



A COMUNICAÇÃO MÉDICO DOENTE: O IMPACTO DA INFORMAÇÃO EM DOENTES HOSPITALIZADOS

GT5: Comunicação e Saúde

MARIA DA LUZ Vieira Cabral de MELO Amaral,
Universidade dos Açores & Cemri, Portugal,

luzmelo@uac.pt

Maria NATÁLIA Pereira RAMOS,
Universidade Aberta, Cemri, Portugal,

natalia@uab.pt

Resumo

A comunicação entre o técnico de saúde-doente é a base de todo o tratamento médico. Os resultados da investigação sugerem que os doentes informados ficam mais satisfeitos e tendem a aderir mais às recomendações dos técnicos de saúde. Os médicos, por seu turno, necessitam que os doentes sejam capazes de expor os seus problemas de forma clara, de modo a avaliarem a sua situação clínica e definirem um plano de intervenção ajustado às suas necessidades físicas e psicológicas. O presente estudo analisa o impacto psicológico da informação sobre o diagnóstico, medido pelo grau de satisfação em doentes hospitalizados. Duzentos e trinta e três doentes foram seleccionados de acordo com uma amostra não probabilística sequencial. A informação factual foi recolhida através de uma entrevista semiestruturada e validade a partir dos dados registados na sua ficha clínica. A satisfação foi medida por uma escala de tipo Likert. O estudo demonstrou que a maioria dos doentes possuía pouca informação sobre a situação clínica e que os mais informados estavam mais satisfeitos.

Tema central a abordar

O presente estudo analisa o impacto psicológico da informação sobre o diagnóstico em doentes hospitalizados, enquadrando-se no âmbito da comunicação em saúde em contexto de cuidados de saúde.

Caracterização do estudo

As palavras parecem ter uma enorme relevância na consulta médica, pelo menos a julgar pelo valor que lhes é atribuído pelo doente. Certo é, que este, habitualmente, partilha a informação fornecida pelo médico com os seus familiares e amigos (Hall & Roter, 2007).

Recolher informação para fazer um diagnóstico ou esclarecer para facilitar a compreensão do doente sobre a sua situação clínica são elementos centrais na prestação de cuidados de saúde. De facto, dar informação é visto como um meio de aumentar o controlo cognitivo sobre um acontecimento aversivo através da reavaliação da situação (Averill, 1973). A sua importância resulta, por um lado, da necessidade de recolha de informação por parte do doente, que recorre para o efeito, a várias estratégias para a obter e, por outro lado, da obrigatoriedade que profissionais de saúde têm de informar os doentes sobre a sua situação clínica, o que, na maioria das vezes, não se verifica (Melo, 2002).

Roter e Hall (2007) num estudo de revisão de literatura sobre as variáveis identificadas nas consultas agrupou-as em cinco categorias: fornecimento de informação, formulação de perguntas, conversa social, comunicação positiva e comunicação negativa. Os autores verificaram que, em média, 38% das intervenções do médico numa consulta é para fornecer informação. As

intervenções incluíam todo o tipo de esclarecimento. Informação sobre o resultado da medição dos sinais vitais (ex: tensão arterial); aconselhamento (ex: importância de fazer determinada medicação) ou instruções sobre a toma dum medicamento. Cada uma dessas formas de transmissão de informação tinha um intuito diferente: informar, persuadir e controlar.

Aproximadamente metade do conteúdo da comunicação verbal do doente consistia em dar informação, a maioria dela em resposta às perguntas do médico e apenas 7% do verbalizado pelo doente eram perguntas. Este dado vai ao encontro de outros estudos que identificaram que apesar destes terem perguntas para fazer ao seu médico, simplesmente não as fazem. As razões para este resultado parecem decorrer de dois factores: do receio do modo como o médico poderá interpretar as suas perguntas e deste último apresentar sinais, não-verbais, de pouca disponibilidade para responder às perguntas que lhe são feitas. Certo é que o doente, habitualmente, coloca poucas questões durante as consultas (Roter & Hall, 2007).

No entanto, mesmo quando a informação é dada pelo respectivo médico, o doente tende a consultar mais fontes. Nesta situação, o papel do médico não deve ser o de impedir que ele ou os seus familiares a procurem, mas dar-lhes informação correcta para melhor compreenderem o que irá pesquisar e/ou apoiá-lo na interpretação dos dados que obtém (Newham *et al.*, 2006) contribuindo, assim, para a construção de uma forte aliança terapêutica baseada na confiança e no respeito (Chiò *et al.*, 2008).

Um estudo realizado na Austrália com doentes oncológicos verificou que 42% dos doentes procuraram activamente informação adicional, apesar da maioria ter referido que a que tinha recebido do seu médico era suficiente (Newham *et al.*, 2006). Parece que esta procura constitui um comportamento recorrente nos

doentes, independentemente de terem ou não sido esclarecidos pelo seu médico. Diferenças culturais e educacionais poderão determinar apenas a escolha das fontes de informação (Surbone, 2006).

O fornecimento de informação parece ter uma influência globalmente positiva na forma como o doente lida com a incerteza, com a ansiedade associada à doença e com as acções que desenvolve posteriormente (Roter e Hall, 1992). Informação detalhada e personalizada pode ajudar o doente a compreender e a enfrentar acontecimentos ameaçadores para a sua saúde (como uma hospitalização), ganhar um maior sentido de controlo e participar activamente nas consultas e nos processos de tomada de decisão (Baltes & Baltes, 1986; Timmermans, van Zuuren, van der Maazen, Leer & Kraaimaat, 2007). Para além disso, a maioria das pessoas deseja ter informação sobre a sua doença e tratamento (Melo, 2002).

Independentemente da quantidade e do tipo de informação que necessita, o doente usa-a para dar sentido aos seus sintomas e à sua doença. Na verdade, ir ao médico resulta de um processo de reflexão, de atribuição de um significado e de discussão com outras pessoas, que continua após a consulta. Deste modo, a investigação revela um menor grau de perturbação quando a informação preparatória é coerente com a que o doente deseja.

Existem vários modos de informar o doente e este, por sua vez, também, difere no nível de participação que pretende ter quando recorre aos serviços de saúde. Ajustar a quantidade e o tipo de informação que o doente deseja, aumenta o seu ajustamento e a sua satisfação em relação ao tratamento médico (Auerbach, Martelli & Mercuri, 1983; Auerbach, 2001; Auerbach & Pegg, 2002; Martelli, Auerbach, Alexander & Mercuri, 1987). A concordância com a informação desejada está, ainda, associada a uma maior satisfação do doente (Mosconi, Meyerowitz, Liberati, & Liberati, 1991). Certo é que, os que dizem preferir e

adoptam um papel mais activo no seu tratamento tendem a ter uma maior recuperação e a progredir mais rapidamente do que os que optam por um papel passivo (Brody, *et al.*, 1989; Mahler & Kulik, 1991).

Ley (1988), na análise da literatura existente, salienta não existirem provas que o doente fique mais ansioso ou deprimido por ser informado sobre o seu diagnóstico. Pelo contrário, muitos estudos demonstram que o doente fica confuso após o médico não conseguir transmitir adequadamente informação sobre o seu diagnóstico e prognóstico.

Como foi abordado no trabalho anterior (Melo, 2002) o modelo cognitivo de Ley (1982), representado na figura 1, estabelece que existem importantes correlações entre a compreensão, a memória, a satisfação e a adesão. A compreensão tem um efeito directo sobre a satisfação, a memória e a adesão e um efeito indirecto sobre a satisfação e a adesão. Similarmente, a memória tem um efeito directo sobre a satisfação e a adesão e indirecto sobre esta última. Finalmente, a satisfação tem um efeito directo sobre a adesão.

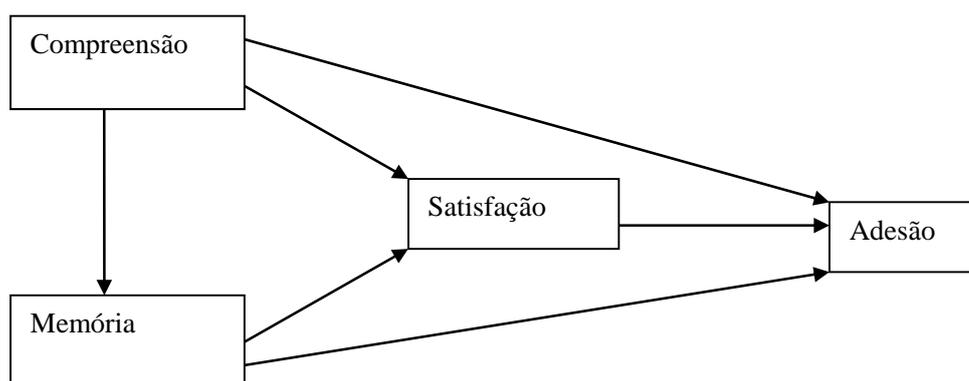


Figura 1. Modelo cognitivo de Ley

Vários estudos de investigação confirmaram a relação apresentada neste modelo. Brown (2001, 2003); Gattellari (2001); Pette, Pachaly e David (2004) referem que a compreensão do doente é essencial para a adesão ao tratamento, para a comunicação eficaz entre este e o médico e constitui, também, a base para o consentimento informado. A principal implicação deste modelo é que é possível aumentar a satisfação e adesão do doente, melhorando a sua compreensão da informação fornecida e a sua memorização.

Neste sentido, outros factores devem ser tidos em linha de conta para aumentar a eficácia da informação que é transmitida. Por exemplo, o tempo gasto em fornecê-la parece aumentar o conhecimento e a compreensão do doente. A compreensão e a memória podem por sua vez, ser potencializadas através de técnicas específicas e do fornecimento de informação escrita ou audiovisual adequada às características do doente.

Em síntese, muitas são as vantagens em fornecer informação adequada às necessidades de cada doente. O modo como ela é transmitida tem um grande impacto na sua recuperação. Entre as vantagens destacam-se: maior satisfação do doente; melhor cooperação com o tratamento; redução da ansiedade e da perturbação; recuperação mais rápida de cirurgias e estadias mais curtas nos hospitais (Auerbach *et al.*, 2001; Auerbach & Pegg, 2002; Baltes & Baltes, 1986; Brown, 2003; Fröjd *et al.*, 2009; Gattellary, 2001; Ley, 1982; Melo, 2002; Mosconi *et al.*, 1991; Ramos, 2004, 2007, 2008; Pegg *et al.*, 2005; Roter & Hall, 1992; Timmermans *et al.*, 2007; Zeldow & Makoul, 2006).

Objetivos e Metodologia de abordagem

Neste ponto, iremos expor as opções metodológicas relativas à parte empírica do estudo. O objectivo geral desta investigação é analisar as relações entre a

quantidade de comunicação/informação disponibilizada a doentes adultos hospitalizados em serviços de medicina e de cirurgia e o seu grau de satisfação. O desenvolvimento desta investigação foi orientado pelos seguintes objectivos específicos:

- Determinar se a informação que os doentes possuem sobre a sua situação clínica (diagnóstico) corresponde à informação registada pelo médico;
- Verificar se os doentes mais satisfeitos com a informação que possuem sobre a situação clínica (diagnóstico) são os que estão mais informados.

Em conformidade com os aspectos teóricos revistos na primeira parte e os objectivos atrás referidos, apresentamos a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese - Os doentes mais informados sobre o seu diagnóstico mostram um maior grau de satisfação durante o período de hospitalização.

Tendo como referência a hipótese descrita anteriormente, foi considerada a seguinte variável independente:

- informação que os doentes possuem sobre o seu diagnóstico.

Quanto à variável dependente:

- satisfação dos doentes com a informação dada pelo médico sobre o seu diagnóstico.

Os participantes são adultos, internados nos serviços de medicina e de cirurgia de um hospital dos Açores e foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios:

- Mulheres e homens com a idade igual ou superior a 18 anos;
- Admitidos nos serviços de medicina ou de cirurgia;
- Sem apresentarem perigo de vida;
- Sem problema do foro físico, cognitivo ou psicológico, como, por exemplo, demência ou desordem de pensamento ou ainda qualquer outro tipo de perturbação que os impedisse de responder ao inquérito por entrevista ou por questionário.

Durante o período em que foi realizado o estudo, todos os doentes que preenchem os critérios de inclusão, definidos para esta investigação, foram convidados a participar, constituindo-se, assim, uma amostra intencional (Almeida & Freire, 2003). De um total de 240 doentes disponíveis, participaram 233 indivíduos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 97,1%. Por se tratar de doentes hospitalizados, alguns factores foram considerados na escolha dos instrumentos de recolha de dados, nomeadamente a pertinência e a brevidade do tempo de resposta.

Foi elaborado o instrumento - *Ficha de Registo de Dados Demográficos e Clínicos* - para registo da idade; data de nascimento; género, estado civil, área de residência, habilitações literárias, nível socioeconómico: profissão e estatuto profissional; e informação sobre o diagnóstico clínico, que foram obtidos a através do processo clínico do doente.

Realizou-se uma entrevista semiestruturada para recolha da informação que o doente possuía sobre o seu diagnóstico e aplicamos uma escala do tipo Likert para a avaliar o grau de satisfação com a informação que o mesmo detinha sobre o seu diagnóstico. Para o efeito, solicitamos aos doentes que identificassem o seu grau de satisfação entre quatro categorias de resposta: *muito satisfeito; razoável satisfeito; pouco satisfeito; nada satisfeito*.

Dois juízes foram convidados a participar no estudo. Pedimos a cada juiz para classificar a informação que os participantes possuíam sobre a sua situação clínica. Para o efeito, os juízes compararam a informação clínica do doente – diagnóstico – registada no processo hospitalar e as respostas dadas pelos doentes.

O inquérito aos doentes decorreu durante a sua hospitalização, no período da tarde e sem a presença de visitas. Foi obtido consentimento informado dos participantes, de acordo com o ponto 7.3 do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Após a apresentação do entrevistador, seguia-se uma conversa célere para avaliar as condições físicas e emocionais do doente, bem como a sua capacidade de compreensão verbal para responder às questões constantes dos questionários e da entrevista. Esta foi precedida de uma breve explicação acerca dos objectivos da pesquisa, tendo este momento servido, também, para informar os doentes sobre a garantia de anonimato e a confidencialidade de todos os dados pessoais fornecidos (7.4 e 7.6 do Código Deontológico, da Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011). Informamos, ainda, que a participação no estudo seria voluntária e não remunerada.

A informação que os doentes possuíam sobre o seu diagnóstico, recolhida através da entrevista ao doente, foi agrupada em categorias previamente definidas. As respostas foram comparadas com a informação clínica sobre o doente, sobre o seu diagnóstico registado no seu Processo Hospitalar. Após esta análise comparativa, procedemos à classificação da informação em uma das três categorias seguintes:

- *Muito informado* – o doente é capaz de descrever o diagnóstico, através de:
 - Emprego correcto da designação técnica;

- Uso de uma denominação popular, que traduza correctamente a designação técnica;
- Descrição correcta pelas suas próprias palavras;
- Emprego simultâneo de uma terminologia mista, constituída por palavras técnicas e populares.
- *Pouco informado* – o doente possui apenas informação sobre a localização corporal da doença.
- *Nada informado* – o doente não possui informação sobre o seu diagnóstico ou esta é incorrecta.

Procuramos operacionalizar as características de cada categoria, de forma suficientemente clara e sem ambiguidade, de modo a que os diferentes juízes codificassem os diversos elementos nas mesmas categorias, conforme sugerido por Carmo e Ferreira (1998). A escolha das categorias teve em conta os seguintes aspectos: serem exaustivas, exclusivas e objectivas. Os resultados obtidos foram, posteriormente, classificados de um a três, respectivamente de *nada informado* a *muito informado*, sob a forma de uma escala ordinal. A atribuição de números às categorias permitiu-nos usar o grau de satisfação do doente sobre a informação que possuía sobre o seu diagnóstico e foi obtido através de uma escala de tipo Likert com quatro possibilidades de resposta:

- Muito satisfeito;
- Razoavelmente satisfeito;
- Pouco satisfeito;
- Nada satisfeito.

Os resultados obtidos foram posteriormente classificados de um a quatro, em que 1 correspondia a *nada satisfeito*, o valor 2 a *pouco satisfeito*, o valor 3 a *razoavelmente satisfeito* e o valor 4 a *muito satisfeito*, permitindo a seriação

completa de todas as categorias sob a forma de uma escala ordinal, o que possibilitou uma análise quantitativa da informação.

A análise dos dados foi elaborada a partir do tratamento de conteúdo da entrevista e do uso de estatística descritiva e inferencial. Apresentaremos, ainda, alguns testemunhos exemplificativos extraídos das entrevistas realizadas aos doentes.

A amostra dos doentes estudados apresenta uma grande amplitude etária, com idade mínima de 18 anos e máxima de 86, todavia, a média de idades das mulheres e dos homens foi muito semelhante, situando-se nos 50 anos. A divisão por género foi relativamente homogénea. A maioria dos doentes vivia em meio rural e apresentava um nível de habilitações literárias igual ou inferior ao 1º ciclo. A nível profissional, predominaram as actividades pouco qualificadas. Relativamente ao estatuto profissional, encontramos um número elevado de domésticas e de reformados.

A hipótese previa que os doentes mais informados sobre o diagnóstico apresentassem um maior nível de satisfação, durante o período de hospitalização. Os resultados obtidos confirmam, de facto, essa hipótese, pois verificámos que os doentes mais informados sobre o diagnóstico se encontravam mais satisfeitos com a informação que possuíam sobre o seu diagnóstico. Os resultados encontrados nesta e em investigações anteriores apontam, aliás claramente, para a importância da comunicação na adaptação psicossocial do doente, nomeadamente na melhoria da sua satisfação com os cuidados prestados (Au, 2013; Bennett, 2000; Brown, *et al.*, 1999; Gattellari, 2001; Fröjd *et al.*, 2009; Kaplan *et al.* (1989); Ley, 1987; 1988; Melo, 2002; Pegg *et al.*, 2005; Porter *et al.*, 2000; Smith, *et al.*, 1998; Ramos, 2004, 2007, 2008 ; Straub, 2007; Timmermans *et al.*, 2007; Thompson *et al.*, (1990); Weiman, 1997; Zeldow & Makoul, 2006).

Encontrámos, assim, uma relação estatisticamente significativa entre a quantidade de informação que o doente possuía e o seu grau de satisfação. Paralelamente, e confirmando a asserção anterior, verificámos que os doentes que não possuíam *nenhuma informação* se sentiam *nada satisfeitos* com a informação sobre o diagnóstico, que os *pouco informados* estavam *razoavelmente satisfeitos* e que os *muito informados* se sentiam *muito satisfeitos*, exemplo:

“Não sei” (d165, homem, 52 anos, 4^o ano de escolaridade, operador de reprografia, com diagnóstico de lombalgias, hospitalizado para avaliação complementar, *nada informado* sobre o seu diagnóstico sem *nenhuma satisfação*)

“Cataratas do olho direito” (d43, homem, 73 anos, 3^o ano de escolaridade, reformado, com diagnóstico de cataratas do olho direito, hospitalizado para EECC com implante de LIO, *muito informado* sobre o seu diagnóstico e *muito satisfeito*)

Assim sendo, a relação encontrada entre a comunicação e a satisfação dos doentes está de acordo com estudos anteriores internacionais que apontam para uma analogia entre a quantidade de informação sobre a situação clínica e a satisfação (Brown *et al.*, 1999; Fröjd *et al.*, 2009; Jackson, *et al.*, 2004; Hall & Roter, 2007; Kitamura, 2011; Ley, 1988; Mosconi, *et al.*, 1991; Smith, *et al.*, 1998; Timmermans *et al.*, 2007).

A satisfação com a informação fornecida pelo médico parece, também, ocorrer em situações de diagnóstico potencialmente fatal (Ley, 1989) ou em pessoas com doenças degenerativas (Chió, 2008). Todavia, os médicos mostram alguma relutância em transmitir informação associada a esse tipo diagnóstico com receio do impacto negativo que esta possa ter no doente. Nestes casos (também

incluídos no nosso estudo), médico e doente manifestam opiniões diferentes, o que poderá constituir um problema para a relação terapêutica.

“(...) cancro no intestino (...) vou tirar dois bocados do intestino” (d37, homem, 43 anos, 6º ano de escolaridade, comerciante, com carcinoma do intestino, hospitalizado por recidiva do tumor do intestino, *muito informado e muito satisfeito* com a informação que possui sobre o seu diagnóstico e tratamento)

O número elevado de doentes insatisfeitos poderá ter decorrido da própria condição clínica - doentes hospitalizados com um diagnóstico cuja gravidade os impede de fazerem o tratamento em ambulatório. Halls *et al.*, (2007) indicam que as pessoas mais doentes tendem a estar menos satisfeitas com os cuidados recebidos.

Apesar de existir uma relação estatisticamente significativa entre a informação e satisfação que os doentes possuem com a situação clínica, registámos que predominava a falta de informação entre os doentes, a nível do diagnóstico (60,09%). Na verdade, mais de metade encontrava-se *pouco* ou *nada informado*. Este resultado está ainda de acordo com estudos anteriores que indicam que, frequentemente, os doentes hospitalizados se encontram *pouco informados* sobre o seu diagnóstico (Melo, 2002; Zeldow & Makoul, 2006).

A revisão de literatura indica que, na realidade, a informação de que os doentes dispõem sobre a sua situação clínica varia entre os 47% e os 80% (Crane, 1997; Ley, 1997; Pette *et al.*, 2004), percentagens mais elevadas do que as por nós encontradas.

Por que razão predomina a falta de informação aos doentes sobre a sua situação clínica? A resposta a esta questão parece resultar do modo como decorreu a comunicação entre o médico e o doente já que, ao primeiro, cabe transmitir informação, adaptando-a às características sociodemográficas, culturais e clínicas do doente e ao conhecimento prévio que este possui sobre a sua situação clínica.

Múltiplas são, aliás, as razões que poderão explicar este défice de informação. Regista-se que todas as assinaladas apontam para a complexidade da comunicação médico-doente que poderá decorrer do comportamento do médico, e/ou do doente e/ou da interacção que os dois estabelecem (Tresolini, 1994). Os doentes nem sempre interrogam o médico (mesmo quando o desejam fazer), solicitando mais informação sobre o seu próprio diagnóstico.

“Não sei, mas também não perguntei (...) tem de ser” (d25, homem, 68 anos, 4º ano de escolaridade, pedreiro, com diagnóstico de diabetes *millitus* descompensado e com desidratação com hipertermia, quando questionado sobre o seu tratamento)

Adaptar a quantidade e o tipo de informação que o doente deseja, aumenta o seu ajustamento e a sua satisfação em relação ao tratamento médico (Auerbach *et al.*, 1983; Auerbach, 2001; Auerbach & Pegg, 2002; Martelli *et al.*, 1987). O número elevado de doentes insatisfeitos sobre o diagnóstico (64,81%) parece estar em consonância com a afirmação anterior. Um estudo de Kitamura (2011) refere ainda que nenhum doente recusou a informação quando lhe foi dada essa possibilidade.

A incompreensão poderá contribuir para a interpretação incorrecta da informação transmitida, criando obstáculos à sua recordação, já que uma das características que tornam a comunicação eficaz é a possibilidade de fornecer ao doente

informação técnica especializada de forma compreensível e adaptada às características do doente (Ramos, 2004, 2007; Hall & Roter, 2007). A maioria dos doentes revela, de facto, lacunas de conhecimento na compreensão da sua doença e do tratamento. Estes são outros factores que poderão contribuir para a falta de informação (Roth, 1979). Neste contexto, duas situações são passíveis de ter acontecido: ou a informação foi transmitida mas não foi compreendida ou, então, não foi dada ao doente. Registe-se, porém, que alguns médicos detectam e procuram ultrapassar este problema.

(...) “esqueci-me de muita coisa desde que fui internado no hospital (...) “ (homem, 28 anos, 3º ano de escolaridade, agricultor, internado com equezema de contacto e síndrome de abstinência alcoólica)

A inexistência de informação ou a informação reduzida que a maioria dos doentes possui sobre a sua situação clínica, indicia uma prática clínica sustentada pelo modelo biomédico. O médico, possuidor de informação, toma decisões individualmente, assumindo uma atitude paternalista em relação ao doente, por outras palavras, decidindo a informação que deverá, ou não, partilhar com o doente (Ogden *et al.*, 2002; Straub, 2007). Como verificámos, esta atitude é muitas vezes validada pelo próprio doente.

”A doutora é que sabe (...)” (d56, resposta de uma mulher, 56 anos, 3º ano de escolaridade, doméstica, com diagnóstico de catarata do olho direito e hospitalizada para remoção da catarata, quando questionada sobre o seu tratamento)

Por outro lado, assinalámos que a falta de informação poderá resultar, também, do comportamento do doente. A consideração deste princípio, para a eficácia da

comunicação médico-doente, tem vindo a aumentar na última década (Ogden, 2007; Talen *et al.*, 2011).

De facto, o doente, frequentemente, sente-se intimidado em contextos médicos e manifesta dificuldade em expor os seus problemas e em fazer perguntas (Roter & Hall, 2007). Este poderá ser motivo para que haja a falta de informação. Os resultados de estudos anteriores apontam neste sentido. Castairs (1970) verificou que, de entre os doentes que desejavam mais informação, 53% não questionavam o médico. Mayou *et al.* (1976) verificaram que 70% dos doentes cardíacos não faziam perguntas mesmo quando gostariam de as fazer. Boreham e Gibson (1978) e Melo (2002) referem que a maioria não questiona sobre aspectos importantes do seu diagnóstico e tratamento sobre os quais não foram informados.

A relutância em interrogar o médico parece resultar de uma atitude cultural e de deferência para com ele (Ley, 1988) e tem como consequência os doentes ficarem menos informados do que gostariam e os médicos sem feedback sobre a adequabilidade da sua comunicação.

“(...) estou satisfeita, mas podia saber mais” (d89, mulher, 40 anos, 4º ano de escolaridade, doméstica, com diagnóstico de hérnia incisional e submetida a uma herniorrafia)

A falta de informação manifestada poderá ter acontecido por opção de alguns doentes, com situação clínica grave ou mais vulneráveis (como tendem a ser os doentes hospitalizados), que preferem uma relação paternalista e dependente como suporte psicossocial (Ende *et al.*, 1989; Ende *et al.*, 1990).

“O médico disse que era uma descolação [sic] ele lá entende” (d39, homem, 64 anos, analfabeto, camponês, com

deslocamento da retina no olho direito e hospitalizado por perda progressiva da visão, dois dias antes do internamento).

Em síntese, múltiplas são as razões para a falta de informação aos doentes. Será de supor que poderão resultar do comportamento do doente ou do médico. Certo é que têm um grande impacto na recuperação do doente, daí a sua importância (Auerbach *et al.*, 2001; Auerbach & Pegg, 2002; Baltes & Baltes, 1986; Brown, 2003; Fröjd *et al.*, 2009; Gattellary, 2001; Ley, 1982; Melo, 2002; Mosconi *et al.*, 1991; Pegg, *et al.*, 2005; Roter & Hall, 1992; Timmermans *et al.*, 2007; Zeldow & Makoul, 2006).

Como conclusão, do estudo que realizámos sobre a comunicação médico-doente, verificámos que os resultados apontam para uma relação clara entre a quantidade de informação que os doentes possuem sobre o seu diagnóstico e o nível de satisfação que verbalizam.

Pensamos que o facto de a nossa amostra incluir doentes com diferentes patologias e submetidos a diferentes tipos de intervenção (cirurgia ou outro tipo de tratamento) constitui um ponto forte deste estudo. Estudos futuros deverão usar metodologias qualitativas para avaliar se a informação é ou não dada ao doente, e em caso negativo compreender se esta atitude é assumida automaticamente pelo médico ou se resulta do comportamento do doente.

O objectivo seria, assim, determinar até que ponto a predominância da informação reduzida, relativamente à sua situação clínica, resulta de variáveis inerentes ao doente, como por exemplo, da sua capacidade para colocar questões; ou das condições em que lhe é fornecida a informação, decorrente do modelo de atendimento imposto pelo médico. Na verdade, sendo necessário aprofundar as

investigações relativas a determinadas áreas temáticas, julgamos, porém, que é possível avançar com algumas conclusões na sequência deste trabalho.

Parece, desde logo, evidente o peso do modelo biomédico. O médico dispõe do conhecimento para identificar os problemas do doente e definir qual o melhor plano de intervenção. É curioso notar que muitos doentes esperam e validam esta mesma atitude. Predomina, conseqüentemente, no atendimento hospitalar a preocupação com a doença e com o respectivo tratamento. O doente assume, em muitas situações, um papel passivo, sendo frequentemente visto como objecto de cuidados e não como sujeito de cuidados. Assim, paradoxalmente, embora exista um número significativo de doentes descontentes com a informação que lhes é fornecida pelo seu médico, aparentemente nada fazem para a obter, mesmo quando têm dúvidas ou quando querem saber mais sobre o que lhes está a ser transmitido.

Como forma de ultrapassar esta realidade é importante garantir aos doentes a informação adequada, mantê-los informados e adaptar a informação às suas características pessoais e culturais. Assegurar o feedback do doente torna-se, portanto, uma condição essencial na interacção médico-doente. A este último cabe, também, o papel de dar informação ao médico sobre a sua doença, necessidades físicas, psicológicas, culturais ou sobre alguns constrangimentos que possa ter relativamente ao tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Au, A., Lam, W., Tsang, J., Yau, T., Soong, I., Yeo, W., ... Fielding, R. (2013). Supportive care needs in Hong Kong Chinese women confronting advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1144-1151. doi:10.1002/pon.3119.
- Auerbach, S. M. (2001). Do Patients Want Control over their Own Health Care? A Review of Measures, Findings, and Research Issues. *Journal of Health Psychology*, 6(2), 191-203. doi:10.1177/135910530100600208
- Auerbach, S. M., & Gramling, S. (1997). *Stress management: The psychological foundations*. New Jersey, NJ: Prentice Hall.
- Bennett, P. (2000). *Introduction to clinical health psychology*. Philadelphia; PA: Open University Press.
- Bigal, M., Rapoport, A., Aurora, S., Sheftell, F., Tepper, S., & Fröjd Dahlof, C. (2007). Satisfaction with Current Migraine Therapy: Experience from 3 Centers in US and Sweden. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*, 47(4), 475-479. doi:10.1111/j.1526-4610.2007.00752.x.
- Breathe Health & Escola Nacional de Saúde Pública. (2009, Junho). *1º Estudo nacional comunicação em Portugal*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Brody, D. S., Miller, S. M., Lerman, C. E., Smith, D. G., & Caputo, G. C. (1989). Patient perception on involvement in medical care: relationships to illness attitudes and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 4(6), 506-511. Retrieved from <http://link.springer.com/journal/11606>

Brown J. B, Boles M., Mullooly J. P., & Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 131(11), 822-829. doi:10.7326/0003-4819-131-11-199912070-00004

Brown, R., Bylund, C. L., Eddington, J., Gueguen, J. A., & Kissane, D. W. (2010). Discussing prognosis in an oncology setting: initial evaluation of a communication skills training module. *Psycho-Oncology*, 19(4), 408-414. doi:10.1002/pon.1580

Bylund, C. L., Brown, R., Gueguen, J. A., Diamond, C., Bianculli, J., & Kissane, D. W. (2010). The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psycho-Oncology*, 19(6), 583-593. doi:10.1002/pon.1585

Chiò A., Montuschi, A., Cammarosano, S., de Mercanti, S., Cavallo, E., Ilardi, A., ..., Calvo, A. (2008). ALS patients and caregivers communication preferences and information seeking behaviour. *European Journal Of Neurology*, 15(1), 51-56. doi:10.1111/j.1468-1331.2007.02000.x

Fröjd, C., Lampic, C., Larsson, G. & von Essen, L. (2009). Is satisfaction with doctors' care related to health-related quality of life, anxiety and depression among patients with carcinoid tumours? A longitudinal report. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(1), 107-116. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00596.x.

- Hack, T. F., Ruether, J. D., Pickles, T., Bultz, B. D., Chateau, D., & Degner, L. F. (2012). Behind closed doors II: systematic analysis of prostate cancer patients' primary treatment consultations with radiation oncologists and predictors of satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 21(8), 809-817. doi: 10.1002/pon.1984.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal Of Surgery*, 5(1), 57– 65. [doi:10.1016/j.ijsu.2006.01.005](https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005).
- Lambert, S. D., & Loisele, C. G. (2007). Health Information-Seeking Behavior. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1006-1019. doi:10.1177/1049732307305199
- Ley, P. (1976). Towards better doctor-patient communication: Contributions from social and experimental psychology. In A. E. Bennett (Ed.), *Communication between doctors and patients*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Ley, P. (1982). Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(4), 241-254. doi:10.1111/j.2044-8260.1982.tb00562.x
- Ley, P. (1986). Cognitive variables and non-compliance. *The Journal of Compliance in Health Care*. 1(2), 171-188.
- Ley, P. (1988). *Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. London, England: Chapman and Hall.

- Ley, P. (1997). *Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. Cheltnham, England: Stanley Thorne Publishers.
- Li, W. W. Y., Lam, W. W. T., Au, A. H. Y., Ye, M., Law, W. L., Poon, J., ... Fielding, R. (2013). Interpreting differences in patterns of supportive care needs between patients with breast cancer and patients with colorectal cancer. *Psycho-Oncology*, 22(4), 792-798. doi:10.1002/pon.3068.
- Mahler, H. I., & Kulik, J. A. (1991). Health care involvement preferences and social-emotional recovery of male coronary-artery-bypass patients. *Health Psychology*, 10(6), 399-408. doi:[10.1037/0278-6133.10.6.399](https://doi.org/10.1037/0278-6133.10.6.399)
- Martelli, M. F., Auerbach, S. M., Alexander, J., & Mercuri, L. G. (1987). Stress management in the health care setting: Matching interventions with patient coping styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 201-207. doi:[10.1037/0022-006X.55.2.201](https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.201)
- Melo, M. L. (2002). *A comunicação médico-doente em contexto hospitalar: O contributo da psicologia da saúde* (Tese de mestrado não publicada). Disponível na Universidade Aberta.
- Melo, M. L. (2005). *A comunicação médico-doente em contexto hospitalar: certezas e incógnitas*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Miller, S. M., Brody, D. S., & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(1), 142-148. doi:[10.1037/0022-3514.54.1.142](https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.1.142)

Ordem dos psicólogos Portugueses. (2011). *Código deontológico*. Lisboa. Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Pette, M., Pachaly, J., & David, M. (2004). Turkish and German patients' recall of diagnosis and therapy before and following informed consent. *Ethnicity & Health, 9*(2), 213-223, doi: 10.1080/1355785042000222897.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2007). Comunicação e Interculturalidade nos Cuidados de Saúde. *Psychologica, 45*, 147-169.

Ramos, N. (2008). Multiculturalidade e Comunicação em Saúde/Multiculturality and Communication in Health. In J. C. Lopes *et al*, *Multiculturalidade. Perspectivas da Enfermagem. Contributos para Melhor Cuidar / Multiculturality. Nursing Perspectives. Contributions to Better Care* (pp. 67-81). Lisboa: LusoCiência.

Stewart, M. A., Brown, J. B., Weston, W. W, McWhinney, I. R, McWilliam C. L., Freeman T. R. (1995). *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. London, England: Sage.

Talen, M. R., Muller-Held, C. F., Eshleman, K., & Stephens, L. (2011). Patients' communication with doctors: A randomized control study of a brief patient communication intervention. *Families, Systems, & Health, 29*(3), 171-183. doi:10.1037/a0024399



Timmermans, L. M., van Zuuren, F. J., van der Maazen, R. W. M.; Leer, J. W. H., & Kraaimaat, F. W. (2007). Monitoring and blunting in palliative and curative radiotherapy consultations. *Psycho-Oncology*, 16(12), 1111-1120. doi:10.1002/pon.1177.

Vignola, A., Guzzo, A., Calvo, A., Moglia, C., Pessia, A., Cavallo, E., ... Chiò, A. (2008). Anxiety undermines quality of life in ALS patients and caregivers. *European Journal Of Neurology*, 15(11), 1231-1236. doi:10.1111/j.1468-1331.2008.02303.x