



# O Médico de Família Ideal – perspectiva do utente

Alice Varanda Pereira\*, Gonçalo Pinto Jorge\*, Nuno Carvalho Guerra\*, Pedro Ribeiro Branco\*

## RESUMO

**Contexto:** 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. Esta relação é fulcral para o sucesso terapêutico e é influenciada por características pessoais e de conduta do médico e do utente.

**Objetivo:** Aferir qual o perfil sociodemográfico, de aparência e de conduta, que os utentes de um Centro de Saúde consideram ser ideal para um Médico de Família.

**Tipo de estudo, Local e População:** Descritivo transversal observacional de amostra de conveniência (n = 199), obtida junto da população utente do Centro de Saúde da Póvoa de Santo Adrião, extensão de Vialonga.

**Métodos:** Aplicação de um questionário através de entrevista directa pelos autores.

**Resultados e Conclusões:** A maioria da amostra atribui importância: a uma aparência cuidada, ao uso de bata, à comunicação com linguagem fácil, ao domínio da língua portuguesa, à pontualidade, à entrega de informação por escrito, à partilha de informação, ao seguimento pelo mesmo Médico de Família em diferentes consultas e ao longo do tempo. Considera também que a duração ideal da consulta é de 11-30 minutos. Para a maioria dos utentes o sexo do Médico de Família ideal é indiferente; parte substancial da amostra feminina prefere um Médico de Família do sexo feminino; a maioria da amostra não tem preferência pela idade do Médico de Família; os utentes portugueses preferem médicos idealmente portugueses; os utentes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa são maioritariamente indiferentes à nacionalidade do Médico de Família. De uma maneira geral, as características sociodemográficas dos utentes não interferem com a opinião sobre as características do Médico de Família Ideal.

**Palavras-chave:** Relação Médico-Doente; Medicina Geral e Familiar; Medicina de Família e Comunidade.

## INTRODUÇÃO

**E**m todos os campos da Medicina a relação médico-doente é um dos pilares do acto preventivo e terapêutico. Esta relação implica a comunicação entre dois indivíduos dotados de profundidade psicológica e, como tal, é influenciada por múltiplos factores intrínsecos a ambas as partes. A apreciação que os utentes fazem dos médicos depende não apenas dos conhecimentos científicos e técnicos dos últimos, como de características sociodemográficas de ambos.<sup>1</sup>

A influência da conduta do médico, em termos técnicos e humanos, na percepção que os utentes têm da sua competência já foi extensamente estudada em vários contextos clínicos.<sup>2-6</sup> A influência que as particularidades sociodemográficas do médico têm nesta percepção começa a ser tida como factor importante na re-

lação médico-doente.<sup>7-9</sup> O papel da aparência do médico é um tema sobejamente discutido em vários contextos clínicos, deste a Anestesiologia, a Cirurgia e a Emergência Médica até à Medicina Geral e Familiar (MGF).<sup>10-21</sup> A linguagem do médico e a sua capacidade de comunicação são outras duas componentes da relação médico-doente de grande influência, tendo já sido alvo de vários estudos.<sup>1-2,22-25</sup> Existem, contudo, áreas em que a opinião dos utentes de Cuidados Primários, relativamente à conduta ideal do Médico de Família (MF) não é conhecida. Estas incluem: a conduta do médico quando o utente entra na sala, a pontualidade do médico e as indicações relativas à terapêutica prescrita. A revisão bibliográfica efectuada revela, no entanto, a frequente discrepância entre a informação terapêutica fornecida ao utente e a sua percepção desta.<sup>26-29</sup> A literatura existente relativa à continuidade de cuidados em MGF sugere que esta se reveste de grande importância, não só para os utentes, como também para os

\*Internos do Ano Comum no Hospital de Santa Maria, Lisboa



médicos.<sup>29,30</sup> A opinião dos utentes relativamente à duração ideal das consultas de MGF não merece, na literatura, um valor atribuído.

Salientamos o facto de, embora se encontrem publicados vários trabalhos sobre alguns dos aspectos subjectivos da relação médico-doente, a maioria destes estudos foi realizada no estrangeiro, não sendo as suas conclusões extrapoláveis para a realidade portuguesa. Assim, em Portugal é desconhecida quase por completo a opinião dos utentes dos Centros de Saúde (CS) relativamente a estes aspectos.

Os objectivos deste estudo são os de descobrir a opinião de uma amostra de utentes de CS relativa aos aspectos sociais da relação médico-doente acima referidos: a idade, o sexo e a nacionalidade do MF ideal, a aparência deste, a sua capacidade de comunicação, as suas atitudes durante a consulta, a continuidade temporal e polivalência de cuidados e a duração de uma consulta ideal. Procuramos também compreender se as características do utente, nomeadamente o sexo, a idade, a nacionalidade, as habilitações literárias e o facto de ter ou não MF atribuído influenciam a sua opinião sobre o sexo, a idade, a nacionalidade, a aparência, a conduta do MF ideal e sobre a continuidade temporal e polivalência dos cuidados médicos.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo transversal observacional no CS da Póvoa de Santo Adrião, extensão de Vialonga, cuja população utente é constituída por cerca de 18.000 indivíduos. A amostra de conveniência utilizada pretendia englobar todos os utentes com 15 anos ou mais que recorreram ao CS numa quinta-feira (10 de Maio de 2006) durante todo o horário de funcionamento da instituição (das 8:00 às 22:00 horas).

O questionário utilizado foi concebido pelos autores do estudo, não tendo sido validado. Este foi pré-testado em 12 estudantes universitários com vista a detectar eventuais erros de concepção que justificassem a sua reformulação e para permitir o treino por parte dos entrevistadores. Todas as variáveis em estudo eram discretas. Os questionários foram aplicados através de entrevista directa pelos quatro autores. A aplicação dos questionários por entrevista directa procurou contornar o problema do analfabetismo / dificuldade de leitura apresentado por parte significativa da população.

O questionário é composto por 24 perguntas, das quais oito correspondem à caracterização geral do utente e as restantes 16 aos aspectos mencionados na introdução.

Relativamente à caracterização geral do utente, a idade, escolaridade e profissão, foram agrupadas em categorias. Idade: 15-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos, 45-54 anos, 55-64 anos, 65-74 anos, 75-84 anos, > 84 anos; nacionalidade e naturalidade: portuguesa, Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), outras; escolaridade: sem escolaridade, até à 4ª classe, até ao 6º ano, até ao 9º ano, até ao 11º ou 12º ano, ensino superior; profissão: doméstica, estudante, trabalhador por conta própria, trabalhador por conta de outrem, desempregado, reformado.

As 16 perguntas relativas aos aspectos mencionados na introdução correspondem a variáveis de opinião. Destas, 12 foram avaliadas segundo uma escala analógica de 1 a 5 (1 = nada importante, 2 = pouco importante, 3 = nem pouco, nem muito importante, 4 = importante, 5 = muito importante); a pergunta relativa à duração da consulta ideal segundo intervalos de tempo (5 minutos ou menos, 6 a 10 minutos, 11 a 30 minutos, mais de 30 minutos, não sabe / não responde (NSNR)); a pergunta relativa ao sexo do MF ideal em masculino, feminino, indiferente e NSNR; a pergunta relativa à idade do MF ideal em intervalos de idade (23-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, indiferente, NSNR); e a pergunta relativa à nacionalidade do MF ideal em portuguesa, outra, indiferente e NSNR.

Os dados foram analisados informaticamente com o programa SPSS versão 12.0, tendo sido feita a análise descritiva dos mesmos. O facto de se tratar duma amostra de conveniência compromete a validade do estudo e justificou a não utilização de testes estatísticos.

## RESULTADOS

Dos 204 utentes com 15 anos ou mais que recorreram ao CS no referido dia no horário supracitado, 199 utentes (97,5 %) aceitaram responder ao questionário. Entre os inquiridos, 65,8% eram mulheres e 34,2% homens. A distribuição de idades é mostrada na Figura 1. A distribuição do estado civil dos inquiridos foi: solteiro – 22,6%; casado – 61,3%; viúvo – 7,0% e divorciado – 9%. Relativamente à nacionalidade, 92,5% dos inquiridos eram portugueses, 6,0% tinham nacionalida-

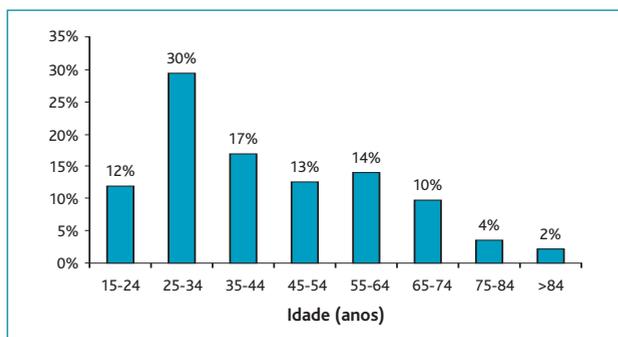


Figura 1. Distribuição da idade dos inquiridos.

de PALOP e 1,5% outra nacionalidade. A naturalidade portuguesa verificou-se em 82,4% dos inquiridos, a naturalidade PALOP em 16,1% e outra nacionalidade em 1,5%.

A escolaridade dos inquiridos teve a seguinte distribuição: sem escolaridade – 4,0%; até à 4ª classe – 33,7%; até ao 6º ano – 12,6%; até ao 9º ano – 31,7%; até ao 11º/12º ano – 11,6%; ensino superior – 6,5%.

A distribuição da profissão dos inquiridos tem os seguintes valores: doméstica – 16,6%; estudante – 6,0%;

trabalhador por conta própria – 1,0%; trabalhador por conta de outrem – 50,3%; desempregado – 10,6%; reformado – 15,6%. Quando questionados sobre se tinham ou não MF, 94,0% tinham, 5,0% não tinham e 1,0% NSNR. Relativamente à idade do MF ideal, as percentagens de resposta foram 23-29 anos – 4,0%; 30-39 anos – 14,6%; 40-49 anos – 24,1%; 50-59 anos – 3,5%; indiferente – 53,8%; NSNR – 0%. Relativamente à nacionalidade do MF ideal para esta amostra, as respostas foram: portuguesa – 60,3%; outra – 0%; indiferente – 37,7%; NSNR – 2,0%. As 12 perguntas sobre as características do MF e da consulta tiveram os resultados que constam no Quadro I.

As respostas relativas à duração da consulta ideal foram as seguintes: 5 minutos ou menos – 0%; 6 a 10 minutos – 15,1%; 11 a 30 minutos – 69,8%; mais de 30 minutos – 8,0%; NSNR – 7,0%.

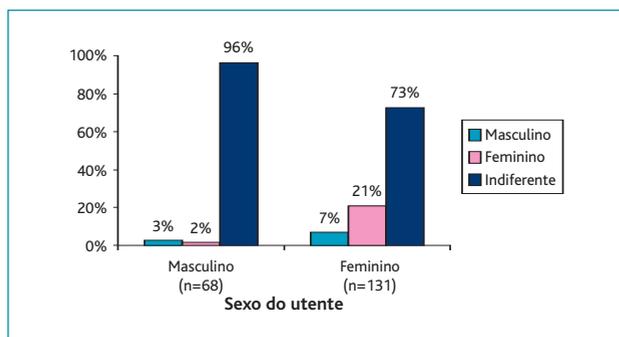
Correlacionando o sexo dos utentes com o sexo do MF ideal, é relevante que as mulheres escolhem mais o sexo do médico que os homens (27,5 % das mulheres contra 4,4 % dos homens) – Figura 2.

Correlacionando a nacionalidade dos utentes com a nacionalidade do MF ideal, é relevante que os utentes

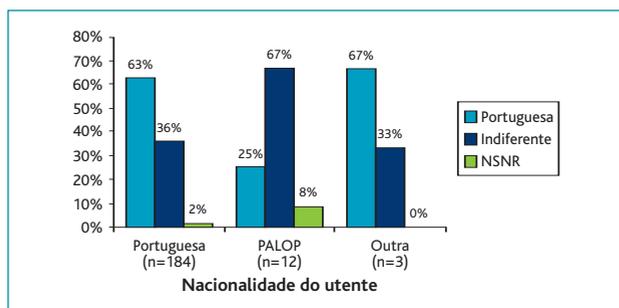
QUADRO I. Respostas às perguntas de opinião sobre as características do Médico de Família e da consulta

Qual a importância de o seu MF...	Nada importante	Pouco importante	Nem pouco nem muito	Importante	Muito importante
...ter uma aparência cuidada?	3%	2%	14%	33%	49%
...usar bata?	8%	7%	14%	28%	44%
...usar gravata (se for homem)?	64%	15%	13%	4%	5%
...usar linguagem fácil (menos técnica)?	0%	1%	6%	25%	68%
...falar bem português?	1%	2%	10%	28%	60%
...se levantar e cumprimentá-lo ao entrar na consulta?	6%	11%	27%	19%	38%
...ser pontual?	0%	1%	7%	18%	75%
...atender telefonemas durante a consulta?	34%	15%	24%	16%	11%
Isso incomoda-o?					
...lhe indicar por escrito, para além da receita, o tratamento que deve fazer?	4%	3%	9%	24%	60%
...lhe dar toda a informação sobre as suas doenças?	0%	2%	4%	12%	82%
...o seguir nos diferentes tipos de consulta (ex: Planeamento Familiar, Ginecologia, Urgência do CS)?	10%	13%	11%	26%	42%
...ser sempre a mesma pessoa, seguindo-o ao longo do tempo?	0%	1%	5%	20%	74%

Legenda: MF - Médico de Família; CS - Centro de Saúde



**Figura 2.** Sexo do Médico de Família ideal segundo sexo dos utentes.



**Figura 3.** Nacionalidade do Médico de Família ideal segundo nacionalidade dos utentes.

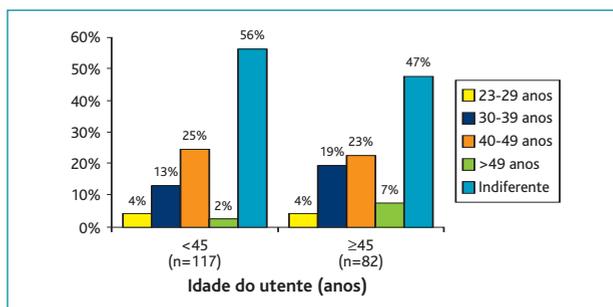
Legenda: NSNR – Não sabe/não responde; PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

com nacionalidade PALOP escolhem mais vezes a resposta «indiferente» que os utentes portugueses – Figura 3.

Correlacionando a idade dos utentes (agrupados em menos de 45 anos e 45 anos ou mais) com a idade do MF ideal, é relevante que os utentes com menos de 45 anos escolhem mais vezes a resposta «indiferente»; entre os utentes com preferência, as idades de 40-49 e 30-39 anos são as ideais – Figura 4.

Correlacionando a idade dos utentes (agrupados em menos de 45 anos e 45 anos ou mais) com a importância atribuída à aparência cuidada, uso de gravata pelos MF homens e uso de bata, não existem diferenças óbvias aparentes nos resultados obtidos – Quadro II.

Correlacionando a idade dos utentes (agrupados em menos de 45 anos e 45 anos ou mais) com a importância atribuída ao fornecimento de toda a informação sobre as doenças dos utentes, não se observam diferenças óbvias entre os dois grupos – Figura 5.



**Figura 4.** Idade do Médico de Família ideal distribuída segundo idade dos utentes.

Correlacionando as habilitações literárias dos utentes (agrupados em utentes com escolaridade igual ou inferior à 4ª classe e superior à 4ª classe), vemos que os utentes com escolaridade inferior preferem com maior frequência MF de nacionalidade portuguesa, enquanto que os com maior escolaridade são mais indiferentes à nacionalidade do MF – Figura 6.

Correlacionando as habilitações literárias dos utentes (agrupados em utentes com escolaridade igual ou inferior à 4ª classe e superior à 4ª classe), vemos que a importância atribuída ao fornecimento de informação escrita é bastante semelhante em ambos os grupos – Figura 7.

Correlacionando as habilitações literárias dos utentes (agrupados em utentes com escolaridade igual ou inferior à 4ª classe e superior à 4ª classe), a importância atribuída ao uso de linguagem fácil é também bastante semelhante em ambos os grupos – Figura 8.

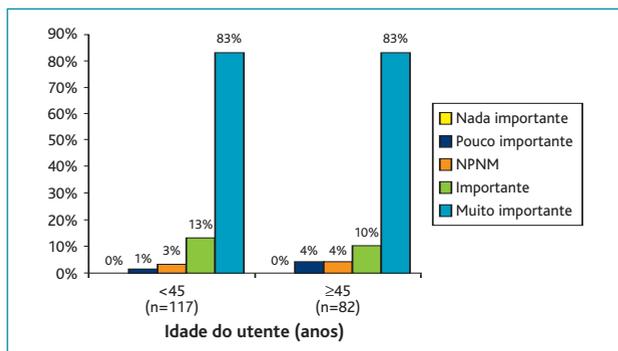
Correlacionando a informação da atribuição de MF a cada utente com as respostas relativas à importância da continuidade temporal e polivalência dos cuidados médicos, notamos que tanto os utentes com MF atribuído como os sem MF atribuído consideram importante ou muito importante a continuidade temporal dos cuidados médicos (94,1% e 100% respectivamente). Quanto à polivalência de cuidados, esta é considerada importante ou muito importante por 66,3% dos utentes com MF atribuído e 90,0% dos utentes sem MF atribuído.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos relativos aos aspectos socio-demográficos do MF ideal mostram que para a maioria

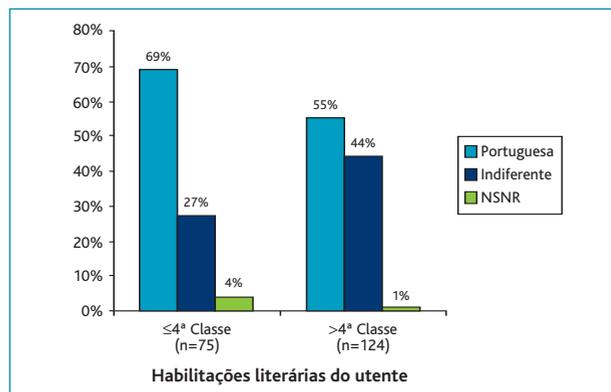

**QUADRO II. Importância atribuída à aparência cuidada, uso de gravata e uso de bata pelo MF segundo a idade dos utentes**

	Idade (anos)	Importância atribuída pelo utente				
		Nada importante	Pouco importante	Nem pouco nem muito	Importante	Muito importante
Aparência cuidada	< 45 (n = 117)	4%	2%	15%	32%	47%
	>= 45 (n = 82)	0%	1%	13%	35%	51%
Uso de gravata	< 45 (n = 117)	69%	14%	11%	3%	3%
	>= 45 (n = 82)	56%	18%	15%	4%	7%
Uso de bata	< 45 (n = 117)	9%	6%	13%	29%	43%
	>= 45 (n = 82)	7%	6%	15%	26%	46%


**Figura 5.** Importância atribuída ao fornecimento de toda a informação sobre as doenças segundo a idade dos utentes.

Legenda: NPNM – Nem pouco nem muito importante.

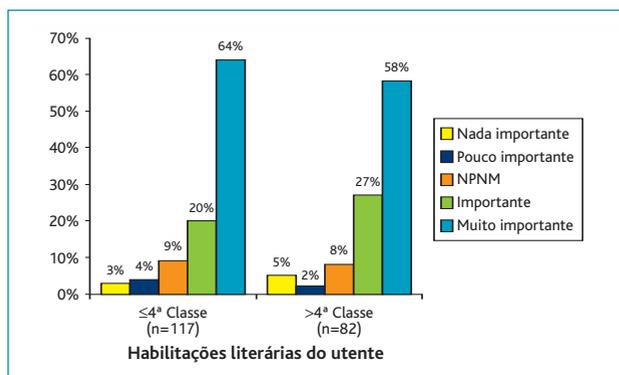
dos utentes o sexo do MF ideal é indiferente (80,4%), embora na parte feminina da amostra exista uma percentagem relevante de utentes que preferem ser assistidas por MF do sexo feminino (20,6% das mulheres). Estes resultados são equiparáveis aos encontrados na literatura.<sup>2,7,11,18</sup> Mais de metade da nossa amostra, quando pedido para optar em relação à idade do MF ideal, não tem preferência; no entanto, os que optam (46,2%), na sua maioria (38,7%) fazem-no para idades não extremas (30 – 49 anos), diferindo de estudos prévios que concluíram que, em geral, os utentes, quando optam, preferem médicos mais jovens.<sup>8</sup> Já na naciona-


**Figura 6.** Nacionalidade do Médico de Família ideal distribuída segundo habilitações literárias dos utentes.

Legenda: NSNR – Não sabe/não responde.

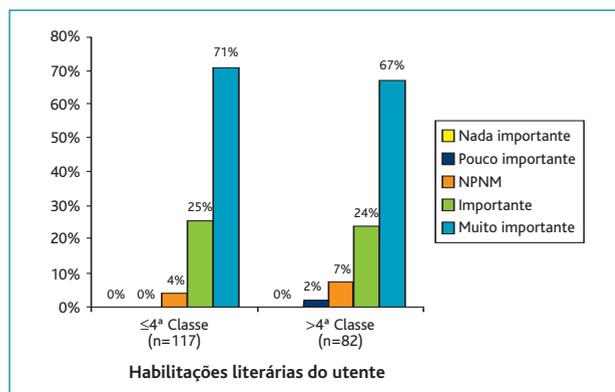
lidade do MF ideal, observa-se que os portugueses têm clara preferência pelos médicos de nacionalidade portuguesa (62,5%), mas os utentes de nacionalidade PALOP optaram mais pela hipótese «indiferente» que os utentes portugueses (66,7%), um achado interessante. Estudos prévios mostram que, em geral, os utentes preferem médicos da sua própria nacionalidade,<sup>8,9</sup> o que é aplicável ao nosso estudo, no sentido em que utentes portugueses preferem médicos portugueses.

Relativamente à importância das características de conduta do médico e da consulta, cerca de 82% dos



**Figura 7.** Importância atribuída ao fornecimento de informação escrita segundo habilitações literárias dos utentes.

Legenda: NPNM – Nem pouco nem muito importante.



**Figura 8.** Importância atribuída ao uso de linguagem fácil segundo habilitações literárias dos utentes.

Legenda: NPNM – Nem pouco nem muito importante.

utentes considera importante ou muito importante a aparência cuidada do MF; cerca de 72% considera importante ou muito importante o MF usar bata; cerca de 79% dos utentes considera nada importante ou pouco importante o MF homem usar gravata; não existem diferenças marcantes na importância atribuída a estes aspectos quando se considera a idade dos utentes (o que contraria a ideia pré-estabelecida que os utentes com mais idade esperam uma maior formalidade da parte do MF). Na maioria dos estudos de vários autores a maioria dos utentes considera que o vestuário do médico é um aspecto de grande importância,<sup>10-21</sup> o vestuário semi-formal e a bata é preferido pela maioria dos utentes e a gravata não é importante, embora se associe a uma opinião de maior profissionalismo. Cerca de 93% dos utentes da amostra considera importante ou muito importante o uso de uma linguagem fácil (menos técnica) pelo seu MF (não existe diferença relevante nas percentagens quando se observam estes resultados a partir da escolaridade dos utentes); cerca de 88% dos utentes consideram importante ou muito importante o MF falar bem português. Estudos anteriores mencionam a importância para o utente de o médico usar uma linguagem fácil e bem articulada, e referem que diferenças na língua perturbam a qualidade da transmissão da informação médica.<sup>22,24,25,27</sup> Cerca de 38% considera muito importante e 27% considera nem pouco nem muito importante o MF levantar-se e cumprimentar o utente ao entrar na consulta; cerca de 93% considera importante ou muito importante a pontua-

lidade do MF (não temos conhecimento da existência de outros estudos sobre estes aspectos). Cerca de 34% dos utentes não se incomoda nada e 24% não se incomoda nem pouco nem muito com a utilização do telefone pelo MF durante a consulta (não temos conhecimento da existência de outros estudos sobre este aspecto). Cerca de 66% considera importante ou muito importante que o MF, para além da receita médica, lhe forneça indicações por escrito (não existem diferenças na importância atribuída a esta atitude quando se consideram as habilitações literárias dos utentes). Estudos estrangeiros mostram a importância desta atitude, sendo que esta aumenta a satisfação do utente e a sua adesão ao tratamento.<sup>26-28</sup> Cerca de 94% considera importante ou muito importante que o MF forneça toda a informação sobre as doenças ao utente (não existem diferenças significativas quando se consideram as idades dos utentes, um achado em desacordo com a medicina paternalista praticada no passado e à qual muitos dos utentes mais idosos estiveram expostos – desconhecemos outros estudos relativos a este aspecto). Cerca de 67% considera importante ou muito importante que seja o mesmo MF a assistir o utente em diferentes tipos de consultas e 94% considera importante ou muito importante que seja o mesmo MF a seguir a família e o utente ao longo do tempo. A importância da continuidade temporal e polivalência dos cuidados médicos tanto para os utentes sem MF atribuído como para os com MF atribuído reforça a relevância destes



dois pilares da prática de MGF. Existem vários estudos que sugerem que a continuidade de cuidados é considerada um factor de grande importância para os utentes, sendo que esta é especialmente relevante em doenças crónicas ou com componente fortemente emocional.<sup>29,30</sup> A duração da consulta ideal, na opinião dos utentes, não tem na literatura estrangeira um valor concreto atribuído, o que impede comparação e validação externa do valor obtido neste estudo.

A elaboração do estudo incluiu estratégias com vista à validação interna do mesmo. Neste sentido foram tomados cuidados na preparação do questionário, no treino dos entrevistadores e na amostragem. A grande maioria dos entrevistados respondeu a todas as perguntas sem necessidade de auxílio na interpretação/reformulação das mesmas, o que sugere que o questionário estava redigido com linguagem clara e acessível e que as perguntas continham sempre uma opção que reflectia a opinião pessoal dos utentes, revelando a adequação aos objectivos do estudo do instrumento de medida utilizado. É de notar, no entanto, a possibilidade de viés nos resultados, tendo em vista tratar-se de questionários realizados por entrevista directa por quatro indivíduos distintos que, embora com algum treino prévio, poderiam influenciar inconscientemente as respostas dadas. Existe a possibilidade de viés nas respostas dadas uma vez que os entrevistadores no dia da amostragem se encontravam numa instalação de saúde, trajados com bata e se apresentavam aos entrevistados enquanto estudantes de medicina. Tratando-se de entrevista directa não esteve também garantido o anonimato total dos utentes. Procurou realizar-se a amostragem numa semana sem dias festivos e num dia de semana no qual não existissem no CS em questão actividades dedicadas a utentes com características específicas que pudessem causar maior homogeneidade da amostra.

Estes resultados, embora sem significância estatística, visto ter-se estudado uma pequena amostra de conveniência, não deixam de permitir algumas conclusões. Verificou-se então que, de acordo com a nossa amostra, os utentes dão muita importância à aparência, à capacidade de comunicação, à conduta e à continuidade de cuidados dos médicos. Estes achados são maioritariamente concordantes com os referidos na literatura internacional.<sup>1-30</sup>

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McWhinney I. Manual de Medicina Familiar. Lisboa: Inforsalus; 1994.
2. Clowers M. Young women describe the ideal physician. *Adolescence* 2002 Winter; 37 (148): 695-704.
3. Garson A Jr, Yong CM, Yock CA, McClellan MB. International differences in patient and physician perceptions of «high quality» healthcare: a model from pediatric cardiology. *Am J Cardiol* 2006 Apr 1; 97 (7): 1073-5.
4. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviours. *Mayo Clin Proc* 2006 Mar; 81 (3): 338-44.
5. Mirken B. You and your doctor: ideas on managing one of the most important relationships in your life. *BET*. 1998 Apr: 19-22.
6. Fones CS, Kua EH, Goh LG. 'What makes a good doctor?' – views of the medical profession and the public in setting priorities for medical education. *Singapore Med J* 1998 Dec; 39 (12): 537-42.
7. Lafta RK. Practitioner gender preference among gynecologic patients in Iraq. *Health Care Women Int* 2006 Feb; 27 (2): 125-30.
8. Shah R, Ogden J. 'What's in a face?' The role of doctor ethnicity, age and gender in the formation of patients' judgements: an experimental study. *Patient Educ Couns* 2006 Feb; 60 (2): 136-41.
9. Chen FM, Fryer GE Jr, Phillips RL Jr, Wilson E, Pathman DE. Patients' beliefs about racism, preferences for physician race, and satisfaction with care. *Ann Fam Med* 2005 Mar-Apr; 3 (2): 138-43.
10. Pronchik DJ, Sexton JD, Melanson SW, Patterson JW, Heller MB. Does wearing a necktie influence patient perceptions of emergency department care? *J Emerg Med* 1998 Jul-Aug; 16 (4): 541-3.
11. Neinstein LS, Stewart D, Gordon N. Effect of physician dress style on patient-physician relationship. *J Adolesc Health Care* 1985 Nov; 6 (6): 456-9.
12. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. *BMJ* 2005 Dec 24; 331 (7531): 1524-7.
13. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med* 2005 Nov; 118 (11): 1279-86.
14. Li SF, Haber M. Patient attitudes toward emergency physician attire. *J Emerg Med* 2005 Jul; 29 (1): 1-3.
15. Menahem S, Shvartzman P. Is our appearance important to our patients? *Fam Pract* 1998 Oct; 15 (5): 391-7.
16. Sanders LD, Gildersleve CD, Rees LT, White M. The impact of the appearance of the anaesthetist on the patient's perception of the pre-operative visit. *Anaesthesia* 1991 Dec; 46 (12): 1056-8.
17. McKinstry B, Wang JX. Putting on the style: what patients think of the way their doctor dresses. *Br J Gen Pract* 1991 Jul; 41 (348): 270,275-8.
18. Taylor PG. Does dress influence how parents first perceive house staff competence? *Am J Dis Child* 1987 Apr; 141 (4): 426-8.
19. Nihalani ND, Kunwar A, Staller J, Lamberti JS. How should psychiatrists dress? – a survey. *Community Ment Health J* 2006 Jun; 42(3): 291-302.
20. Major K, Hayase Y, Balderrama D, Lefor AT. Attitudes regarding surgeons' attire. *Am J Surg* 2005 Jul; 190 (1): 103-6.
21. Newman AW, Wright SW, Wrenn KD, Bernard A. Should physicians have facial piercings? *J Gen Intern Med* 2005 Mar; 20 (3): 213-8.
22. Weiss R, Stuker R. [When patients and doctors don't speak the same language – concepts of interpretation practice]. *Soz Praventivmed* 1999; 44 (6): 257-63. [Abstract].



23. Marvel MK, Doherty WJ, Weiner E. Medical interviewing by exemplary family physicians. *J Fam Pract* 1998 Nov; 47 (5): 343-8.
24. Monroe AD, Shirazian T. Challenging linguistic barriers to health care: students as medical interpreters. *Acad Med* 2004 Feb; 79 (2): 118-22.
25. Moss B, Roberts C. Explanations, explanations, explanations: how do patients with limited English construct narrative accounts in multi-lingual, multi-ethnic settings, and how can GPs interpret them? *Fam Pract* 2005 Aug; 22 (4): 412-8.
26. Roberts C, Benjamin H, Chen L, Gavigan M, Gesme DH, McCarthy P, et al. Assessing communication between oncology professionals and their patients. *J Cancer Educ* 2005 Summer; 20 (2): 113-8.
27. Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician* 2005 Aug 1; 72 (3): 463-8.
28. Rabøl R, Arroe GR, Folke F, Madsen KR, Langergaard MT, Larsen AH, et al. [Disagreement between physicians' medication records and information given by patients]. *Ugeskr Laeger* 2006 Mar 27; 168 (13): 1307-10. [Abstract].
29. Guthrie B. Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract* 2002 Oct; 19 (5): 496-9.
30. Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 2006 Feb 24; 7:11.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Nuno Guerra  
R. Duarte Galvão, n.º 14, 2º DTO.  
1500-254 Lisboa – PORTUGAL  
Tlm: 917 857 295  
E-mail: nmncguerra@gmail.com

Recebido em 14/03/2008

Aceite para publicação em 06/06/2008

#### ABSTRACT

**Background:** The physician-patient relation doesn't confine itself to the scientific / organic plane, since both the physician and the patient are physical beings with a psychological depth. This relation is central to therapeutic success, and is influenced by personal and behavioural characteristics of both the physician and the patient.

**Objective:** To understand how patients from a Primary Care Center believe an ideal General Practitioner should be in terms of sociodemographic, physical appearance and behavioural characteristics.

**Type of study and Population:** Descriptive transversal observational study using a convenience sample (n = 199) obtained from the population of patients of the Primary Care Centre of Póvoa de Santo Adrião, Vialonga extension, in Portugal.

**Methods:** Application of a questionnaire for each of the personal interviews.

**Results and Conclusions:** The majority of our sample gives importance to: a well-groomed appearance, the use of a white-coat, the use of simple language, the mastering the Portuguese language, the punctuality, the giving out of information in writing, the sharing of all information, the continuity of care throughout time and in different types of care. Most of the sample believes that the ideal medical appointment should last 11 – 30 minutes. Most patients don't have a preferential sex for the ideal General Practitioner; a substantial part of the female sample prefers a female General Practitioner; the majority of the sample doesn't have a preferential age for the ideal General Practitioner; the Portuguese patients tend to prefer Portuguese physicians; the patients from African Countries of Portuguese Official Language are mainly indifferent to the General Practitioner's nationality. Generally, the sociodemographic characteristics of the patients don't interfere with their opinions on the characteristics of the ideal General Practitioner.

**Keywords:** Ideal Physician; Physician-Patient Relation; Family Practice.



## O MÉDICO DE FAMÍLIA IDEAL QUESTIONÁRIO

### CARACTERIZAÇÃO GERAL DO UTENTE:

**Sexo:**  Masculino  Feminino

#### Idade:

- 15 - 24 anos  55 - 64 anos  
 25 - 34 anos  65 - 74 anos  
 35 - 44 anos  75 - 84 anos  
 45 - 54 anos  84 anos

#### Estado civil:

- Solteiro  Casado  
 Divorciado  Viúvo

#### Nacionalidade:

- Portuguesa  
 Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa  
 Outra

#### Naturalidade:

- Portuguesa  
 Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa  
 Outra

#### Habilitações literárias:

- Sem escolaridade  Até ao 9º ano  
 Até à 4ª classe  Até ao 11º ou 12º ano  
 Até ao 6º ano  Ensino superior

#### Profissão:

- Doméstica  
 Estudante  
 Trabalhador por conta própria  
 Trabalhador por conta de outrem  
 Desempregado  
 Reformado

**Tem Médico de Família?**  Sim  Não

### 1. PERFIL DEMOGRÁFICO:

#### 1.1 Qual o sexo do Médico de Família ideal?

- Masculino  Indiferente  
 Feminino  Não sabe/Não responde

#### 1.2 Qual a idade do Médico de Família ideal?

- 23 - 29 anos  50 - 59 anos  
 30 - 39 anos  Indiferente  
 40 - 49 anos  Não sabe/Não responde

#### 1.3 Qual a nacionalidade do Médico de Família ideal?

- Portuguesa  Indiferente  
 Outra  Não sabe/Não responde

### 2. APARÊNCIA FÍSICA:

#### 2.1 Qual a importância de o seu Médico de Família ter uma aparência cuidada?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

#### 2.2 Qual a importância de o seu Médico de Família usar bata?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

#### 2.3 Qual a importância de o seu Médico de Família usar gravata (se for homem)?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

### 3. CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO:

#### 3.1 Qual importância do seu Médico de Família usar linguagem fácil (menos técnica)?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5



### 3.2 Qual importância de o seu Médico de Família falar bem Português?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

## 4. CONSULTA

### 4.1 Qual é a importância de o seu Médico de Família se levantar e cumprimentá-lo ao entrar na consulta?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

### 4.2 Qual é a importância de o seu Médico de Família ser pontual?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

### 4.3 Qual a importância de o seu Médico de Família atender telefonemas durante a consulta? Isso incomoda-o?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

### 4.4 Qual é a importância de o seu Médico de Família lhe indicar por escrito, para além da receita, o tratamento que deve fazer?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

### 4.5 Qual é a importância de o seu Médico de Família lhe dar toda a informação sobre as suas doenças?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

### 4.6 Qual a importância de o seu Médico de Família o assistir nos diferentes tipos de consultas (ex: Planeamento Familiar, Pediatria, Urgência no Centro de Saúde)?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

### 4.7 Qual a importância de o seu Médico de Família ser sempre a mesma pessoa, seguindo-o ao longo do tempo?

(numa escala de 1 = nada importante, a 5 = muito importante)

1	2	3	4	5

### 4.8 Qual é a para si duração ideal de uma consulta?

- Menos de 5 minutos
- 6 a 10 minutos
- 11 a 30 minutos
- Mais de 30 minutos
- Não sabe / Não responde