MGF empregámos como metodologia o recurso a uma base de dados de voluntários por conveniência. A construção da amostra de médicos de MGF foi realizada pelo método de amostragem por bola de neve, onde encontrámos alguns obstáculos à participação (número de respostas) e no envolvimento dos respondentes devido ao contexto atual de pandemia, não obstante das tentativas que tiveram lugar ao longo deste estudo.

É impossível negar que o investigador em ciências sociais lida com variáveis de difícil quantificação. Também é difícil discordar que o grande adiantamento de uma ciência pode ser determinado pela precisão dos seus instrumentos de medida. Contudo, o problema da quantificação em ciências sociais, se analisado com a merecida profundidade, mostrar-se-á bem menos crítico do que aparenta.

(Gil, 2008, p. 4)

No trabalho desenvolvido, optámos por analisar os dois intervenientes, onde a comparação é um desafio, na análise final dos resultados. A comparação é uma componente especialmente valiosa da maioria dos projetos científicos sociais. Na versão menos convencional, isso significa um projeto com mais de uma unidade de observação e, frequentemente, com uma amostra de todas essas unidades dentro de um universo estipulado. Ao selecionar apenas uma parte dos casos defendemos, com base em diferentes autores⁸⁴ que esta seja potencialmente aplicável a outros (Schmitter, 2002). Segundo Ghighione & Matalon (1992) é muito raro podermos estudar exhaustivamente uma população, ou seja, a hipótese, na nossa investigação, de questionarmos todos os seus elementos não seria uma hipótese viável, pois seria de tal forma um estudo longo e

84 - (Gil, 2008); (Quivy & Campenhoudt, 2013); (Schmitter, 2002).

dispendioso, que se torna praticamente impossível. Poder-se-á dizer que, inquirindo um número restrito de pessoas na condição de estas terem sido corretamente escolhidas por um método de amostragem cientificamente validado, podemos obter as mesmas informações com uma certa margem de erro, igualmente significativo.

Na nossa amostra, a representatividade estatística não foi equacionada por diversos motivos: quer pela dificuldade em aceder à população em estudo, quer pela dificuldade de obter uma participação efetiva de ambos os inquiridos. A inferência estatística de dados quantitativos é também um ativo valioso na maioria dos ramos das Ciências Sociais, mas não é indispensável. Tudo depende de dois fatores: a operacionalização das variáveis; e a relação entre o número de casos e o número de variáveis.

a. Amostra no Questionário aos Médicos

No questionário realizado aos médicos de MGF, de unidades de saúde privadas, o universo de observação são todos os médicos de MGF, do setor privado, de Portugal continental. Não existindo base de amostragem, recorreremos, assim, a uma amostragem por bola de neve, método não probabilístico, empírico que não pressupõe a existência de uma base de amostragem⁸⁵. A amostra por bola de neve é composta por 33 indivíduos, distribuídos pelo território nacional continental⁸⁶, cujo perfil se encontra descrito na Tabela 16. Esta amostra de 33 indivíduos corresponde a uma taxa de retorno de 22%, uma vez que foram enviados 150 questionários a médicos MGF.

O questionário por nós elaborado foi enviado, por uma ligação eletrónica, através da Netsonda, com uma seleção por conveniência e bola de neve. Os participantes responderam de forma anónima e os dados recolhidos foram compilados num servidor

85 - Nesta investigação, apesar das variadas tentativas junto das entidades oficiais competentes, não tivemos acesso a uma eventual base de amostragem de médicos de MGF do setor privado.

86 - Foram abrangidas as unidades territoriais NUTS II – Norte, Algarve, Centro, Área Metropolitana de Lisboa e Alentejo.

central, onde poderíamos em tempo real consultar a informação, assim como acompanhar a sua evolução.

Entre os casos inquiridos houve uma maior preponderância de respostas do sexo feminino, com 76% de representatividade, o que será reflexo dos 70% de médicas de MGF registados na Ordem dos Médicos. 63% dos médicos respondentes têm entre 25 e 45 anos. Em relação à Faculdade de formação, houve uma distribuição por todas as faculdades de Medicina portuguesas. Importante ainda salientar que 18% dos inquiridos obteve a sua licenciatura em Medicina noutras faculdades fora do território nacional⁸⁷, reflexo igualmente da importação de médicos a que atualmente todo o nosso sistema de saúde recorre⁸⁸. Os valores percentuais em cima descritos foram compilados na tabela seguinte:

Perfil dos Médicos Inquiridos

Total de Médicos Inquiridos	33
Género:	
Masculino	24%
Feminino	76%
Grupo Etário:	
25-35	33%
36-45	30%
46-55	15%
56-64	13%
65 ou mais	9%
Curso de Medicina:	
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior	18%
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa	18%
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	7%
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	24%
Faculdade de Medicina da Universidade do Minho	6%
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	9%
Outras	18%

Tabela 16 – Perfil sociodemográfico dos médicos inquiridos.

87 - Faculdade de Medicina de Santiago de Compostela, República Checa, Faculdade de Ciências médicas de Santos - Brasil, Kosice UPJS.

88 - O número de médicos estrangeiros registados em Portugal atingiu em 2019 o valor mais elevado da última década, situando-se em 4192, mais 9,1% face a 2009. Fonte: Ordem dos Médicos.

b. Amostra no Questionário aos Doentes

No processo comunicacional da consulta, para além dos médicos de MGF, estudámos igualmente a perspetiva dos doentes. Para isso, o nosso universo de observação foi constituído por indivíduos com 18 e mais anos, doentes e não doentes de MGF, residentes em Portugal continental e voluntários registados na base de dados da Netsonda.

A base de amostragem em estudo foram 2500 indivíduos, repartidos pelo território nacional continental. Obtivemos 481 respostas válidas, dentro do âmbito e critérios da nossa investigação⁸⁹. O questionário por nós elaborado foi enviado através da base de dados de amostragem de voluntários, pelo método de amostra aleatória selecionada no painel da Netsonda. Os participantes voluntários responderam de forma anónima e os dados recolhidos foram compilados num servidor central, onde poderíamos consultar a informação em tempo real, assim como acompanhar a sua evolução. Com este questionário foram inquiridos 481 doentes de MGF, com o perfil descrito na Tabela 17.

Com os 481 casos em estudo, consideramos ser este um número coerente e relevante para a interpretação do fenómeno em estudo, sendo os erros de amostragem numa amostra aleatória com esta dimensão de 5%.

89 - Critérios de respostas válidas: indivíduos com mais de 18 anos; residentes em território nacional continental; doentes de Medicina Geral e Familiar no setor privado da saúde.

Perfil dos Doentes Inquiridos

Total de doentes inquiridos	481
Género:	
Masculino	39%
Feminino	61%
Grupo Etário:	
18-35	31%
36-45	25%
46-55	26%
56- 64	13%
65 ou mais	5%
Região de Residência:	
Grande Lisboa	45%
Grande Porto	10%
Litoral Norte	14%
Litoral Centro	12%
Interior Norte	13%
Sul	6%
Habilitações Académicas:	
9º ano ou menos	4%
12º ano ou menos	30%
Licenciatura	46%
Mestrado ou mais	20%

Tabela 17 – Perfil sociodemográfico dos doentes inquiridos.

O perfil sociodemográfico da nossa amostra compreende 61% de respondentes do género feminino e 39% do género masculino, sendo a distribuição pelas faixas etárias bastante homogénea, situando-se entre os 18 e os 55 anos. A região com mais participantes foi a Grande Lisboa, seguindo-se as restantes regiões com representatividades equilibradas. Ao nível das habilitações académicas, 66% dos nossos casos possuem formação superior, o que nos remete para uma possível justificação de se tratar de uma subpopulação com rendimentos mais elevados e, por isso, com acesso ao setor privado da saúde.

C. Apresentação dos Dados Recolhidos

A apresentação e análise dos dados é o processo em que procuramos dotar de ordem, estrutura e significado toda a informação recolhida. Esta etapa é, segundo os autores Marshall & Rossman (2015), um processo confuso, ambíguo, demorado, criativo e simultaneamente fascinante. Em baixo apresentaremos os dados relevantes obtidos com os questionários realizados aos médicos e aos doentes. Guardaremos para o ponto seguinte uma reflexão e análise crítica dos resultados.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2013, p. 211) o objetivo principal da etapa da análise das informações recolhidas é a verificação empírica. Findo o processo da recolha de dados, propomo-nos a apresentar estes descritivamente⁹⁰, interpretando-os, por forma a verificar se as informações recolhidas correspondem, de facto, às hipóteses, ou se os resultados observados correspondem aos resultados esperados pela hipótese. Porém, além da verificação empírica das hipóteses poderão revelar-se outros factos além dos esperados, e outras relações. Desta forma, a análise das informações tem uma segunda função: interpretar estes factos inesperados, o que poderá levar à revisão das hipóteses para que, nas conclusões, possamos, se pertinente, propor pistas de investigação futuras.

○ QUESTIONÁRIO AOS MÉDICOS

Os resultados obtidos com os questionários aos médicos serão descritos de seguida, com uma análise por questão (Q.) onde destacamos a informação que considerámos pertinente para a construção da reflexão crítica, a ser apresentada no ponto seguinte do nosso trabalho.

90 - A informação completa dos dados recolhidos encontra-se compilada nos Anexos 15 e 16.

Q.6⁹¹: Realizada a análise sociodemográfica dos respondentes, apresentada no ponto anterior (Q.1 a Q.5), na primeira pergunta do questionário pretendeu-se aferir se estes receberam alguma formação em Comunicação, durante o curso de Medicina ou posteriormente, tendo sido apurado que 45% (15 inquiridos) recebeu formação e 55% (18) não recebeu formação nesta área.

Q.7: Em seguida, o questionário debruça-se sobre o momento da consulta em si e explorou-se (Q.7) o nível de identificação com questões relacionadas com a abordagem do médico ao doente durante a consulta de MGF. Registaram-se as seguintes pontuações, numa escala de Likert em que 1= Nunca e 7= Sempre, relativamente aos comportamentos abaixo indicados:

QUESTÃO	MÉDIA
7. a) Antes de a consulta começar, foco a minha atenção e preparo-me para esta consulta	4,42
b) Quando o doente entra, cumprimento-o tratando-o pelo nome (...)	5,27
c) Identifico os problemas (...) que trazem o doente à consulta com uma pergunta aberta	5,97
d) Oíço atentamente o doente (...)	4,88
e) Encorajo o doente a contar o historial do seu problema/questão	5,39
f) Facilito as respostas do doente, de forma verbal, (...)	5,39
g) Evito as palavras e conceitos técnicos/jargões	5,45
h) Estabeleço datas e prazos para os passos/consultas seguintes	5,36
i) Uso palavras e comentários concisos e fáceis de compreender	5,70
j) Sumarizo a informação depois do doente falar, (...)	5,24

Nesta parte do questionário, focámos as questões nas duas primeiras etapas da consulta que correspondem primeiro, ao início da consulta, onde se estabelece uma relação inicial entre médico e o doente e onde se identifica a razão para a consulta ocorrer e

91 - Q.6 corresponde à questão 6 do questionário em questão. A mesma regra se aplica nas abreviaturas seguintes sempre que nos referimos aos questionários dos médicos e doentes.

segundo, à recolha de informação, que explora os problemas do doente (ver Figura 20). Todas as questões relativas à pergunta 7, do questionário, desde a alínea a) à alínea J), apresentam médias entre 4,42 e 5,70 (ver

Tabela 20), o que demonstra uma distribuição de hábitos de frequência positiva.

A questão da alínea a) (Antes de a consulta começar, foco a minha atenção e preparo-me para esta consulta) apresenta a média mais baixa com os médicos a assumirem que nem sempre se preparam para a consulta antes do doente entrar, 27% dos inquiridos responde que o faz sempre ou quase sempre.

A questão i) (Uso palavras e comentários concisos e fáceis de compreender) apresenta a média mais elevada, com os respondentes a facilitarem a comunicação médico-doente através da utilização de uma linguagem mais acessível e comum aos dois lados do processo, 73% dos inquiridos responde que o faz sempre ou quase sempre.

Q.8: Nesta questão inserimos as questões levantadas na área da comunicação não verbal, obtendo os seguintes resultados:

Usando a mesma escala,⁹² procurámos identificar formas de comunicação com o doente utilizadas pelos respondentes durante a consulta, tendo apurado o seguinte:

QUESTÃO	MÉDIA
Contacto visual	5,97
Expressão facial	5,42
Volume da voz	5,36
Entoação	5,39
Postura corporal	5,06
Gestos	4,94

92 - Escala de Likert, 1= Nunca; 7= Sempre.

Nesta área da comunicação há uma maior preponderância para a utilização do contacto visual enquanto ferramenta de comunicação não verbal na interação entre o médico e o doente, 79% dos inquiridos responde que o utiliza sempre ou quase sempre para comunicar com o doente. Os gestos são menos utilizados (conscientemente) por parte dos médicos no seu processo comunicacional, 52% dos inquiridos responde que os utiliza sempre ou quase sempre.

Q.9: Considerámos também relevante avaliar se, durante a consulta e excluindo o momento da prescrição da receita, os respondentes recorrem a anotações feitas à mão ou no computador, tendo verificado que a maioria recorre ao computador (5.39), sendo que as notas tomadas à mão registaram uma pontuação de 3.00. Nesta questão, os dados obtidos são claros e há, durante a consulta, uma predominância clara da utilização do computador vs o registo manual da informação.

Q.10: Outro aspeto em análise foram os sentimentos e comportamentos expressados na interação com o doente. Verificámos que:

QUESTÃO	MÉDIA
<u>Vontade de ajudar</u>	5,85
<u>Manifestação de compreensão</u>	5,42
<u>Manifestação de preocupação</u>	4,76

Estes três valores (ajudar, compreender e preocupar-se com o doente) estão intrinsecamente associados à ética da prática da medicina e patentes no Juramento de Hipócrates (anexo 13). A “vontade de ajudar” é a questão com média mais alta, onde 82% dos inquiridos responde que o faz sempre ou quase sempre.

Q.11 à Q.15: Analisámos também a frequência com que são assumidas certas práticas por parte do médico em relação ao doente na última etapa da consulta, através das questões:

QUESTÃO	MÉDIA
11 - <u>Partilha a sua opinião</u> com o doente (...)	5,58
12 - <u>Organiza a explicação</u> que vai dar ao doente (...)	5,06
13 - No final da consulta <u>usa a repetição</u> , como resumo, (...)	5,30
14 - <u>Verifica</u> se o doente <u>percebeu</u> a sua prescrição (...)	5,24
15 - <u>Verifica</u> se o doente <u>aceitou</u> a sua explicação (...)	5,15

As questões colocadas nesta parte do questionário estão relacionadas com as duas últimas etapas da consulta: a explicação e planeamento e o encerramento da consulta. Aqui procura-se aferir a importância e reconhecimento que o médico confere à organização da informação, a sua partilha e a confirmação da receção da mesma (através da sumarização). Existe uma maior preocupação na partilha da opinião a dar ao doente por forma a encorajá-lo na terapêutica, onde 66% dos inquiridos responde que o faz sempre ou quase sempre e, apesar de não apresentar a média mais baixa, apenas 48% dos inquiridos verifica se o doente aceitou a sua prescrição.

Q.16: No que diz respeito à forma de comunicar com o doente, analisámos se alguns dos seguintes fatores são tidos em conta pelos respondentes, tendo obtido os seguintes resultados como médias:

QUESTÃO	MÉDIA
<u>Estilo de vida</u>	5,24
<u>Crenças</u>	4,67
<u>Estrutura cultural e socioeconómica</u>	5,12

Não há, nesta pergunta, uma preponderância dos extremos, pelo que os respondentes não conferem uma importância notória ao estilo de vida, crenças e estrutura socioeconómica dos doentes quando comunicam com estes.

Avaliámos, igualmente, a importância dada pelos respondentes ao impacto da comunicação durante a consulta, nomeadamente:

QUESTÃO	MÉDIA
Q.17: Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação, médico-doente tem influência na <u>satisfação do doente</u> .	6,09
Q.18: Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação médico-doente tem influência no <u>retorno</u> (...) do doente.	6,09

Os médicos reconhecem o impacto positivo de uma boa comunicação no nível de satisfação do doente e no seu retorno, 79% dos inquiridos responde que existe impacto de uma boa comunicação na satisfação e no retorno do doente sempre ou quase sempre.

Q.19: Finalmente, avaliaram-se as características que os respondentes consideram mais importantes para o desempenho da sua profissão no momento da consulta. Registaram-se as seguintes pontuações relativamente aos seguintes parâmetros:

QUESTÃO	MÉDIA
Capacidade de diagnóstico:	6,06
Disponibilidade para ouvir o doente:	5,85
Criar uma relação de parceria com o doente:	5,61
Experiência	5,58
Explicar bem os problemas ao doente:	5,85
Reputação	4,24
Simpatia	5,27

A capacidade de diagnóstico é a competência mais valorizada pelos médicos inquiridos. A reputação é menos valorizada pelos respondentes para o desempenho da sua profissão, sendo que apenas 15% a considera sempre ou quase sempre importante para o desempenho da sua profissão.

Compilámos, na tabela seguinte, a informação que considerámos relevante em cada questão, na análise dos dados recolhidos, nos questionários dirigidos aos médicos. Faremos a interpretação desta análise no ponto D. deste capítulo.

Compilação dos Dados Relevantes do Questionário aos Médicos.

Q.	Informação Destacada
1	Género: <ul style="list-style-type: none"> • 76% Feminino
2	Grupo etário: <ul style="list-style-type: none"> • 33% 25 a 35 anos
3	Região trabalho: <ul style="list-style-type: none"> • 52% Grande Lisboa
4	Faculdade de Medicina: <ul style="list-style-type: none"> • 24% Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa
5	Especialidade: <ul style="list-style-type: none"> • 33 inquiridos de MGF
6	Formação em Comunicação: <ul style="list-style-type: none"> • 55% dos inquiridos não obteve formação em Comunicação.
7	Preparação e Organização prévia da consulta:
a)	<ul style="list-style-type: none"> • 27% dos inquiridos responde que o faz sempre ou quase sempre.
b)	Acolhimento do doente: <ul style="list-style-type: none"> • 42% dos inquiridos trata sempre o doente pelo nome (independentemente do título).
c)	Identificação do problema com uma pergunta aberta: <ul style="list-style-type: none"> • 45% dos inquiridos identifica sempre o problema com uma pergunta aberta.
d)	Ouvir atentamente o doente sem o interromper. <ul style="list-style-type: none"> • 6% dos inquiridos indica que o faz sempre.
e)	Encorajar o doente a contar o historial do seu problema. <ul style="list-style-type: none"> • 60% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
f)	Facilitar as respostas do doente, de forma verbal, quando este explica o seu problema. <ul style="list-style-type: none"> • 55% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
g)	Evitar as palavras e conceitos técnicos. <ul style="list-style-type: none"> • 61% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
h)	Estabelecer datas e prazos para os passos/consultas seguintes.

	<ul style="list-style-type: none"> • 15% dos inquiridos indica que o faz sempre.
i)	<p>Utilização de palavras e comentários concisos e fáceis de compreender.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 73% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
j)	<p>Sumarização da informação depois do doente falar, confirmando a compreensão de todas as questões.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
8	<p>Durante a consulta para comunicar com o doente o médico usa SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto visual: 58% • Expressão facial: 33% • Volume de voz: : 24% • Entoação: 24% • Postura corporal: 15% • Gestos: 21%
9	<p>Excluindo o momento da prescrição da receita, escreve notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • À mão: 67% raramente ou nunca o faz. • No computador: 61% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
10	<p>Na interação com o doente, o médico expressa SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupação: 15% • Compreensão: 24% • Vontade de ajudar: 39%
11	<p>Partilhar a opinião com o doente por forma a encorajá-lo na terapêutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 66% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
12	<p>Organizar a explicação que dará ao doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 57% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
13	<p>Usar a repetição, como resumo, para reforçar a informação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
14	<p>Verificar se o doente percebeu a explicação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
15	<p>Verificar se o doente aceitou a prescrição.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 48% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
16	<p>Quando comunica com o doente, tem em consideração SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida: 27% • Crenças: 27% • Estrutura cultural e socioeconómica: 24%
17	<p>Uma consulta com uma boa comunicação (...) tem influência no nível de satisfação do doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 79% dos inquiridos indica que sempre ou quase sempre.
18	<p>Uma consulta com uma boa comunicação (...) tem influência no retorno do doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 79% dos inquiridos indica que sempre ou quase sempre

19	<p>Características mais importantes no desempenho da profissão.</p> <p>Indicaram SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de diagnóstico: 64% • Disponibilidade para ouvir o doente: 55% • Relação de parceria com o doente: 45% • Experiência: 24% • Explicar bem os problemas ao doente: 45% • Reputação: 12% • Simpatia: 27%
----	---

Tabela 18 - Compilação dos dados relevantes do Questionário aos Médicos

○ QUESTIONÁRIO AOS DOENTES

Na primeira pergunta do questionário (Q.5), após a caracterização sociodemográfica dos doentes inquiridos, pretendeu-se aferir se os respondentes foram a alguma consulta de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar (fora do Serviço Nacional de Saúde) nos últimos cinco anos. 100% dos respondentes responderam afirmativamente. Contudo, procurou-se (Q.6) também apurar se os respondentes têm o hábito ir ao médico de MGF, tendo-se verificado que 74% (357) têm esse hábito e 26% (124) não o têm.

Q.7: Em seguida, explorou-se o nível de identificação com questões relacionadas com a ida a uma consulta de MGF. Registaram-se as seguintes médias⁹³ relativamente aos comportamentos abaixo indicados:

93 - Escala de Likert, 1= Nunca; 7= Sempre.

QUESTÃO	MÉDIA
7. a) O doente prepara-se para a consulta, (...) para ajudar o médico na sua análise.	5,01
b) Quando o doente entra no consultório, o médico cumprimenta-o(a) tratando-o(a) pelo nome (...).	5,16
c) (...) o médico faz uma pergunta para saber o motivo de o doente estar ali.	6,32
d) O médico ouve atentamente sem interromper o doente.	5,68
e) O médico pede para contar o historial do problema/questão.	5,67
f) Durante a consulta, o médico ajuda a explicar o meu problema.	5,25
g) O médico, (...) utiliza palavras e expressões complicadas (...).	3,05
h) O médico define datas e prazos para os passos/consultas seguintes.	5,02
i) O médico utiliza palavras (...) fáceis de compreender.	5,28
j) Sempre que o doente fala o médico resume o que o doente disse, para ter a certeza que compreendeu.	3,85

A introdução à consulta com uma pergunta aberta por parte do médico apresenta a média mais elevada. Inversamente, a utilização de palavras e expressões complicadas que nem sempre são compreendidas pelo doente apresenta a média mais baixa.

Q.8: Nesta questão procurámos identificar formas de comunicação não verbal que os doentes reconhecem ser utilizadas pelos médicos durante a consulta, tendo apurado o seguinte:

QUESTÃO	MÉDIA
Contacto visual	5,63
Expressão facial	5,05
Entoação	4,8
Volume da voz	4,65
Postura corporal	4,72
Gestos	4,9

O contacto visual é a forma de comunicação não verbal mais utilizada, sendo que o volume de voz, por parte do médico, não é tão reconhecido pelo doente, apresentando a média mais baixa das formas de comunicação não verbal abordadas.

Q.9: Considerámos também relevante avaliar se, durante a consulta, e excluindo o momento da prescrição da receita, os doentes reconhecem que os médicos fazem anotações à mão ou no computador, tendo verificado que a maioria recorre ao computador (5.79), sendo que as notas tomadas à mão registaram uma média de 3.62.

Q.10: Outro aspeto em análise foram os sentimentos que os doentes identificaram que os médicos expressam na interação durante a consulta. Verificámos que:

QUESTÃO	MÉDIA
Vontade de ajudar	5,78
Compreensão	5,35
Preocupação	4,36

A vontade de ajudar é uma característica que os doentes identificam com a média mais elevada; pelo contrário, a preocupação do médico, diante da situação do doente, apresenta a média mais baixa.

Q.11 à Q.14: Analisámos também a frequência com que os doentes consideram que os médicos assumem certos comportamentos no momento da consulta:

QUESTÃO	MÉDIA
11 - O médico <u>partilha a sua opinião</u> com o doente sobre o tratamento a seguir.	5,95
12 – No final da consulta o médico <u>usa a repetição</u> , como resumo, para reforçar a informação passada.	4,73
13 - O médico verifica se o doente <u>percebeu a sua explicação</u> .	4,45
Q.14 - O médico verifica se o doente <u>aceitou o tratamento</u> .	3,91

Nesta etapa da consulta, a partilha da opinião do médico com o doente regista a média mais elevada, enquanto a verificação, por parte do médico, se o doente aceitou o tratamento apresenta a média mais baixa.

Q.15: No que diz respeito à forma de comunicar com o doente, analisámos se estes consideram que alguns dos seguintes fatores são tidos em conta pelos médicos, tendo obtido os seguintes resultados:

QUESTÃO	MÉDIA
O <u>estilo de vida</u> dos doentes:	4,86
As <u>crenças</u> dos doentes:	3,27
A <u>estrutura cultural e socioeconómica</u> dos doentes:	3,88

Na percepção dos doentes, os médicos têm em consideração, ao comunicarem com eles, o seu estilo de vida, obtendo esta questão a média mais elevada. Porém, as crenças dos doentes são menos tidas em conta por parte dos médicos quando comunicam com o doente, obtendo esta questão a média mais baixa.

Q.16 e Q.17: Avaliámos também a importância dada pelos respondentes (doentes) à comunicação, nomeadamente:

QUESTÃO	MÉDIA
16 - Se consideram que uma consulta com uma boa comunicação (...) na relação, médico-doente tem influência na <u>satisfação</u> do doente.	6,65
17 - Se consideram que uma consulta com uma boa comunicação (...) na relação médico-doente tem influência no <u>retorno</u> (...) do doente.	6,67

Ambas as questões apresentaram uma média muito positiva, sendo reconhecido o impacto de uma boa comunicação quer na satisfação dos doentes, quer, em caso de necessidade, no seu retorno destes.

Q.18: Foram também avaliados alguns padrões de comportamento dos doentes após saírem da consulta, nomeadamente:

QUESTÃO	MÉDIA
Se os doentes <u>cumprem as recomendações do médico</u> , que registou de média:	6,08
Se os doentes <u>ficaram satisfeitos e motivados</u> pela forma como o médico comunica com eles, que registou de média:	5,7
Se <u>recomendam o médico</u> a um amigo, tendo registado uma média de:	5,54

Q.19: Finalmente, avaliaram-se as características que os respondentes consideram mais importantes no desempenho do médico durante a consulta. Registaram-se as seguintes médias relativamente aos seguintes parâmetros:

QUESTÃO	MÉDIA
Capacidade de diagnóstico:	6,73
Disponibilidade para ouvir o doente:	6,52
Criar uma relação de parceria com o doente:	6,04
Experiência:	6,31
Explicar bem os problemas ao doente:	6,59
Reputação:	5,12
Simpatia:	5,95

A componente técnica e científica é a mais valorizada pelo doente em detrimento de parâmetros menos objetivos como a simpatia e a reputação.

No quadro em baixo destacamos as conclusões mais pertinentes, sobre cada questão do questionário aos doentes, para uma reflexão no próximo capítulo. As conclusões compiladas são comparativas com as realizadas anteriormente no questionário dos médicos (ver Tabela 18).

Compilação dos Dados Relevantes do Questionário aos Doentes

Q.	Informação Destacada
1	Género: <ul style="list-style-type: none"> • 61% Feminino
2	Grupo etário: <ul style="list-style-type: none"> • 31% 18 a 35 anos
3	Região Habitação: <ul style="list-style-type: none"> • 45% Grande Lisboa
4	Habilitações Académicas: <ul style="list-style-type: none"> • 46% Licenciatura
5	Nos últimos 5 anos, foi a alguma consulta de MGF (fora do serviço nacional de saúde). <ul style="list-style-type: none"> • 100% sim.
6	Tem por hábito ir ao médico de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar? <ul style="list-style-type: none"> • 74% dos respondentes têm por hábito ir ao médico de MGF.

7	Preparação e Organização prévia da consulta:
a)	<ul style="list-style-type: none"> • 46% dos inquiridos responde que o faz sempre ou quase sempre.
b)	<p>Acolhimento do doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 37% dos doentes inquiridos é tratado sempre pelo nome (independentemente do título).
c)	<p>Identificação do problema do doente com uma pergunta aberta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 85% dos doentes inquiridos identifica o problema com uma pergunta aberta.
d)	<p>O médico ouve atentamente o doente sem o interromper.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34% dos doentes inquiridos indica que o médico o faz sempre.
e)	<p>O médico encoraja o doente a contar o historial do seu problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 31% dos doentes inquiridos indica que o médico o faz sempre.
f)	<p>O médico facilita as respostas do doente, de forma verbal, quando este explica o seu problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23% dos doentes inquiridos indica que o médico o faz sempre.
g)	<p>O médico evita as palavras e conceitos técnicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 39% dos doentes inquiridos indica que o médico o faz sempre ou quase sempre
h)	<p>Estabelecer datas e prazos para os passos/consultas seguintes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21% dos doentes inquiridos indica que o médico o faz sempre.
i)	<p>O médico utiliza palavras e comentários concisos e fáceis de compreender.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21% dos doentes inquiridos indica que o médico o faz sempre.
j)	<p>O médico sumariza a informação depois de o doente falar, confirmando que compreendeu todas as questões.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21% dos doentes inquiridos indica que o médico o faz sempre.
8	<p>Durante a consulta, para comunicar com o doente o médico usa SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto visual: 32% • Expressão facial: 17% • Volume de voz: : 12% • Entoação: 13% • Postura corporal: 14% • Gestos: 14%
9	<p>Excluindo o momento da prescrição da receita, o médico escreve notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • À mão: 39% raramente ou nunca o faz. • No computador: 71% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
10	<p>Na interação com o doente, o médico expressa SEMPRE:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação: 10% • Compreensão: 20% • Vontade de ajudar: 36%
11	<p>O médico partilha consigo a opinião dele sobre o tratamento a seguir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 68% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
12	<p>O médico usa a repetição, como resumo, para reforçar a informação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
13	<p>O médico verifica se o doente percebeu a explicação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
14	<p>O médico verifica se o doente aceitou a prescrição.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 36% dos inquiridos indica que o faz sempre ou quase sempre.
15	<p>Quando o médico comunica com o doente tem em consideração SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida: 21% • Crenças: 10% • Estrutura cultural e socioeconómica: 13%
16	<p>Uma consulta com uma boa comunicação (...) tem influência na satisfação do doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93% dos inquiridos indica que sempre ou quase sempre.
17	<p>Uma consulta com uma boa comunicação (...) tem influência no retorno do doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93% dos inquiridos indica que sempre ou quase sempre
18	<p>Após sair da consulta...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprir as recomendações do médico: 42% SEMPRE • Fica satisfeito e motivado pela forma como o médico comunicou: 33% SEMPRE • Recomenda o médico a um amigo: 33% SEMPRE
19	<p>Características mais importantes no desempenho da profissão.</p> <p>Indicaram SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de diagnóstico: 80% • Disponibilidade para ouvir o doente: 67% • Relação de parceria com o doente: 46% • Experiência: 56% • Explicar bem os problemas ao doente: 68% • Reputação: 22% • Simpatia: 43%

Tabela 19 - Compilação dos dados relevantes do Questionário aos Doentes.

Concluimos a apresentação dos dados recolhidos com as informações mais relevantes (que apresentam desvio da média) a serem destacadas, sem contudo, realizarmos qualquer análise ou reflexão, que faremos no ponto D. deste capítulo.

D. Análise e Reflexão Crítica

Neste capítulo, refletiremos sobre os dados analisados, os quais serão enquadrados na revisão bibliográfica e nas entrevistas exploratórias realizadas a especialistas. Procuraremos também responder às perguntas da investigação e hipóteses levantadas. Conforme já referido anteriormente, as amostras não possuem representatividade estatística, mas, no caso dos médicos, a informação recolhida é para nós relevante, uma vez que é inédita numa população de acesso muito reservado. A amostra dos doentes apresenta uma dimensão relevante (481 casos), o que nos permite analisar e deduzir com maior segurança.

D.1. Análise dos Resultados

A análise dos dados é a etapa que nos permitirá tratar a informação obtida através da observação e apresentá-la, de forma a poder comparar os resultados observados com os esperados a partir das hipóteses levantadas no início da investigação (Quivy & Campenhoudt, 2013).

Após a compilação das conclusões, de maior pertinência ou destaque, para a análise dos questionários aos médicos e aos doentes, considerámos com interesse a comparação das médias obtidas, nas questões, em cada questionário. Na tabela seguinte (

Tabela 20) analisámos apenas as questões comparáveis entre os questionários aos médicos e aos doentes. A diferença das médias entre os questionários poderá revelar o desfasamento ou a disparidade entre a perceção da prestação por parte dos médicos e a perceção dos doentes dessa prestação ou prática. Poderá ainda revelar quais os pontos/questões em que existe concordância e alinhamento de perceções.

Os desvios apresentados na diferença entre as médias patentes nos questionários aos médicos e aos doentes podem indiciar áreas de melhoria para a população em questão, quando os valores se apresentam negativos. Quando a diferença entre as médias é positiva,

podemos concluir que as prestações dos médicos, nas competências em análise, se encontram acima das expectativas e das percepções dos doentes.

Grelha de Análise Comparativa dos Resultados

Q. n.º	Questionário aos MÉDICOS	Média Questionário Médicos	Média Questionário Doentes	Diferença	Questionário aos DOENTES	Q. n.º
7. a)	Antes da Consulta começar, foco a minha atenção e preparo-me para esta consulta.	4,42	5,09	0,67	Preparo-me para a consulta, definindo as perguntas que irei fazer e recolhendo a informação/ exames/ relatórios que possam ajudar o médico na sua análise.	7. a)
b)	Quando o doente entra, cumprimento-o tratando-o pelo nome.	5,27	5,39	0,12	Quando entro no consultório, o médico cumprimenta-me tratando-me pelo meu nome?	b)
c)	Identifico os problemas ou questões que trazem o doente à consulta com uma pergunta aberta.	5,97	6,36	0,39	No início da consulta o médico faz-me uma pergunta para saber o motivo de eu estar ali.	c)
d)	Oíço atentamente o doente sem o interromper.	4,88	5,76	0,88	O médico ouve-me atentamente sem me interromper.	d)
e)	Encorajo o doente a contar o historial do seu problema/questão.	5,39	5,65	0,26	O médico pede-me para contar o historial do meu problema/questão.	e)
f)	Facilito as respostas do doente, de forma verbal, quando este explica o seu problema.	5,39	5,41	0,02	Durante a consulta, o médico ajuda-me a explicar o meu problema.	f)
g)	Evito as palavras e conceitos técnicos/jargões.	5,45	3,22	-2,23	O médico nas suas explicações utiliza palavras e expressões complicadas que nem sempre compreendo.	g)
h)	Estabeleço datas e prazos para os passos/consultas seguintes.	5,36	5,12	-0,24	O médico define datas e prazos para os passos/consultas seguintes.	h)
i)	Uso palavras e comentários concisos e fáceis de compreender.	5,7	5,43	-0,27	O médico utiliza palavras e comentários curtos e fáceis de compreender.	i)
j)	Sumarizo a informação depois do doente falar, confirmando que compreendi bem todas as questões.	5,24	4,38	-0,86	Sempre que eu falo o médico resume o que eu disse, para ter a certeza que compreendeu o que eu disse.	j)
8	Durante a consulta para comunicar com o doente usa:				Durante a consulta o médico para comunicar consigo usa:	8
	· Contacto Visual	5,97	5,63	-0,34	· Contacto Visual	
	· Expressão Facial	5,42	5,05	-0,37	· Expressão Facial	
	· Volume de Voz	5,36	4,65	-0,71	· Volume de Voz	
	· Entoação	5,39	4,80	-0,59	· Entoação	
	· Postura Corporal	5,06	4,72	-0,34	· Postura Corporal	
	· Gestos	4,94	4,90	-0,04	· Gestos	
9	Durante a consulta, excluindo o momento da prescrição da receita, escreve notas:				Durante a consulta, excluindo o momento da prescrição da receita, o médico escreve notas:	9
	· à mão	3	3,62	0,62	· à mão	
	· no computador.	5,39	5,79	0,40	· no computador.	
10	Na sua interação com o doente expressa:				O médico ao longo da consulta manifesta sobre o seu problema:	10
	· Preocupação	4,76	4,36	-0,40	· Preocupação	
	· Compreensão	5,42	5,35	-0,07	· Compreensão	
	· Vontade de ajudar	5,85	5,78	-0,07	· Vontade de ajudar	
11	Partilha a sua opinião com o doente por forma a encorajá-lo na terapêutica?	5,58	5,82	0,24	O médico partilha consigo a opinião dele sobre o tratamento a seguir?	11
12	Organiza a explicação que vai dar ao doente?	5,06			sem correspondência	
13	No final da consulta usa a repetição, como resumo, para reforçar a informação?	5,3	4,99	-0,31	No final da consulta o médico resume toda a informação que já lhe tinha dado ao longo da consulta?	12
14	Verifica se o doente percebeu a sua explicação?	5,24	4,83	-0,41	O médico, no final da consulta, verifica se percebeu a explicação que ele lhe tinha dado ao longo da consulta?	13
15	Verifica se o doente aceitou a sua prescrição?	5,15	4,46	-0,69	O médico confirma consigo se aceitou fazer o tratamento que ele lhe prescreveu?	14
16	Quando comunica com o doente tem em consideração:				Quando o médico fala consigo tem em consideração:	15
	• O seu estilo de vida	5,24	4,86	-0,38	• O seu estilo de vida	
	• As suas crenças	4,67	3,27	-1,40	• As suas crenças	
	• A sua estrutura cultural e socioeconómica.	5,12	3,88	-1,24	• A sua estrutura cultural e socioeconómica.	
17	Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação, médico-doente, tem influência na satisfação do doente?	6,09	6,65	0,56	Considera que uma consulta com uma boa comunicação e uma boa relação com o médico tem influência na sua satisfação?	16
18	Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação, médico-doente, tem influência no retorno (nova consulta) do doente?	6,09	6,67	0,58	Considera que se ficar satisfeito com a forma como o médico falou consigo e com a relação que se estabeleceu, isso poderá influenciar a sua escolha por este médico, caso seja necessário, uma nova consulta?	17
	sem correspondência				Após sair da consulta...	18
			6,08		• Cumpre as recomendações do médico?	
			5,70		• Fica satisfeito e motivado pela forma como o médico comunicou consigo?	
			5,54		• Recomenda o médico a um amigo?	
19	Quais as características que considera mais importantes no desempenho da sua profissão?				Quais as características que considera mais importantes no desempenho do médico, no momento da consulta?	19
	• Capacidade de Diagnóstico	6,06	6,73	0,67	• Capacidade de Diagnóstico	
	• Disponibilidade para ouvir o doente	5,85	6,52	0,67	• Disponibilidade para ouvir o doente	
	• Criar uma relação de parceria com o doente	5,61	6,04	0,43	• Criar uma relação de parceria com o doente	
	• Experiência	5,58	6,31	0,73	• Experiência	
	• Explicar bem os problemas ao doente	5,85	6,59	0,74	• Explicar bem os problemas ao doente	
	• Reputação	4,24	5,12	0,88	• Reputação	
	• Simpatia.	5,27	5,95	0,68	• Simpatia.	

Tabela 20 - Grelha de análise comparativa dos resultados.

Realizada a compilação comparativa de ambos os questionários (médicos e doentes), que podemos observar na tabela em cima (

Tabela 20), analisámos os dados obtidos enquadrando as questões dos questionários, dos médicos e doentes, nas Dimensões de Análise previamente definidas⁹⁴. Desta forma poderemos compreender os questionários à luz das dimensões e indicadores definidos e interpretá-los nas diversas etapas da consulta⁹⁵. Nos parágrafos seguintes, apresentamos as distintas dimensões da comunicação na entrevista médica, com as questões respectivas realizadas nos questionários de uma forma explanatória gráfica e textual.

D.1.a. Dimensão Efetiva da Comunicação

A dimensão efetiva da comunicação na consulta ocorre nas fases inicial e final da entrevista médica, onde o principal objetivo é reduzir o grau da incerteza dos participantes. A prática e ocorrência de uma fase preparatória e de conclusão contribuem para uma maior eficácia dos objetivos da consulta, dado que nela ocorrem a fase de preparação que tem como objetivo a orientação e concentração do médico sobre o doente com o qual se iniciará a consulta, e a fase de conclusão que garante a compreensão e adesão do doente à terapêutica.

Para esta etapa considerámos, conforme já explanado anteriormente, as questões 7a; 7h e 12, relativas à preparação, organização e planeamento da consulta⁹⁶. Estas questões enquadram-se em dois momentos da consulta: a preparação da consulta, em que médico e doente recolhem a informação necessária com vista a uma maior eficácia dos objetivos da consulta, e um segundo momento, que consiste na organização terapêutica, em que o médico estabelece prazos e passos e organiza a informação que dará ao doente. Organizadas as questões levantadas em questionário nestes dois momentos (Preparação da Consulta e Organização e Planeamento) poderemos observar o gráfico seguinte onde estão patentes as médias resultantes de ambos os questionários (médicos e doentes).

94 - Tabelas 14, 15 e anexo 17.

95 - Figura 24 e Anexo 17.

96 - **Preparação da consulta:** Q.7. a) Antes da Consulta começar, foco a minha atenção e preparo-me para esta consulta. **Organização e Planeamento:** Q.7.h) Estabeleço datas e prazos para os passos/consultas seguintes. / Q.12) Organiza a explicação que vai dar ao doente?

Preparação da Consulta, Organização e Planeamento

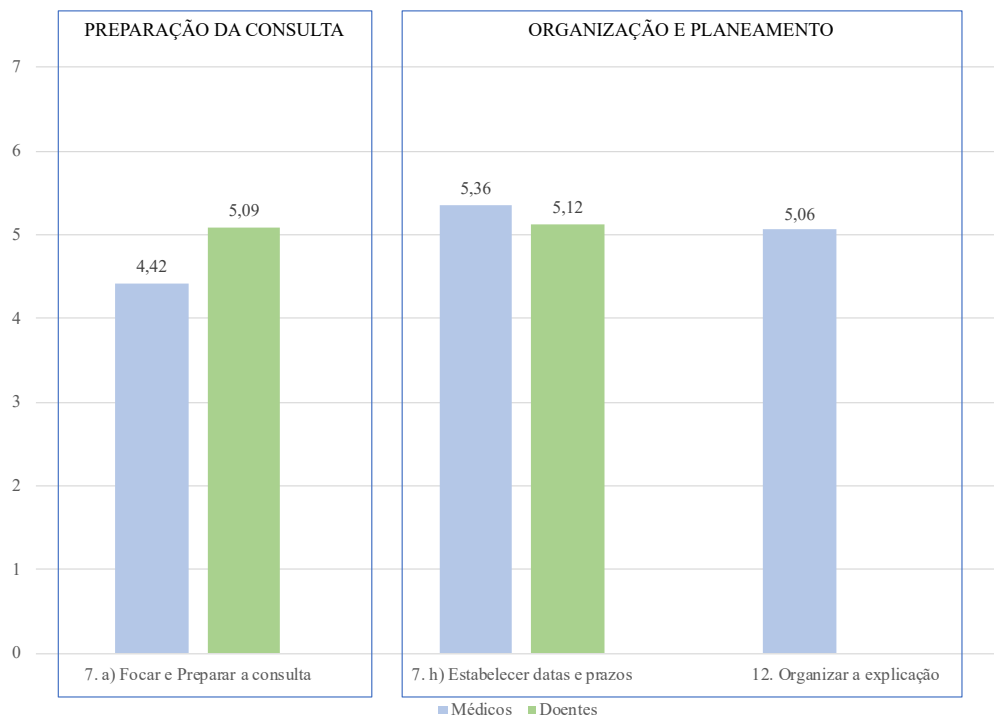


Figura 25 – Preparação da Consulta, Organização e Planeamento.

- Na questão 7.a), que versa sobre a fase de preparação da consulta antes desta ter início, requerendo focus e organização por parte do médico e preparação da informação por parte do doente, as médias observadas em ambos os questionários são positivas. Contudo, a média apresentada pelos questionários aos médicos revela uma menor prática na preparação da consulta.

No dia-a-dia da prática clínica, o médico tem uma longa lista de doentes para consultar. Facilmente, entre consultas, o médico retém a sua atenção no caso do doente anterior ou numa chamada telefónica por fazer, dando início a uma nova consulta e cumprimentando o doente seguinte, ainda a completar dados no computador relativos à consulta anterior. Este tipo de pensamentos, sentimentos e ações poderão comprometer a concentração total no princípio de uma nova consulta (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013). Os doentes, pelo contrário, estão totalmente focados no momento da consulta, como podemos concluir por uma média

significativamente mais elevada relativa ao grau de preparação para a consulta, reunindo exames médicos prévios e outra informação relevante para a consulta. No questionário aos doentes, podemos ainda observar que os casos que indicam maior hábito de ir ao médico de MGF apresentam níveis de maior preparação.

- Na questão 7.h), em que aferimos se existe um “estabelecimento de datas e prazos para os passos seguintes”, 70% dos doentes indica que quase sempre ou sempre o médico o faz. O estabelecimento e acordo, entre médico e doente, dos passos seguintes, datas e prazos, permite a ambas as partes identificar o seu papel e responsabilidades. Esta etapa é fundamental para a redução do grau de incerteza quanto ao que é esperado no futuro, completando o processo de partilha, colaboração e parceria (Stewart, et al., 1997) e promovendo uma maior confiança ao doente sobre o que é esperado no futuro.
- A questão 12 do questionário aos médicos não tem correspondência no questionário aos doentes. Esta questão foi colocada aos médicos com o objetivo de aferir se os clínicos “organizam a explicação que irão dar ao doente”. Uma questão que reforça a fase de organização e planeamento da consulta. Embora, no nosso estudo, 56% dos médicos tenham registado que sempre ou quase sempre o fazem, 24% dos inquiridos nunca, ou raramente, organizam a explicação que irão dar ao doente. A ausência ou irregularidade da organização da explicação a dar ao doente compromete a eficácia da comunicação. A não realização sistemática da organização da explicação que será dada ao doente poderá provocar falta de entendimento por parte deste e o não cumprimento da terapêutica. *O médico ao organizar a explicação que se irá dar ao doente, não num registo informativo, mas de partilha, contribui para consultas com níveis de satisfação maiores, para ambas as partes, como para resultados na saúde a longo prazo do doente* (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013, p. 214).

D.1.b. Dimensão Verbal da Comunicação

A dimensão verbal da comunicação estrutura a entrevista médica. Nesta dimensão ocorre a recolha da informação, onde se consolidam os objetivos da comunicação como a precisão, eficiência e apoio. Estes objetivos na recolha de informação não se atingem apenas com um interrogatório ao doente, mas com a colocação a este de perguntas abertas e escutando-o, desenvolvendo uma relação de confiança e parceria. A mensagem é o foco na dimensão verbal da entrevista médica. Mas os afetos manifestados através da mensagem, como a atenção, preocupação, cortesia, empatia, simpatia e vontade de ajudar, contribuem para uma relação reforçada entre o médico e o doente numa dimensão afetiva da comunicação, que analisaremos igualmente no ponto seguinte.

Para esta etapa considerámos as questões apresentadas nas figuras seguintes, onde analisámos a comunicação verbal em diferentes etapas: acolhimento, identificação do problema, encorajamento, facilitadora, explicação, interação e envolvimento.

Acolhimento do doente e Identificação do Problema⁹⁷

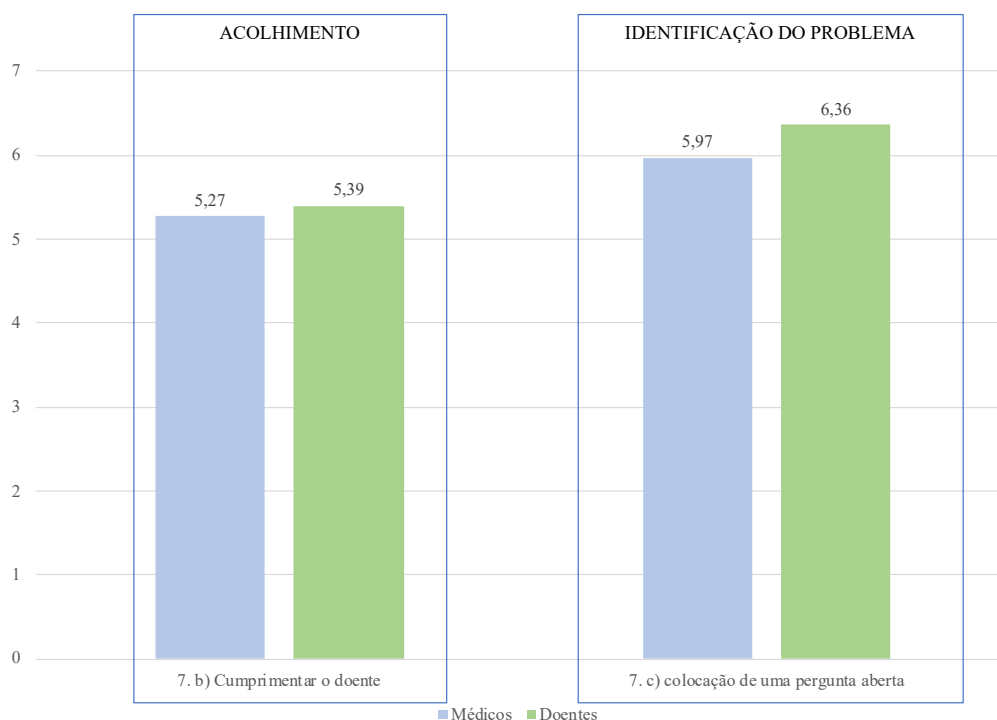


Figura 26 – Acolhimento e Identificação do Problema.

- Na questão 7.b) analisamos o acolhimento do doente por parte do médico. O comportamento e a atitude do médico nesta fase são vitais para que o doente se sinta bem-vindo, valorizado e respeitado. Um bom acolhimento estabelece a confiança e desenvolve a relação desde o início da consulta, impactando positivamente a satisfação do doente apenas com um investimento no tempo inicialmente despendido (Beach *et al.*, 2006). Os resultados obtidos nos questionários demonstram uma atitude consciente, por parte dos médicos, no que respeita ao bom acolhimento ao doente, sendo que 42% dos respondentes cumprimentam sempre o doente pelo nome e apenas 15% nunca ou raramente o faz. Porém, os doentes identificam um acolhimento nem sempre satisfatório, com apenas 37% dos doentes inquiridos afirmando que o médico o cumprimenta sempre

97 - **Acolhimento:** Q.7. b) Quando o doente entra cumprimentado-o, tratando-o pelo nome. **Identificação do Problema:** Q.7.c) Identifico os problemas ou questões que trazem o doente à consulta com uma pergunta aberta.

pelo nome, independentemente do título. O género não é um fator influenciador, mas a idade e o nível de frequência da consulta são-no. Ou seja, o escalão com a idade superior a 56 anos que tem por hábito ir ao médico de MGF apresenta maior personalização no momento da saudação com o médico.

Constatamos que o acolhimento personalizado do doente não é uma atitude constante, o que nos indica o desconhecimento do potencial que esta etapa tem no bom resultado da consulta.

- A questão 7.c) versa sobre a identificação do problema que traz o doente à consulta. A colocação de uma pergunta aberta, para identificação dos problemas ou questões que trazem o doente à consulta, terá efeitos na estrutura da consulta assim como nos tempos decorridos entre cada etapa e na identificação da verdadeira causa do problema, que nem sempre é o que o doente identifica (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013). Os resultados do nosso estudo apontam para uma prática clara desta etapa com mais de 90% dos médicos e doentes a identificarem a realização de uma pergunta aberta, no início da consulta, como o elemento que permite ao médico aceder à agenda que traz o doente à consulta e traçar o melhor caminho para o procedimento clínico.

Comunicação de Encorajamento e Facilitadora do Discurso⁹⁸

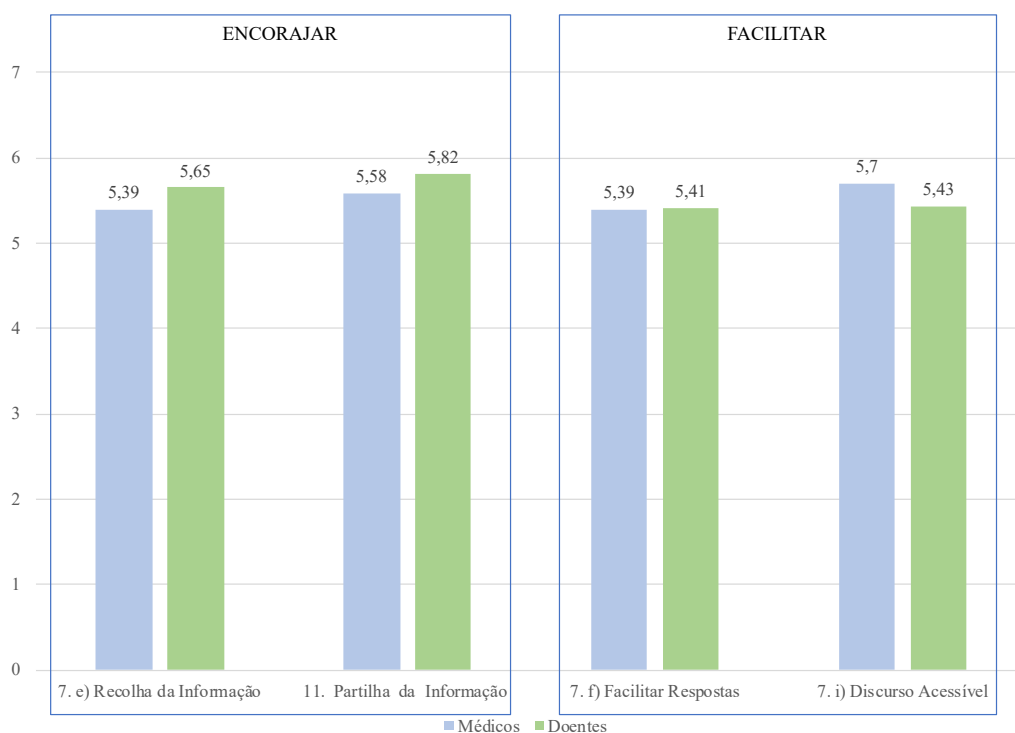


Figura 27 – Comunicação de Encorajamento e Facilitadora de Discurso.

- A comunicação de encorajamento tem como objetivo uma boa recolha de informação por parte do médico e a partilha de informação por forma a aumentar a adesão do doente à terapêutica. Encorajar, na perspetiva de promover a partilha e a adesão. Para este âmbito contemplámos as questões 7.e) e 11 dos questionários a médicos e doentes. Em ambas as questões, a média apresentada pelos doentes respondentes sobre o encorajamento dos médicos ao longo da consulta é ligeiramente superior à média apresentada pelos respondentes médicos. Os doentes respondentes registam o apoio do médico na partilha da informação relativa à sua saúde, com 62% dos respondentes a identificarem que o médico o faz sempre ou quase sempre. Para esta avaliação não são determinantes o género ou idade, mas

98 - **Encorajar:** Q.7.e): Encorajo o doente a contar o historial do seu problema/questão. Q.11: Partilha a sua opinião com o doente por forma a encorajá-lo na terapêutica? **Facilitar:** Q.7.f): Facilito as respostas do doente, de forma verbal, quando este explica o seu problema. Q.7.i): Uso palavras e comentários concisos e fáceis de compreender.

42% dos casos que têm por hábito ir à consulta de MGF indicam que o médico partilha sempre a sua opinião com o doente, por forma a encorajá-lo na terapêutica. Este comportamento, associado à frequência da consulta de MGF, poderá indicar-nos que uma relação já estabelecida entre médico e doente promove uma maior proximidade e parceria. O médico partilha a sua opinião baseada na relação que mantém com o doente e não enquanto procedimento para uma melhor comunicação.

Durante muitos anos, acreditou-se na importância do diagnóstico para uma boa consulta. Contudo, estudos clínicos⁹⁹ demonstraram que o historial recolhido, a narrativa do doente, contribui entre 60 a 80% da informação para o diagnóstico (Silverman, 2009).

- Nas questões 7.f) e 7.i) afere-se a comunicação facilitadora de discurso na perspetiva da maior e melhor recolha de informação e do emprego de uma linguagem acessível ao doente. A importância de uma pergunta aberta, como facilitadora da narrativa do doente, torna-se crucial para a recolha de informação. Uma abordagem facilitadora, como uma função de apoio, implica tanto as competências da comunicação verbal como da não verbal, e está relacionada com a satisfação do doente (Takemura, Atsumi, & Tsuda, 2007). No nosso estudo, os resultados apontam para uma prática facilitadora do discurso por parte dos médicos e percecionada pelos doentes. Porém, apenas 54% dos doentes considera que o médico facilita a sua narrativa, enquanto 53% considera que o médico utiliza um discurso acessível, de fácil compreensão.

Neste âmbito consideramos que, embora os resultados não sejam desanimadores, existe um caminho a percorrer na formação dos médicos no sentido de os consciencializar para esta questão e para o seu impacto no resultado final da consulta.

99 - Hampton *et al.* 1995; Sandler, 1980; Kassirer, 1983; Peterson *et al.* 1992.

Explicação, Suporte, Interação e Envolvimento¹⁰⁰

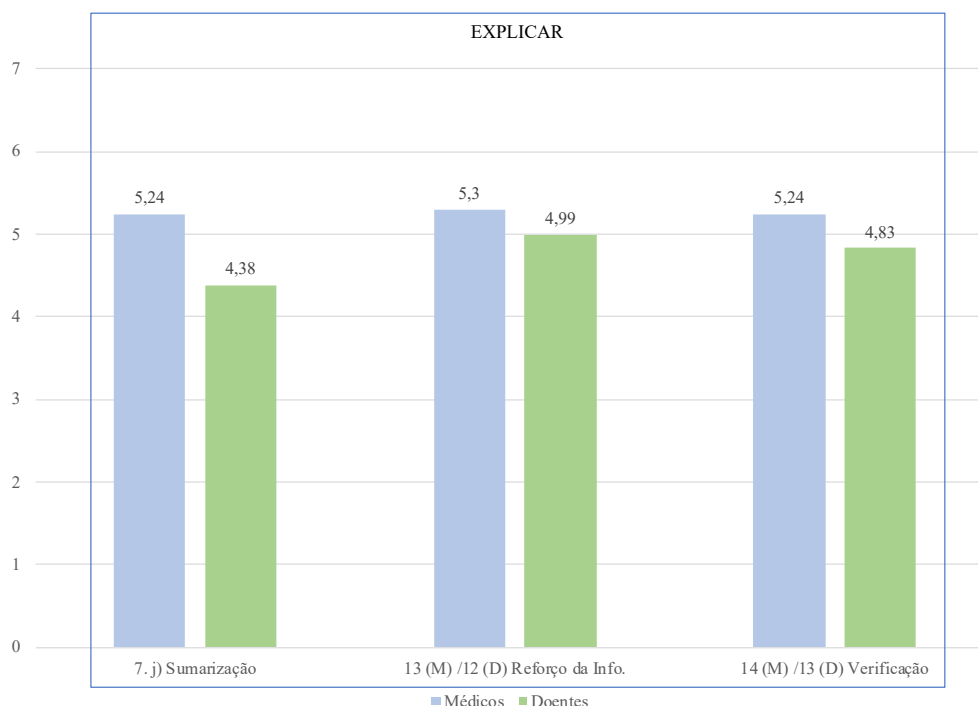


Figura 28 – Explicação da informação clínica.

A explicação da informação é dada em várias etapas da consulta, pela sumarização, pelo reforço da informação na repetição da narrativa e também no final da consulta pela verificação do entendimento do doente da explicação que lhe foi dada.

- A sumarização da informação dada pelo médico ao doente, abordada na questão 7.J), apresenta discrepâncias relevantes entre os dados recolhidos entre os médicos e os doentes. Apesar de os médicos indicarem que resumizam a explicação anteriormente dada ao doente e que o fazem com frequência, 55% dos médicos inquiridos fá-lo sempre ou quase sempre, os doentes não reconhecem essa prática

100 - **Explicação: Q 7.j.:** Sumarizo a informação depois do doente falar, confirmando que compreendi bem todas as questões. **Q13 (Médicos) Q12 (Doentes):** No final da consulta usa a repetição, como resumo, para reforçar a informação? **Q14 (Médicos) Q13 (Doentes):** Verifica se o doente percebeu a sua explicação?
Suporte, Interação e Envolvimento: Q10: Na sua interação com o doente expressa: Preocupação; Compreensão; Vontade de ajudar. **Q15 (Médicos) Q14 (Doentes):** Verifica se o doente aceitou a sua prescrição? **Q16 (Médicos) Q15 (Doentes):** Quando comunica com o doente tem em consideração: O seu estilo de vida; As suas crenças; A sua estrutura cultural e socioeconómica.

no decorrer do ato clínico. Apenas 26% indica que o médico o faz sempre ou quase sempre. Se, para o doente, esta etapa da consulta é importante para que seja assegurada uma boa compreensão do problema que o levou ali, para o médico poderá ser uma tarefa que lhe toma tempo e desnecessária se este sente que já compreendeu o problema do doente (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013).

- As questões 13 e 14 recolhem dados relativos ao reforço da informação por via da repetição e pela sua sumarização. Ambas as questões são parcamente valorizadas pelos médicos, com 19% dos respondentes a indicarem que o fazem sempre. O reforço e verificação da informação dada ao doente confere à entrevista médica uma maior segurança sobre a informação a passar ao doente e estabelece um entendimento mútuo sobre a terapêutica, reduzindo o grau de incerteza para o médico e para o doente sobre a consulta e sobre futuros desenvolvimentos (Silverman, 2009).

Comunicação de Suporte, Interação e Envolvimento

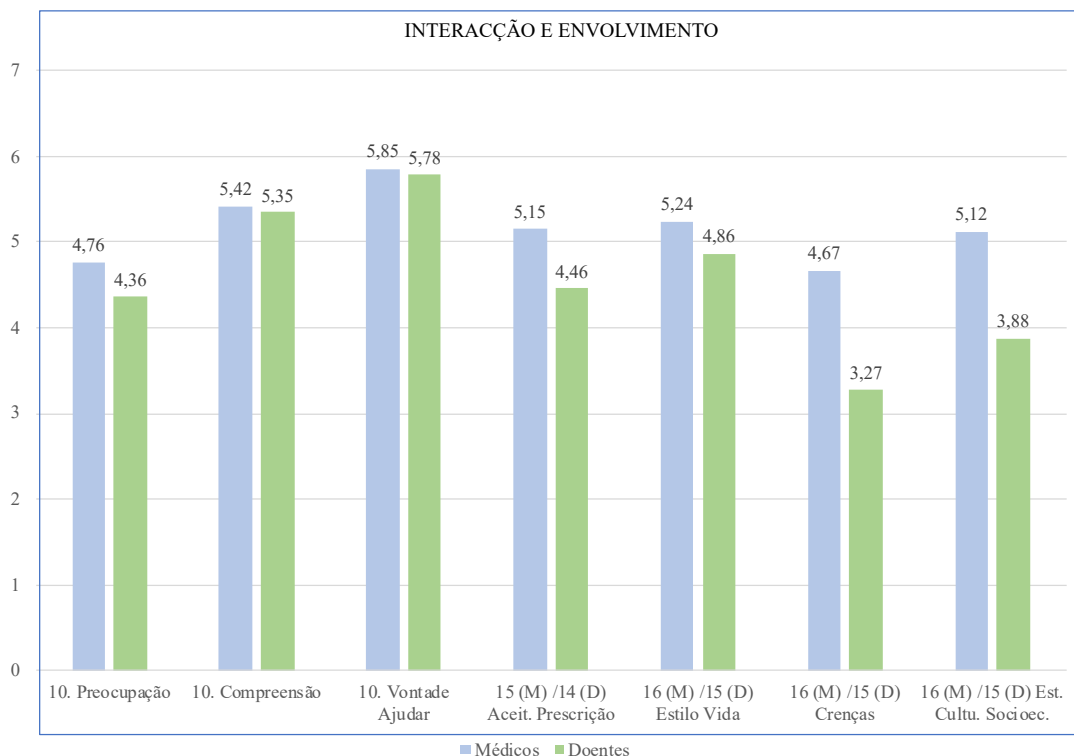


Figura 29 – Comunicação de Suporte, Interação e Envolvimento.

A fase da consulta relativa à explicação e planeamento da informação, abordadas anteriormente, é um processo interativo entre médico e doente. Contudo, a interação só ocorre se o emissor receber feedback sobre a forma como decorreu a interpretação da mensagem, se esta foi compreendida e qual o impacto da mesma no recetor (Dance & Larson, 1972).

A interação e envolvimento na relação médico-doente são abordados nas questões apresentadas no gráfico em cima, numa perspetiva de suporte. Nestas, recolhemos dados sobre as atitudes do médico que promovem uma maior humanização do momento da consulta.

- Na questão 10. questionámos as populações estudadas se “durante a consulta o médico manifesta pelo doente preocupação, compreensão e vontade de ajudar”. Avaliamos uma vertente da comunicação de suporte que implica interação e envolvimento do médico com o doente. É interessante verificar que a compreensão e a vontade de ajudar apresentam médias mais elevadas, enquanto a preocupação, um valor mais pessoal, apresenta médias baixas, com 27% dos doentes indicando que nunca ou quase nunca o médico a demonstra.

Quando abordamos uma comunicação de suporte, interação e envolvimento podemos afirmar que esta tríade se apoia numa competência-chave que é a empatia, a qual é fundamental na construção da relação médico-doente (Garden, 2009). O autor Goleman (2011), cuja investigação se foca sobre a inteligência emocional e social, descreve três variáveis interdependentes da empatia: a empatia cognitiva, a empatia emocional e a empatia de preocupação ou interesse. É nesta última que nos focamos na questão 10, onde o médico demonstra preocupação, compreensão e vontade de ajudar. A empatia é uma competência que pode ser equacionada como uma característica da personalidade, por isso inata, ou não. Porém, esta competência pode ser aprendida e treinada pelos médicos por forma a ser compreendida pelos médicos e pelos doentes como um estilo natural, inato (Frankel, 2009).

No nosso estudo, os médicos não demonstram uma tendência clara na abordagem empática de suporte ao doente, quando apenas 15% dos respondentes demonstra sempre preocupação, 24% dos respondentes demonstra sempre compreensão e 39% dos respondentes demonstra sempre vontade de ajudar. Valores igualmente percebidos, nesta ordem, pelos doentes inquiridos.

- A questão 15. afere se o médico verifica com o doente se este aceitou a sua prescrição. Enquanto 39% dos médicos inquiridos verifica sempre, apenas 19% dos doentes inquiridos indica que o médico o faz sempre, o que nos remete para um desfasamento entre a informação do médico e a percepção do doente. É de referir a influência que a questão da idade tem nesta avaliação, pois quanto mais elevado é o escalão etário, maior é a indicação de que o médico verifica a aceitação da prescrição por parte do doente. Esta atitude do médico reflete a sua sensibilidade perante a idade mais avançada do doente.

O que se pretende nesta fase da verificação da aceitação, por parte do doente, do plano de tratamento é um modelo de decisão partilhada que leve à concordância no que diz respeito às recomendações e prescrições do médico.

- Na questão 16. é questionado se o médico “quando comunica com o doente tem em consideração o seu estilo de vida, as suas crenças e a sua estrutura socioeconómica”. Estes fatores, segundo os dados obtidos, são menos valorizados pelos médicos e não são percebidos de forma evidente pelos doentes. As médias são as mais baixas de todos os parâmetros analisados nos questionários. Nas respostas dos questionários aos doentes, apenas 10% dos médicos têm “sempre” em consideração as crenças destes.

No processo comunicacional com o doente, a construção da relação deverá ser realizada segundo uma abordagem centrada no doente, por forma a garantir a eficácia da consulta. Isso implica um envolvimento por parte do médico no contexto cultural, social e económico do doente.

D.1.c. Dimensão Não Verbal e Afetiva da Comunicação¹⁰¹

A comunicação verbal é distinta pelos seus objetivos e parâmetros – sabemos quando a mensagem termina. Ao contrário, a comunicação não verbal é contínua – não termina enquanto a presença do outro for mantida, mesmo quando as pessoas estão em silêncio esse espaço é preenchido por mensagens. Não se pode não comunicar (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2015). O silêncio das pausas da comunicação verbal é uma forma de comunicação. A diferença entre o silêncio confortável ou desconfortável é mediado pela comunicação não verbal ocorrida nesse espaço temporal. Nos questionários realizados analisámos a comunicação não verbal em distintas componentes: o ouvir, a voz, o contacto visual, a expressão corporal e o registo da informação, que aglutinámos em três vertentes: ouvir, interagir e registar (ver Figura 30).

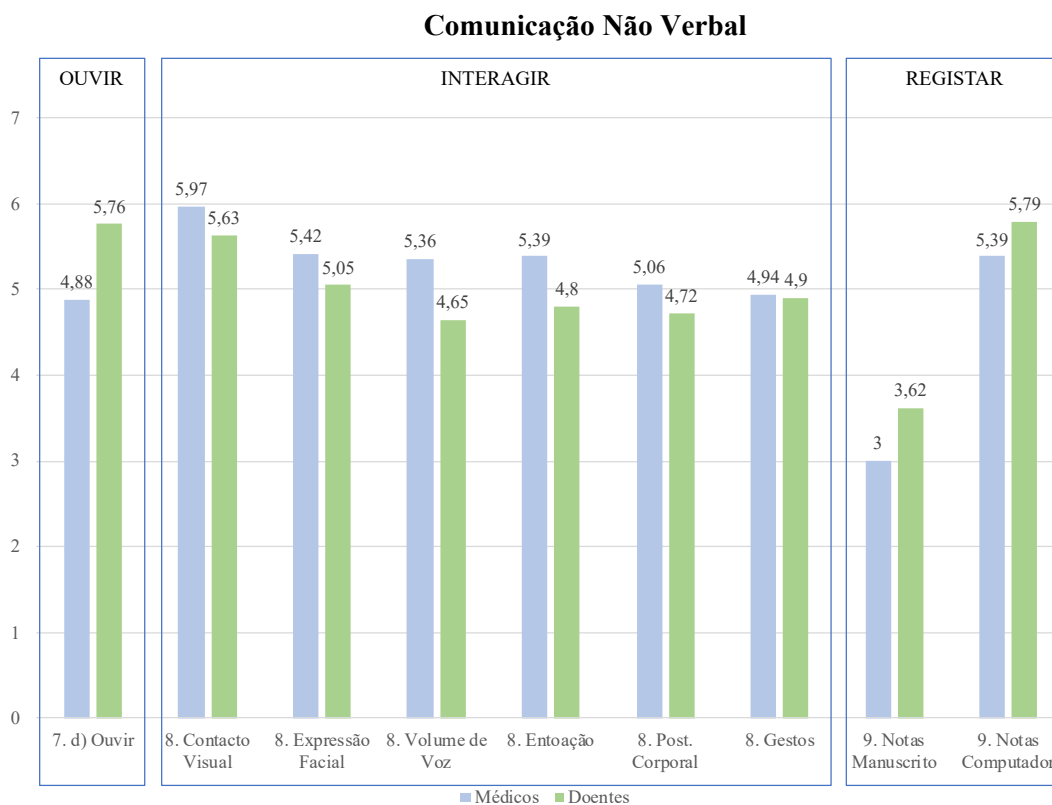


Figura 30 – Comunicação Não Verbal.

101 - **Ouvir: Q 7.d.:** Oiço atentamente o doente sem o interromper. **Interagir: Q 8:** Durante a consulta para comunicar com o doente usa: Contacto visual; Expressão facial; Volume da voz; Entoação da voz; Postura corporal; Gestos. **Registar: Q 9:** Durante a consulta, excluindo o momento da prescrição da receita, escreve notas: à mão; no computador.

- Ouvir: A questão 7.d) afere o momento em que o médico ouve o doente. Ouvir o doente é tão importante na recolha de informação quanto o momento do início da consulta, fundamental na sua estrutura. O médico, com o suporte de uma pergunta aberta, poderá orientar o doente durante o momento em que ouve a sua narrativa, sem o interromper. Nesta questão que afere se “o médico ouve o doente sem o interromper” os respondentes de ambos os questionários registam as médias mais baixas (4,88/5,76). A capacidade de ouvir o doente não é substancialmente tida em conta pelos médicos - apenas 6% dos médicos inquiridos ouve o doente “sempre” sem o interromper - nem reconhecida claramente pelos doentes inquiridos. A vontade de ouvir, manifestada na linguagem não verbal do médico, fornece fortes indicadores sobre o nível de interesse deste nos problemas do doente. Uma escuta atenta é um processo altamente qualificado, consequência da colocação de perguntas abertas, requerendo a combinação de fatores: competências de facilitador, tempo de espera e captação de pistas e dicas fornecidas pela narrativa do doente (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013).
- Interagir: Na questão 8. são abordadas competências da comunicação não verbal como o contacto visual, a expressão facial, o volume de voz, a entoação, a postura corporal e os gestos. Nenhum parâmetro obteve uma avaliação marcadamente positiva.

O contacto visual obteve a média mais elevada em ambos os questionários, e assim apresenta-se como a componente da comunicação não verbal mais valorizada por ambas as partes respondentes. Contudo, apenas 32% dos doentes indica que o médico o faz sempre, face a 58% dos médicos que dizem que o fazem. Os doentes que têm por hábito frequentar a consulta de MGF indicam a maior média de contacto visual entre médico e doente. O género ou a idade não são relevantes para este parâmetro.

A expressão facial, o volume de voz, a entoação, a postura corporal e os gestos, apesar de apresentarem médias positivas, não são utilizados como um meio de reforço da mensagem no processo comunicacional médico-doente.

Não existe uma real utilização das competências de comunicação não verbal que poderiam dotar a consulta de uma interação com maior proficuidade. Assim, temos nestas competências - ferramenta essencial para a empatia e construção da relação entre médico e doente -, um potencial caminho de formação e melhoria da relação na consulta.

- Registrar: Na questão 9. é aferido se o médico durante a consulta (à exceção do momento da prescrição) escreve notas à mão ou ao computador. Podemos constatar que em ambos os questionários o momento do médico “escrever notas à mão” é raro ou pouco frequente. Pelo contrário, escrever as notas no computador é uma atitude reconhecida por ambas as populações em estudo. A introdução e evolução da tecnologia e a informatização da informação clínica dos doentes muito contribuiu para estes comportamentos avaliados nesta questão.

Uma das competências mais importantes da comunicação não verbal é o contacto visual, muitas vezes interrompido no momento em que o médico regista a informação à mão ou no computador, enquanto o doente continua a falar. Esta prática, ao contrário do que se possa avaliar, comporta consequências negativas para o momento da consulta, como a perda de fluência ou interrupção do discurso do doente e perda de dados fornecidos pelo doente enquanto o médico regista a informação até então obtida (Heath, 1984).

D.1.d. Dimensão dos Efeitos da Comunicação¹⁰²

Na dimensão dos efeitos da comunicação observamos o impacto da empatia no nível de satisfação do doente e no retorno deste a uma nova consulta. Considerámos também interessante para o nosso estudo recolher informação adicional sobre a valorização dos doentes relativamente às diversas competências dos médicos e, desta forma,

102 - **Empatia e Satisfação: Q 17.:** Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação médico-doente tem influência na satisfação do doente? **Empatia e Retorno: Q 18:** Considera que uma consulta com uma boa comunicação e empatia na relação, médico-doente, tem influência no retorno (nova consulta) do doente? **Valorização das Competências: Q 19:** Quais as características que considera mais importantes no desempenho da sua profissão? Capacidade de Diagnóstico; Disponibilidade para ouvir o doente; Criar uma relação de parceria com o doente; Experiência; Explicar bem os problemas ao doente; Reputação; Simpatia.

complementar a nossa avaliação sobre a relevância da comunicação no momento da consulta de MGF.

A empatia é um constructo que pode ser aprendido, conforme já abordado na revisão da literatura no capítulo anterior. O impacto da empatia na satisfação da relação médico-doente é maior quando a relação é centrada no doente (Henbest & Stewart, 1990) e há evidência, no nosso estudo, no retorno do doente ao médico quando o nível de satisfação do doente é positivo.

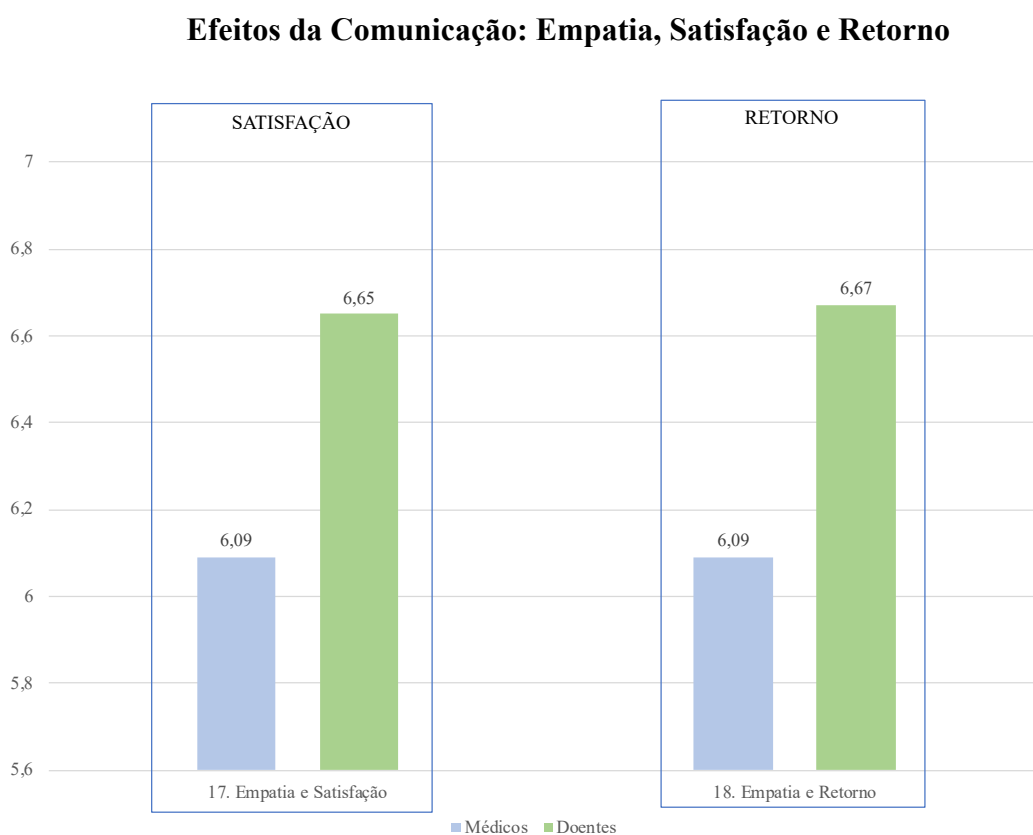


Figura 31 – Efeitos da Comunicação: Empatia, Satisfação e Retorno.

- Empatia e Satisfação: Na questão 17 dos questionários, ambas as populações, médicos e doentes, reconhecem a importância de uma boa comunicação e empatia na relação para a satisfação do doente. Este é o ponto avaliado em que se verifica

uma maior convergência nos questionários, com 64% dos médicos e 77% dos doentes a reconhecerem como “sempre” esta influência da comunicação e empatia na sua satisfação.

- Empatia, Satisfação e Retorno: Na questão 18 é avaliado se o retorno a uma nova consulta poderá ser influenciado por uma boa comunicação e empatia. Embora a média se apresente positiva e 33% dos doentes inquiridos indique que esta satisfação é “sempre” influenciadora no retorno a uma nova consulta, o fator idade é diferenciador nesta avaliação, com 47% dos casos com 56 anos ou mais a indicarem o nível “sempre” da escala. A relação médico-doente torna-se, assim, mais importante na satisfação do doente mediante o avançar da idade deste.

Valorização das Competências do médico

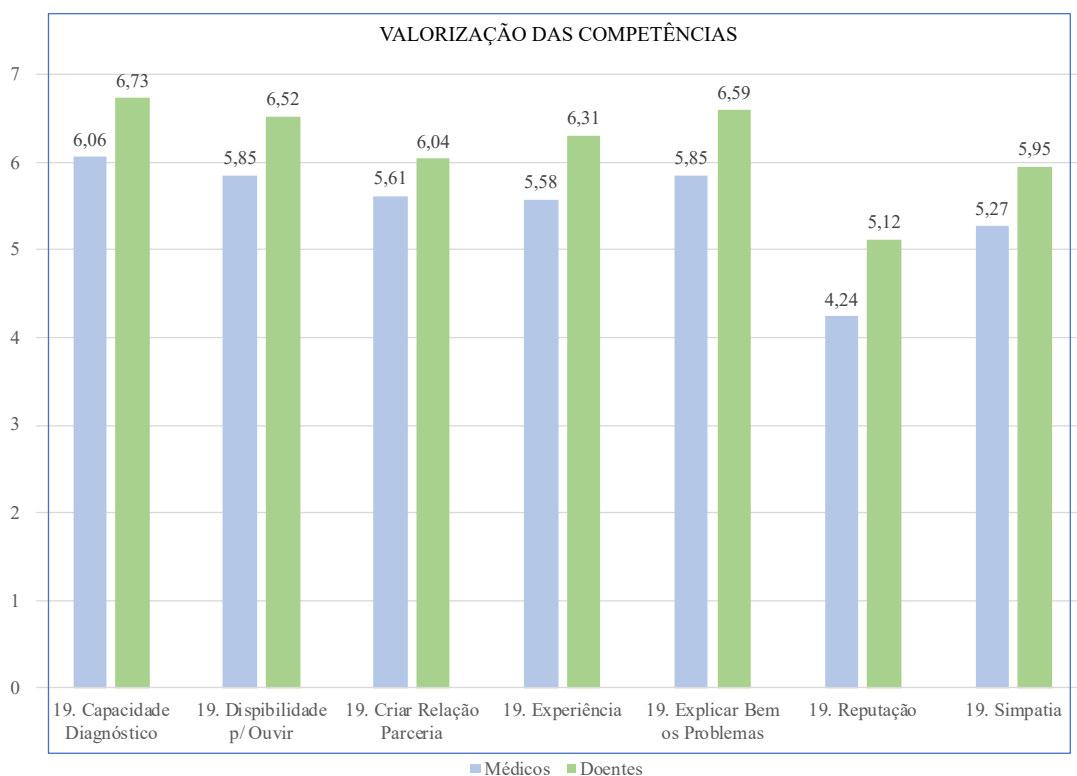


Figura 32 – Valorização das competências do médico.

- Valorização: Na questão 19. pretendemos aferir quais as competências (técnico-científicas ou humanas) que são mais valorizadas no desempenho da profissão do

médico de MGF. A “capacidade de diagnóstico e a disponibilidade para ouvir o doente” são os mais pontuados por parte dos casos médicos e doentes, enquanto a reputação é menos valorizada por estes últimos. Apenas 22% dos doentes inquiridos considera a reputação como uma característica importante no desempenho do médico, enquanto 64% considera a “capacidade de diagnóstico” como “sempre” importante. Não existe influência do género ou idade na avaliação dos fatores em questão. Não deixa de ser interessante salientar que, nos questionários aos médicos, as médias mais baixas na valorização das competências são a simpatia e a reputação. Para tal poderá ter contribuído a faixa etária dos respondentes (64% dos respondentes têm até 45 anos).

Após a análise dos questionários aos médicos e aos doentes, revemos os dados obtidos à luz das dimensões definidas anteriormente (ver página 201). As dimensões do questionário estruturam a informação a recolher e a análise da mesma, num contexto teórico revisto nesta investigação em capítulos anteriores. Na conceptualização do questionário e nas suas dimensões, predefinimos uma estrutura com quatro categorias: modalidades da comunicação efetiva, comunicação verbal e não verbal, comunicação afetiva e dos efeitos.

No gráfico seguinte, as questões colocadas em questionário aos doentes foram organizadas mediante a dimensão comunicacional em que se inserem. Focámo-nos nos resultados dos doentes visto que estes indicam a sua perceção à cerca do desempenho ao nível competências comunicacionais dos médicos, em cada uma das dimensões, em análise.

Como podemos observar na Figura 33, cada dimensão comunicacional engloba as questões do questionário que aferem as componentes da comunicação dessa dimensão. A cada dimensão é atribuída a média resultante da pesquisa e, desta forma, identificámos as dimensões com menor e maior desempenho. Há que destacar que em todas as dimensões se observa uma média positiva, o que demonstra um grau de desempenho comunicacional satisfatório por parte dos médicos. A dimensão com avaliação mais elevada é a dimensão dos efeitos, ou seja, é reconhecido que boas competências de comunicação por parte do

médico promovem a satisfação do doente. A comunicação não verbal obteve a média mais baixa, o que nos mostra uma área com um desempenho mais débil e, por isso, a merecer mais atenção no futuro. A comunicação não verbal é uma componente da interação fundamental para a relação que se estabelece entre médico e doente, uma vez que a linguagem não verbal (linguagem corporal) é responsável por 55% da mensagem (Mehrabian, 2017).

Dimensões Estruturantes e Médias – Questionário aos Doentes

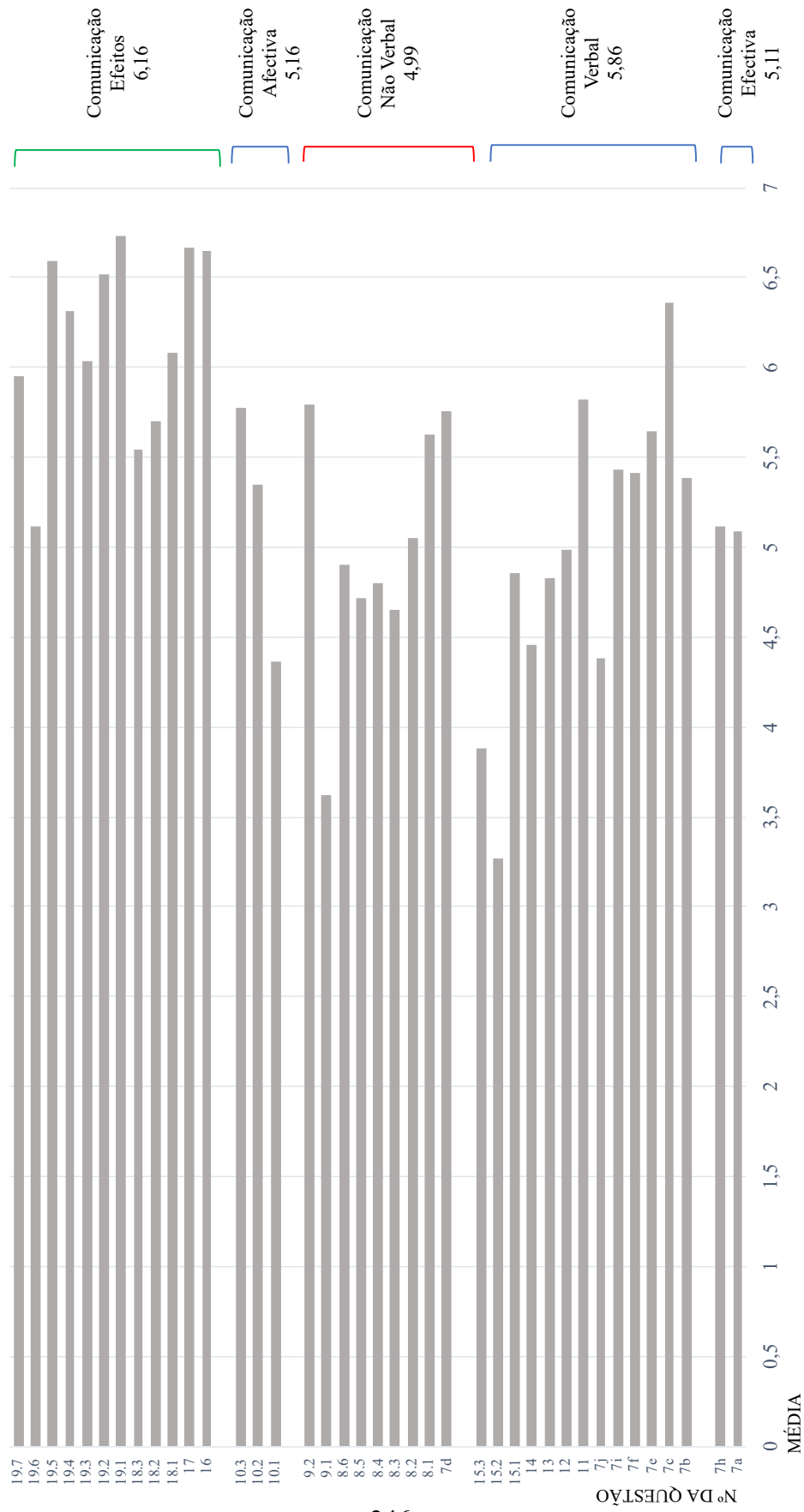


Figura 33 – Dimensões Estruturantes e Médias do Questionário aos Doentes.

No gráfico da Figura 34 podemos analisar visualmente as discrepâncias revistas anteriormente (no ponto Análise dos Resultados, Tabela 20). Estes dois gráficos (Figuras 33 e 34) permitem-nos encerrar narrativa e visualmente a análise dos questionários realizados aos médicos e aos doentes, sem antes deixar de mencionar que a média geral dos questionários aos médicos é de 5,30 face à média dos questionários aos doentes que é de 5,33. Concluimos, por isso, e numa avaliação global, que os doentes questionados têm uma perceção positiva e superior dos médicos de MGF, relativamente à perceção do desempenho dos médicos de MGF respondentes.

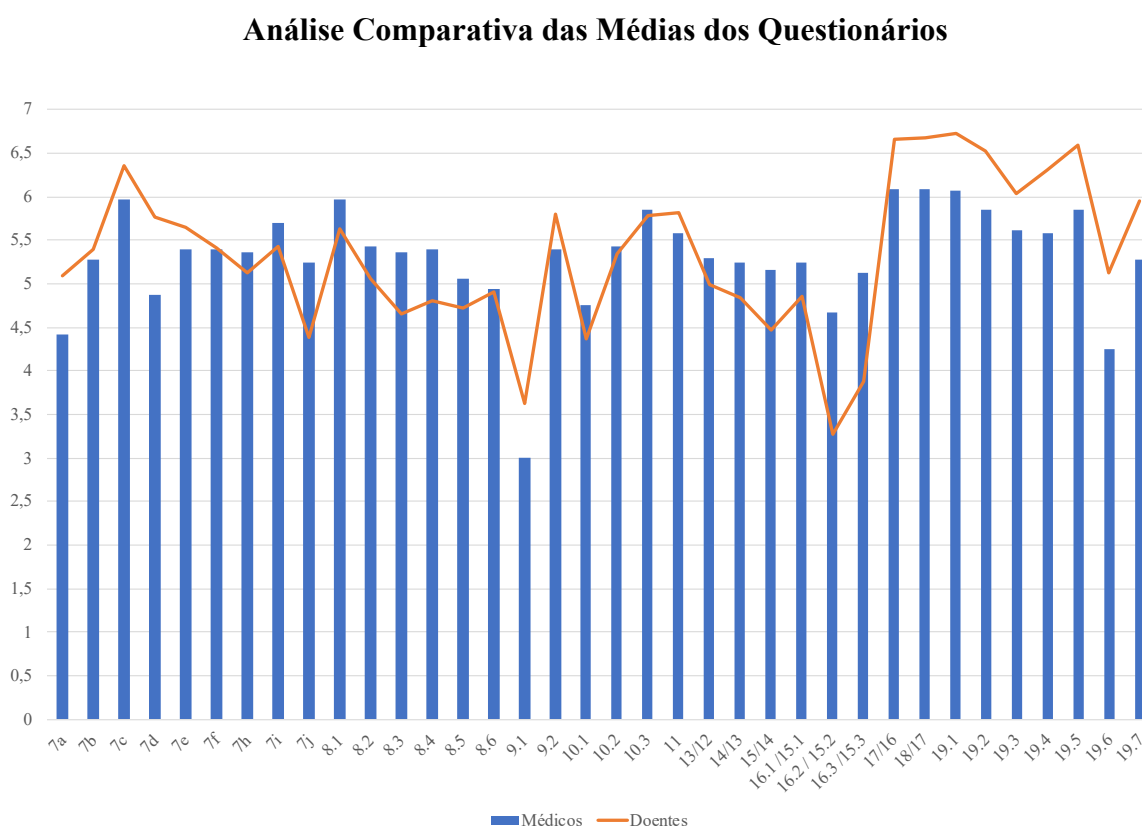


Figura 34 – Médias dos Questionários aos Médicos e aos Doentes.

Revistos os dados dos questionários e destacadas as informações mais relevantes sobre cada questão passaremos, nesta fase da investigação, à reflexão sobre a informação recolhida com vista à revisão da veracidade das hipóteses postuladas.

D.2. Reflexão Crítica

Com base na nossa pergunta de partida com que iniciamos o debate sobre em que medida as competências de comunicação interpessoal são exercidas pelos médicos numa consulta de Medicina Geral e Familiar, abordámos vários conceitos e reunimos informação sobre diferentes aspetos e situações, de forma a fornecer uma perspetiva aplicada que complemente a teoria existente e nos permita tirar as nossas conclusões.

Os resultados obtidos com o nosso trabalho de campo foram conseguidos por via de métodos mistos de amostragem: no caso dos médicos foi realizado um trabalho com método não probabilístico e, no caso dos doentes, foi possível a realização do estudo assente numa base de amostragem, conforme descrito anteriormente. A seleção do método de amostragem por bola de neve, utilizado na população dos médicos, resulta da necessidade de lidar com as condicionantes resultantes das limitações legais e éticas na área da saúde. Ao seleccionar grupos de participantes da população de médicos com quem se possa estabelecer um relacionamento mais produtivo, permitirá responder à pergunta de investigação. A nossa opção de amostragem por bola de neve na população dos médicos foi intencional pois visou disponibilizar os dados mais adequados à nossa investigação, focando o questionário em práticas bem sucedidas. Esta é uma forma de seleção amplamente utilizada pela comunidade científica (Etikan, 2016).

O trabalho empírico apresentado neste capítulo representa um complemento crucial ao referencial teórico da pesquisa, uma vez que nos permitiu questionar algumas das nossas crenças iniciais e levantar outras questões relevantes que não havíamos identificado na revisão de literatura. Além disso, permitiu-nos confrontar diferentes perspetivas decorrentes dos resultados dos questionários e as entrevistas exploratórias, e encontrar pontos de vista pertinentes que contradiziam, apoiavam ou mesmo mudavam as nossas suposições e perceções iniciais relativamente a algumas das questões que examinámos.

Iniciamos a nossa reflexão crítica tendo como base um resultado fundamental do nosso estudo: a comunicação estabelecida entre médico e doente numa consulta de MGF tem uma avaliação positiva por parte dos doentes, ou seja, os médicos aplicam as

competências comunicacionais recomendadas¹⁰³ numa entrevista médica, da mesma forma que os médicos reconhecem a utilização dessas competências nas suas consultas. É importante também destacar que os doentes que vão com maior frequência ao médico de MGF apresentam avaliações mais elevadas (positivas) sobre o desempenho comunicacional do médico. O nível de frequência de uma consulta de MGF está associado à relação que se estabelece entre médico e doente e à relação de parceria e confiança que se desenvolve entre estes.

Os médicos, apesar de na sua formação base não terem obrigatoriedade de conteúdos formativos na área da comunicação (daquilo que nos foi possível observar nas estruturas curriculares), podem frequentar de forma opcional este tipo de unidades curriculares. Conforme resultou da análise das entrevistas exploratórias conduzidas, os médicos de MGF estão, hoje em dia, mais disponíveis e atentos à importância da comunicação nas suas competências e as organizações de saúde estão igualmente atentas a esta componente das competências interpessoais.

Ao nível da preparação da consulta - a dimensão efetiva da comunicação - tanto médicos como doentes apresentam resistência a esta preparação. Caso os doentes reunissem a informação e planeassem o que pretendem transmitir, e caso os médicos verificassem previamente o historial clínico do doente, seria possível aumentar a eficácia da consulta nos seus diferentes objetivos, assim como no planeamento de prazos e datas das etapas seguintes. Esta dimensão tende a ser subvalorizada por ambos, médicos e doentes, o que apresenta posteriormente implicações na gestão da informação e decisões ao longo da consulta (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013).

A comunicação verbal é a componente mais valorizada pelos médicos e doentes, conscientes das implicações desta dimensão na sua relação. A clareza, pertinência, conteúdo, forma, esclarecimento, conhecimento e compreensão são indicadores reconhecidos por ambas as populações. Estes indicadores, ainda que valorizados pelos médicos, são entendidos, pelos doentes, como sofrendo de algumas fraquezas. Ou seja, os doentes indicam que os médicos apresentam insuficiências na clareza do discurso e no resumo das questões apresentadas. Pelo contrário, apresentam como indicadores muito

103 - Segundo o Modelo de Entrevista Médica de Cambridge-Calgary (ver anexo 4)

positivos o conteúdo, a pertinência e a compreensão na comunicação do médico com o doente, o que nos indica um caminho para uma potencial melhoria na transmissão da mensagem com a colmatação destas discrepâncias.

A comunicação não verbal, uma competência interpessoal com uma interação fundamental na relação médico-doente (Mehrabian, 2017) é a menos valorizada e aplicada pelos casos da nossa investigação, o que pode ter consequências ao nível da satisfação do doente, uma vez que esta é maior quando se deparam com médicos mais sensíveis à comunicação não verbal (Little, et al., 2001).

A criação de um espaço de confiança é um processo recíproco, dinâmico e exigente, em particular quando o médico “invade” os territórios da intimidade e da privacidade de cada doente. Nesta dimensão, a objetividade do discurso verbalizado adquire, por vezes, significados diferentes para o médico e para o doente. A comunicação não verbal, a disponibilidade para escutar, o tom e o peso que o médico atribui às suas palavras em resposta às incertezas do doente, as expressões faciais e corporais, são elementos decisivos para garantir um ambiente franco e que inspire confiança (Mansinho *in* (Ordem dos Médicos, 2020)). No nosso estudo a escuta ativa é uma competência valorizada por médicos e doentes: Porém, apesar da valorização desta competência, existe uma prática deficitária, por parte dos médicos, da mesma. A escuta ativa e reflexiva, sem juízos de valor, leva a que o doente sinta que existe interesse genuíno no que ele está a dizer e que tenha espaço para exprimir os seus sentimentos, angústias, inquietações, dúvidas e dificuldades (Carrapiço & Ramos, 2012).

Na dimensão não verbal avaliamos indicadores como o contacto visual, a expressão facial, corporal e vocal. Os casos da nossa investigação identificam que, na sua interação, os médicos utilizam com maior facilidade o contacto visual. Tendem, pelo contrário, a não aplicar a componente vocal e corporal, o que reduz o impacto da mensagem e da interação, podendo este desequilíbrio comprometer a harmonia entre a comunicação verbal e não verbal.

A dimensão afetiva que decorre, não só, mas também, da comunicação não verbal, é o caminho mais profícuo para comunicar as nossas atitudes, emoções e afetos para expressar a forma como nos apresentamos e como nos relacionamos (Agostinho *et al* 2010). Os afetos na mensagem e na relação interpessoal do médico e doente podem

manifestar-se através de indicadores tão distintos como o interesse, a compreensão, a parceria, o suporte, o respeito, a disponibilidade e a empatia. Como afirma o médico Mário Moura (Ordem dos Médicos, 2020), “o esfumar do doente como pessoa completa, já gravemente abalada pela alta especialização do saber médico, distribuído por umas quantas dezenas de especialidades, agrava-se com a era da informática, dos computadores, dos telemóveis, e tantos outros meios que agravam o afastamento corporal do médico, dos seus doentes, fazendo desaparecer o “olhos nos olhos” e o “pele com pele” essenciais para que se estabeleça uma ligação afetiva entre ambos”.

A relação médico-doente na MGF é caracterizada pela confiança e estabilidade. A natureza duradoura desta relação pode levar algumas pessoas a consultarem repetidamente o médico devido a uma dependência emocional e afetiva. Por isso, é fundamental a tomada de consciência, por parte do médico, dos processos relacionais em que participa (Vítor Ramos *in* Relação Médico-Doente, 2020). Os casos estudados demonstram a importância da relação do médico-doente pela criação de uma relação de parceria e cumplicidade entre estes. Contudo, os indicadores em análise apresentam algumas discrepâncias entre si. Ou seja, se, por um lado, os médicos demonstram vontade de ajudar e compreensão em relação ao doente, não demonstram preocupação por este, o que pode ser uma opção consciente baseada na necessidade que o médico tem de controlar o envolvimento e acautelar a dependência que o doente possa ter em relação a ele.

O médico conduz o diálogo, valorizando principalmente os elementos da narrativa do doente que tenham incidência na saúde ou na doença. No entanto, no processo de decisão, a vivência do doente, a sua circunstância familiar e socio-afetiva e a sua história de vida são de uma enorme relevância (Zaner, 1976).

Os efeitos de uma boa relação médico-doente são reconhecidos pelos casos em estudo. A satisfação, insatisfação, motivação ou desmotivação do doente em relação ao médico estão diretamente relacionadas com a relação que se estabelece. Porém, a capacidade de diagnóstico é o fator mais valorizado pelo doente no retorno a uma nova consulta. O conceito de satisfação não assenta apenas na relação estabelecida mas, na ótica do médico, na consciência do “dever cumprido” de salvar uma vida.

A comunicação torna-se efetiva quando todas as partes envolvidas atribuem significados semelhantes às palavras e à linguagem não verbal o que, de acordo com os

resultados do nosso estudo, que nem sempre ocorre nas expectativas do doente. Desta forma, é fundamental que sejam incrementadas formas de ensinar e aprender comunicação clínica desde o início da formação em Medicina (Ordem dos Médicos, 2020).

Concluimos, assim, a nossa reflexão crítica com a constatação de que a observação clínica começa desde o início da consulta. Para tal contribuem a linguagem verbal e não verbal, nas suas dimensões efetiva, afetiva e dos efeitos. Estas linguagens podem dizer muito, com ou sem recurso às palavras, e podem modelar, confirmar ou contradizer o significado formal destas. Assim, uma atenção focada e consciente por parte do médico relativamente às linguagens do doente reduz a possibilidade de perda de informação (Rodriguez, et al., 2008) e aumenta o nível da eficácia da terapêutica e da satisfação do doente e, por conseguinte, do médico também (Silverman, Kurtz, & Juliet, 2013). Concluimos igualmente que, apesar de os médicos apresentarem um desempenho positivo na sua componente comunicacional nas diferentes dimensões analisadas, a mesma apresenta lacunas mais específicas ao nível da preparação da consulta, do resumo da mensagem, do foco no enquadramento cultural e socioeconómico do doente, na expressão vocal e corporal.

D.3. Conclusões sobre as Hipóteses de Investigação¹⁰⁴

Revistos os dados dos questionários e destacadas as informações mais relevantes sobre cada questão passaremos, nesta fase da investigação, à reflexão sobre a informação recolhida com vista à revisão da veracidade das hipóteses postuladas no início do nosso trabalho (ver pág. 176). A formulação das hipóteses apresenta-se como uma resposta provisória à pergunta de partida da investigação. Para compreender o valor de cada hipótese torna-se necessário confrontá-la com os dados recolhidos, por forma a averiguar em que medida a hipótese é confirmada ou infirmada pelos dados. A hipótese é, frequentemente apenas uma resposta parcial ao problema inicialmente levantado. Daí a

104 - As hipóteses de investigação foram previamente apresentadas na página 176.

utilidade de conjugar vários conceitos e hipóteses para cobrir os diversos aspetos do problema (Quivy & Campenhoudt, 2013).

D.3.1. Relevância e Aplicação das Competências de Comunicação Interpessoal para os Médicos.

O objetivo da nossa primeira hipótese é descobrir a relevância das competências de comunicação interpessoal para os médicos e se estes as aplicam no momento da consulta de MGF.

[H1] As competências de comunicação são valorizadas e exercidas pelos médicos.

A análise dos dados e da informação recolhida entre especialistas permite-nos concluir o seguinte: a hipótese é válida. Os médicos consideram relevantes as competências de comunicação e aplicam-nas.

Quando questionados sobre a valorização da comunicação em consulta (Q.17), 58% dos casos consideram que uma boa comunicação médico-doente tem sempre influência na satisfação do doente e apesar de não existir uma formação de base em comunicação na licenciatura, 45% dos casos já frequentou, por opção, uma formação em comunicação.

A aplicação das competências de comunicação interpessoal não é realizada de forma permanente e sistemática. Como apresentámos no subcapítulo anterior, a maioria dos médicos aplica estas competências, mas apenas uma minoria o faz de forma sistemática. Esta conclusão é ainda reforçada pela opinião dos especialistas (anexo 7) que para esta aplicação das competências da comunicação, o fator da idade é determinante - “depende da maturidade do médico”. Ou seja, curiosamente, a idade é um fator influenciador. Médicos mais experientes, que já passaram por situações melindrosas ou situações que não foram bem esclarecidas, são mais sensíveis a explicar a um doente o porquê do atraso da consulta do que a um exercício de comunicação pela negativa de não dizer nada”. Para além do fator da idade, é igualmente determinante o setor onde o médico exerce: “médicos que tenham atividade privada consolidada são mais sensíveis a processos de comunicação do

que os dos hospitais públicos. Nos hospitais públicos os médicos são pagos com um salário fixo quer tratem bem ou mal os doentes, quer comuniquem bem ou mal com os doentes”.

Em suma, os médicos inquiridos, na sua maioria, consideram as competências de comunicação relevantes e aplicam-nas. Esta perceção da relevância das competências de comunicação é maior consoante a idade do médico - quanto mais idade o médico tiver maior será a sua sensibilidade ao processo comunicacional. O setor onde exerce (privado ou público) também o torna mais sensível à importância da comunicação. Os médicos do sector privado são avaliados não só numa perspetiva clínica, mas também numa perspetiva de serviço ao doente (cliente).

D.3.2. Relevância e Reconhecimento por parte dos Doentes das Competências de Comunicação Interpessoal dos Médicos.

Na nossa segunda hipótese o nosso objetivo é compreender se os doentes valorizam e reconhecem a aplicabilidade das competências de comunicação interpessoal exercidas pelos médicos de MGF.

[H2] As competências de comunicação dos médicos são valorizadas e reconhecidas pelos doentes.

Com base na informação recolhida, concluímos que a hipótese é válida. Os doentes consideram relevantes as competências de comunicação interpessoal aquando aplicadas no contexto de consulta de MGF e reconhecem-nas, conforme explicámos no subcapítulo anterior e nas tabelas em anexo (anexos 15 e 16). Quando agrupamos os dados nas dimensões definidas na metodologia da investigação, observámos que a dimensão com maior pontuação, no questionário aos doentes é o reconhecimento da importância das competências de comunicação para a sua satisfação. A dimensão com menor pontuação, como foi previamente analisado, é a comunicação não verbal o que demonstra um desempenho mais débil por parte dos médicos quando comunicam sem usar as palavras.

Em suma, existe, por parte dos doentes, uma valorização das competências de comunicação interpessoal e estes reconhecem a aplicação destas competências por parte dos médicos. Contudo, a dimensão da comunicação não verbal merece um melhor desempenho por parte dos médicos, por forma a suscitar um maior grau de satisfação na relação médico-doente.

Resumo do Capítulo III

No capítulo da pesquisa empírica chegámos à etapa onde procurámos recolher dados através de um estudo de campo com o objetivo de responder à pergunta de investigação inicialmente levantada, interpretando-a à luz do referencial teórico revisto. O estudo das competências de comunicação entre médico e doente no momento da consulta de MGF poderia, idealmente, ser realizado pela observação *in loco* do investigador ou pelo questionário aos dois intervenientes da consulta de MGF. Contudo, uma consulta é um momento íntimo, de exposição de fragilidades pessoais, entre um médico e um doente e, como tal, dificilmente observável por uma terceira pessoa sem que tal gere inferências na relação médico-doente (Minayo, 1994). Assim, optámos por uma metodologia que fosse adequada ao objeto em estudo, realizando o nosso trabalho de campo através de questionários, dirigidos a médicos e a doentes, através da pesquisa documental e da realização de entrevistas exploratórias a especialistas, as quais prepararam a investigação empírica, reforçaram as correntes teóricas e validaram os resultados obtidos.

Com a pergunta de partida [*Em que medida as competências de comunicação interpessoal são exercidas pelos médicos numa consulta de Medicina Geral e Familiar?*], pretendemos incorporar os critérios qualitativos recomendados por Quivy & Campenhoudt (2013), de clareza, exequibilidade e pertinência, a fim de progredirmos nas nossas leituras e nas entrevistas exploratórias, iniciando a rutura com os preconceitos e com a ilusão da transparência (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 46). A resposta à pergunta de partida para a investigação deu origem a sub-perguntas e hipóteses, que explorámos no enquadramento do trabalho empírico por meio de uma abordagem hipotético-dedutiva, confrontando os dados e a eliminação de caminhos e deduções, evitando a ambiguidade e clarificando os resultados obtidos.

Uma metodologia hipotético-dedutiva, caminho que seleccionámos para o nosso trabalho, leva-nos, por etapas, à redução da dúvida na investigação e à procura do correspondente real das hipóteses. A compreensão e explicação do fenómeno importa na definição do método a aplicar; o método de uma investigação é um caminho para se chegar a determinado fim (Gil, 2008), e as características da nossa temática, nomeadamente o

aspecto da intimidade, orientaram-nos para uma pesquisa quantitativa - que considerámos mais adequada -, a uma investigação por questionários anónimos, por administração direta, realizados *on-line* sem qualquer interferência do entrevistador, com vista a uma maior fiabilidade nos dados recolhidos.

Os questionários são instrumentos integrantes da prática clínica, da avaliação e de pesquisas em saúde (Coluci, Alexandre, & Milani, 2015). Entendemos avançar com os questionários em ambiente *online* pelas vantagens que apresentam no enquadramento do objeto em estudo. O questionário desenvolvido no âmbito do nosso trabalho, a partir da grelha de Cambridge-Calgary, foi adaptado em duas versões, uma com um questionário dirigido aos médicos de MGF e outra versão com um questionário dirigido aos doentes de MGF. Os questionários foram enviados através de uma hiperligação, para preenchimento *online*, tendo sido obtidas as seguintes respostas válidas da população-alvo: 33 médicos e 481 doentes. Para a população dos médicos de MGF recorreremos a uma técnica de amostragem por conveniência e bola de neve; no caso dos doentes recorreremos a uma base de amostragem de 2500 indivíduos. O preenchimento dos questionários decorreu durante os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2020. Em meados do mês de Março de 2020 precipitou-se a conclusão do processo de recolha dos questionários, uma vez que o início da pandemia do novo corona vírus veio impossibilitar o contacto com os médicos e a sua disponibilidade de colaboração numa investigação académica.

Os dados recolhidos foram interpretados analisando comparativamente, para cada questão, os resultados dos médicos e os resultados dos doentes. Ao analisarmos cada questão de forma comparativa, podemos identificar a existência de assimetrias entre as competências prestadas pelos médicos e de que forma como os doentes as percecionam.

As competências definidas para análise dos resultados permitiram-nos agrupar as questões dos questionários nas seguintes dimensões: comunicação efetiva, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação afetiva e efeitos da comunicação. Para cada dimensão da comunicação foram definidos indicadores de análise dos dados recolhidos por forma a interpretar a informação à luz da revisão da literatura selecionada.

Resumimos, de forma muito sintetizada, as principais reflexões críticas sobre os dados recolhidos: A **dimensão efetiva** da comunicação na consulta ocorre nas fases inicial

e final da entrevista médica, onde o principal objetivo é reduzir o grau da incerteza dos participantes.

Na etapa da preparação da consulta, os dados recolhidos junto dos médicos revelam uma prática pouco consistente na recolha de informação, análise dos registos anteriores e focus no processo do doente antes do início da consulta de MGF. Ao invés, os doentes estão totalmente focados no momento da consulta, como podemos concluir por uma média significativamente mais elevada relativa ao grau de preparação para a consulta, reunindo exames médicos prévios e outra informação relevante. A falta de preparação e organização da informação volta a ocorrer ao longo da consulta, onde 24% dos médicos inquiridos afirma que nunca, ou raramente, organizam a explicação que irão dar ao doente. A ausência ou irregularidade da organização da explicação a dar ao doente compromete a eficácia da comunicação. No entanto, na fase final da consulta, em que são estabelecidos os passos seguintes, a maioria dos doentes (70%) indica que quase sempre ou sempre o médico o faz. O estabelecimento e acordo, entre médico e doente, dos passos seguintes, datas e prazos, permite a ambas as partes identificar o seu papel e responsabilidades.

A **dimensão verbal** da comunicação estrutura a entrevista médica, onde a mensagem é o cerne. A informação recolhida nos questionários relativa à dimensão verbal da comunicação na consulta de MGF foi interpretada com base em diversos indicadores como: o acolhimento do doente e a identificação do problema, a comunicação de encorajamento e facilitadora de discurso, a explicação da informação, o suporte, a interação e o envolvimento do médico no processo comunicacional.

Os resultados obtidos no nosso estudo demonstram uma atitude consciente, por parte dos médicos, quanto à importância do bom acolhimento ao doente. Porém, os doentes identificam um acolhimento nem sempre satisfatório, sendo que apenas 37% dos doentes inquiridos afirma que o médico o cumprimenta sempre pelo nome, independentemente do título. Assim, o acolhimento personalizado do doente não é uma atitude permanente, o que nos indica o desconhecimento do potencial que esta etapa tem no bom resultado da consulta.

Depois de acolher o doente, o médico inicia a sua interação pela identificação do problema que traz o doente à consulta. Os dados recolhidos apontam para uma prática clara desta etapa com mais de 90% dos médicos e doentes a identificarem a realização de uma pergunta aberta no início da consulta, o que permite ao médico aceder à agenda do doente e definir o caminho para o procedimento clínico.

A comunicação de encorajamento e facilitadora de discurso tem como objetivo uma boa recolha de informação por parte do médico e a partilha de informação, por forma a aumentar a adesão do doente à terapêutica. A maioria dos doentes respondentes percecionam, de forma positiva, o apoio do médico na partilha da informação relativa à sua saúde. Porém, os doentes com maior frequência da consulta de MGF apresentam uma média superior de perceção de uma comunicação de encorajamento por parte do médico. Este comportamento associado à frequência da consulta de MGF poderá indicar-nos que uma relação já estabelecida entre médico e doente promove uma maior proximidade e parceria. A participação facilitadora do médico na narrativa do processo comunicacional com o doente apresenta médias mais baixas, com 54% dos doentes a considerar que o médico facilita a sua narrativa e 53% considerando que o médico utiliza um discurso acessível, de fácil compreensão. Neste sentido, verifica-se que existe, em nosso entender, uma necessidade de formação dos médicos no sentido de os consciencializar da importância de uma comunicação facilitadora e do seu impacto no resultado final da consulta.

Ao longo da consulta, o médico comunica explicando a informação a ser dada ao doente, reforçando o seu suporte através da interação e do envolvimento pela mensagem. A explicação da informação é dada em várias etapas da consulta por meio da sumarização, do reforço da informação da repetição da narrativa e, no final da consulta, pela verificação do entendimento, por parte do doente, da explicação que lhe foi dada. Estes três parâmetros (sumarização, reforço e verificação da informação) não são reconhecidos de forma clara e consistente pelos doentes respondentes, dado que apenas 19 a 26% indica que o médico o faz sempre ou quase sempre. Segundo Silverman (2009 e 2013), esta questão da sumarização da informação poderá ser, para o médico, uma tarefa que lhe toma tempo e que se revela

desnecessária se sentir que já compreendeu o problema do doente. Assim como o reforço e a verificação da informação dada ao doente dota a entrevista médica de uma maior segurança sobre a informação a passar ao doente e estabelece um entendimento mútuo sobre a terapêutica, reduzindo o grau de incerteza para o médico e para o doente sobre a consulta e futuros desenvolvimentos.

As atitudes de interação e envolvimento (uma empatia reveladora de preocupação e interesse) por parte do médico promovem uma maior humanização do momento da consulta. No nosso estudo, relativamente a estes parâmetros, destacamos que a compreensão e a vontade de ajudar apresentam médias mais elevadas, enquanto a preocupação, um valor mais pessoal, apresenta médias baixas. Os médicos respondentes não demonstram uma tendência maioritária na abordagem empática de suporte ao doente. Existe uma discrepância nas médias entre os dados dos médicos e os dos doentes quando questionamos se o médico verifica com o doente se este aceitou a sua prescrição. O que se pretende nesta fase da verificação da aceitação, por parte do doente, do plano de tratamento, é um modelo de decisão partilhada que suscite a sua concordância quanto às recomendações e prescrição do médico.

No processo comunicacional com o doente, a construção da relação deverá ser realizada através de uma abordagem centrada no doente por forma a garantir a eficácia da consulta. Isto implica um envolvimento, por parte do médico, no contexto cultural, social e económico do doente. Estes fatores, segundo os dados obtidos, são menos valorizados pelos médicos e não são percebidos de forma evidente pelos doentes.

A **comunicação não verbal** é definida por Freixo (2012) como o processo de comunicação através do envio e receção de mensagens sem palavras faladas na interação entre dois ou mais interlocutores. Assim, esta compreende as expressões faciais, o contacto visual, os gestos, a postura e a linguagem corporal. Nos questionários realizados analisámos a comunicação não verbal em distintas componentes: o ouvir, a voz, o contacto visual, a expressão corporal e o registo da informação, que englobámos em três vertentes: ouvir, interagir e registar.

O médico, com a colocação de uma pergunta aberta, poderá orientar o doente durante o momento em que ouve a sua narrativa, sem o interromper. A capacidade de ouvir o doente não é considerada de forma consistente e substancial pelos médicos, nem reconhecida claramente pelos doentes inquiridos.

No âmbito das competências da comunicação não verbal como o contacto visual, a expressão facial, o volume de voz, a entoação, a postura corporal e os gestos, nenhum destes parâmetros obteve uma avaliação marcadamente positiva. O contacto visual obteve a média mais elevada em ambos os questionários, apresentando-se como a componente da comunicação não verbal mais valorizada por ambas as partes respondentes. A expressão facial, o volume de voz, a entoação, a postura corporal e os gestos, apesar de apresentarem médias positivas, não são utilizados como um meio de reforço da mensagem no processo comunicacional médico-doente.

Não existe uma real utilização das competências de comunicação não verbal que poderiam dotar a consulta de uma interação mais profícua. Desta forma, temos nestas competências - ferramentas essenciais para a empatia e para a construção da relação entre médico e doente - um potencial caminho de formação e melhoria da relação na consulta.

Podemos constatar que, em ambos os questionários, o momento de o médico “escrever notas à mão” é raro ou pouco frequente. Pelo contrário, escrever as notas no computador é uma atitude reconhecida por ambas as populações em estudo. A introdução e evolução da tecnologia e a informatização da informação clínica dos doentes muito contribuiu para estes comportamentos avaliados nesta questão.

Na **dimensão dos efeitos da comunicação** observámos o impacto da empatia no nível de satisfação do doente e no retorno deste a uma nova consulta, bem como o valor que este atribui às diversas competências dos médicos, completando assim a nossa avaliação sobre a relevância da comunicação no momento da consulta de MGF.

De acordo com os dados recolhidos no nosso estudo, a satisfação de um doente está diretamente relacionada com uma maior empatia na relação médico-doente. Esta satisfação promove o retorno a uma nova consulta (em caso de

necessidade). Os doentes com mais de 56 anos apresentam uma maior incidência no retorno a uma consulta, estando este retorno associado à satisfação com a sua relação com o médico.

Quando questionados sobre as competências (técnico-científicos ou humanistas) que mais valorizam no desempenho do médico de MGF, a “capacidade de diagnóstico e a disponibilidade para ouvir o doente” são os aspetos mais valorizados por médicos e por doentes, enquanto a Reputação surge como o parâmetro menos valorizado por ambos. Destacamos que, nos questionários aos médicos, as médias mais baixas relativamente à valorização das suas competências se situam no âmbito da simpatia e da reputação, facto para que poderá ter contribuído a faixa etária dos respondentes (64% dos respondentes têm 45 anos ou menos).

Na nossa reflexão crítica revemos os dados obtidos no trabalho de campo, interpretando-os à luz do conhecimento dos autores que compõem o constructo bibliográfico.

Iniciámos a nossa reflexão crítica concluindo que a comunicação estabelecida entre médico e doente numa consulta de MGF tem uma avaliação positiva por parte dos doentes, sendo que os médicos reconhecem a utilização dessas competências nas suas consultas. Os doentes com maior frequência de consultas de MGF apresentam avaliações mais elevadas (positivas) sobre o desempenho comunicacional do médico. Desta forma, o nível de frequência de uma consulta de MGF está associado à relação que se estabelece entre médico e doente e à relação de parceria e confiança que se desenvolve entre estes.

Para a estrutura de uma consulta é fundamental a fase preparatória da mesma. Ao nível da preparação da consulta - que ocorre numa dimensão efetiva da comunicação - tanto médicos como doentes apresentam resistência a esta preparação. A comunicação verbal, a segunda dimensão em análise, é a componente mais valorizada pelos médicos e pelos doentes, conscientes das implicações desta dimensão na sua relação.

A comunicação não verbal, uma competência interpessoal com um papel fundamental na relação médico-doente (Mehrabian, 2017) é a menos valorizada e aplicada

nos casos estudados na nossa investigação, o que pode ter consequências ao nível da satisfação do doente, uma vez que a satisfação é maior quando este se depara com médicos que têm maior sensibilidade à comunicação não verbal (Little, et al., 2001). Na dimensão não verbal avaliámos indicadores como o contacto visual, a expressão facial, corporal e vocal. Os casos observados na nossa investigação identificam que os médicos utilizam com maior facilidade o contacto visual na sua interação. Pelo contrário, tendem a não aplicar a componente vocal e corporal, o que reduz o impacto da mensagem e da interação, podendo este desequilíbrio comprometer a harmonia entre a comunicação verbal e não verbal. Ao nível da comunicação afetiva, os casos estudados revelam a importância da criação de uma relação de parceria entre médico-doente para a eficácia da relação entre estes. Contudo, os indicadores em análise apresentam algumas discrepâncias entre si. Ou seja, se, por um lado, os médicos demonstram vontade de ajudar e de compreender o doente, não demonstram preocupação por este, o que pode ser uma opção pessoal baseada na necessidade de controlar o envolvimento e acautelar a dependência que o doente possa ter em relação a ele.

Por fim, procurámos responder às hipóteses levantadas para a investigação. O objetivo da nossa primeira hipótese consiste em avaliar a relevância das competências de comunicação interpessoal para os médicos e se estes as aplicam no momento da consulta de MGF. Em suma, os médicos inquiridos, na sua maioria, consideram as competências de comunicação relevantes e aplicam-nas. Esta perceção da relevância das competências de comunicação varia consoante a idade do médico - quanto mais idade o médico tiver, maior será a sua sensibilidade ao processo comunicacional. Acresce que o setor onde exerce (privado ou público) o torna mais sensível à importância da comunicação. Os médicos do setor privado são avaliados não só numa perspetiva clínica, mas também numa perspetiva de serviço ao doente (cliente).

Na segunda hipótese, o nosso objetivo é compreender se os doentes valorizam e reconhecem o exercício das competências de comunicação interpessoal por parte dos médicos de MGF. Concluímos, assim, que existe uma valorização, por parte dos doentes, das competências de comunicação interpessoal dos médicos, bem como um reconhecimento de que estas são exercidas pelos mesmos. Contudo, a dimensão da

comunicação não verbal merece uma maior atenção por parte dos médicos por forma a gerar um maior grau de satisfação na relação médico-doente.

IV. CONCLUSÃO

A visão holística sobre a matéria selecionada para o presente estudo - a relação médico-doente - permitiu um olhar informado sobre a questão, na sua totalidade, sustentado numa reflexão contextual, centrada nas diferentes vertentes que integram essa relação: cognitivas, emocionais, linguísticas e comportamentais. Esta abordagem, assim o desejamos e esperamos, poderá patentear uma contribuição, ainda que modesta, em duas vertentes essenciais: por um lado, e apenas quando tida como uma referência, poderá constituir um guião de auto-análise para os profissionais (nas suas fragilidades e nas suas potencialidades) no que concerne à relação que estabelecem com as pessoas doentes que os procuram; e, por outro lado, poderá representar uma meta almejada, a edificar sobre buscas, pessoais e constantes, para transpor pequenas etapas, mas cada vez mais exigentes, no desempenho da profissão. Ambas as vertentes da nossa abordagem corresponderão apenas a facetas de uma realidade que a sociedade de hoje aceita já como sendo um lugar comum e que diz respeito à clara consciência de que a saúde não significa apenas *ausência de doença*, mas o resultado de uma vida equilibrada e feliz, para a qual o profissional da medicina pode, seguramente, contribuir.

Em determinado momento do texto do estudo que elaborámos e vimos apresentando, referimo-nos aos processos de relação, como um sistema que se desenha e evolui, em constantes interações recursivas de comportamento e de palavras (abordagem sistémica pág. 106). É esta a particularidade humana que determina a forma muito própria de existir, onde a coexistência das emoções, dos comportamentos e da linguagem nos distinguem dos outros seres vivos não-falantes. “*In the flow of our emotions (that is in our emotioning) we move from one kind or class of relational behaviours to another*”. Partilhando esta conceção que Maturana (1997) apresenta sobre a questão em apreço, diremos que um sistema vivo, operando em redes interativas, testemunha e evidencia aquilo que denominamos de arte de comunicar, um traço que sempre acompanhou o ser humano desde os primórdios da sua existência. A necessidade de interagir com o outro para transmitir e receber mensagens, levou a que o Homem desenvolvesse as suas capacidades cognitivas, emocionais e comportamentais como forma de sobreviver face a um mundo que nos confronta a cada momento, repleto de ameaças, mas também de valores

adquiridos e ganhos. E é em nome de uma maior consciência quanto à importância de uma boa utilização do potencial de interação humano que se vão edificando sistemas, organizados e coerentes, sob a forma de teorias da comunicação ao serviço do bem estar pessoal e da comunidade e, diremos mesmo, em nome da felicidade da sociedade humana.

Algumas das teorias que sustentaram o presente estudo permitiram contextualizar a importância da comunicação entre dois *sistemas vivos*: o médico e o doente, numa consulta de MGF, cuja escolha decorreu do facto de sabermos ser uma área na qual ocorrem grandes mudanças impostas por uma sociedade mais democrática, informada e, desejavelmente, mais humanizada.

No decorrer do estudo realizado, tivemos, pois, oportunidade de aceder a um diversificado acervo de teorias e aplicações práticas conducentes à análise da problemática das competências relacionais, essenciais a um médico (Frank, 2005). Desta reflexão decorre a conclusão de que existem fatores consentâneos e reveladores de alguns dos contornos requeridos pelo papel do médico, enquanto comunicador, sem descurar a inevitável interconexão com outras competências, de índole técnica e científica, igualmente fundamentais para o bom desempenho de um profissional, nomeadamente aquelas que dizem respeito às funções que é também chamado a cumprir enquanto especialista, gestor e defensor da saúde.

Autores como Paul Watzlawick, Ray Birdwhistell, Edward T. Hall e Erving Goffman, abordados ao longo da nossa investigação, desenvolveram os seus estudos com base numa abordagem sistémica das relações, numa dimensão micro-analítica da comunicação não verbal, na proxémia e no interacionismo simbólico. O trabalho desenvolvido por estes autores foi fundamental não só enquanto ferramenta para a teorização do nosso estudo como também enquanto suporte dos resultados da investigação.

A área da saúde em Portugal tem sofrido profundas alterações nos últimos vinte anos, quer em termos orgânicos, com o crescimento do número das unidades de saúde, quer em termos organizacionais, com a alteração do paradigma da figura prestadora dos cuidados de saúde, em que as unidades de saúde privadas passaram a ter uma maior participação na saúde dos portugueses. A par desta evolução estrutural, a tecnologia invadiu a área da saúde, estando não só presente a nível técnico e científico, como também

ao nível da mediação das relações humanas, nomeadamente na literacia da relação médico-doente, objeto do interesse da investigação que levámos a cabo.

A relação médico-doente constitui um domínio muito específico, quer do ponto de vista humano, quer na ótica científica. Ela é o ponto de partida do ato clínico. A consulta médica é um momento de partilha de um objetivo comum, bem como de abandono ou de prevalência dos objetivos individuais na vivência e prossecução de uma experiência, partilhada por ambas as partes. Para tal, a relação médico-doente deverá pautar-se por um equilíbrio comunicacional e de empatia, nas diferentes variáveis que lhe dão suporte enquanto plataforma fundamental para que possa representar um ato de manifesta compreensão e ajuda. O estabelecimento de uma relação de confiança é importante na consulta de MGF, dado que se trata de uma especialidade em que existe uma relação, por norma, contínua, na qual as relações entre médico e doente podem estabelecer-se de diferentes modos, sendo com o predomínio da confiança ou, por outro lado, com expressões de desinteresse ou de conflito. Atualmente, o doente é mais crítico relativamente à qualidade da relação que estabelece com o médico, quer pela informação a que tem acesso, quer pelas diversas opções de prestadores que estão disponíveis. O doente passou de mero espetador a participante ativo, cuja opinião deve ser valorizada. Se, no passado, as qualidades médicas eram apenas medidas pelo sucesso terapêutico, hoje é dada cada vez mais importância aos aspetos relacionados com a competência demonstrada no processo de interação médico-doente. O modelo de comunicação adotado, é assim, crucial na gestão da relação de cumplicidade médico-doente e na persecução dos seus objetivos comuns.

Esta competência que, por vezes, é inata à personalidade do médico poderá, também, ser desenvolvida através de programas de formação no decurso da sua formação superior ou em programas de formação contínua, visando uma sensibilização para a importância de aquisição da referida competência, enquanto requisito essencial no exercício da profissão. A pesquisa que efetuámos sobre esta matéria permitiu-nos concluir que, em Portugal, apesar dos esforços realizados para a integração de novas disciplinas no plano curricular das Ciências da Saúde, a Comunicação continua a ser uma disciplina opcional e ministrada de forma conceptual. Porém, mediante os resultados obtidos no decorrer da nossa investigação, verificámos que alguns médicos são sensíveis a esta

questão, procurando completar a sua formação em comunicação em fase posterior à licenciatura.

Ao procurar identificar a relevância das competências de comunicação na relação médico-doente e após a revisão da literatura, lançámo-nos no trabalho de campo, com a aplicação de dois modelos de questionário orientado, um para médicos e outro para doentes. Nos questionários foram elencadas as competências de comunicação desenvolvidas ao longo da entrevista médica numa consulta de MGF. Os resultados obtidos permitiram-nos identificar as competências de comunicação com maior expressão e valorização por parte dos médicos e dos doentes. Permitiram-nos, igualmente, identificar as áreas da comunicação que apresentam debilidades e que possam, por isso, ser um entrave na dinâmica relacional médico-doente. Por fim, encerramos, com o trabalho empírico, o ciclo de pesquisa de informação tendo como objetivo final a resposta à pergunta de investigação: Em que medida as competências de comunicação interpessoal são exercidas pelos médicos numa consulta de Medicina Geral e Familiar?

A definição das dimensões de análise teórica, na investigação empírica, contribuiu para a arquitetura da informação a recolher no questionário. Assim, na sua conceptualização, predefinimos uma estrutura com quatro dimensões: modalidades da comunicação efetiva, comunicação verbal e não verbal, comunicação afetiva. A informação recolhida no trabalho de campo e analisada à luz destas dimensões foi apresentada no último capítulo e encontra-se resumida nos parágrafos que se seguem.

A dimensão efetiva da comunicação na consulta ocorre numa fase inicial e final da entrevista médica, na qual o principal objetivo é reduzir o grau da incerteza dos participantes inquiridos. Os dados recolhidos revelam que os doentes apresentam um maior envolvimento na preparação da consulta, recolhendo exames médicos complementares e toda a informação que possa ajudar o clínico na sua avaliação e diagnóstico durante a consulta. Doentes com maior grau de frequência da consulta de MGF apresentam índices mais elevados de preparação e organização da informação para a referida consulta. Ao invés, os médicos respondentes nem sempre preparam, planeiam e organizam a consulta médica, o que poderá comprometer a eficácia do processo de partilha, colaboração e da consulta no seu todo.

A dimensão da comunicação verbal contribui para a estruturação da entrevista médica. Nesta dimensão ocorre a recolha da informação, em que se consolidam os objetivos da comunicação como a precisão, eficiência e apoio do médico ao doente. Os resultados obtidos nos questionários demonstram uma atitude consciente, por parte dos médicos, da importância do bom acolhimento ao doente. Os doentes identificam um acolhimento nem sempre satisfatório, mas o hábito de ir à consulta de MGF e os escalões etários mais altos influenciam positivamente o grau de personalização da interação do médico com o doente.

No início da entrevista médica, a colocação de uma pergunta aberta para identificação dos problemas ou questões que trazem o doente à consulta é realizada pelos médicos e bem percebida pelos doentes, o que permite ao médico aceder à agenda que traz o doente e traçar o melhor caminho para o procedimento clínico.

Uma comunicação de encorajamento e facilitadora do discurso tem como objetivo uma boa recolha de informação por parte do médico, bem como a partilha de informação através de um discurso acessível, por forma a aumentar a fácil adesão do doente à terapêutica. No estudo realizado, verificámos que os médicos assumem, como prática, uma comunicação com o doente que ajuda a encorajar e a facilitar a partilha da informação. Porém, na etapa da explicação da informação ao doente, o médico deverá sumarizar e reforçar a mensagem, facto que não ocorre frequentemente, segundo a percepção dos doentes respondentes.

Representou para nós uma vertente igualmente relevante perceber o interesse que é dispensado, pelo médico, a questões de carácter humanista, pelo que procurámos identificar a forma como decorre a interação médico-doente nesta vertente. Os médicos não demonstram uma tendência clara quanto a uma abordagem empática, de preocupação e compreensão relativamente ao doente, salvaguardando a vontade de ajudar, a interação percebida de forma mais positiva pelos doentes. Contudo, apesar de verificarmos algum défice empático na relação, existe uma sensibilidade do médico, nomeadamente perante a idade mais avançada do doente. No processo comunicacional com o doente, a construção da relação deverá ser realizada através de uma abordagem de cariz emocional, centrada no doente, por forma a garantir a eficácia da consulta. Isto implica um envolvimento por parte

do médico no contexto cultural, social e económico do doente, o que raramente ocorre, conforme os resultados por nós obtidos.

Na dimensão não verbal da comunicação, analisámos componentes distintas como o ouvir, a voz, o contacto visual, a expressão corporal e o registo da informação, que englobámos em três vertentes: ouvir, interagir e registar. Não existe uma real utilização das competências de comunicação não verbal que poderiam dotar a consulta de uma interação mais profícua. Ouvir o doente é uma prática reconhecida pelos médicos, mas talvez com uma perceção ainda muito ligeira da sua subtil importância. A expressão facial, o volume de voz, a entoação, a postura corporal e os gestos, apesar de serem aspetos que apresentam médias positivas, não são utilizados de forma corrente enquanto meio de reforço da mensagem no processo comunicacional médico-doente.

No que diz respeito à dimensão dos efeitos da comunicação, observámos o impacto favorável que a empatia tem na satisfação do doente e no seu retorno a uma nova consulta. Os resultados obtidos demonstram que o retorno do doente ao médico é mais acentuado quando o nível de satisfação do doente é positivo. A satisfação associada ao retorno é maior quanto mais avançado é o escalão etário, o que pressupõe um maior cuidado, por parte do médico, na formação de uma relação geradora de empatia à medida que a idade do doente avança.

Realizada a análise das competências de comunicação na entrevista médica de MGF, considerámos pertinente, para o nosso estudo, recolher informação adicional sobre a valorização que os doentes fazem das diversas competências (técnicas e humanísticas) dos médicos e, desta forma, complementar a nossa avaliação sobre a relevância da comunicação no momento da consulta de MGF. A capacidade de diagnóstico e a disponibilidade para ouvir o doente são as competências mais valorizadas por médicos e doentes, enquanto a reputação do médico é a competência menos valorizada por ambos (médicos e doentes).

Verificámos também que existe uma prática e uma perceção das competências de comunicação na entrevista médica de MGF. A dimensão comunicacional com avaliação mais elevada diz respeito à dimensão dos efeitos, ou seja, é reconhecido que as boas competências de comunicação por parte do médico promovem a satisfação do doente. A dimensão da comunicação não verbal obteve a média mais baixa, o que nos apresenta uma

área mais debilitada e, por isso, a merecer, de futuro, mais atenção e uma maior sensibilização quanto à importância de formação nestas competências.

Debruçamo-nos, agora, sobre o conteúdo que integra a formulação da pergunta de partida deste trabalho: Em que medida as competências de comunicação interpessoal são exercidas pelos médicos numa consulta de Medicina Geral e Familiar? Na resposta encontrada, deparamos com o seguinte posicionamento:

As competências de comunicação são exercidas de forma consciente por parte dos médicos e percecionadas pelos doentes. Constata-se que existe, de facto, um melhor desempenho das competências na dimensão da comunicação verbal, no que diz respeito ao acolhimento do doente e à partilha e explicação da informação. A debilidade da dimensão da comunicação não verbal é patente quando aferimos a importância de ouvir o doente, dos gestos e da voz na interação entre médico e doente. Por fim, quanto à dimensão da comunicação afetiva, existe uma discrepância entre os dois interlocutores, no que diz respeito ao reconhecimento da importância dos afetos na relação, o que pode eventualmente transmitir, de forma inconsciente, uma menor preocupação pela pessoa do doente.

A forma como deverá ser encarado o programa de formação de um médico em Portugal poderá ser a solução para a aquisição e desenvolvimento de competências de comunicação e para a prática de uma medicina mais humanizada, o que terá um impacto real no sucesso da terapêutica, nos resultados clínicos e, sobretudo, na satisfação do doente.

Acompanhar, de forma sequencial ou desagregada, as diferentes análises estatísticas que nos oferece o estudo empírico (quadros, gráficos e tabelas), facilita o conhecimento dos resultados que foram sendo alcançados, e consideramos ser esta uma versão correta de interpretar o decorrer de toda a investigação. Contudo, como escreveu um dia Tolentino de Mendonça (Mendonça, 2020): *Os acontecimentos, grandes ou pequenos do mundo, os factos da nossa vida pessoal, quaisquer que eles fossem, vimo-los perfurados pelo zumbido dos números.* Isto significa que, a essa análise quantitativa, possamos ver associada uma outra que consideramos de igual relevância: a importância das expressões que traduzem as necessidades e desejos de entender os seres humanos, face

a face, numa situação de consulta, na pessoa do médico e na pessoa do doente, ambos atores que se entrecruzam com objetivos partilhados de ajuda - de dar e de receber.

Procurar um médico não pode ser entendido apenas como um meio para assegurar a sobrevivência de uma pessoa fragilizada pela doença. Significa também que, nos mais diversos momentos da vida, cada ser humano necessita e deseja sentir-se estimado e respeitado, olhado, cuidado e reconhecido, na sua essência enquanto Pessoa.

A medicina foi vista, desde sempre, como uma prática ao serviço das pessoas mais fragilizadas e vulneráveis. O exercício da Medicina pode (deve) ser, cada vez mais, um campo aberto a esta experiência relacional que dê espaço ao reconhecimento da Pessoa Humana, nos seus diferentes direitos e atributos, assumindo-se esta Profissão, como um caminho, um meio e um testemunho, em prol do respeito integral pela Vida Humana.

V. BIBLIOGRAFIA

- Australian Government. (2004). *Communicating with Patients*. Obtido em 7 de Março de 2015, de National Health and Medical Research Council: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/e58.pdf
- Agarwal, R., Sands, D. Z., & Schneider, J. (2010). Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 265-281.
- Agostinho, C., Cabanelas, M., Franco, D., Jesus, J., & Martins, H. (2010). Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 150-157.
- Alexandre, N., & Guirardello, E. (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados em salud ocupacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 109-111.
- Alinier, G. (2011). Developing High-Fidelity Health Care Simulation Scenarios: A Guide for Educators and Professionals. *Simulation & Gaming*, 42(I), 9-26.
- Allen, J., Gay, B., & Crebolder, H. (2002). *A definição europeia de medicina geral e familiar*. Sociedade Europeia de Clínica Geral.
- Alves, M. V. (2017). *História da Medicina em Portugal*. Lisboa: Porto Editora.
- Amador, M. d. (2010). *Tipos de Métodos Científicos*. Lisboa: Fundação Minerva.
- Antunes, J. L. (2015). *Ouvir com Outros Olhos*. Lisboa: Gradiva.
- Antunes, J. L. (27 de Outubro de 2016). *11 reflexões sobre a vida, a doença e a morte*. Obtido em Outubro de 2016, de Jornal Observador: <https://observador.pt/2016/10/27/joao-lobo-antunes-11-reflexoes-sobre-a-vida-a-doenca-e-a-morte/>
- Antunes, M. (28 de Agosto de 2018). *Já abri 45 mil corações e nunca lá encontrei o amor*. Obtido em Agosto de 2018, de Jornal Diário de Notícias: <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/28-ago-2018/manuel-antunes-ja-abri-45-mil-coracoes-e-nunca-la-encontrei-o-amor-9767268.html>
- Applegate, J. L., & Waldhart, E. S. (1990). *Communication Studies: A Comprehensive Guide*. Dubuque: Kendall Hunt Pub Co.

- Argyle, M. (1994). *The Psychology of Interpersonal Behaviour* (5th ed.). London: Penguin Books.
- Arthur, W. B. (2011). The second economy. *Mckinsey Quarterly*.
- Barge, J. K. (2004). Articulating CMM as a practical theory . *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management* , 15(X), 187-198.
- Barlund, D. (1968). *Interpersonal Communication: survey and studies*. Boston: Houghton Mifflin.
- Barros, P. P. (14 de Março de 2019). *A relação médico-doente*. (FFMS, Produtor) Obtido em Março de 2019, de Fronteiras XXI: <https://fronteirasxxi.pt/doentemedico/>
- Basílio, N., Vitorino, A. S., & Nunes, J. M. (Julho de 2017). Caracterização da empatia em internos de medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33, 171-175.
- Batista, M. (2012). Hermenêutica filosófica e o debate Gadamer-Habermas . *Crítica e Sociedade*, 101-118.
- Baxter, L. (2015). *Communication Studies*. Obtido em Setembro de 2018, de University of Iowa: <https://clas.uiowa.edu/commstudies/people/leslie-baxter>
- Baxter, L. A., & Braithwaite, D. O. (2008). *Engaging Theories in Interpersonal Communication: Multiple Perspectives*. USA: SAGE Publications.
- Beach, M., Roter, D., Wang, N., Dugan, P., & Cooper, L. (2006). Are physician's attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviours? *Patient Education Couns.*, 62(3), 347-54.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1987). *A construção social da realidade : tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes.
- Berne, E. (1975). *What Do You Say After You Say Hello?* London: Corgi Books.
- Berne, E. (1996). *Games people play*. New York: Ballantine Books.
- Bertakis, K., Callahan, E., Helms, L., Azari, R., Robbins, J., & Miller, J. (1998). Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine. *Med Care*, 36, 879-891.
- Bertalanffy, L. V. (2015). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Birdwhistell, R. (1979). *Introduction to Kinesics: an annotation system for analysis of body motion and gesture*. Louisville: University of Louisville.

- Birdwhistell, R. (2010). *Kinesics And Context, Essays On Body Motion Communication*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, Inc.
- Bitti, P. R., & Zani, B. (1997). *A Comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism*. USA: University of California Press.
- Borden, G. A. (1974). *Introducción a la teoría de la comunicación humana*. Madrid: Editora Nacional.
- Borges, N., & Savickas, M. (2002). Personality and medical specialty choice: A literature review and integration. *Journal of Career Assessment*, 362-380.
- Bourguet, C., Gilchrist, V., & McCord, G. (1998). The consultation and referral process. *Journal of Family Practice*, 46, 47-53.
- Branco, M. B. (1909). *Dicionário Português-Latino*. Lisboa: Livraria Ferreira.
- Breton, P. (1992). *A Utopia da Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bristowe, K., & Patrick, P. L. (2012). Do too many cooks spoil the broth? The effect of observers on doctor–patient interaction. *MEDICAL EDUCATION*, 46, 785-794.
- Brosn, E. (7 de 2007). Career and technical education is ideally suited to teaching students the soft skills needed to succeed in the 21st century workplace. *Techniques: Connecting Education & Careers*, 82, 30-31.
- Brown, J. B., Steward, M., & Ryan, B. L. (2003). Outcomes of patient-provider interaction. Em T. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, R. Parrot, T. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrot (Edits.), *Handbook of health communication* (pp. 141-161). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). *Politeness: Some Universals in Language Usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruggemann, M., & Wessler, H. (November de 2014). Transnational Communication as Deliberation, Ritual, and Strategy. *Communication Theory*, 394-414.
- Buller, M., & Buller, D. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 375–388.
- Burleson, B. R., Applegate, J., & Delia, J. G. (1995). The socialization of person-centered communication: Parents' contributions to their children's social-cognitive and communication skills. Em M. A. Fitzpatrick, *Explaining Family Interactions* (pp. 34-76). Thousand Oaks: Sage.

- Burrell, G., & Morgan, G. (1998). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*. Hants: Ashgate.
- Cádima, F. R. (1996). *História e crítica da comunicação*. Lisboa: Século XXI.
- Cabrita-Mendes, A. (6 de Abril de 2015). *Saúde: Sector privado em forte crescimento nos últimos 10 anos mas público continua a dominar*. Obtido em Outubro de 2018, de Jornal Público: <https://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/saude-sector-privado-cresceu-nos-ultimos-dez-anos-mas-cirurgias-mais-importantes-continuam-a-ser-feitas-no-publico>
- Caple, R. (2005). A review of group systems theory. *Journal for Specialists in Group Work*(30), 93-110.
- Cardoso, C., Bandeira, M., Ribeiro, A., Oliveira, G., & Caiaffa, W. (2011). Escalas de satisfação com o atendimento às doenças cardiovasculares. *Ciência e Saúde Colectiva*, 16, 1401-1407.
- Cardoso, I. (15 de Março de 2017). Grupo Lusíadas Saúde. (S. G. Mieiro, Entrevistador)
- Cardoso, R. M. (1998). *A Outra Metade da Medicina*. Climepsi Editores.
- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carey, J. (1989). A cultural approach to communication. Em *Communication as culture, essays on media and society* (pp. 13-36). London: Routledge.
- Carey, J. (1992). *Communication as culture. Essays on media and society*. Nova York: Routledge.
- Carrapiço, E., & Ramos, V. (Julho de 2012). A comunicação na consulta Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*(28), pp. 212-222.
- Carvalho, V. D., Borges, L. O., & Rêgo, D. P. (2010). Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. *Psicologia, Ciência e Profissão*(30), 146-161.
- Castilla, G. (Janeiro de 2016). La comunicación en salud desde el punto de vista de una Sociedad médica. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7, 129-132.
- Chandler, D. (2007). *The basics: semiotics*. London: Routledge.
- Chris, M. I. (1992). *Psychology in medicine*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

- Clark, R. A., & Delia, J. G. (4 de 1976). The Development of Functional Persuasive Skills in Childhood and Early Adolescence. *Child Development*, 47, 1008-1014.
- Cloutier, J. (1975). *A era da EMEREC ou a comunicação audio-scripto-visual na hora dos self-media*. Lisboa: Instituto de Tecnologia Educativa.
- Coelho, J. (8 de Maio de 2018). *Bastonário dos médicos espera grande participação na greve*. Obtido em Maio de 2018, de <https://observador.pt/2018/05/08/bastonario-dos-medicos-espera-grande-participacao-na-greve/>: Bastonário dos médicos espera grande participação na greve
- Coluci, M. Z., Alexandre, N. M., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 925-936.
- Comercial, R. (23 de Outubro de 2017). *Consultas médicas em Portugal duram 15 minutos*. Obtido em Outubro de 2017, de Rádio Comercial: <https://radiocomercial.iol.pt/noticias/73887/consultas-medicas-em-portugal-duram-15-minutos>
- Connors, J. V. (2011). *Systems Theory and Interpersonal Relationships*. San Diego: University Readers. Obtido de Academia: https://www.academia.edu/4130515/Systems_Theory_and_Interpersonal_Relationships
- Craig, R. T. (May de 1999). Communication Theory as a Field. *Communication Theory*, 9(2), 119-161.
- Craig, R. T., & Muller, H. L. (2007). *Theorizing Communication: Readings Across Traditions*. Thousand Oaks: SAGE.
- Creswell, J. W. (2007). *Projecto de Pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed/Bookman.
- Cunha, L. M. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. UNIVERSIDADE DE LISBOA , FACULDADE DE CIÊNCIAS, Lisboa.
- Dance, F. E. (1970). The “Concept” of Communication. *Journal of Communication* , 201-210.
- Dance, F., & Larson, C. (1972). *Speech Communication: concepts and behaviour*. New York: Rinehart & Winston.
- DeKay, S. H. (Dezembro de 2012). Interpersonal Communication in the Workplace, A Largely Unexplored Region. *Business Communication Quarterly*, 75, 449–452.

- Delia, J. G. (1987). *Communication Theory: Eastern and Western Perspectives*. (D. Kincaid, Ed.) San Diego: Academic Press Inc.
- Dias, P. (2012). *Novos media, novas marcas - a comunicação da marca corporate no contexto semiótico-cognitivo dos novos media*. Faculdade Ciências Humanas. Lisboa: UCP.
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 106-124.
- Douglas, J. (1992). *How to treat your doctor*. London: Bloomsbury Publishing.
- Durkin, J. E. (1981). *Living groups: Group psychotherapy and general system theory*. New York: Brunner& Mazel.
- Eco, U. (1991). *Tratado Geral da Semiótica*. Lisboa: Perspectiva S.A. .
- Eira, A. d. (2 de Março de 2017). *A saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Obtido em Março de 2017, de Universidade do Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26931/2/A%20saude%20em%20Portugal%20%20A%20procura%20privada%20de%20cuidados%20de%20saude%20%20Ana%20Eira.pdf>
- Eisenberg, A. M., & Smith, R. R. (1971). *Nonverbal Communication*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed: Recognizing Faces and feelings to Improve Communication and Emotional Life*. Times Books.
- Ely, J., Levinson, W., Elder, N., Mainous, A., & Vinson, D. (1995). Perceived causes of family physicians' errors. *Journal of family practice*, 337-344.
- ERS. (Maio de 2018). *Entidade Reguladora da Saúde*. Obtido em Maio de 2018, de Sistema de Gestão de Reclamações, Síntese descritiva ano de 2017 : https://www.ers.pt/media/w3afyjmu/relat_rio_recs_2017.pdf
- Etikan, I. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling . *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 1-4.
- Faleiros, F., Käßpler, C., Pontes, F. A., Silva, S. S., Goes, F. d., & Cucick, C. D. (2016). Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25, 22-28.
- Faulkner, A. (1992). *Effective interaction with patients*. London: Churchill Livingstone.
- Ferreira, J. (2013). *Sociologia*. Lisboa: Escolar editora.

- Ferreira, M. A. (28 de Fevereiro de 2018). *Médicos devem “saber como dizer a uma mãe que o filho vai morrer”*. Obtido em Fevereiro de 2018, de Jornal Público: <https://www.publico.pt/2018/02/28/sociedade/entrevista/no-fim-do-curso-medico-tem-que-saber-como-dizer-a-mae-que-o-filho-vai-morrer-1804693>
- Foucault, M. (1984). What is Enlightenment ? Em *The Foucault Reader* (pp. 32-50). New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1997). *A ordem do discurso*. Lisboa: Relógio D'água.
- Frank, J. R. (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frankel, R. (2009). Empathy research: a complex challenge. *Patient Education and Counseling*, 75, 1-2.
- Freixo, M. J. (2012). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Garden, R. (Janeiro de 2009). Expanding Clinical Empathy: an activist perspective. *Journal General Int Medicine*, 24, 122-5.
- Gaspar, D. (2010). O perfil do Médico Interno de Medicina Geral e Familiar, em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 39-50.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O Inquérito, teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor.
- Goffman, E. (1971). *Il rituale dell'interazione*. Bologna: Il Mulino.
- Goffman, E. (1972). *Encounters*. United Kingdom: Penguin University Books.
- Goffman, E. (1972). *Interaction Ritual, Essays on Face-to-Face Behaviour*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis an essay on the organization of experience*. Cambridge: Harvard University Press.
- Goffman, E. (1979). Footing. *Semiotica*, 25, n.1/2, 1-29.
- Goffman, E. (1981). Footing. Em *Forms of Talk* (pp. 124-159). Philadelphia: University of Pennsylvania Pres.
- Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Pres.

- Goffman, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio d'água.
- Goleman, D. (2011). *The brain and Emotional Intelligence: new insights*. Northampton, MA: More than sound.
- Gomes, L., & Crepaldi, S. (2014). As Origens do Pensamento Sistémico. *Pensando Famílias*, 3-16.
- Gonçalves, M. I., & Marçal, T. O. (4 de Junho de 2015). *Ética Aplicada à Prática Clínica: Respeito pela Dignidade Humana: Competência e Autonomia*. Obtido em Março de 2017, de Ministério da Saúde: https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1148/Respeito_pela_Dignidade_Humana-Compet_ncia_e_Autonomia-2015-06-04-VFF.pdf
- Gorenflo, D., & Ruffin, M. T. (1994). A multivariate model for specialty preference by medical students. *The Journal of Family Practice*, 30, 570-576.
- Gouran, D. S. (2 de Março de 2020). *Response to "The paradox and promise of small group research", revisited*. Obtido de ERIC Institute of Education Sciences: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED165209.pdf>
- Graça, L. (1 de Novembro de 2017). *Durante muito tempo não era importante os doentes perceberem os médicos*. Obtido em Novembro de 2017, de Jornal I: https://online.sapo.pt/artigo/587078/luis-graca-durante-muito-tempo-nao-era-importante-os-doentes-perceberem-os-medicos?seccao=Portugal_i
- Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Griffin, E. (2011). *A First Look at Communication Theory*. Boston: McGraw-Hill.
- Grueninger, U. (1990). A conceptual framework for interactive patient education in practice and clinic settings. *Journal of Human Hypertension*.
- Habermas, J. (1979). *Communication and the Evolution of Society*. Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (1986). *Theory of Communicative Action, Volume 1: Reason and the Rationalization of Society: Reason and the Rationalization of Society Vol 1*. Cambridge: Polity Press.
- Hall, E. T. (Outubro de 1963). A System for the notion of proxemic behaviour. *American Anthropologist*, 65, 1003-10026.
- Hall, E. T. (Outubro de 1963). A System for the notion of proxemic behaviour. *American Anthropologist*, 65, 1003-10026.

- Hall, E. T. (1986). *A Dimensão Oculta*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Hall, E. T. (1994). *A Linguagem Silenciosa*. Lisboa: Relógio D'água.
- Hall, E. T. (1996). *A Dança da Vida*. Lisboa: Relógio D'água.
- Hall, J., & Roter, D. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, 48, 217-224.
- Hamel, S. C. (2011). *Semiotics: Theory and Applications*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Hargie, O. (1997). *The Handbook of Communication Skills*. London: Routledge.
- Heath, C. (1984). Participation in the medical consultation: the co-ordination of verbal and non-verbal behaviour between the doctor and the patient. *Social Health Illness*, 3, 311-38.
- Heider, F. (1982). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New Jersey: Publisher info: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hemphill, S. &. (2001). Matching parenting to child temperament: Influences on early childhood behavioural problems, Family Matters. *Family Matters*(59), 42-47.
- Henbest, R., & Stewart, M. (1990). Patient-centredness in the consultation. *Familly Practice*, 6, 249-53.
- Hervey, S. J. (2017). *Semiotic Perspectives*. London: Routledge.
- Hewett, D. G., Watson, B. M., Gallois, C., Ward, M., & Leggett, B. A. (2009). Communication in medical records: Intergroup language and patient care. *Journal of Language and Social Psychology*, 28, 119-138.
- Heylighen, F. (1990). *Self-Steering and Cognition in Complex Systems (Studies in Cybernetics)*. London: Routledge.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hjelmlev, L. (1970). *Language: An Introduction*. Winsconsin: University of Wisconsin Press.
- Holtzhausen, D., & Zerfass, A. (2015). *The Routledge Handbook of Strategic Communication*. (D. Holtzhausen, & A. Zerfass, Edits.) New York: Routledge.
- Hopkins, J., & Healthways, A. (Julho de 2004). *Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century*. Obtido em Novembro de 2018, de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15669577/>

- Hutchinson, A., Bentzen, N., & Konig-Zanhn, C. (1996). *Cross cultural health outcome assessment: a user's guide*. The Netherlands: ERGHO.
- Iedema, R., Jorm, C., Wakefield, J., Ryan, C., & Sorensen, R. (2009). A new structure of attention? . *ournal of Language and Social Psychology*, 28, 139-157.
- Ilharco, F. (2003). *Filosofia da Informação*. Lisboa: UC Editora.
- Ilharco, F. (2014). *Pós-Sociedade*. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.
- Innis, H. (2006). *The Bias of Communication*. Toronto: University of Toronto Press.
- Instituto António Houaiss de Lexicografia. (2013). *Grande dicionário Houaiss da língua portuguesa* . Círculo Leitores.
- Instituto António Houaiss de Lexicografia. (2015). *Grande Dicionário Houaiss da língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Círculo de Leitores.
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 1-15.
- Jacobsen, M. (2012). *The contemporary Goffman*. Nova York: Routledge.
- James, R. F., & James, M. L. (2004). Teaching career and technical skills in a “mini” business world. *Business Education Forum*, 59, 39-41.
- Jelphs, K. (2006). Communication: Soft skill, hard impact? *Clinician in Management*, 14, 33-37.
- Jensen, K. B. (1991). *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Communication Research*. (K. B. Jensen, & N. W. Jankowski, Edits.) London: Routledge.
- JN, K., SC, P., SW, Y., & H, S. (Setembro de 2010). Mapping health communication scholarship: breadth, depth, and agenda of published research in Health Communication. *Health Commun*, 487-503.
- Johnstone, M., & Kanitsaki, O. (2009). The spectrum of ‘new racism’ and discrimination in hospital contexts: A reappraisal. *Collegian* , 16, 63-69.
- Jones, L., & M. Watson, B. (2012). Developments in Health Communication in the 21st Century. *Journal of Language and Social Psychology*, 31(4), 415-436.
- Josien, M. (2003). *Técnicas de Comunicação Interpessoal*. Lisboa: Bertrand Editora.
- KD, B., P, F., & R, A. (2003). Effects of physician gender on patient satisfaction. *Journal of the American Medical Women's Association*, 2(58), 69-75.

- Kim, G. (2014). Coordinated Management of Meaning (CMM): A Critique of W. Barnett Pearce & Vernon Cronen's Theory In Em Griffin's A First Look at Communication Theory. *Meta-Communicate*, 4(1).
- Kim, J.-N., Park, S.-C., Yoo, S.-W., & Shen, H. (2010). Mapping health communication scholar- ship: Breadth, depth, and agenda of published research in health communication. *Health Communication*, 25, 487-503.
- Klaus, P. (August de 2010). Communication breakdown. *California Job Journal*, 28, 1-9.
- Koponen, J., Pyörälä, E., & Isotalus, P. (2014). Methods, Communication Skills for Medical Students: Results From Three Experiential. *Simulation & Gaming*, 45(2), 235-254.
- Korab-Karpowicz, W. J. (21 de Junho de 2018). *Martin Heidegger*. Obtido de The Internet Encyclopedia of Philosophy: <https://iep.utm.edu/heidegge/>
- Krystallidou, D., & Pype, P. (2018). How interpreters influence patient participation in medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 101, 1804-1813.
- Kurtz, S. (1989). *Curriculum structuring to enhance communication skills development*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Kurtz, S. M., & Silverman, J. D. (Março de 1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30(2), 83-89.
- Lamb, S. M., Makkai, A., Fawcett, R. P., & Hallida. (2015). Language As Social Semiotic. Em *The Semiotics of Culture and Language* (Vol. 1). London: Bloomsbury Academic.
- Lane, J. L., Slavin, S., & Ziv, A. (2001). Simulation in medical education: A review. *Simulation & Gaming*, 32, 297-314.
- Leitão, S. P., Fortunato, G., & Freitas, A. S. (2006). Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. *Revista de Administração Pública*, 40, 883-907.
- Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J., Dull, V., & Frankel, R. (1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association*, 553-559.
- Liszka, J. J. (1996). *A general introduction to the semiotic of Charles Sanders Peirce*. Indiana University Press.

- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., . . . Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultations in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322, 1-7.
- Littlejohn, S. W. (1988). *Fundamentos Teóricos da Comunicação humana*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Littlejohn, S. W., & Foss, K. A. (2009). *Encyclopedia of Communication Theory*. Thousand Oaks: SAGE Publications .
- Lopes, F., Ruao, T., Marinho, S., & Araujo, R. (2012). Mediatização Jornalística do Campo da Saúde. *Comunicação & Sociedade*, 129-220.
- Lorusso, A. M. (2015). *Cultural Semiotics: For a Cultural Perspective in Semiotics*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Luhmann, N. (2013). *Introduction to Systems Theory*. Cambridge: Polity Press.
- Lusa. (7 de Dezembro de 2019). *Médicos estrangeiros em Portugal atingem em 2019 o valor mais alto da última década*. Obtido em Dezembro de 2019, de Jornal Público: <https://www.publico.pt/2019/12/07/sociedade/noticia/medicos-estrangeiros-portugal-atingem-2019-valor-alto-ultima-decada-1896539>
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de Metodologia Científica*. Lisboa: Atlas.
- Marla, L., Carma, L., Betty, C., & Gregory, M. (2015). The impact of patient participation in health decisions within medical encounters: a systematic review. *Medical Decision Making*, 427-452.
- Maron, B. A., & Fein, S. (2007). Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 20, 22-26.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2015). *Designing Qualitative Research*. Londres: SAGE Publications.
- Martins, C. B. (2011). A contemporaneidade de Erving Goffman no contexto das ciências sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 26, 231-240.
- Marvão, P., Neto, I., Castelo-Branco, M., Ponte, J., Portela, M., Costa, P., & Costa, M. J. (2014). An exploratory study on the contribution of graduate entry students personality to the diversity of medical student populations. *Perspectives on Medical Education*, 431-442.

- Mast, M. S. (August de 2007). On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 7(3), 315-318.
- Mast, M. S., Hall, J. A., & Roter, D. L. (2007). Disentangling physician sex and physician communication style: Their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Education and Counseling*, 68, 16-22.
- Mateus, P. A. (15 de Março de 2017). Grupo Lusíadas Saúde. (S. G. Mieiro, Entrevistador)
- Mathis, A. (12 de janeiro de 2015). *A sociedade na teoria dos sistemas de Niklas Luhmann*. Obtido em 2017, de Infoamerica: infoamerica.org
- Mattelart, A. e. (1997). *História das teorias da comunicação*. Campo das letras: Porto.
- Maturama, H., & Varela, F. (1995). *Autopoiesis and Cognition*. London: Reidel Publishing.
- Maturana, H. (1 de Agosto de 1997). *Metadesign*. Obtido em Abril de 2021, de Inteco: <https://web.inteco.cl/articulos/id/9>
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design: An interactive approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design, An Interactive Approach* (3th Edition ed.). Thousand Oaks, California, USA: Sage.
- Maxwell, R. (2006). El papel de la Comunicación en nuestra sociedad. *Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, 140, 11-24.
- McDermott, V. (2009). Interpersonal Communication Theories. Em K. A. Stephen W. Littlejohn, & K. A. Stephen W. Littlejohn (Ed.), *Encyclopedia of communication theory* (pp. 546-551). Los Angeles: Sage Publications.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mehrabian, A. (2017). *Nonverbal Communication*. New York: Routledge.
- Mendonça, J. T. (31 de Dezembro de 2020). *Contar os nossos dias*. Obtido de Jornal Expresso: <https://expresso.pt/opiniao/2020-12-31-Contar-os-nossos-dias>
- Minayo, M. C. (1994). *O Desafio do Conhecimento Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Boston: Harvard University Press.
- Miranda, J., & Silveira, J. F. (2002). *As ciências da comunicação na viragem do século*. Lisboa: Vega.

- Mitchell, G. W., Skinner, L. B., & White, B. J. (2010). Essential soft skills for success in the twenty-first century workforce as perceived by business educators. *Delta Pi Epsilon Journal*, 52, 43-53.
- Morais, L. (2016). Redefinição dos cuidados de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 197-198.
- Morin, E. (1982). *Ciência com consciência*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- Morin, E. (1990). *Science avec conscience*. Paris: Éditions du Seuil.
- Morin, E. (5 de Março de 2015). *É preciso ensinar a compreensão humana*. Obtido de Fronteiras do Pensamento: <https://www.fronteiras.com/entrevistas/edgar-morin-compreensao-humana>
- Moscon, D., & Rodriguez, V. (2017). Communicate with health: a study of internal communication in a public hospital. *Comunicação & Sociedade*, 39, 209-336.
- Moura, M. (2003). A dimensão afectiva e relacional da medicina geral e familiar Lisboa. Em M. Valente-Alves, & V. Ramos, *Medicina Geral e Familiar* (pp. 114-123). Lisboa: MVA Invent.
- Nabeto, A. M. (2020). *A Transformação Digital no Sector da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Gestão.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neves, J. G., Garrido, M., & Simões, E. (2006). *Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Nieweglowski, V. H., & Moré, C. L. (2008). Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Estudos de Psicologia*, 112-122.
- Nunes, J. H. (Novembro de 2007). A sociolinguística de Goffman e a comunicação mediada. *Tempo Social*, 19, n.2, 253-266.
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em Contexto Clínico*. Lisboa.
- O'Keefe, D. J. (2002). *Persuasion: Theory and Research*. Thousand Oaks: Sage.
- O'Leary, K., Liebovitz, D., & Baker, D. (2006). How hospitalists spend their time: insights on efficiency and safety. *Journal Hosp Med*, 1, 88-93.
- Ong, L. M., Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of literature. *Social Science and Medicine*, 40(7), 40; 903-918.

- Ong, W. (2002). *Orality and Literacy*. Londres: Routledge.
- Ordem dos Médicos. (2020). *A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos*. Lisboa: By the book.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Estrutura concetual sobre classificação internacional sobre a segurança do doente*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Paiva, V. O., & Júnior, A. (2015). O footing do moderador em fóruns educacionais. Em J. L. ARAÚJO, *Internet & Ensino*. Rio de Janeiro: Lucerna.
- Palha, J. A., Almeida, A., Correia-Pinto, J., Costa, M. J., Ferreira, M. A., & Sousa, N. (Agosto de 2015). Longitudinal evaluation, acceptability and long-term retention of knowledge on a horizontally integrated organic and functional systems course. *Perspectives on Medical Education*, 4, 191-195.
- Pappas, P., Gouvab, M., Kotrotsioue, E., & Hatzogloud, C. (2016). Psychological profile of Greek doctors: differences among various specialties. *Psychology, health & Medicine*, 21, 439-477.
- Parry, J. (1967). *Psicologia da Comunicação Humana*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psicologia Clínica*, 25, 206-213.
- Pearce, B. (2005). The Coordinated Management of Meaning (CMM). Em W. B. Gudykunst, *In Theorizing About Intercultural Communication* (pp. 35-54). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pearce, W. B., & Cronen, V. E. (1980). *Communication, Action and Meaning: The Creation of Social Realities*. New York: Praeger Publishers Inc.
- Pearce, W. B., & Pearce, K. A. (2000). Extending the Theory of the Coordinated Management of Meaning (CMM) Through a Community Dialogue Process. *Communication Theory*, 10(4), 405-423.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2014). Literacia em saúde, dos dados à acção: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 259-275.
- Peirce, C. S. (2013). *Works of Charles Sanders Peirce*. Amazon EU Kindle Edition: The Perfect Library.
- Pereira, A. V., Jorge, G. P., Guerra, N. C., & Branco, P. R. (2008). O Médico de Família Ideal – perspectiva do utente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 555-564.

- Perez, C. G. (2017). Semiotic study for the analysis of communications within organizations: A Theoretical approach from organizational semiotics. *Semiotica: Journal of the International Association for Semiotic Studies*(215), 281.
- Peters, M., & Cate, O. t. (2014). Bedside teaching in medical education: a literature review. *Perspectives on Medical Education*, 76-88.
- Practice, E. A. (2002). *The European Definitions of General Practice*. Obtido em Maio de 2018, de Wonca World Family Doctors: <https://www.woncaeurope.org/file/bae1def1-c0b9-47ef-8a3f-5a9a334ba25a/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* . Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rees, C. E., & Garrud, P. (2001). Identifying undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning: a pilot study. *Medical Teacher*, 23(4), 400-406.
- Rees, C. E., Ajjawi, R., & Monrouxe, L. V. (2013). The construction of power in family medicine bedside teaching: a video observation study. *Medical Education*, 154-165.
- Rees, C., & Sheard, C. (2003). Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Medical Teacher*, 25(3), 302-307.
- RiuchardZaner, R. E. (s.d.).
- Robles, M. M. (Dezembro de 2012). Executive Perceptions of the Top 10 Soft Skills Needed in Today's Workplace. *Business Communication Quarterly*, 75, 453-465.
- Rodrigues, A. D. (2011). *O Paradigma Comunicacional*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rodrigues, A., Queirós, A., & Pires, C. (2016). A influência do marketing interno nas atitudes e comportamentos dos colaboradores: aplicação a uma organização de cuidados sociais e de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 292-304.
- Rodriguez, H. P., Anastario, M. P., Frankel, R. M., Odigie, E. G., Rogers, W. H., Glahn, T. v., & Safran, D. G. (2008). Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention. *BMC Medical Education*, 8:3.

- Rogers, C. (1983). *Freedom to learn for the 80s*. Columbus: Charles E. Merrill.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Rosnay, J. d. (1975). *Le Macroscopie vers une version globale*. Paris: Editions du Seuil.
- Rossi-Barbosa, L. A., Lima, C. C., Queiroz, I. N., Fróes, S. S., & Caldeira, A. P. (2010). A Percepção de Pacientes sobre a Comunicação não Verbal na Assistência Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 363-370.
- Roter, D., & Hall, J. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. Westport: Greenwood Publishing Group Inc.
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46, 243-251.
- Saúde, E. R. (Junho de 2020). *Sistema de gestão de reclamações, Relatório do ano de 2019*. Obtido em Junho de 2020, de ERS: <https://www.ers.pt/media/3231/relatório-sgrec-2019.pdf>
- Saúde, S. N. (2019). *História*. Obtido em Julho de 2019, de Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo: <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/451>
- Salgado, C. (2017). *Ensaio sobre o Amor na educação*. Cascais: Lucerna.
- Salgado, C., & António, F. A. (2014). *Formar Profissionais, Fazendo pessoas*.
- Salganik, M. J., & Heckathorn, D. D. (2004). Sampling and estimation in hidden population using respondent-driven sampling. *Sociological Methodology*. *Sociological Methodology*, 193-240.
- Sanchez-Bravo, A. (1881). *Tratado de Estructura de la Información*. Madrid: Latina Universitaria.
- Sandelowski, M. (1999). Troubling distinctions: a semiotics of the nursing/technology relationship. *Nursing Inquiry*, 6, 198-207.
- Santos, M. (2013). The Scientific Practice In Social Sciences. *Munich Personal RePEc Archive*, 10.
- Saussure, F. d. (1995). *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot.
- Scheff, T. (2010). A new Goffman: Robert W. Fuller's politics of dignity. Em M. H. Jacobsen, *The contemporary Goffman*. New York: Routledge.

- Schmitter, P. C. (2002). *The "ideal" research proposal*. Obtido de European University Institut:
<http://stage1.ceu.edu/sites/pds.ceu.hu/files/attachment/basicpage/474/06researchproposal.pdf>
- Sfez, L. (1993). *Dictionnaire critique de la communication*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Silva, A. (7 de Maio de 2018). *Sindicatos médicos publicam nota aos utentes a explicar motivos da greve desta semana*. Obtido em Maio de 2018, de Jornal Observador: <https://observador.pt/2018/05/07/sindicatos-medicos-publicam-nota-aos-utentes-a-explicar-motivos-da-greve-desta-semana/>
- Silva, M. P. (2011). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, 10, 73-89.
- Silva, N. S. (2012). *As quedas nos idosos: A importância da Educação para a Saúde*. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Silva, P. R. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. Em M. Dias, & E. Durá, *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 189-211). Lisboa: Climepsi.
- Silva, P. R. (2008). A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 505-512.
- Silverman, H. J. (1989). *Derrida and Deconstruction*. London: Routledge.
- Silverman, J. (2009). Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns.*, 76(3), 361-367.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Juliet, D. (2013). *Skills for Communicating With Patients* (3th edition ed.). London: Radcliffe Publishing.
- Solomonik, A., & Schwartz, L. (2015). *A Theory of General Semiotics: The Science of Signs, Sign-systems, and Semiotic Reality*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Stewart, M., Belle Brown, J., Donner, A., McWhinney, J., Oates, J., & Weston, W. (1997). *The impact of patient-centred care on patient outcomes in family practice*. Ontario: Thames Valley Family Practice Research Unit.
- Stone, M. (1995). The wisdom of Sir William Osler. *American Journal of Cardiology*, 75, 269-76.

- Streiner, D., & Norman, G. (2008). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press.
- Suchman, A., Markakis, K., Beckman, H., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*, 678-82.
- Sutcliffe, K., Lewton, E., & Rosenthal, M. (2004). Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*, 186-194.
- Takemura, Y., Atsumi, R., & Tsuda, T. (2007). Identifying medical interview behaviour that best elicit information from patients in clinical practice. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 213 (2), 121-7.
- Tate, P. (2004). *Guia prático da comunicação médico-doente*. Lisboa: Climepsi.
- Tate, P., & Tate, E. (2014). *The Doctor's Communication Handbook* (7th Edition ed.). London: Redcliffe Publishing.
- Thibaut, J., & Kelly, H. (1986). *The Social Psychology of Groups*. USA: Transaction Publishers.
- Torrinha, F. (1939). *Dicionário Português-Latino*. Porto: Domingos Barreira .
- Totu, A., & Mohd, H. S. (2014). The Semiotic Perspectives of Peirce and Saussure: A Brief Comparative Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*(155), 4-8.
- Travaline, J., Ruchinskas, R., & D'Alonzo, G. J. (2005). Patient-physician communication: why and how. *Journal the American Osteopath Association*, 13-18.
- Tuckett, D., Bolton, M., Olson, C., & Williams, A. (1985). *Meetings between experts*. New York: Tavistock Publications.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39, 507-514.
- Vander Zanden, J. W. (2003). *Human development* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Varela, J. S. (Dezembro de 2016). ¿Qué tipo de médico requerimos formar? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59, 3-7.
- Vasconcellos, M. J. (2010). *Pensamento sistémico: O novo paradigma da ciência* . Campinas: Papirus.
- Ventres, W. (2015). ABCDE in Clinical Encounters. *Annals of Family Medicine*.
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., . . . Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the

- literature and practical recommendations. *The international journal of Clinical Practice*, 1257–1267.
- Vries, R. E., Bakker-Pieper, A., Siberg, R. A., Gamen, K. v., & Vlug, M. (2009). The Content and Dimensionality of Communication Styles. *Communication Research*, 36(2), 178-206.
- Waiflein, M. (2013). *The Progression of the Field of Kinesics*. Illinois: Illinois State University.
- Walsh, S., Arnold, B., Pickwell-Smith, B., & Summers, B. (2016). What kind of doctor would you like me to be? *The Clinical Teacher*, 98-101.
- Walshe, K., & Shotell, S. M. (2004). When things go wrong: How health care organizations deal with major failures. *Health Affairs*, 23, 103-111.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2015). *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Cultrix.
- Wellington, J. K. (August de 2005). The “soft skills” of success: Be it high tech, low tech, or no tech. *Vital Speeches of the Day*, 71, 628.
- Wiener, N. (2013). *Cybernetics: Second Edition: Or the Control and Communication in the Animal and the Machine*. Eastford: Martino Fine Books.
- Winkin, Y. (1981). *La Nouvelle Communication*. Paris: Éditions du Seuil.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314-321.
- Wonca. (2002). *Adefinição europeia de medicina geral e familiar Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar*. Wonca.
- Wright, K. B., Bylund, C., Ware, J., Parker, P., Query, J. L., & Baile, W. (2006). Medical Student Attitudes Toward Communication Skills Training and Knowledge of Appropriate Provider-Patient Communication: A Comparison of First-Year and Fourth-Year Medical Students. *Med Educ Online*, 11-18.
- Zaner, R. (1976). *Ethics and the clinical encounter*. New Jersey: Prentice Hall.
- Zantides, E. (2014). *Semiotics and Visual Communication: Concepts and Practices*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Zimring, F. (1994). Carl Rogers. *Prospects: the quarterly review of comparative education*, vol. XXIV, 411-422.