



Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente

Catarina Agostinho,* Miguel Cabanelas,* Daniela Franco,* Joana Jesus,* Henrique Martins**

RESUMO

Objectivos: Explorar aspectos da comunicação verbal e não verbal integrantes da relação médico-doente, determinando de que forma influenciam a satisfação dos doentes.

Tipo de Estudo: Transversal

Local: Serviço de Urgência (S.U.) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

População: Utentes do serviço de Urgência

Métodos: Aplicação de questionário por entrevista directa a 200 doentes com idade igual ou superior a 18 anos incidindo nas variáveis: género, idade e nível de instrução dos doentes e importância por estes atribuída a aspectos do médico como género, idade e aspectos da comunicação verbal (volume e velocidade do discurso, tipo de vocabulário, pronúncia) e não verbal (contacto visual, vestuário, penteado, proximidade física e gestos) deste.

Resultados: A maioria dos doentes refere atribuir importância à velocidade do discurso (83,5%), ao contacto visual (90%), à proximidade física (68,5%) e ao facto de o médico acenar enquanto os ouve (70%). Porém a pronúncia (68%), a forma como o médico se veste (69,5%) e se penteia (78%) e o acto de gesticular (63,5%) não parecem ser importantes. Quando inquiridos sobre aspectos mais específicos da comunicação, alguns doentes estão mais satisfeitos quando: o médico fala devagar (95,7%), usa um tom igual ao seu (87%), utiliza termos comuns (94,3%), se veste de maneira informal (82,3%), se senta à sua frente do outro lado da secretária (57,3%), estabelece contacto físico (67,5%) e quando os médicos do género feminino têm cabelo comprido (66,7%) e cuidado (93,8%). Ao serem questionados quanto ao género e idade do médico que mais contribui para a sua satisfação, os doentes revelam uma preferência por médicos do sexo feminino (75,7%) e por aqueles que tenham idade inferior a 50 anos (70,1%).

Conclusão: Parecem existir variáveis de comunicação verbal e não-verbal integrantes da relação médico-doente que influenciam a satisfação do doente.

Palavras-Chave: Comunicação Verbal; Comunicação Não-Verbal; Satisfação do Doente; Relação Médico-Doente.

INTRODUÇÃO

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».¹

Actualmente, 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 activo, cuja opinião deve ser valorizada.¹ Se no passado as qualidades médicas eram apenas medidas pelo sucesso terapêutico e técnico, hoje é dada cada vez mais importância aos aspectos da comunicação na relação médico-doente.^{2,3}

Estas percepções podem ter implicações clínicas uma vez que os doentes estão mais dispostos a seguir o aconselhamento médico, quando detectam por parte deste uma atitude calorosa, amistosa e preocupada com o seu bem-estar.⁴ Por outro lado, os doentes estão mais propensos a demonstrar indiferença quanto ao cumprimento terapêutico se o profissional de saúde adoptar uma atitude autoritária e a sua opinião não for

*Aluno 5.º ano Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior

**Professor Auxiliar Convidado Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior



tida em conta na tomada de decisões.⁴ Sendo assim, a percepção da qualidade do contacto médico-doente é determinante para a adesão terapêutica e para a adopção de comportamentos geradores de saúde.³

O objectivo desta investigação é explorar a importância de determinados aspectos da comunicação médico-doente, e avaliar a forma como estes determinam a satisfação percebida pelos doentes.

COMUNICAÇÃO

A comunicação na relação médico-doente engloba vários aspectos, 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 óptima; e os componentes de uma comunicação efectiva.¹ Estes últimos, dividem-se em verbais e não-verbais.

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*.⁵ O vocabulário utilizado pelo médico e a sua compreensão pelo doente são fulcrais na adesão à terapêutica.⁶ Frequentemente, os médicos utilizam termos demasiados técnicos para a instrução, idade e nível cultural do doente, que ameaçam a compreensão da mensagem.^{7,8,9}

Já 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 seus principais veículos são o *corpo*, as suas características físicas e movimentos (principal transmissor destes códigos); o *homem*, a sua apresentação e adereços; e o *espaço*, ambiente ou distância física entre os indivíduos.¹⁰ 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 evitamento), a *prosódia* (aspectos não-verbais do discurso que afectam o significado da mensagem ou que informam sobre o orador, tais como a entoação, a acentuação, o tom, o volume, a velocidade, a pronúncia, etc.).^{10,11} Estes dois tipos de comunicação, verbal e não-verbal, tendem a surgir acompanhados, mas poderão ou não ser congruentes entre si.¹²

MÉTODOS

Aplicou-se um questionário por entrevista directa, que foi desenvolvido originalmente para este trabalho. A base da construção do questionário foi a escala psicométrica de cinco níveis de importância de Likert – desde não importante a muito importante.¹³ Este contemplou dois grupos de questões. Um grupo relativo aos dados pessoais do doente, com o objectivo de caracterizar a amostra e determinar a sua influência nas restantes variáveis (género, idade, nível de instrução). O outro, relativo à importância dada a determinados aspectos da comunicação verbal e não-verbal da relação médico-doente, que contribuem para uma maior ou menor satisfação do doente (género, idade, volume e velocidade do discurso, tipo de vocabulário, pronúncia, contacto visual, vestuário, penteado, proximidade física e gestos – acenar e gesticular) (Quadros II, III e IV). Entende-se por acenar o gesto afirmativo com a cabeça; por proximidade física o acto de o médico tocar, por exemplo, no braço do doente; por cabelo comprido aquele que ultrapassa o maxilar inferior; por vestuário informal, o uso de calças de ganga, t-shirt, ou sapatilhas; por tipo de vocabulário, termos técnicos/científi-

QUADRO I. Respostas dadas pelos doentes em relação a aspectos do médico

DADOS RELATIVOS AO MÉDICO

Sexo do Médico	(n)
Sexo Feminino	53
Sexo Masculino	17
Indiferente	130
Idade do médico	(n)
Superior a 50 anos	35
Inferior a 50 anos	82
Indiferente	83

QUADRO II. Respostas dadas pelos doentes em relação a aspectos da comunicação verbal

COMUNICAÇÃO VERBAL	
Vocabulário	(n)
Vocabulário (Importância)	167
Termos comuns	181
Termos científicos	11
Indiferente	8

QUADRO III. Respostas dadas pelos doentes em relação a aspectos da comunicação verbal

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL			
Penteado	(n)	Volume	(n)
Penteado (Importância)	44	Volume (Importância)	131
Médica Cabelo Curto	16	Tom igual	168
Médica Cabelo Comprido	32	Tom diferente	25
Indiferente	152	Indiferente	7
Médica Cabelo Cuidado	121	Velocidade	(n)
Médica Cabelo Descuidado	8	Velocidade (Importância)	167
Indiferente	71	Falar depressa	177
Médico Cabelo Curto	85	Falar devagar	8
Médico Cabelo Comprido	2	Indiferente	15
Indiferente	113	Pronúncia	(n)
Médico Cabelo Cuidado	129	Pronúncia (Importância)	64
Médico Cabelo Descuidado	0	Quinase	(n)
Indiferente	71	Acenar (Importância)	140
Vestuário	(n)	Gesticular (Importância)	73
Vestuário (Importância)	61	Proximidade Física	(n)
Formal	17	Proximidade Física (Importância)	137
Informal	79	Senta ao lado	65
Indiferente	104	Senta à secretária	87
Contacto Físico	(n)	Indiferente	48
Sem contacto	54	Contacto Visual	(n)
Médico toca (por ex., braço)	112	Contacto Visual (Importância)	180
Indiferente	34		

cos, por oposição a termos correntes/comuns.

O questionário foi aplicado a 200 doentes do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Cova da Beira, com idade igual ou superior a 18 anos, durante 10 dias, seleccionados aleatoriamente, dos meses de Novembro e Dezembro de 2008 (amostragem determinística por conveniência). Os doentes responderam ao questionário após a consulta de triagem de Manchester e antes da consulta médica, tendo sido solicitada a sua parti-

cipação, a qual foi autorizada.

Na análise estatística analítica, para a determinação da significância estatística das relações entre as variáveis aplicou-se o teste de Qui-quadrado.¹⁴ Consideraram-se significativas as relações em que $p < 0,05$. A análise foi realizada recorrendo às aplicações informáticas: Excel®, EpiInfo® e Statcalc®.

RESULTADOS

Dos 200 doentes entrevistados no S.U. do CHCB: 59% (n = 118) do género feminino; 46,5% (n = 93) tinha entre 18 e 44 anos, 35% (n = 70) (com) idade entre 45 e 64 anos e 18,5% (n = 37) idade igual ou superior a 65 anos; 8,5% (n = 17) sem instrução ou que nunca completaram o 1º ciclo, 30% (n = 60) com 1º ciclo de instrução, 18,5% (n = 37) com 2º ou 3º ciclo de instrução, 21% (n = 42) com ensino secundário, 22% (n = 44) com ensino superior.

Satisfação do doente

As respostas dadas pelos doentes em relação às variáveis estudadas da comunicação verbal e não-verbal constam dos Quadros II e III. No Quadro IV observam-se as relações entre os dados do doente e estas mesmas variáveis.

DISCUSSÃO

Importância atribuída à idade e à forma de vestir do médico

Neste estudo, os doentes inquiridos atribuem maior importância à idade

(58,5%) e à forma de vestir do médico (48%) do que ao género deste (35%). Estes resultados apoiam os obtidos por McNaughton-Filion et al. no seu estudo *The physician's appearance*.¹⁵

Género

Dos doentes que não responderam Indiferente, a maioria sente-se mais satisfeita ao ser atendida por um médico do género feminino (75,7%) (Quadro I). Esta ten-



QUADRO IV. Relação entre os dados do doente e as variáveis da comunicação verbal e não verbal; Teste Qui-Quadrado; Foram excluídas as respostas Indiferente.

Dados do Médico	Dados do Doente								
	Género		p	Instrução		p	Idade		p
	Feminino	Masculino		≤ 9.º Ano	> 9.º Ano		≤ 65	> 65	
Sexo									
Feminino	30	23	0,056	28	25	0,2081	41	12	0,1221
Masculino	14	3		6	11		16	1	
Idade									
<50 anos	42	40	0,0831	37	45	0,00005	71	11	0,009
≥50 anos	24	11		30	5		23	12	
Velocidade									
Importância	101	66	0,3387	99	68	0,0005	35	132	0,004
Falar devagar	109	68	0,039	109	68	0,0005	144	33	0,01779
Falar depressa	2	6		0	8		8	0	
Vocabulário									
Importância	101	66	0,339	98	69	0,279	138	29	0,910
Termos comuns	112	69	0,023	108	73	0,128	148	33	0,997
Termos científicos	3	8		4	7		9	2	
Contacto Visual									
Importância	102	78	0,04	109	71	0,023	35	145	0,003
Gesticular									
Importância	50	23	0,038	43	30	0,68	18	55	0,042
Acenar									
Importância	83	57	0,9	83	57	0,318	35	105	0,00002
Pronúncia									
Importância	40	24	0,489	42	22	0,091	18	46	0,006
Proximidade									
Importância	74	63	0,034	84	53	0,069	109	28	0,1068
Local onde o médico se senta									
Atrás da secretária	59	28	0,052	47	40	0,354	73	14	0,2782
Ao lado do doente	34	31		40	25		50	15	
Contacto físico									
Sem contacto	32	22	0,8808	20	34	0,008	45	9	0,3976
Toca no braço	65	47		66	46		87	25	
Vestuário									
Importância	34	22	0,534	34	27	0,811	47	14	0,179
Formal	5	12	0,049	15	2	0,0024	7	10	0,000001
Informal	44	35		31	48		72	7	
Médica – cabelo									
Curto	12	4	0,0009	6	10	0,8310	16	0	0,1396
Comprido	8	24		11	21		28	4	
Cuidado	69	52	0,6978	67	54	0,002	96	25	0,1522
Descuidado	4	4		0	8		8	0	



dência relativamente à preferência pelas médicas, já havia sido evidenciada noutro estudo por DiNicola e DiMatteo. Nesse estudo verificou-se que as médicas estabeleciam uma relação de maior cumplicidade com os doentes, utilizavam afirmações mais positivas e faziam um maior número de perguntas, levando a que os doentes se mostrassem mais comunicativos.⁴

Comparando as respostas dos doentes dos géneros feminino e masculino observou-se que a preferência por médicos do género feminino é mais evidente nos homens (88,5%) do que nas mulheres (68,2%) (Quadro IV). Porém, Derose et al. verificaram que o género do médico não se associa à satisfação dos doentes do sexo masculino.¹⁶

Tipo de vestuário

Dos doentes que não responderam «Indiferente», a maioria sente-se mais satisfeita quando os médicos se vestem de forma informal (82,3%) (Quadro III). O estudo de McNaughton-Filion et al. apresentou resultados distintos, pois os doentes desse estudo preferiram para médicos do género masculino uma forma «tradicional» de vestir (bata branca, gravata, camisa e calças de fato).¹⁵ Comparando as respostas dos doentes tendo em conta o género e o nível de escolaridade, constatou-se que são as mulheres e os doentes com instrução superior à obrigatória que atribuem maior importância ao facto de o médico se vestir de forma informal (89,8% e 96%, respectivamente) (Quadro IV).

Importância atribuída à quinesia

Segundo Argyle, os gestos e os movimentos são importantes canais no processo comunicacional.¹⁰ No nosso estudo verificou-se que a maioria dos inquiridos atribui importância ao acenar por parte do médico (70%), mas não (atribui) à gesticulação (63,5%) (Quadro III). Porém, se atendermos à idade dos doentes verificou-se que os de idade superior 65 anos atribuem importância a este último aspecto (51,4%) (Quadro IV).

Importância atribuída à proximidade física

A maioria dos doentes atribui importância à proximidade física estabelecida entre o médico e o doente (68,5%), (Quadro III). Comparando as respostas dos doentes dos géneros feminino e masculino observou-se que, enquanto a maior parte dos homens sente-se

mais satisfeita quando o(a) médico(a) se senta ao seu lado durante a consulta (52,5%), a maior parte das mulheres prefere que o médico se sente à sua frente atrás da secretária (63,4%). Analisando a variável instrução dos doentes, verificou-se que 76,7% daqueles com escolaridade igual ou inferior à obrigatória sentem-se mais satisfeitos quando o médico lhes toca (por exemplo, no braço), enquanto apenas 57,5% dos que têm escolaridade superior revelam esta preferência (Quadro IV).

Importância atribuída à forma como o médico se penteia

A maioria dos doentes não atribui importância à forma como o médico se penteia (78%) (Quadro III), mas questionados sobre a sua preferência relativamente a aspectos específicos, a maior parte dos homens sente-se mais satisfeita se as médicas que os atendem tiverem cabelo comprido (85,7%), enquanto a maior parte das mulheres (60%) prefere o contrário. Os doentes com escolaridade igual ou inferior ao 9.º ano mostram-se mais satisfeitos quando atendidos por médicas com penteado cuidado (100%) (Quadro IV).

Tipo de vocabulário

Williams et al. no seu artigo de revisão *The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication* refere que múltiplos estudos documentam que a iliteracia dos doentes e os termos científicos usados pelo médico resultam numa comunicação confusa e inadequada, levando a que os doentes não compreendam nem a sua doença nem as opções terapêuticas.^{9,17} No nosso estudo 90,5% dos doentes preferem que o médico utilize termos comuns. Porém ao analisar a relação entre o nível de escolaridade do doente e a sua preferência por termos comuns, não se obteve significância estatística.

Idade

Dos que não responderam «Indiferente», a maioria dos doentes prefere ser atendida por médicos com idade inferior a 50 anos (70,1%) (Quadro I) o que apoia McNaughton-Filion et al. quando este refere no seu estudo que os doentes preferem ser atendidos por médicos com idade compreendida entre os 30 e os 50 anos.¹⁵ Atendendo à variável instrução do doente, verificou-se que a maioria das pessoas com instrução superior à



obrigatória sente-se mais satisfeita ao ser atendida por médicos com idade inferior a 50 anos (90%), não sendo esta preferência tão evidente naquelas com escolaridade inferior (55,2%). Relacionando as variáveis idade do doente e idade do médico verificou-se que enquanto os doentes com idade igual ou inferior a 65 anos (75%) preferem ser atendidos por médicos com idade inferior a 50 anos, os doentes com idade superior a 65 anos preferem ser atendidos por médicos com idade superior a 50 anos (52,1%) (Tabela IV).

Contacto visual

Nunes, no seu livro *Comunicação em Contexto Clínico*, defende que o contacto visual que o médico estabelece com o doente constitui uma das principais «regras de boa escuta», uma vez que demonstra interesse pelo doente e pela sua mensagem.¹⁸ Tal é reforçado pelo nosso estudo, já que a maioria dos doentes inquiridos referiu sentir-se mais satisfeita quando é estabelecido contacto visual (90%). Tendo em conta a instrução dos doentes, constatou-se que aqueles com escolaridade inferior são os que atribuem importância a este aspecto de forma mais evidente (95,6%) (Tabelas III e IV).

Velocidade do discurso

Nunes enfatiza ainda o ritmo e a dicção do diálogo, referindo que é «muito importante a velocidade com que se dizem as coisas». O autor diz ser fundamental a adequação da velocidade com que o médico dá a informação à velocidade com que o doente fala. Estas conclusões apoiam os resultados do nosso estudo, já que se aferiu que a maioria dos doentes considera importante para a sua satisfação a velocidade do discurso do médico (83,5%). Por outro lado, apesar da maioria dos doentes inquiridos não atribuir importância à pronúncia do médico (68%), 51,4% dos doentes com idade superior a 65 anos considera importante esta variável (Tabela III).

IMPLICAÇÕES

«O remédio mais utilizado em medicina é o próprio médico».¹⁹ Esta afirmação de Turini et al. demonstra a enorme importância da relação médico-doente e do processo comunicacional que a veicula. Como tal, torna-se fundamental para uma boa prática clínica que o médico avalie as suas competências comunicacionais,

de forma a poder trabalhá-las e adequá-las às diversas situações e desafios que lhe são propostos. Se tal exercício não for realizado, o profissional poderá manter indefinidamente um estilo de comunicação inadequado que dificultará a sua relação com os seus doentes.⁶ Este efeito terapêutico da relação médico-doente tem vindo a ganhar maior importância à medida que surgem no dia-a-dia cada vez mais questões sociais, que ultrapassam os conhecimentos puramente biomédicos. Ong et al. relata que a comunicação entre o médico e o doente pode repercutir-se na satisfação, adesão e compreensão da mensagem por parte do doente.¹⁹ Nesta perspectiva, torna-se cada vez mais emergente a necessidade de se incluir «*A Comunicação*» na formação do médico.²⁰

Muitas escolas médicas norte-americanas e europeias já se preocupam com a temática da relação médico-doente e com o ensino de capacidades fundamentais para a comunicação, apresentando programas curriculares estruturados e específicos.²¹ Em Portugal, há também essa preocupação por parte das Faculdades Médicas, dada a extraordinária importância destes conceitos para a formação dos seus alunos. Uma proposta de ensino que os contemple privilegia a formação humana e ética dos futuros médicos, o que, juntamente com a aquisição das competências biomédicas, os torna profissionais mais atentos, completos e competentes.²⁰ Com esta consciência, cabe agora às Faculdades Portuguesas manter o investimento nesta área, quer ao nível de investigação quer de ensino, de forma a dotar os seus alunos de plenas capacidades relacionais.

LIMITAÇÕES

O tamanho da amostra constitui uma limitação. Uma amostra maior poderia permitir outra análise.

A condição de saúde dos doentes no contexto de urgência é outra limitação, dado que muitos mostraram-se pouco receptivos e disponíveis para colaborar.

O questionário elaborado para este estudo pode constituir uma limitação importante pela sua extensão, devido ao número de variáveis em estudo.

A análise isolada das variáveis comporta restrições, uma vez que deverão ser contextualizadas na singularidade da relação médico-doente estabelecida.

Estudar a população abrangida pelo CHCB, população essa com características próprias, pode condicio-



nar os resultados obtidos, limitando a extrapolação destes para a população nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century. 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit; 2003 Oct 30 – Nov 2; Phoenix, Arizona. Nashville (TN): American Healthways; 2003.
2. Hespanhol A, Vieira A, Pereira AC. Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). *Rev Port Clin Geral* 2008 Mai-Jun; 24 (3): 363-72.
3. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract* 2000 Feb; 17 (1): 21-9.
4. Brannon L, Feist J. *Psicología de la salud*. Madrid: Thompson Learning; 2000. p.123-8.
5. Rodrigues IG. Comunicação intercultural. Disponível em: <http://web.letras.up.pt/irodrig/comunica%C3%A7%C3%A3o%20intercultural-cultura.ppt> [acedido em 10/10/2008]
6. Silva PR. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clin Geral* 2008 Jul-Ago; 24 (4): 505-12.
7. Vaysse J. Culture and communication in medicine. Symposium Family and Culture in General Practice - The European Approach; 1994 May 25-28; Lisboa, Portugal. Paris; 1994.
8. Baylon C, Mignot X. *La communication*. Paris: Nathan Université; 1991.
9. Almeida H, Versiani E, Dias A, Novaes M, Trindade E. Adesão a tratamentos entre idosos. *Com. Ciências Saúde* 2007; 18 (1): 57-67.
10. Mesquita RM. Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. *Rev Paul Educ Fis* 1997 Jul-Dez; 11 (2): 155-63.
11. Ribeiro JL. *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA; 1998. p. 96-77.
12. Comunicação não verbal. Disponível em http://www.addinteractive.com/add2us/add2us04/add2us04_com_nverbal.pdf [acedido em 10/10/2008].
13. Likert scale. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Likert_scale [acedido em 18/01/2009].
14. Pina AP. Investigação e Estatística com o EpiInfo. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/03-Investigacao/032-EpiInfoSoftware/apresenta%C3%A7%C3%A3o_epiinfo_2000.htm [acedido em 31/12/2008].
15. McNaughton-Filion L, Chen JS, Norton PG. The physician's appearance. *Fam Med* 1991 Mar-Apr; 23 (3): 208-11.
16. Derosé KP, Hays RD, McCaffrey DF, Baker DW. Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting emergency department? *J Gen Intern Med* 2001 Apr; 16 (4): 218-26.
17. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med* 2002 May; 34 (5): 383-9.
18. Nunes JM. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Edições Bayer Health Care; 2007.
19. Turini B, Neto DM, Tavares MS, Nunes SOV, Silva VRLM, Thompson Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Rev Bras Educ Med* 2008 jun; 32 (2): 264-70.
20. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades da comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ* 2007 set-dez; 11 (23): 619-35.
21. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina - uma abordagem. *Interface - Comunic Saúde Educ* 2006 jan-jun; 10 (19): 93-102.
22. Rodrigues L. *Psicologia 12º ano. 2ª ed*. Lisboa: Plátano Editora; 2001. p. 546-7.
23. Monteiro MM, Pereira N. *Psicologia 12º Ano Acesso Ensino Superior* 2004. Porto: Porto Editora; 2004.
24. Aranha ML, Martins MH. *Filosofando: Introdução à Filosofia*. São Paulo: Editora Moderna; 1995.
25. Hoffman B. *The Encyclopedia of Educational Technology*. Disponível em: <http://coe.sdsu.edu/eet/Articles/surveyquest/index.htm> [acedido em 10/01/2009].
26. Neto F. *Psicologia Social. 1º vol*. Lisboa: Universidade Aberta; 1998. p. 501-2, 507, 546-51.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Daniela Franco
E-mail: comunicacao.medico.doente@gmail.com

Recebido em 02/07/2010
Aceite para publicação em 26/02/2010



ABSTRACT

PATIENT'S SATISFACTION: THE IMPORTANCE OF THE PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION

Objectives: To evaluate and understand which aspects of verbal and non-verbal communication patients refer as more satisfying.

Type of Study: Cross-sectional Study

Location: Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) - Emergency Room

Study Population: Patients attending the Emergency Room

Methods: A questionnaire was applied by direct interview to 200 patients with 18 years-old or older, at the Emergency Room, during 10 random days, between November and December 2008.

Results: Most participants referred that speed of speech (83.5%), visual contact (90%), physical closeness (68,5%) and doctor's movements, such as nodding while listening patient's complains (70%), are important for their satisfaction. On the other hand, they believe that doctor's hair (78%), way of dressing (69,5%) and accent (68%) are irrelevant. When asked about more specific aspects of communication, they say they are more satisfied when the doctor speaks slowly (95,7%), as loud as them (87%) with common expressions (94,3%), dresses up in an informal manner (82,3%), touches them (67,5%), sits in front of them behind the desk (57,2%), and when female doctors have long (66,7%) and well combed hair (93,8%). When asked about the sex and age of the physician who contributes most to their satisfaction, patients show a preference for female physicians (75,7%); and by those who are under 50 years-old (70,1%).

Conclusion: There are variables of verbal and non-verbal communication part of the doctor-patient relationship that influence the patient's satisfaction.

Key-Words: Verbal Communication; Non-Verbal Communication; Patient's Satisfaction; Patient-Physician Relationship.
