

**Universidade de Évora - Instituto de Investigação e Formação
Avançada**

Programa de Doutoramento em Ciências da Educação

Tese de Doutoramento

**A COMUNICAÇÃO NO ATO MÉDICO EM TEMPOS DE
PANDEMIA**

Paulo Roberto Ferreira de Santana

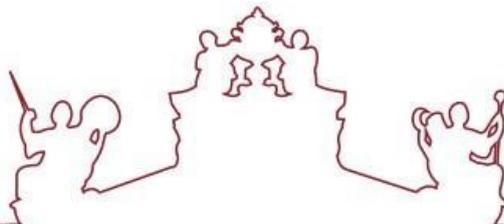
Orientador(es)

|

Olga Magalhães

Évora 2023





**Universidade de Évora - Instituto de Investigação e Formação
Avançada**

Programa de Doutoramento em Ciências da Educação

Tese de Doutoramento

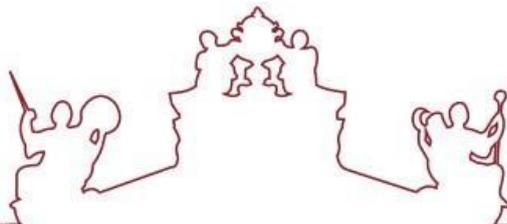
**A COMUNICAÇÃO NO ATO MÉDICO EM TEMPOS DE
PANDEMIA**

Paulo Roberto Ferreira de Santana

Orientador(es)

|

Olga Magalhães



A tese de doutoramento foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor do Instituto de Investigação e Formação Avançada:

Presidente		Bravo Nico (Universidade de Évora)
Vogais		Camila Aloísio Alves (Faculdade de Medicina de Petrópolis) Helena Cristina de Matos Canhão (Universidade Nova de Lisboa) Luís Sebastião (Universidade de Évora) Maria Helena Martins Quintas (Universidade do Algarve) Olga Magalhães (Universidade de Évora) (Orientador)



“A essência de cada homem é tão única que escapa a qualquer tipo de verdade objetiva, a nossa identidade profunda é uma espécie de resto, uma falha no sistema.

Somos um grão de areia. Mas diferente de todos os outros grãos de areia...cada um de nós é uma desarmonia original! O que somos escapa a toda a tentativa de compreensão racional. A nossa existência particular é sublime e absoluta porque é uma desafinação singular e excepcional. Fazemos diferença porque somos uma diferença. Ninguém é apenas mais um.”

(José Luís Nunes Martins, 18/04/2015 – “VERDADES CONCRETAS E VERDADE INTIMA”)

DEDICATORIA

A MEMÓRIA DOS MEUS QUERIDOS PAIS,
PAULO E NAIR, PELO AMOR QUE ME DERAM,
TRANSFORMANDO-ME EM TUDO QUE SOU HOJE.

A PAULO EMANUEL FILHO QUERIDO, ALANA, BIANCA,
CECILIA E LUANA: SOL E ESTRELAS DA MINHA VIDA.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a DEUS, pelo dom da vida, pela sua presença constante e pela força e resiliência que me permitiu ter, para seguir em frente e permitir viver momentos tão especiais.

A todos PACIENTES, sem os quais este trabalho não existiria.

À Universidade de Évora e aos responsáveis pelo Programa de Doutoramento em Ciências da Educação pela oportunidade de crescimento académico e científico.

Aos “ESPECIAIS” Professores: Olga Magalhães, Madalena Melo, António Manuel Águas Borralho, Ana Paula Canavarro, Marília Castro Cid, Luís Sebastião pela aprendizagem e amizade, e todo o processo de crescimento académico e científico que me foi estimulado: serão para mim: INESQUECIVEIS.

A Claus presença importante e essencial da minha jornada de vida.

A Dra. Maria Luísa Lopes a minha amiga e colega de uma vida.

A Enfermeira Jacinta, “girassol “de todos os dias.

A Carlinhos, Rosinha, Joãozinho, Leonor sempre presentes em minha vida.

A Nalvinha o sol da minha vida. Brilha, aquece e dá me vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL.

Agradeço especialmente a Prof^a Doutora Olga Magalhães, pela acolhida ao meu desejo de aprender e produzir. Mas sobretudo pelas suas características humanísticas e de profunda sensibilidade a todos os momentos deste projeto e da minha vida. Sem a sua ajuda, orientação e sentido de verdadeira bússola, não teria conseguido fazer esta viagem e chegar a porto seguro.

RESUMO.

“A Comunicação no ato médico em tempos de pandemia”

Este estudo tem como objetivo, delinear de que forma foi perceptível pelo paciente a comunicação no ato médico em um atendimento virtual. Neste estudo foram recolhidos dados em uma população de pacientes inscritos na consulta de Imunoalergologia de um Hospital Público em Elvas, Alentejo. O universo dos pacientes foi dos que tiveram atendimento no período de janeiro a março de 2021, em um total de 290 que atendessem ao objetivo do estudo. Foi efetuado um estudo do tipo transversal, em um único momento, em um período delimitado de tempo, sem seguimento do tipo qualitativo e quantitativo e descritivo, com base nos dados recolhidos através de questionários. Como variantes a serem analisadas tivemos: o sexo, idade, escolaridade, meio tecnológico usado, a percepção de cada um e a sua recomendação ou não do ato médico virtual. Com relação à idade foi apresentada uma certa homogeneidade. No item escolaridade uma percentagem pequena de inquiridos com alguma dificuldade no uso das novas tecnologias. Predomínio de residentes no Alentejo e do sexo feminino. A satisfação de uma forma

geral neste tipo de atendimento foi boa, com predomínio pelo zoom na sua maioria, e foram visíveis o grau de satisfação no atendimento, o que leva a sua recomendação.

PALAVRAS CHAVES: ato médico, novas tecnologias, percepção, avaliação

ABSTRACT

“Communication in the medical act in pandemic times”

This study aims to outline how communication was, satisfaction perceived by patients in the context of virtual medical care. Data was collected among patients enrolled in the Immunoallergology consultation of a Public Hospital in Elvas, Alentejo.

The number of patients regard those who were cared from January to March 2021, out of a total of 290 that met the objective of the study- a cross-sectional study was carried out, in a delimited period of time, without a qualitative and quantitative and descriptive follow-up period, based on data collected through questionnaires. As variables to be analyzed the study considered: sex, age, education, technological means used, the perception of each patient and their recommendation for the virtual medical act.

Regarding age, a certain homogeneity was found. In the education item, a small percentage of respondents struggled with the use of ICT. Furthermore, the study revealed the predominance of Alentejo residents and of female patients. Overall, satisfaction with this type of service was good, particularly with regards with zoom, which leads to its recommendation.

KEYWORDS: medical act, ICT, perception, evaluation

Índice

1 – INTRODUÇÃO	14
2 – O ESTADO DA ARTE	78
3 – PROBLEMATICA	86
4 – OBJETIVOS DO ESTUDO:	93
5 – ENQUADRAMENTO TEORICO.....	96
6 – METODOLOGIA:.....	127
6.1 – Delineamento do estudo	127
6.2 - Local do estudo.	128
6.3 – População em estudo.....	129
6.4 – Amostra	130
6.4.1 Critérios de Inclusão e de exclusão	131
6.5 – Procedimento e Instrumento.....	132
7 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	134
8 – ANALISE E TRATAMENTO DE DADOS	143
8.1-Escolaridade E tipo de consulta:.....	143
8.2- Escolaridade E grau de satisfação:	144
8.3- Escolaridade e qualidade da comunicação:	145
8.4-Grau de satisfação e tipo de consulta:.....	146
8.5- Método de consulta à distância e qualidade da comunicação:.....	148
8.6- Dificuldades sentidas e qualidade da comunicação/método à distância:	149
8.7- Sentimento E compreensão da mensagem:.....	150
8.8-Proximidade E adequação da linguagem na consulta à distância:.....	151
8.9- Aprendizagens de comunicação na consulta e escolha de teleconsulta futura:	152
9 - Considerações gerais sobre outras variáveis:	153
10 - CONCLUSÃO:	154
11 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	162
ANEXOS	183
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	184
QUESTIONÁRIO	187

Índice de figuras

FIGURA 1: Distribuição da Amostra por Sexo.....	134
FIGURA 2: Distribuição da amostra por idade	136
FIGURA 3: Distribuição da amostra por escolaridade	138
FIGURA 4 : Distribuição da amostra por residência	139
FIGURA 5: Distribuição da amostra por idade/região/sexo	140
FIGURA 6: Distribuição da amostra idade/escolaridade	141
FIGURA 7: Distribuição da amostra escolaridade/tipo de consulta.....	143
FIGURA 8: Distribuição da amostra escolaridade/satisfação	144
FIGURA 9: Distribuição da amostra: qualidade da comunicação e escolaridade	145
FIGURA 10: Satisfação e Método de consulta	147
FIGURA 11: Distribuição da amostra grau de satisfação método de consulta.....	149
FIGURA 12: Distribuição da amostra qualidade do método e intenção de voltar teleconsulta.....	150
FIGURA 13: Qualidade aprendizagem do método e intenção de voltar a fazer teleconsulta.....	152

Índice de tabelas

TABELA 1: Levantamento por idade.....	135
TABELA 2: Levantamento por escolaridade.....	137
TABELA 3: Tratamento das respostas do questionário.....	142
TABELA 4: Grau satisfação com método de atendimento.....	146
TABELA 5: Levantamento do método da consulta e qualidade da comunicação	148
-TABELA 6: Levantamento da proximidade e adequação da Linguagem na consulta a distâncias.....	151

1 – INTRODUÇÃO

A educação é algo extremamente complexo no constructo da nossa formação humana. Quando abordamos os aspectos da comunicação na educação, não podemos deixar de lembrar a influência do ambiente na aprendizagem, assim como as suas formas e o contexto em que se realizam. Recentemente observamos com maior ênfase o papel do estudo das emoções e sentimentos e a sua importância na formação do pensamento, as suas influências na motivação, cognição e envolvimento na aprendizagem (Chaleta,2003).

Ao observarmos as sociedades no seu contexto de existência, não podemos deixar de entender que a necessidade de ensinar e aprender é algo que faz parte da sua própria existência e evolução. É nas escolas que encontramos o papel de formação do caráter dos imaturos, mas não único. Devemos lembrar que as sociedades existem através da transmissão e da comunicação, mas também, por elas. Vivemos em comunidade, pelas coisas que temos em comum que são as crenças, conhecimentos, objetivos e aspirações.

Esta composição não tem transmissão física, mas sim efetiva transmissão quando envolve as garantias de transmissões emocionais e intelectuais semelhantes. Não é aproximação física que determina a influência entre as sociedades, mas se estas pessoas tiverem o objetivo comum, com conhecimento deste mesmo objetivo iram constituir uma comunidade com envolvimento da comunicação.

Na comunicação se faz necessário que seja formulada para que seja comunicada. Mas, ao assim proceder é imprescindível o exercício de imaginarmos como a outra pessoa a veria. Em se tratando da saúde os cuidados se redobram, uma vez que a margem para erros terá de ser a mínima possível e sobretudo não dolosa.

O ensino está presente em todas as etapas da vida e até o processo de vivermos em comunidade é educativo. E sua aplicação à saúde não poderia ser diferente.

Para que possamos entender todo o processo de “comunicação” que se encontra na gênese da prática médica, é necessário irmos aos seus primórdios, onde a “magia” na medicina e no ato médico, se fazia presente e de certa forma,

perpetuou-se até os dias de hoje.

As crenças que sustentavam esta magia eram assentes na ideia que as doenças tinham a sua origem, e estavam baseadas em forças sobrenaturais ou mágicas e religiosas. Os seus atos eram efetuados pelos feiticeiros ou bruxos que se dedicavam a magia e adivinhos que tinham o poder de lidar com as forças ocultas visando o diagnóstico. Era o curandeiro que usava o seu poder para a terapêutica.

Mas até chegarmos à escola Médica de Hipócrates não podemos deixar de lembrar o contributo da medicina egípcia, onde teve início o desenvolvimento da racionalidade e seus mitos. A sua origem deu-se em torno de 2900 a.C., e o seu método de cura, era a incubação no seu templo e se realizava durante o sono. Esta época da medicina, era lendária e já Homero a descrevia na Odisseia, citando que os mais sábios médicos eram encontrados no Egito.

Já no Oriente, na Índia por exemplo encontramos a medicina dividida em dois períodos: o védico, de onde os ensinamentos eram oriundos dos ensinamentos vedas, ou seja, o quarto livro sagrado sânscrito, e o bramânico assente na cultura da casta bramânica, de

onde vinham os sacerdotes hindus. Esta medicina, contudo, no século XVI a.C., vem sofrer grandes transformações através do movimento religioso o Budismo, altura em que foram criados muitos hospitais na Índia, experiência que o cristianismo posteriormente vem a fazer no Ocidente.

Na China observamos a história da medicina ligada a figuras lendárias como o imperador, Fu-Hsi (c.2900 a.C) idealizador do conceito yang-yin (masculino e feminino), do Shen-Nung (c.2700a.C) responsável pela criação da moxibustão (aplicação de calor), da acupuntura e farmacopeia chinesa e Huang_tí (c.2600 a.C) criador do livro clássico das doenças internas.

No que diz respeito às Américas, temos antes da chegada de Cristóvão Colombo a existência de três civilizações: a Inca, Maia e Asteca. Todas elas tinham como denominador comum a presença do mágico religioso, com características específicas em cada civilização. A mais desenvolvida, era a asteca, onde os médicos eram uma casta transmitida pela via familiar. Asclépio ou Esculápio no latim filho de Apolo e de Corónis, de acordo com a mitologia grega é o deus da medicina. Porém somente a partir dos

seculos VI e V a.C., é que vamos encontrar uma medicina constituída pelo empirismo terapêutico dos povos ancestrais, associados as interpretações filosóficas pré-socráticas junto as experiências de diversas escolas de medicina da época. Foram estes filósofos que introduziram novos conceitos, ultrapassando as concepções mágicas e religiosas nas práticas medicas, baseados na medicina chinesa e indiana, introduzindo ideias e teorias com abertura para novos paradigmas da saúde, doença, prevenção e terapêutica, que fazem parte do movimento da medicina ocidental. A figura central deste movimento foi Hipócrates considerado o pai da Medicina ocidental. É este novo atuar médico, que a nova ideia deste sistema grego, possibilitou a Hipócrates a formulação de novas interpretações para a vida, as interações do homem e o meio ambiente, o equilíbrio da saúde e o surgimento da doença. Era considerado um bom médico aquele que detetava a situação e o momento conveniente para agir Alves (2017).

Na realização deste projeto, importa salientar que foi feito um diagnóstico da situação em que estávamos a viver no seu auge: a pandemia (2020). Nosso objetivo era perceber qual o tipo de

investigação que se adequaria à realidade presente. Este diagnóstico teve como base as observações diárias que fui efetuando ao longo do tempo, enquanto Médico, no “novo local de trabalho”, nas ferramentas a serem usadas, as técnicas de comunicação e educação neste novo modelo assistencial: o atendimento virtual. Para que possamos entender a introdução deste “mundo virtual” na medicina, se faz necessário a observação da sua introdução e evolução as ciências médicas, concretamente no ato médico.

Não podemos esquecer que estes recursos eram explorados de uma forma modesta e com suporte de outro colega, em que na verdade era mais uma segunda opinião em situações em que há carências de especialistas na região. Contudo, constatamos que o modelo agora, era transformador. De um modelo presencial passávamos para virtual, com tudo que isto implica, desde as técnicas de comunicação/ensino até as explicações mais básicas ou complexas. Agora estávamos diante de um ato solitário, entre um paciente uma máquina e o profissional. O medo da não compreensão ao que se diz, a aquilo que se vai indicar para tratar, tudo isto foi objeto de análises neste projeto de investigação.

Não podemos esquecer que no momento atual com o desenvolvimento das novas tecnologias digitais e o acesso “quase” massificado a informação, leva a que o “novo” paciente, diante do médico já expõe o que sente, suas suspeições e muitas vezes até com alguns “Auto ensaios terapêuticos”. Tudo isto por conta da informação dada pela internet. Se por um lado permite muitas vezes esclarecer condutas, comportamentos pessoais errados, no tocante a saúde, não há um controle desta “verdade informativa”, ou uma filtragem naquilo que é realmente verdade e que seria importante como informação, para o paciente. Há boa e má, o que pode dificultar muitas vezes o ato médico neste confronto de conceitos, ideias, opiniões informadas, e já aceites pelo paciente.

Todos estes fatos se fazem necessário lembrar, analisar, para que possamos entender o momento atual fruto da sua evolução histórica, mas também merce dos recursos hoje existentes e da sua interação entre a medicina, o médico, o paciente e a comunicação neste ato.

Quando iniciamos um trabalho em Comunicação, é preciso defini-lo no seu conceito, mas atendendo antes de mais nada a sua

etimologia. É uma palavra do latim “*communicare*”, ressaltando como a forma de comunicação entre os seres vivos.

É uma palavra que tem como significado estabelecer o entendimento entre partes envolvidas (CHAVEIRO, N [e al.] 2009). A comunicação é tida como algo inerente ao ser humano, sendo estes caracterizados por conseguirem entender, pensar, ter ideias, valores, sentimentos e traduzirem o que representam símbolos e imagens (GRIFFIN, AP, 1991).

Muito se tem dito sobre este ato de comunicar, e em tudo ressalta sempre a necessidade de se ter preparação, conhecimento e prática para o seu exercício. Sendo a Medicina uma área do conhecimento renovado minuto a minuto, houve sempre a preocupação no preparo técnico, colocando na grande maioria das vezes uma preocupação de cunho paternalista para com o paciente (TEUTSCH, 2003) no seu processo de comunicação e decisão. A realidade atual é mais favorável, baseia-se em uma comunicação engenhosa, sagaz, prática e perspicaz com objetivos definidos de conceder sentidos de positividade aos símbolos, imagens importando sobretudo na expressão verbal e corporal, uma vez que

os meios usados nesta comunicação e capacidade de convencer a aceitação de uma determinada terapêutica, excedem os contornos verbais (BONNER, 1985).

Não podemos esquecer o impacto que temos quando conhecemos uma pessoa. Tal facto é também determinante quando iniciamos o contato médico *versus* paciente. Será construído uma opinião que segundo AILES, 1995 será nos primeiros sete segundos de diálogo. Neste, é gerado ou não a empatia do primeiro contato, e que será determinante para o estabelecimento de laços que iram nortear daí para frente toda a relação entre os dois.

O ato médico é de ensino, e como tal obedece e segue critérios, em que todos eles devem ser levados em consideração, lembrando aqui os estudos de SALEJO, 1979, onde ressalta o conceito de aprendizagem, baseado no acréscimo do conhecimento, sua memorização, replicação do conhecimento obtido, incorporação de atos e procedimentos que sejam uteis na prática. O ato médico não está limitado a aquilo que a sua área de especialidade lhe confere conhecimento, mas sim a relação médico paciente que será estabelecida. Mas será a comunicação, o elo que

os ligara, e dará garantias de um bom atendimento (COVELLO, V.T,1993).

Não podemos esquecer que no ato médico há momentos de interação exclusiva entre o paciente e o médico, mas também que este ato está inserido em algo maior, que envolve toda a equipe médica e paramédica, e que irá constituir o suporte para todo o processo de atendimento, investigação e tratamento. Esta equipe terá sempre um papel inserido em todas as etapas do atendimento, determinando assim em equipe as formas de abordagem da comunicação neste (LUSSIER, M.T,2005).

É a comunicação um elo que une estas ideias, emoções e pensamentos e que define o atendimento de cada paciente. É dever ético e moral estabelecer uma excelente relação entre o paciente e o médico, nunca lhes faltando a verdade.

O estabelecimento da verdade perante o paciente, e a sempre disponibilidade para explicar os procedimentos e tratamento devem estar sempre presentes, dando-lhes sempre a abertura para satisfazer toda e qualquer questão que possa ser levantada, bem como fornecer informações atualizadas durante o atendimento

(ISHIKAWA, H [et al.],2009).

A comunicação entre o médico e o paciente permite a permuta de informações, que vão desde o estado clínico atual do paciente, o papel da saúde (o estar saudável) e os perigos que possam advir quando este estado não é alcançado ou quebrado. Tudo isso favorece a aceitação dos tratamentos e torna a resposta ao mesmo, mais célere (DIMATTEO, M.R, 2004). Não esquecendo, contudo, a capacidade na comunicação, que tem de ser fator determinante para adesão a um tratamento, por vezes com importância maior do que através do conhecimento técnico (KAPLOWITZ, G.J.1999).

A comunicação utiliza os meios verbais e não verbais.

No ato médico há um predomínio do discurso verbal (comunicação oral), mas esta, poderá não ser entendida e passível de crítica na sua forma de transmitir, levando a uma necessária análise de como a mesma foi efetuada: tom da voz, velocidade na informação, rapidez na mensagem e sobretudo a percepção por parte de quem a recebe (SCHEI, E [e al.] 2000).

A linguagem devera ser de acordo com o recetor da

mensagem, mas independente de qualquer característica pessoal, devesse obedecer uma clareza na informação, ser sempre de uma linguagem acessível. Ter atenção as palavras usadas, ser antes de mais nada amigável e antes de qualquer comentário clínico abordar interesses de caráter pessoal e humano. Como esta? Como tem passado? Com estão as pessoas com quem vive (em relação a saúde), pois isto é importante no contexto que o paciente está inserido e na forma e meios que vão ter de abordar e orientar tratamentos (SAFEER, R.S, [e al]2005).

Não podemos deixar de lembrar que o ato médico não poderá esquecer aquilo que lhe alicerça, para corresponder aos anseios do paciente: escutar, falar, mas também saber ouvir. Este é o ato médico (PANDHI, N [e .al]2006). O colocar-se no lugar do outro é parte importante neste ato de comunicação. A empatia nos faz sentir o outro e com isso compreende-lo. É evidente que existem atitudes e palavras que melhor expressam a empatia do que outras. Assim é o papel da empatia, e com o seu designo, será com certeza, uma habilidade que se deseja nas relações de cuidados em saúde. Compreendemos para ajuda-lo. (BOHMER, M, W. 2010). Não

esquecer da atitude no diálogo com o paciente. Este é tão importante como todo o diálogo que se vai propiciar. Ajuda-lo na exposição de suas queixas permitindo que se explique com as suas palavras, experiências e vivências. Ter sempre uma atitude positiva frente aos problemas que estejam em discussão. Trazer o paciente como parceiro da própria solução para sua saúde. “Juntos seremos mais fortes.” Poderemos avaliar a eficácia da comunicação de um ato médico quando se observa uma adesão aos tratamentos propostos e a satisfação nos resultados (ZOLNIEREK, K.B.H.E DIMATTEO, MR 2009).

Ao longo deste texto é explicada a importância da comunicação no ato médico, suas perspectivas clássicas e modernas de comunicação nesta relação médico versus paciente. A comunicação permite uma melhor compreensão da prática, sendo fundamental para ajudar esta relação. É também nesta explicação, que ressalta a preocupação na alteração desta forma clássica e testada de atendimento, passando agora para o atendimento possível, no momento em que se analisa: em plena pandemia, onde as abordagens sofrem alterações e a sua aplicação é quase

imperiosa para assistirmos as populações.

Esta é a forma que o ser humano usa, quase que se reinventando para poder interagir e usar os recursos necessários. Sejam eles das suas capacidades psicossociais, cognitivas ou as de aprendizagem ao longo da vida.

É de salientar que esta capacidade na comunicação tem muita importância no desenvolvimento profissional. Ressaltando também a estrutura da comunicação, onde deveremos observar na composição, o que se transmite e a sua recepção, bem como o veículo pelo qual deveria circular a mensagem, seu emissor e o receptor.

A comunicação é também um objeto de atenção em tudo que possa vir afetá-la, seja um ruído, até às alterações de afonia entre os interlocutores. Outros fatores determinam a forma como a comunicação deveria se processar, e aí vão desde as etapas cronológicas da vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), a cultura, histórias pessoais que se traduzem por experiências.

Não podemos esquecer que o mundo mudou e as formas de comunicação também. A internet é o novo paradigma na

informação, sejam nos recursos que fornece, mas também pela rapidez e atualização das informações pelos meios de comunicação e entre as pessoas e grupos. As distâncias entre as pessoas foram encurtadas.

Não podemos esquecer que estamos vivendo na era da informação onde tudo nos chega a tempo real. A guerra existente no século 21 nos coloca através deste meio em pleno cenário do acontecimento. Estes são paradigmas da modernidade, que nos encaminham para a pós-modernidade SANTOS, (1988). Não podemos esquecer que a globalização é a grande responsável por todos estes fenômenos com os quais nos deparamos, em cuja composição vemos as transformações tecnológicas, políticas, comerciais que se associam nos dando um novo paradigma para as ciências sociais IANNI (1995). Tudo isto nos chama a atenção para a importância em distinguirmos dados, e informação, tendo sempre a atenção ao que é gerado a partir daí, os mecanismos de compilação, armazenamento, acesso, transmissão e como esta informação é processada. Não podemos esquecer da importância da escrita, uma vez que teve um papel especial no progresso

tecnológico e como interferiu nestes mecanismos ECHEVERRIA (2002).

A saúde tem sido vanguarda na área da comunicação, utilizando os meios tecnológicos para a pesquisa: artigos, trabalhos, trocas de informações entre profissionais, sociedades de especialidade, etc., sejam a título individual ou em plataformas digitais, reuniões científicas, congressos, etc. Estamos conectados. Contudo, o exercício da prática médica tinha como paradigma a quase obrigatoriedade do cunho presencial e observacional, sendo neste novo cenário colocado a prova por um estado pandêmico, onde os contornos para o exercício da mesma estiveram debaixo de uma forte carga emocional. Mas se faz necessário uma breve explanação neste novo olhar tecnológico em que foi encontrado o caminho através da terminologia da Telemedicina.

Vários são os termos utilizados que vão desde Teles Saúde, Telemedicina, Teleassistência, mHealth, eHealth e sensoriamento remoto, por vezes usados como sinónimos entre si. Mas serão eles todos a mesma coisa?

Vejamos: de acordo com as definições encontradas, da

Organização Mundial da Saúde, Comissão Europeia e John Mitchell, e Saúde esses conceitos dizem respeito ao uso combinado de tecnologia eletrônica de informação e comunicação denominada “TIC” utilizada no setor saúde com o objetivo de compartilhar, recuperar dados eletrônicos, armazenar, com o objetivo de prevenção, diagnóstico e tratamento, mas também acompanhamento com fins educacionais e administrativos sejam onde são gerados a nível local, mas também a distância.

A Teles Saúde e a Telemedicina se relacionam intimamente. Ambas ocorrem à distância, contudo enquanto a Telemedicina se refere especificamente a serviços clínicos remotos, a Teles Saúde poderá se referir a serviços remotos não clínicos, como por exemplo reuniões administrativas, treinamento de provedores, educação médica e serviços clínicos.

Em resumo a Teles Saúde oferece assistência médica à distância, incluindo educação em saúde, tratamento remoto. Quando nos referimos a Teleassistência estamos referindo ao uso da Tecnologia eletrônica de informação e comunicação como meios de alertas e tecnologias de sensoriamento, para o monitoramento

remoto das necessidades de atendimento, emergências, mudanças do estilo de vida dos idosos ou pessoas vulneráveis que apresentem deficiências física ou mental, com o objetivo de uma melhor prestação dos serviços disponíveis. Sua personalização a distância, leva o apoio a estes pacientes ajudando-os a permanecerem independentes em seu ambiente doméstico. Evidentemente que a Teleassistência por vezes se distingue da Telemedicina e da Teles Saúde, mas por vezes a fronteira entre a Telemedicina e a Teleassistência é muito ténue e se confundem e chegam a ser quase sinónimos por terem muitas semelhanças, mas cada uma refere-se a uma forma diferente de utilização das tecnologias eletrónicas de informação e comunicação para prestar serviços de saúde.

Em relação ao mHealth a sua utilização poderá ser em qualquer um destes sistemas, e refere-se a serviços suportados por dispositivos móveis.

A Telemedicina tem o seu uso como terminologia desde a década de 1970, muito embora exista de alguma forma há milénios. Sua origem vem do grego, cujo significado é cura a distância.

Historicamente poderíamos dizer que o primeiro uso da

telemedicina provem do período no qual as civilizações antigas enviaram sinais de fumaça para alertar a outros clãs sobre um surto de doença contagiosa.

No presente, a ideia da telemedicina é tanto quanto possível melhorar a qualidade nos resultados de acompanhamento dos pacientes, aumentando o acesso a cuidados e informações médicas, usando a tecnologia eletrónica de informação e comunicação.

É um facto, o quanto muitos de nós usamos aplicativos de fitness instalados em nossos smartwatches e pulseiras que tem por finalidade monitorar a frequência cardíaca ou pulso em tempo real.

Não podemos deixar de salientar que a Telemedicina teve na sua introdução, o objetivo de melhorar os resultados de saúde, ultrapassando as barreiras geográficas para fornecer serviços médicos a pessoas que vivem em áreas remotas usando vários tipos de tecnologias eletrónicas de informação e comunicação. No presente tornou-se uma necessidade diária, seja fornecendo suporte clínico para pessoas que habitam regiões desenvolvidas ou em desenvolvimento e atingiu o seu ápice de atuação durante a pandemia.

Quando usamos a telemedicina em uma disciplina específica, geralmente abreviamos o seu nome para, por exemplo: telerradiologia, teledermatologia, telepatologia, telepsicologia etc.

Há vários modelos diferentes de prestação dos serviços de Teles Saúde.

Vejam: a técnica store-and-forward ou telemedicina assíncrona, é aquela onde os dados de saúde pré gravados, são trocados entre dois ou mais indivíduos em momentos diferentes, de modo que sua presença ao mesmo tempo não seja necessária. Nesta forma de atuação geralmente usa-se o email, o que torna barato e fácil de configurar.

Quando nos referimos a telemedicina em tempo real ou síncrona estamos escolhendo aquela que requer a transmissão imediata das informações, usando um meio de dispositivo de comunicação que permita a interação em tempo real entre o paciente e o profissional de saúde e outros profissionais de saúde que sejam especialistas, e que estejam também presentes em simultâneo, mas remotamente. Via de regra utiliza-se por meio de equipamentos de videoconferência, mais uma ligação telefônica ou

um fórum de conversação on-line também de forma interativa de comunicação síncrona.

O monitoramento remoto de pacientes, é um outro recurso através do qual são envolvidos a geração de relatórios, coleta, transmissão e avaliação de dados de saúde do paciente por meio de dispositivos eletrônicos, como dispositivos moveis, aplicativos para smartphones e computadores com acesso a internet. Nestas tecnologias recorreremos a uma colaboração do paciente em nos informar quando do atendimento, alguns parâmetros possíveis de o fazer em sua casa, tais como: o peso, sinais vitais como pressão arterial, níveis de oxigênio e transmitirem estas informações quando do atendimento.

Atualmente existem vários aplicativos mHealth que estão no mercado e disponíveis para serem baixados e instalados em telefones. Este recurso permite que o usuário entre em contacto com um consultor médico a qualquer hora e em qualquer lugar.

Aqui descrevemos os recursos tecnológicos existentes no momento em que a comunicação é um dos fatores de maior importância para a prática da medicina do século 21. Contudo neste

trabalho o objetivo foi analisar a sua aplicação em tempo recorde de adaptação entre o profissional e a sua clientela em tempos de pandemia, em que o contato físico estava limitado e em algumas situações até suspenso, e não podíamos abandonar o nosso paciente. Outras patologias além do Covid existiam e existem. Mas esta aplicação em tempo recorde e de “salvação”, merecia uma reflexão e análises nas populações em que foram aplicadas e no caso específico, nas portadoras de doenças respiratórias crônicas (minha Especialidade: Imunoalergologia). Merecia ainda, uma análise da sua aceitação ou não, bem como o seu papel no momento em que se viveu a fase aguda da Pandemia, a compreensão do processo, a sua validade, receptividade e críticas a um processo “novo” como recurso ao atendimento presencial para aplicação quase que massificada.

A sua existência pontual como recurso a especialidades não existentes no local de origem do paciente, já era prática a ser utilizada. Contudo, a sua quase generalização naquele momento, foi algo “novo”, e que merece sua análise e reflexão.

Estamos vivendo o surgir de novas patologias de caráter

endêmico e com possibilidades pandêmicas, em que a questão: “atendimento clínico das outras patologias”, nos fazem refletir, para que não tenhamos as consequências graves que tivemos no “tempo “Covid”, com a suspensão de tudo, para evitar a propagação da doença, e a impossibilidade de resposta, pois o mundo não estava preparado para tal catástrofe. Urge uma reflexão deste momento, de como atuamos, os meios que usamos para contornar as dificuldades e supera-las, as respostas e resultados frente ao usuário, para que possamos aperfeiçoar e corrigir os erros.

No mundo de hoje, a exigência que se faz, é de estarmos preparados o melhor possível para qualquer momento de adversidade.

Aqui vamos referir a diversos exemplos de prestação de serviços à distância: temos a teleconsulta, onde é permitido um acesso fácil e comodo, a serviços médicos e onde assume uma relevância critica, para quem vive em zonas rurais e remotas, onde muitas vezes não existem profissionais. Por outro lado, é também útil para pessoas com deficiências físicas que apresentam dificuldades em comparecer as consultas físicas. Este recurso pode

ajudar a economizar tempo e custos de transporte dos pacientes.

A teletriagem refere-se ao processo de identificação do problema do paciente, seu acesso ao nível de urgência e aconselhamento por via telefônica através de profissionais capacitados, a fim de garantir uma avaliação segura, oportuna e adequada dos sintomas do paciente. O principal objetivo destes profissionais é terem a capacidade de identificar sintomas urgentes, em vez de diagnosticar sintomas, e tomar decisões seguras em relação ao paciente, que possam permitir recomendar o tratamento no local, ou em casa ou o envio de meios para o conduzir a uma assistência hospitalar. A teletriagem é benéfica para os pacientes, como uma ferramenta poderosa para uso em situações de urgência e incertezas. No olhar das instituições de saúde, a teletriagem contribui para reduzir os custos do sistema de saúde com atendimentos de emergência inadequados.

O telediagnóstico é a determinação da natureza da doença de um paciente, em um local remoto, com base em dados e informações clínicas, ou seja, dados, imagens e registros de vídeos transmitidos por tecnologia eletrônica de informação e

comunicação.

E a demonstração da viabilidade destes recursos, é a sua utilização em telecirurgia. Esta usa os equipamentos da telemedicina e da tecnologia eletrônica de informação e comunicação, com o objetivo de apoiar, monitorizar procedimentos cirúrgicos a distância ou até realizar cirurgias remotamente como por exemplo através da telementoring que consiste em assistência remota interativa, prestada por um especialista a um cirurgião durante um procedimento cirúrgico. Procedimento este que poderá ser por meio de uma conexão de vídeo e áudio ou por cirurgia de telepresença/teleintervenção que utiliza tecnologias robóticas e computadorizadas para realizar ativamente cirurgias remotas, ligando os movimentos de um cirurgião a um movimento reduzido e muito preciso produzido por uma pequena máquina robótica.

Aqui descrevemos a prestação remota de serviços de saúde, nas suas várias formas, mas apesar do uso das novas tecnologias ser o meio, não podemos deixar de lembrar e reconhecer que a sua execução tem como base primordial a comunicação. Esta que é o fio condutor de todo este processo, e que nos mostra da

possibilidade de troca de informações validas para diagnostico, tratamento, prevenção de doenças e lesões, para pesquisa e avaliação e sobretudo aquilo que alimenta e mantém vivo e dinâmico este processo, que é a educação continuada de prestadores de serviço de saúde.

Todo este processo tem seu alicerce, no interesse do avanço da saúde de indivíduos e suas comunidades. O que nos faz ver hoje, como uma realidade para muitos de nós.

O número de ferramentas na telemedicina disponíveis, assim como o nosso acesso a mesma, tem aumentado com uma frequência espantosa. Estas, se apresentam com possibilidades e aplicações digitais tão amplas, que muitas destas soluções com as quais sonhávamos, são no presente, realidade. Assim como também, estão disponíveis e são essenciais para o nosso trabalho, pautado na educação, comunicação e desenvolvimento.

Evidentemente que todos estes avanços por vezes encontram dificuldades na sua aplicação que vão desde a resistência a sua adesão e ate a necessidade de recursos financeiros para sua implantação. Não podemos deixar de salientar que quanto mais

complexo e sofisticado o sistema, mais recursos financeiros se fazem necessários.

Se observarmos, houve nos últimos anos um grande investimento nos recursos tecnológicos para educação, também é verdade que de há muito tem-se observado grandes investimentos tecnológicos nos meios complementares de diagnóstico e a relação médico paciente permaneceu sempre na vertente presencial.

Para além da importância da comunicação no ato médico, esta tem por objetivo transmitir segurança, mas sobretudo atenção ao paciente. Tudo, visando o estabelecimento de uma confiança que lhe possa gerar uma caminhada juntos com o objetivo de uma presença confiante que lhe traga conforto, além do conhecimento naquilo que se pretenda ajudar, diagnosticando, resolvendo, tratando e acompanhando.

Este ato apesar de “solitário” entre o paciente e o médico pela própria natureza do ato “a sua confidencialidade” carrega por trás uma estrutura de apoio de outras pessoas e profissionais, além de por norma, exigir um espaço físico que lhe é apropriado para o ato. Há mudanças sempre presentes, determinadas pelo tipo de

instituição, pelo perfil do consumidor cada vez mais exigentes na busca pelos seus direitos como cidadão ZOBOLI, (2001).

O atendimento médico na rede pública portuguesa é feito através da rede hospitalar, centros de saúde (nas suas várias complexidades) e unidades móveis para os primeiros socorros em urgências. Contudo não podemos deixar de esquecer que os iniciantes hospitalares tinham como objetivo o isolamento e tendo como prática a caridade cristã. Os avanços da medicina sejam através da nova tecnologia ou de uma medicina baseada no conhecimento científico, veio em inícios do século XX modificar o seu papel, passando para local, com a prestação de serviços de assistência à saúde.

Os médicos passaram a estar integrados e apoiados em um novo paradigma: dar às populações assistência médica continuada e integrada, com novos meios para diagnósticos e tratamentos. São utilizados para atingir este objetivo os recursos humanos de especialistas existentes nos diferentes departamentos, com a sua colaboração pessoal de apoio em outras áreas, serviços auxiliares onde a preocupação maior e mais importante é o paciente.

Este conceito assistencial tem como objetivo a personalização do atendimento, seguindo, contudo, a sua integração neste atendimento aos vários intervenientes deste processo.

É este atendimento associado as novas exigências do mesmo, bem como a dificuldade de resposta em todas as áreas e a sua disseminação por todo o território, que levou a introdução de um atendimento a distância usando as novas tecnologias.

Tal atendimento denominado de “telemedicina” tem o objetivo de assistir em valências carenciadas em determinados hospitais. É esta forma de prática laboral na medicina, em que se observa o seu uso remotamente.

Este atendimento é composto pela presença local do médico que o solicitou, o paciente, o técnico dos meios digitais e o apoiante médico a distância. Evidentemente que a presença médica do solicitante é um facilitador neste ato, para superar as dificuldades que possam existir na comunicação e observação do paciente, sendo o seu papel de extrema importância na condução deste ato. Dependendo das patologias nada mais será do que um agendamento para um ato presencial, devido a impossibilidade de

uma assertiva atuação a distância. Assim, passa a ser facultado pelo médico que atende, um meio facilitador para a sua ida (deslocação), por vezes já com algum apoio complementar de diagnóstico visando com isso, a que a ida possa vir a ter, o maior aproveitamento nesse deslocamento a consulta.

Acredito ter sido este o embrião do “teletrabalho”, em que o trabalho realizado a distância se dá por meio também de tecnologias de informação e conhecimento. Há pareceres otimistas evocando benefícios, e outros que consideram uma forma mais atual de exploração dos trabalhadores. Esta não foi a vertente escolhida para análises neste trabalho.

Não podemos deixar de entender e dar importância ao facto de que um paciente não é apenas aquela pessoa que tem “paciência” para enfrentar as diferentes situações que o destino lhe apresenta. Não podemos esquecer que o paciente também é aquele que sofre alguma afetação psíquica ou física, e se dirige a um profissional de saúde para tratar do seu problema. É neste espaço interativo, onde a comunicação deveria ser estabelecida não somente para compreensão do problema presente, mas também seus possíveis

causas e efeitos.

Nesta relação interativa há primícias de espera deste ato que não podem ser desprezadas, pois o paciente está sempre a espera de um diagnóstico, tratamento, sem que possamos esquecer das suas ansiedades em obter um bom diagnóstico, mas sobretudo “ser ouvido, entendido e respeitado”.

Este ato é educativo, de comunicação, interativo e primordial.

Não podemos deixar de esquecer os pródromos do mesmo onde acompanha o paciente, inúmeras incertezas: o que tenho? Será bom? Será mau? Tenho de fazer exames? E outros procedimentos e interrogações inerentes ao ato. E é nas fases seguintes, onde teremos o diagnóstico e o tratamento específico ou não.

Este ato tem de gerar confiança, clareza, empatia e referência pessoal, para que tudo seja dito sem estigmas de medo ou limitações. Daí a primeira consulta se faz necessário e essencial, para que ambos se conheçam, escutem-se, respeitem-se e é a partir destas “aproximações” que se tem, e onde se vai criar um bom ambiente para as próximas consultas.

Como fazer on-line, sem a presença física? É possível? Esta nova dinâmica do trabalho tem provocado entusiasmo entre os trabalhadores e empresas no momento atual, exacerbados pelo momento pandêmico. Contudo é de salientar o seu registo desde as décadas de 50,60 e 70 onde esta prática se fazia presente na confecção de calçados, têxteis, vestuários, embalagens etc.

Há, contudo, uma diferença entre em domicílio HOLZMANN, (2011) e o conceito de teletrabalho. Diferenciando-se os dois, pelo fato de o primeiro estar mais relacionado a tarefas da produção efetuadas nas residências dos trabalhadores antes de centralizar-se no sistema fabril. Sua dissociação em maior escala, do vínculo a produção industrial e a sua ligação a “tecnologias de informação e comunicação surge na década de 70 com a terminologia que o define em “teletrabalho”. Nas décadas de 70 e 80 foram enriquecedoras no surgimento de várias experiências em teletrabalho, visando um único objetivo: redução dos deslocamentos da casa para o trabalho e vice-versa.

O termo teletrabalho é utilizado de várias formas, mas sempre se referindo a mesma coisa para definir diferentes especificidades

SAKUDA, (2001). Esta forma de trabalho é denominada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como “teletrabalho”, em Inglês “telework”, mas comportando variações.

SANTOS, (2004) relata o diálogo social Europeu e o exercício das competências sociais comunitárias, incluso o estudo feito pela COMISSÃO EUROPEIA, (2000), envolvendo cerca de dez países europeus incluindo também o EUA e Japão nos quais sobressaem seis categorias de maior destaque do teletrabalho, a saber: trabalho móvel, em domicílio, em telecentros, em escritórios –Satélite, em empresas remotas ou offshore, informal ou teletrabalho misto.

Em todas estas apresentações existem um denominador comum a flexibilização do tempo dedicado ao mesmo, dos espaços do trabalho, levando ao trabalhador a diminuir suas deslocações a sede e a usar os meios informáticos e de comunicação remota para a sua efetivação.

O mundo do trabalho avança neste sentido com os países a reconhecerem e regulamentarem a sua prática, onde já há países como Portugal, França, Espanha, Itália, EUA, Finlândia, Chile e

Argentina que aprovaram legislação específica. É de salientar já haver deliberações próprias da União Europeia, BARBOSA, (2010).

Estes aspectos da importância das comunicações e da introdução ao teletrabalho nos encaminha para uma área, onde a fertilidade do uso das tecnologias é algo presente, salutar e importante, pela experiência acumulada na área que vem nos ajudar em setores mais carentes como na área da saúde, objeto deste estudo.

Mas apesar da sua fertilidade, não podemos deixar de reconhecer ainda as grandes dificuldades da implantação destes recursos na educação, onde existem várias experiências, mas onde ainda não são respeitados o meio de inserção social destes alunos, conhecimentos na área e até programas do computador que não permitem a interação entre professores e alunos.

A instituição de novas tecnologias em qualquer setor da vida humana, não pode ser visto apenas como um substituto, seja ela como por exemplo na educação: do quadro negro ou do livro, seja na medicina pela relação de presença física por um computador.

Ambas têm em comum o “aprendizado” e este tem que ter em conta, as formas de interação entre quem ministra o conhecimento e quem o recebe, assim como as mudanças a serem produzidas com o conhecimento ou orientação de uma conduta médica, visando combater e prevenir uma enfermidade, TEODORO, (2008). Devemos ter sempre como muito importante o paradigma de análises, sobretudo como as populações estão reagindo a tal prática.

Se o ato médico tem como objetivo restabelecer o bem-estar físico e mental do paciente, este deve ir ao encontro de quem o recebe (sobretudo), e de quem todo esforço faz, para o dar e transmitir.

É importante na comunicação, o papel desempenhado pelos intervenientes, via de regra duas pessoas (no caso em estudo), que esta na dependência da atitude que cada uma delas adote na conversação.

A maneira como se interrelacionam é variável, em função do momento e da situação que estejam envolvidos. Contudo, devemos entender que esta variabilidade não se deve exclusivamente as características que nos são transmitidas pelos pacientes e as suas

circunstâncias de vida, mas tem papel importante as características do médico, sua personalidade, expectativas, problemas ou situação pessoal que leva o profissional a compreender o paciente que esteja atendendo. Esta complexidade nos leva a questionar por vezes, se está o profissional de saúde consciente deste fato.

Via de regra as investigações relacionadas com a comunicação médico e paciente concentra-se no comportamento, nas informações que trocam, nas perguntas e respostas que se fazem ou nos itens que tem relação com a comunicação não verbal. Ainda não houve uma clareza, dos efeitos de outros aspectos nesta relação, tais como: motivos e estados emocionais que condicionam o comportamento do médico e do paciente a agirem de determinada forma. Mas, de modo geral, observa-se que a satisfação dos pacientes no contexto de uma consulta médica, tem uma relação e peso muito elevados, e esta relacionada ao comportamento do médico perante o ato em questão.

Não podemos esquecer que esta relação médico-paciente pode ser conduzida a situações de complexidade, mas que cabe sempre ao médico intervir para evitar que se transforme em

conflito. Este ato é psicossocial e que também acontece, como em outros momentos da vida, mas cabe ao médico um controle maior destas situações, adaptando-se com muita sensibilidade aos comportamentos que possam interferir ou por em perigo esta relação médico-paciente. Temos que procurar soluções e aprender a lidar com elas, buscando no dia a dia controlar as nossas emoções, levando a um maior conhecimento de nós mesmos, para que possamos estar preparados a agir de forma empática e assertiva, e impedir que a atitude de um paciente possa provocar uma mudança de atitude que altere o estado emocional e o profissionalismo.

Quando nos referimos a comunicação estabelecida entre duas pessoas, uma das primeiras coisas a ter em consideração, é a atitude que cada uma delas irá ter neste diálogo.

O ato médico e a sua comunicação é um diálogo.

A maneira como se dá este Inter-relacionamento varia em função de cada situação.

Toda esta variabilidade não tem como responsável somente as características do paciente com as suas circunstâncias de vida, mas também as características do médico em especial a sua

personalidade, expectativas, seu contexto pessoal, seus problemas, que permitirão compreender o paciente com o qual esta interagindo. A questão que se levanta é até que ponto está o médico consciente disto, uma vez que no presente, a tecnologia diagnóstica, o que leva por vezes o médico, a mergulhar na ciência somente, esquecendo o principal, que é a comunicação com o paciente.

Com frequência as investigações que envolvem a comunicação médico-paciente estão focadas na informação que se troca, no comportamento, nas perguntas e respostas que se efetuam no processo, e nos aspectos que estão relacionados com a comunicação não verbal. Por vezes, não tem sido o objeto de análises desta relação comunicadora, os efeitos de outros aspectos desta relação, tais como os motivos e estados emocionais que conduzem os dois (médico e paciente) a um determinado comportamento.

Qual seria a dificuldade? Antes de mais nada a sua identificação, em seguida, o que a motiva, a partir do qual é permitido a procura de formas para enfrentar estas situações com tranquilidade,

segurança. Sendo assim, é o que vai permitir que esta relação não piore, e que se possa cumprir o seu papel neste ato, independentemente do paciente que se está a consultar. Temos de reconhecer quando o cansaço nos atinge.

O mau humor, devido ao excesso de trabalho (um parâmetro frequente no presente, na vida de um médico). Ter atenção, pois se sabemos ser a violência um ato que nos deixa nervosos, devemos nos preparar diante de um paciente agressivo, pois temos de nos manter calmos. Em síntese temos de elaborar estratégias para superar estas dificuldades.

Se o autoconhecimento é importante no ato presencial, mais importante ainda se torna quando o estabelecimento desta relação ira se dar a distância, e em circunstâncias especiais, de tristeza, pânico, desequilíbrio psíquico, financeiro, a verdadeira instabilidade humana.

Estamos diante de uma pandemia onde nunca houve preparo para vive-la.

A aprendizagem é coletiva. E as comunicações no ato médico não poderiam ser diferentes. Apesar de não haver estudos

nesta área envolvendo o ato médico e a situação pandêmica, podemos extrapolar a sua importância pelos inúmeros estudos existentes na área da Educação. Afinal o ato médico é um ato educativo e as comunicações usadas merecem a sua atenção pedagógica para que seja obtido o sucesso tão desejado: a aprendizagem visando o restabelecer o estado saudável.

É o universo da internet possuidor de ferramentas capazes de promoverem o desenvolvimento científico, social, econômico e cultural e interagir de um determinado lugar para vários outros? Evidentemente que esta enorme avalanche de informações leva consigo diferentes gerações, e dificuldades na adaptação deste novo paradigma. Mas se por um lado fazemos parte das “gerações” que sentem as dificuldades, também assumimos um papel de vigilância desses meios, no seio dos jovens. É tudo muito complexo, e todas estas dificuldades são transversais a profissões distintas.

É o processo clínico que agora deixa de ser físico e passa a ser virtual, são as solicitações de exames, os encaminhamentos e até a prescrição médica que também passam a serem solicitadas

desta forma. É a era “digital”. Ora, sendo tudo isto um mundo novo, mais novo ainda e sob a pressão de uma situação pandémica, nos leva a termos de adaptar, até o atendimento para uma forma não física, mais virtual. O medo, a insegurança, os excessos de zelo fizeram parte deste novo olhar clínico e atuar. Era uma guerra. E como tal, tinha de obter-se estratégias, consensos, e partir para luta pois o inimigo mantinha-se e era necessário combater com segurança, tanto para o utente, como para o profissional.

Para que possamos entender este contexto, não podemos deixar de lembrar as sequências no campo do saber e dos diferentes níveis de abrangência que envolve uma graduação médica. Tal como já referi no início, sempre baseada em uma interação presencial, do paciente *versus* médico. Mas a vida é feita de desafios, e como tal procuramos adaptar a realidade vigente naquele momento e o que poderia ser feito. E aqui valeu a sequência formativa do doutoramento em ciências da educação que no seu papel de gerar inquietudes e desafios na educação, através dos debates, aulas, trabalhos, pesquisas durante o curso, que me levou a consolidar, a existência de conhecimentos para desafiar a

sua aplicação neste trabalho. Estou certo de que a maturidade científica estava desperta, através da área da educação, chamando a atenção para sua aplicação nesta área médica. Foi um projeto piloto para mim. Não encontrei subsídios semelhantes na área que me pudessem orientar, mas tomei como ponto de partida as experiências de professores em contexto de ensino a distância, onde já existe uma larga experiência na educação (ANDERSON,2003); CABRAL; AMANTE,2011); (COELHO; ROCIO,2010;(HOLMBERG, 2005); MORGADO,2001); (PEREIRA [e al.],2012); (WELLER, 2011). E apesar de estar efetuando uma análise de um projeto fruto da minha humilde experiência como médico, acabo de receber (juntamente com todos os médicos inscritos na Ordem) da Ordem dos Médicos, um pedido de colaboração em responder um questionário que vem da estreita colaboração entre a ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE TELEMEDICINA (APT) e o CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (CEISUC) com o apoio na divulgação por parte da ORDEM DOS MÉDICOS, um inquérito com o objetivo de estudar a opinião dos médicos sobre o uso da

TELECONSULTA/CONSULTA NÃO PRESENCIAL. O objetivo deste estudo é descrever a realidade atual em Portugal, de modo a ajudar a planear, desenvolver e regulamentar a Teles Saúde. Trata-se de um questionário que servira para descrever os padrões de utilização da Teles Saúde pelos médicos, bem como recolher a sua opinião, grau de conhecimento e satisfação relativamente a telemedicina, entre outros dados. É um questionário anónimo e com completa confidencialidade dos dados que sejam fornecidos. Com isto observamos a importância que esta prática passou a ter no ato médico, já iniciando preocupações de análises pelo seu fórum maior, e nas instâncias do saber e pesquisa de outras instituições.

A era digital e internet permitiu uma revolução nas comunicações, a proximidade na distância e não somente, tornou-se uma realidade.

A educação também passou a ser desafiada no seu espaço de proximidade com relação ao aluno. Por outro lado, as oportunidades formativas típicas do ensino presencial, passou a ter a oportunidade de extravasar os espaços convencionais e a atingir

um público disperso no espaço de sua abrangência anteriormente estipulada. Surge então uma nova relação entre professores e alunos (GARRISON, 2000). Apesar de extremamente escrutinada, não podemos deixar de reconhecer nesta nova prática, a forma de aproximação a verdadeiros nichos populacionais, onde a distância e as circunstâncias onde estão inseridos, passaram a ser contemplados, com a possibilidade de concretizarem uma formação. Tal atitude veio envolver, melhorando a qualidade de vida por alargar os horizontes destes, permitindo assim concretizarem sonhos e realizações profissionais.

Esta análise na educação, também nos permite extrapolar para a saúde, onde permitiu chegar ao paciente, retirando o risco elevado de contaminação pandêmica naquela altura nos hospitais, desafogando as urgências e permitindo continuações de tratamentos em doenças crônicas, avaliações, ajustes e conforto.

Evidentemente que sendo um projeto imposto pelas circunstâncias, mereceu a sua análise, ponderações e como resultado a sua continuação ainda hoje, de uma forma híbrida (continuação como manutenção, ajustes e avaliações) e triagem

para um atendimento presencial quando este se fizer necessário.

Esta prática tal como na educação, veio trazer uma flexibilidade nos processos de aprendizagem, no atendimento a distância, no tocante aos horários, e sua relação com os praticados no trabalho. Na saúde em especial, permitiu a flexibilização de retorno ainda no mesmo dia em horário que o paciente determine. Com isso avança-se na consulta e regressa em horário que haja possibilidade de o paciente estar disponível para o atendimento. Disponível sim, fato completamente impossível nos horários determinados por marcação da consulta de caráter presencial, onde todos os horários já estão preenchidos durante o dia. O atendimento também é favorável por evitar ausências no trabalho (pela distância) e as dificuldades nas deslocamentos, uma vez que o local de atendimento médico poderá estar a distância de vários quilômetros com dificuldades nesta deslocamento.

Esta vantagem é apresentada pelo paciente e pela entidade empregadora que não tem a ausência do funcionário por um período mais longo, por vezes até com perda de um dia de trabalho e outras quando não são aceites pelo patrão a ausência para

consulta, ter de usar um dia de férias para deslocar-se a consulta. Apresenta-se então este novo atuar médico com várias vantagens apresentadas. A função deste trabalho é proceder a uma análise em pleno auge da pandemia de como o ato desta comunicação foi visto e sentido por quem o teve. Suas vantagens e constrangimentos e todo o envolvimento deste ato de comunicação, em plena pandemia.

Assim, como tudo o que representou em dificuldades ou facilidades para quem recebeu, não deixando de citar a sua ação, em todos os intervenientes.

Na educação não podemos deixar de ressaltar a importância apresentada das comunicações digitais no tocante ao material das autoaprendizagens (MASON,2000).

É neste contexto que a educação a distância também adquire a forma mais universal, passando do ensino solitário para em grupo e a sua interação com o E-Learning (MOORE; ANDERSON,2007).

Extrapolamos todos estes conceitos e observações para o ato médico em circunstâncias semelhantes (a distância).

A utilização do atendimento médico a distância foi uma alternativa

de promover este ato, dispensando a presença física, no momento de restrições pandêmicas. Foi uma alternativa de flexibilização, contribuindo para atenuar as proibições do contato físico imposto no momento.

Como é sabido, hoje observamos os efeitos que tal prática veio trazer na sociedade. Passámos a ter em conta e com muita atenção, em especial na medicina, o impacto que tem gerado na dinâmica do próprio atendimento médico, desde as relações entre o paciente e o médico, a proximidade entre ambos e a disponibilidade de acesso ao profissional devido o registo telefónico por parte do utente, quando da altura do atendimento. Observamos também como consequência deste novo atendimento uma diminuição até de lista de espera, pois há uma informalidade maior, que agiliza o atendimento, ou pelo menos seria este um dos objetivos para a sua continuação.

O atendimento a distância tem sido testado em várias áreas, e o sucesso tem sido a tônica, uma vez que tornam mais ágeis e competitivos, os setores que o utilizam.

Existe uma flexibilização do ato no que diz respeito ao tipo e

profissão. Esta nova dinâmica do trabalho, o Teletrabalho, é descentralizado, em que se parte das primícias de se poder efetuar as comunicações a distância e de que as tarefas desta atividade podem ser efetuadas fora do ambiente de trabalho, utilizando as tecnologias de telecomunicações (MELLO, 1999).

O teletrabalho, a prática utilizada neste estudo, apresenta-se em várias áreas, tal como na educação com bastante informações e observações a nos chamar atenção.

Neste projeto também não poderíamos deixar de entender, reconhecer e ter todo o cuidado, para as características que envolve toda a estrutura populacional, representada pelo aumento da percentagem relativa de indivíduos com 65 anos e mais de idade no conjunto total da população (Carrilho e Patrício, 2004 ;(Carrilho e Craveiro, 2014). Esta população mais que duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001 (Carrilho e Patrício, 2004). Este aumento é também proporcional ao seu papel cada vez maior nas famílias. Segundo dados dos censos de 2011, divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), o envelhecimento da

população portuguesa entre 2001 e 2011 traduziu-se por uma diminuição da população jovem (entre os 0 e os 14 anos) de 5,1% e um aumento da população idosa (65 anos ou mais anos) de cerca de 19,4% e o grupo da população situada entre os 25 e os 64 anos cresceu 5,3%.

A mesma fonte prevê que este cenário de crescimento exponencial de idosos volte a duplicar nos próximos 45 anos, atingindo em 2050, 32% do total da população (INE, 2011).

Em 2021, (dados do INE) O Índice de Envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 184,9 idosos para cada 100 jovens, (180,6 em 2020) resultados provisórios do Censo 2021, de acordo com o anúncio no Destaque de 14.06.2021.

Se a realidade de uma Pandemia já tinha em si dificuldades inerentes a si mesma, também era um fato que deveríamos encontrar a forma de ultrapassar, encontrando uma forma de levar assistência médica a todos, mas neste “todos”, teriam características particulares de comunicação e de utilização dos

recursos da Teleassistência procurando-lhes dar, o mesmo nível de compreensão, confiança e de valor assistencial, pois há faixas etárias específicas, com cuidados e abordagens diferentes.

Esta “nova” geração de idosos tem sido objeto de estudos nos últimos sessenta anos, em especial nos EUA (Burton, 1992); Minkler&Roe, 1996); Fuller-Thomson [e al],1997). Os estudos sobre os idosos, têm acompanhado os efeitos das grandes mudanças sociais sobre a estrutura da família, redefinindo e aperfeiçoando o objeto de estudo e os métodos de investigação e, com isso ganhando um espaço cada vez maior no seio da Sociologia da Família.

Em Portugal, encontramos alguns estudos, nomeadamente dissertações de Mestrado e de Doutoramento a saber: Solidariedades Intergeracionais e Instituições de Velhice (GIL, 1998); Envelhecimento Demográfico ou Populacional (António, Stella,2001) e tantos outros que despertam em qualquer tomada de decisão que envolva esta população à atenção que lhe é devida pelo que representa na sociedade. Mas se por um lado esta “população” merece toda a nossa atenção pelas suas especificidades e o seu

número frente ao universo populacional, também temos de ter em consideração o início desta trajetória humana, que se inicia através da criança, adolescente, jovem adulto. Estes extremamente “informatizados”, pois, estes, são a geração tecnológica, sendo inclusive espantoso como uma criança em primeiros anos de vida intuitivamente lida com os telemóveis dos pais em “joguinhos”. Todos estes estão inseridos no novo universo da comunicação da era digital. Mas o impacto entre os mais idosos tem sido grande, pois até a sua receita médica entrou na era digital, onde muitos não possuem um conhecimento por vezes necessário para acompanhar os avanços.

Se por um lado é vantajoso pela possibilidade de comodidade para o paciente em receber as suas receitas no telemóvel, permanece ainda para alguns e em grande número, o ter de pedir ajuda para concretizar o ato de aviamento desta receita. São avanços salutareos inclusive para o meio ambiente, (menos uso de papeis), mas sem estudo do impacto nas populações mais idosas e que vivem sozinhas e não possuem familiares. Todos estes parâmetros foram devidamente elevados em consideração pois a atuação teria de ser

rápida, precisa, válida e que resultasse em um procedimento efetivo, uma vez que esta seria a única forma de nos aproximarmos neste período crítico da Pandemia.

E muitas vezes em saúde, não temos a segunda chance, logo o cuidado em atuarmos, com o máximo de segurança para que obtivéssemos aquilo que mais desejávamos minimizar, a dor e o sofrimento de um confinamento, eram o grande objetivo.

Por outro lado, havia também a grande preocupação, para além de que resolvéssemos a “sua dor”, transmitisse também aquilo que muitas vezes é a parte mais importante: proximidade. Quebrar a solidão já existente muitas vezes, e agravada naquele momento.

Não podemos esquecer que esta alteração demográfica, proveniente do envelhecimento em Portugal e um pouco por toda a Europa, tem desencadeado por parte do estado, uma série de respostas sociais no sentido de promover o envelhecimento ativo, a somar-se com a participação familiar na promoção das trocas geracionais. A saúde não poderia deixar de responder em um momento tão difícil para toda a humanidade: a Pandemia.

Como responder sem por em risco os profissionais da saúde e o

próprio paciente? Tínhamos as Urgências Hospitalares ultrapassando os seus limites. Profissionais de saúde a infetarem-se, indo muitos a óbito. O socorro vinha de todos os lados, mas o "inimigo" era implacável. A descoberta da sua epidemiologia era de uma aprendizagem diária. Tinha-se que salvaguardar a população para não ficar abandonada, sem assistência, mas havia, e há, colegas com muitas comorbidades o que punha em risco de vida, e a possibilidade de se salvar, caso fosse infetado. E estas eram as grandes questões levantadas.

Recorre-se então a prática do atendimento a distância, já existente, mas não nesta dimensão. O tempo para pensar e planear era escasso. As variantes a serem analisadas muitas. A sua implementação se fazia necessário, mas como a todo projeto, impõe-se ser avaliado. Este foi o objetivo deste trabalho.

Não podemos deixar de lembrar o quanto o cotidiano médico em uma instituição hospitalar contribui através do nosso dia a dia nas escutas diárias com os pacientes e sua família que vai formando este constructo, preparando para os desafios que a profissão lhes apresenta. E a pandemia é um deles.

A aproximação com os familiares é extremamente carregada de simbolismos do meio, convivência, forma de estar, cultura, gostos do paciente o que nos ajuda na sua abordagem. Estes são ensinamentos diários, mas presenciais de uma quase vivência diária. O seu oposto, o virtual é carregado de desafios. Não podemos esquecer do enfoque de extrema relevância que é, nos processos de saúde e doença, as comunicações que devem estabelecer-se com os familiares dos pacientes. As demandas afetivas com as sensibilidades das emoções, por vezes expõem as singularidades destas relações e conseqüentemente a fragilidade destes estados de saúde. Mais uma vez aqui chamamos a atenção para a importância da comunicação, pois é através dela que um diagnóstico das suas fragilidades é feito. É a comunicação presente em todo o ato médico, desde a primeira consulta de ambulatório, ao acompanhamento clínico, internamento e alta.

Segundo (BARNLUND,D.,&LITTLEJOHN,1978) a comunicação tem como base as relações humanas e é de natureza complexa, multidisciplinar, sem definição concisa, clara e universal. Envolve a troca de pensamentos em verdadeiro

intercambio, informações e sentimentos. É possuidora de dois sentidos englobando o partilhar algo e informar dando o conhecimento. Contudo não podemos esquecer tal como o (WEBER, 1995) nos chama atenção para o cuidado que se deve ter já partindo das organizações de saúde no tocante ao planejamento das comunicações, pois trabalhamos com questões fundamentais como a qualidade de vida a doença e o próprio conceito da morte.

Todo o processo de comunicação na área da saúde, tem suas especificidades. (SENNA, 1981) quando do seu estudo a respeito de visitas e acompanhantes em UTI (Unidades de Terapia Intensiva) nos chama a atenção para imposição de efetuar explicações sobre o risco terapêutico, a forma de assistência, o prognóstico e a evolução do paciente nestas unidades. E aqui vale lembrar as várias facetas da comunicação a serem levadas em conta. (SCARELLI, 1993) nas suas investigações de como orientar famílias de pacientes internados nestas unidades. Ele observou que o nível de escolaridade tem de ser levado em conta no ato de comunicar, pois poderá interferir na comunicação. Desta forma, dentro de um universo tão heterogêneo cabe-nos procurar

diferentes comunicações de acordo com o ouvinte.

É, portanto, a comunicação no ato médico estudada na saúde nas suas mais variadas situações. (MORITZ, 2005) nos chama atenção nos seus estudos sobre o paciente terminal e cuidados paliativos, na importância de o saber comunicar e interagir com a família informando a respeito da situação clínica e prognóstico deste paciente. É a comunicação companheira do ato médico para as boas e, más notícias. Em seus estudos (ASTUDILLO; MENDINUETA, 2008) nos chama a atenção para o fato de que, não podemos deixar de salientar, que a má notícia, em pacientes em final de vida, sintetiza a informação que será transmitida ao mesmo ou seus familiares, implicando na grande maioria das vezes uma alteração negativa na vida deles.

Muito se pode falar sobre a comunicação, pois ela acompanha toda a vida de um médico, e é esta, a forma de relacionamento entre médico e paciente, e por isso em todas as situações em que essas relações se tornaram objeto de estudo essa relação foi enfocada. A comunicação esta associada a humanização. O conceito de humanização é visto como um ato de humanizar sendo

compreendido como ato de tornar humano, dar condições de homem e civilizar (OLIVEIRA; COLLEL & VIEIRA,2006).

RIOS [et al.] (2008) nos chama a atenção para o reconhecimento do campo das subjetividades pela humanização, na comunicação e no diálogo, como sendo fundamentais no objetivo de compreender problemas e buscar soluções que sejam compartilhadas. Ressalta-se a importância de uma aliança entre as competências técnicas, tecnológicas, éticas e relacionais.

Para prosseguirmos com nosso projeto torna-se indispensável um referencial teórico que nos conduza ao objetivo do estudo que nos propomos. Todo o referencial teórico, servira como base para análise dos conceitos, ampliar a visão em torno do assunto, agregar conhecimentos e valores, organizar o pensamento e sedimentar a discussão dos resultados.

Não podemos deixar de lembrar os trabalhos de (ROGERS,2013) onde eram discutidos o aconselhamento centrado no utente e o termo medicina centrado no paciente inseridos por (BALINT [e al.]2013).

Em meados do século XX, é destacado a valorização da

escuta com o objetivo de entender o paciente e ao mesmo tempo dar respostas as suas necessidades. (BALINT [e al.],1993).

Os trabalhos e os interesses nesta área têm se expandido. (STEWART, 1995) explica a medicina centrada no individuo, como um método clínico em que o ser humano é visto na sua totalidade, ordenando que a dicotomia entre tratar o paciente ou a doença tem sido a companhia da medicina ao longo dos seculos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a promoção da saúde como “*o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde para melhora-la*” (OMS, 1986, p.11). Ao contrário, a prevenção tem como meta a redução do risco de uma doença (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Esta situação vivida no atendimento médico de uma forma virtual e toda a problemática existente, nos faz procurar entender todo o processo de comunicação, como se da a sua gênese e em especial sua aplicação na medicina, concretamente no ato médico. Procuramos assim refletir, repensar e compreender as teorias e praticas que envolvem um processo de comunicação.

Vivemos em uma sociedade cuja comunicação esta

extremamente generalizada. Tal fato, também nos leva a ter a compreensão de que o excesso de comunicação, não leva necessariamente a sua qualificação.

Em um processo de comunicação é necessário lembrar aquilo para o que (PHANEUF, 2005) nos chama atenção, ou seja, para o fato de que em uma comunicação as nossas trocas compreendem duas vertentes principais: uma informativa com ligações ao cognitivo responsável pela mensagem e outra afetiva com ligações a forma como é transmitida, ou seja, como transmitimos.

A forma como se processa a relação médico e paciente, inclui também expectativas do paciente no decurso deste encontro, assim ele poderá facilitar ou dificultar o resultado do mesmo (PENDLETON, 1984). A grande preocupação quando analisamos um processo de comunicação de características virtuais, diz respeito a importância das trocas verbais, embora saibamos que estas representam uma parcela pequena no estabelecimento de uma boa comunicação. Segundo (STUART, 2005), cerca de 7% do seu significado é transmitido por palavras, 38% por sinais para lingüísticos e 55% por gestos corporais (estes ausentes ou

extremamente diminuídos em um processo virtual), salvo em uma plataforma zoom, não disponível a todos os participantes do projeto.

É a comunicação parte do exercício profissional dos médicos e podemos alargar para todos os profissionais de saúde, nas suas diversas áreas de atuação. É a garantia do sucesso, nos procedimentos técnicos e de atendimento que objetivam melhorias na qualidade de vida do paciente. É sempre um denominador de avaliação no atendimento médico. Neste aspecto devemos considerar a comunicação como terapêutica, obedecendo os objetivos de identificar e atender as necessidades de saúde de cada indivíduo, mas também dar o seu contributo para um melhor atuar médico. É este o grande desafio de todo médico. Este nos leva a uma constante interrogação, em especial no setor público que vai desde o centro de saúde, clínicas e a rede hospitalar: o como lidar com a saúde, procurando efetuar um trabalho de comunicação, que promova uma melhor integração destes serviços, indo de encontro as necessidades de quem usufrui dos mesmos.

Vale lembrar esta importância, em outro momento da

história da comunicação na saúde, quando em 2001 e reafirmadas em 2014 no Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) voltada para os cursos de medicina, indicavam para que na formação médica, haja o desenvolvimento das habilidades da comunicação de uma forma adequada para com os pacientes e um poder de reflexão, compreensão, ética integral e humanística na relação médico e paciente.

Há também, uma preocupação esboçada por alguns países nos últimos 25 anos, no desenvolvimento de estudos e ferramentas no que diz respeito ao ensino da comunicação, na formação do profissional de saúde médico.

O ensino da comunicação clínica é observado como fundamental no curriculum médico, na sua graduação em países como Inglaterra, Espanha, Holanda e Estados Unidos. Contudo nos últimos 70 anos houve uma diminuição de disciplinas que se preocupavam com questões de características mais humanísticas na formação dos estudantes na área da saúde. Apesar de um olhar crítico para a forma de exercício da medicina no momento atual, não podemos ignorar o desafio constante e em

questionar o lugar da comunicação entre o médico e o paciente visando atingir os objetivos que estão presentes na prática médica.

A comunicação é vital para que se cumpra todas as etapas de um ato médico. Estas vão desde a queixa inicial do paciente, expressa por ele, ao exame efetuado pelo médico até a comunicação do diagnóstico e tratamento efetuado pelo médico. Não esqueçamos que a “*ciência é intrínseca, histórica, sociológica e eticamente complexa* “. (MORIN, 2003).

Na comunicação existe uma dupla visão, presentes no receptor e no emissor, e esta é a forma como a comunicação é absorvida pela medicina (SEQUEIRA, 2004). O interesse pela comunicação no ato médico é oriundo de longas datas.

Na década de 1950 em escolas americanas surgiu o interesse em avaliar a satisfação dos pacientes em relação ao atendimento e tratamento médico. Mas a partir da década de 1960, as mudanças trazidas através da cultura e das transformações sociais, veio promover também alterações na relação médicos e pacientes.

Estas mudanças sociais importantes, vieram com o crescimento de ocupações em que o nível de escolaridade passou a ter uma

exigência maior, indo do secundário ao superior, e levando a uma redução da população operária com relevância nos países que se industrializaram.

Foi uma altura de transgressões que levaram o paciente a ter um papel mais ativo de avaliação dos serviços de saúde.

Ao observarmos as transformações que a saúde tem passado, não podemos deixar de vê-la inserida em tudo o que tem sofrido as sociedades contemporâneas, através das inovações tecnológicas e que estas têm tido maior avanço no ensino. Lembremos que muitas salas de aula têm ainda se apresentado como um espaço de raízes tradicionalista no ensino, mas cada vez mais é o professor cobrado em aquisição de novas competências no uso das tecnologias e de como usa-las no processo de aprendizagem. Evidentemente que vários fatores estão aqui associados e pendentes, que vão desde as estruturas físicas das escolas, o papel do professor e sua bagagem tecnológica, assim como os recursos didáticos para o tal momento novo, e o saber gerir as inseguranças que advém desta nova realidade de ensino. Este receio não passa pelos seus conhecimentos adquiridos, nem pelas práticas pedagógicas, mas

sim pelo conhecimento de como atuar com tecnologias de informação e comunicação associadas ao ensino e a aprendizagem.

Ora os receios levantados pelos educadores, nos conforta na área da saúde, pois os medos e insegurança que este novo mundo nos desafia tem também aumentado a nossa resiliência para não desistir.

A aquisição de competências é transversal a toda e qualquer profissão. A educação médica também tem o seu suporte na aquisição destas competências inerentes ao desempenho da profissão, constituindo um novo paradigma de educação para os profissionais de saúde (FRANK [e al.], 2010). Estas preocupações como temos referido, estão presentes em todo o mundo, onde observamos escolas médicas efetuando os seus processos de adequação aos novos modelos curriculares (CARRACIO [e al.], 2016); (FRANK [et al.], 2010).

2 – O ESTADO DA ARTE

Observando o estado da Arte no que diz respeito ao emprego e aos desafios das Tecnologias da Informação na Educação Médica, encontramos diversos trabalhos que descrevem os seus diferentes usos. Contudo também observamos que poucos existem que estejam focados na caracterização e perfis da utilização destes meios virtuais da aprendizagem, na formação médica.

Neste processo investigatório não é colocado como objetivo a análise desses meios, mas sim, de como o médico se insere neste processo em uma situação específica em que se vive e de como foi visto, por quem dele recebeu. Mas se por um lado esta análise tem um significado pedagógico e de avaliação desta assistência, também efetuar uma análise mais profunda da formação dos profissionais de saúde nesta área, era importante. Mas não era o objetivo deste projeto, devido as condições que vivemos na altura de sua realização, com uma sobrecarga de trabalho muito grande das equipes de saúde. Assim, nos focamos na experiência vivida neste momento pelo doutorando e seus pacientes. Foi um momento de profunda solidão em busca do outro para confortá-lo e

ajuda-lo naquilo que todos nos estávamos vivenciando.

Há, na literatura de informação a respeito das Tecnologias da Informação no ensino superior, citações de recursos desde 1990, a saber: AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) ou LEV (Learning Virtual Environments), CMS (Course Management Systems) e LMS (Learning Management Systems). Estes sistemas permitem através das suas ferramentas, que professores e gestores implementem, gerenciem publiquem e desenvolvam os seus trabalhos em espaços virtuais de ensino. Não podemos deixar de reconhecer os avanços desta área na pedagogia, onde o professor, no atual contexto, conta com várias facilidades para introduzir as tecnologias da informação no seu cotidiano pedagógico.

Mas aqui o que vamos analisar são os usos destas práticas no atendimento médico e em um momento específico.

Como parte da formação do Ensino Superior, a Licenciatura em Medicina tem sofrido ao longo dos anos alterações na introdução da prática do ensino médico.

Anteriormente após 06 anos de Curso nas Faculdades, eram exigidos para a sua conclusão o chamado Internato Policlínico.

Durante 02 anos o recém-formado teria de passar pelas valências gerais da Clínica Cirúrgica e Medica, assim como a Saúde Pública, em contexto da chamada Medicina Tutelar. Em seguida, mais um tempo compreendido entre 02 a 03 anos na periferia do país, praticando o ato médico (agora já permitido), até concurso de entrada para a Especialidade, e esta com tempos de formação consoante a Especialidade escolhida.

Hoje, este Internato Policlínico já se inicia no sexto ano e em seguida já se concorre ao Internato da Especialidade. Neste, a sua característica é a passagem por Instituições Escolares e pelas Organizações de Saúde (Hospitais e Serviços). É composto por uma componente prática nas cadeiras denominadas de ensino básico das ciências e outra do ensino clínico. Decorrida esta passagem, considera-se o aluno em condições de atuar na parte prática que lhe confere a junção da teoria com a prática.

Apos este ciclo encontra-se o estudante apto a concorrer a uma especialidade, seja ela de cunho geral ou específico, onde terá a sua verdadeira aprendizagem e o desenvolvimento de competências em contexto de trabalho.

Em todo este processo depara-se o futuro médico entre o confronto das patologias (doenças) e como as investigar e trata-las.

O papel do professor passa a ser o de guia/orientador de todo o processo de aprendizagem, assim como de facilitador da aquisição e desenvolvimento de competências básicas e profissionais nos estudantes. Este processo tem como finalidade incrementar a sua autonomia, pensamento crítico e a reflexão sobre o próprio processo de aprendizagem (Zabala,2002).

O estudo da prática profissional do médico, tem como objetivo analisar o processo de ensino aprendizagem, mas em nenhum momento é avaliado a comunicação deste com o paciente. Apesar dos grandes avanços e preocupações constantes nos novos currículos do curso de medicina, ainda haverá muito a ser feito.

Não é raro ouvirmos a expressão “é um excelente Médico, com várias pós-graduações curriculares, mas lhe falta a forma de se comunicar com o paciente “.

Da mesma forma que também ouvimos falar em relação aos professores:

“sabem tanto, mas não conseguem transmitir”.

Ora, se encontramos estas observações em profissões cujo ADN está pautado na “comunicação”, pois esta é a forma de transmitir conhecimento e despertar o interesse para os estudos em geral, imaginemos as grandes lacunas que existem neste aspeto em uma profissão que sempre esteve voltada para o conhecimento e aprendizagem das doenças e sua cura, e muito pouco de como abordar o paciente.

A universidade tem um papel de excepcional importância, na formação de múltiplas áreas da formação profissional, indo ao encontro das exigências que requer o mundo atual.

É seu papel formar “cidadãos capazes de integrarem e participarem em ambientes sociais e profissionais cada vez, mais exigentes, numa lógica de educação e formação ao longo da vida (Borrvalho, A., Fialho, I., & Cid, Ma (2012).

Vários tem sido os estudos de investigação sobre a formação médica nos últimos anos, sempre demonstrando a grande relevância no ensino e aprendizagem da prática profissional médica, entre eles Costa, Tonhom, & Fleur (2016), Ribeiro & Amaral (2008), Tavares, Ferreira & França (2007), Valença (2000), entre muitos outros nos quais observamos a grande preocupação no ensino médico como aprendizagem profissional, mas sem a citação da importância da comunicação nesta profissão, no que diz respeito ao ato médico.

Se faz necessário nos currículos a existência de um componente de educação com ênfase na comunicação que é o veículo de transporte deste ato, frente a um paciente.

Vale lembrar e jamais esquecer, da multiplicidade de fatores que levam à construção de uma identidade profissional. E que em todas as etapas e graus de importância, elas se complementam entre si na formação de um médico e naquilo que é a sua essência: a sua comunicação com o seu paciente e familiares do mesmo.

A preocupação é uma constante, mesmo a nível internacional em alertar, recomendar o ensino desde os primeiros anos até a final do

curso de estratégias centradas na aquisição de competências interpessoais que conduzam o estudante ao encontro da clínica com as suas nuances de exigência na comunicação (Graduate Medical Education, 2014) e (MOORE; GOMESZ; KURTZ, 2012).

Existem avanços em estudos objetivando a comunicação centrada na pessoa, mas são necessários estudos que expressem mais homogeneidade e qualidade objetivando que as escolas médicas valorizem mais esta competência da comunicação na saúde (DEVEUGELE, 2015). Observam-se que em várias escolas de medicina o ensino da comunicação é curto, tem um tempo limitado, falta integração no currículo e necessita da sua contextualização, com treinamento e abordagens bem definidas. Por vezes faltam técnicas didáticas, bem como avaliações deste processo aprendizagem, outras vezes falta uma avaliação durante o curso, em especial nos estágios mais avançados, onde esta competência já está sendo posta a prova. A preocupação maior é na formação para o diagnóstico, relacionando esse conhecimento com a forma de intervir. Cada vez mais se faz necessário compreender que a capacidade em se comunicar deve ser um pré-requisito que

qualifica melhor os profissionais de saúde (EPSTEIN, 2004).

3 – PROBLEMÁTICA

É um fato importante e ao mesmo tempo preocupante, para políticos, economistas e responsáveis pela saúde, de que, apesar dos avanços conquistados pela medicina que implicam no aumento da esperança de vida, estes avanços, trouxeram para os sistemas de proteção social, um aumento considerável das despesas com a saúde e pensões (Fonseca, [e al.]. 2005).

Especificamente estas preocupações tornam-se objeto de maior atenção, quando temos uma população idosa a crescer quase que em escala geométrica, o que leva a uma preocupação maior ainda, em relação a assistência a saúde dada aos mais velhos. Considerando que a comunicação entre as várias gerações é fator determinante para um bom atendimento, e conseqüentemente uma boa assistência, é fundamental nos questionarmos se estaremos preparados para os assistir e interagir com eles.

Nestas preocupações devemos levar em consideração o panorama gerontológico do país e do mundo, e em particular em Portugal onde estamos desenvolvendo este projeto, e nas formas como esta população mais vulnerável está tendo uma assistência

que lhe resolva os problemas. Em especial como esta sendo a comunicação entre os intervenientes “médico versus paciente”.

Após revisão da literatura existente, e a minha vivência como médico (na clínica diária hospitalar) na região do Alentejo (Elvas) e o acompanhamento presencial de todas estas etapas geracionais, passei por força do momento em que todos vivíamos e por obrigação imposta da própria situação Pandémica, a um atendimento utilizando as novas tecnologias da comunicação. Ora, em se tratando de algo novo, como única prática possível naquele momento (em Portugal e no Mundo), e pela falta de experiência de um atendimento deste, como rotina diária, e sendo, a única forma possível e permitida, necessitei avaliar “este ato médico” no qual estive inserido.

Não podemos deixar de lembrar que este projeto foi aplicado em uma região de Portugal, pobre, com precária alfabetização, precário acesso aos meios de cultura e lazer e elevada taxa de desemprego.

É uma região predominantemente agrícola, com empregos sazonais, que cada vez mais diminuem pela competição das

máquinas a substituírem a mão de obra humana. Também escassos empregos de longa duração, e estes, quando os há e acontece um despedimento, dificilmente há uma reposição a esta vaga. Sem contar com o enorme número de microempresas, que na verdade são os maiores empregadores, mas que em caso de falência, leva ao desaparecimento de postos de trabalho, de forma irrecuperável. Todos estes factos não me passaram despercebidos e se tornaram objeto de estudo, sobre a forma como estava sendo a introdução de uma nova forma de atendimento médico. É provável que não tenha conseguido realizar a investigação dentro dos tramites desejados, pois a pandemia foi sempre uma condicionante, e a possibilidade de ter sido necessário que os usuários pedissem ajuda a outra pessoa para resposta ao questionário, devido ao fato de alguns possuírem pouca escolaridade.

Mas acredito que estas dificuldades tenham sido ultrapassadas, uma vez que a sua aplicação foi individual (questionários), sem identificação nominal, o que permitia nas suas respostas uma total liberdade e houve uma boa receptividade por parte dos inquiridos. Tudo isso possibilitou uma análise e uma visão consideráveis das

relações de comunicação no ato médico. Foi um fator favorável ao estudo e a sua análise o fato de ter sido feita a aplicação em grupos de diferentes idades, dentro de uma mesma especialidade clínica e com o mesmo médico favorecendo o escrutínio por parte dos pacientes.

O ato médico tem por si só, um conjunto de procedimentos que vão desde os ditos de natureza humana, aqueles do toque, da nossa mão ao ombro do paciente, lhe transmitindo apoio, conforto, proximidade, solidariedade, mas tendo atenção sempre com o cuidado, para o que lhe vai ser informado e esclarecido, transmitindo-lhe o que vamos fazer para ajudar. Todos esses aspectos visam transmitir a nossa total entrega para atingirmos o objetivo principal, o restabelecimento da saúde do mesmo.

A observação quase sempre se dá através da expressão do paciente. Em um atendimento virtual, estamos atentos a forma como respondem oralmente, ao que se pergunta em relação ao tratamento/medicamentos, e as formas de procedimento adequado a cada medicação. E quando há “zoom/atendimento”, pela sua expressão. De acordo com a nossa observação da sua compreensão

ou não, podemos e devemos repetir “n” vezes até o seu total entendimento.

O restabelecimento e o equilíbrio da sua saúde são o nosso objetivo. A demonstração com placebos, explicando o uso de determinado medicamento, que fazem parte de uma consulta presencial, tudo isto configura-se um ato médico de assistência. E todos estes aspectos tiveram de ser trabalhados no Imaginário com uma preocupação muito maior: de avaliar na distância, a sua compreensão.

Em verdade este projeto executado, teve como objetivo nas circunstâncias em que vivíamos naquele momento (e ainda hoje em escala menor), uma reflexão de como a comunicação na era digital poderia ser útil em servir a saúde. Este mundo novo e cada vez mais inserido nas mais diferentes áreas do saber, tem produzido os seus efeitos, sejam eles como aprendizagem com novos conhecimentos desafiadores ao nosso cotidiano sejam como literacia na área da saúde.

Inserido também neste objetivo, esteve presente a preocupação de ser observado quais ferramentas neste panorama

pandêmico tiveram uma maior eficácia, aceitação para a literacia em saúde, e o significado da comunicação digital para a sua aplicação na saúde.

O ato médico e a comunicação são fatores indissociáveis. Neste projeto a preocupação era de observarmos como esta comunicação se deu, fugindo ao convencional atendimento presencial.

Não podemos esquecer que todos nós como civilização, estamos passando por “processos de transformação nunca pensados”, sejam eles na forma de aprender, ensinar ou trabalhar. O conhecimento nunca esteve tão rapidamente divulgado como agora. Passamos basicamente a estar a uma distância de tudo com dois “cliques”. É a era digital em tudo de nossas vidas. Se imaginarmos a sua origem, vemos as transformações que nos trouxeram a revolução industrial que teve início no século XIX com as grandes novidades no século seguinte, quando observamos a enorme circulação de jornais, revistas, as comunicações através da rádio e posteriormente a televisão. A comunicação massificou-se deixou de ser de alguns, para ser de todos ou quase todos terem

acesso. Nesta nova realidade a internet é muitas vezes utilizada como meio de comunicação social em alternativa. Contudo é neste novo “mundo” no qual tentamos tirar o que há de melhor para facilitar a nossa comunicação, que nos deparamos com uma geração que se distancia dos meios televisivos, em que há controlo nos conteúdos, pelos pais, passando para internet onde têm uma participação. (Tapscott,2008) “a televisão é controlada pelos adultos e as crianças são espectadores passivos. Em contraste, as crianças assumem o controlo na Internet, eles não observam, participam”.

É um deixar de ser meros observadores como nas televisões onde sua ação é passiva. Com isto observamos também devido a sofisticação do meio digital uma adesão maior nas camadas jovens, o que tem de ser levado em conta nesta comunicação do atendimento médico, onde a amplitude das faixas etárias vai dos mais jovens à sénior.

4 – OBJETIVOS DO ESTUDO:

Devemos ter sempre em atenção que toda pesquisa tem um objetivo, e este, deve ser determinado para sabermos o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. Segundo Ander-Egg, (1978, p.62) devemos partir:

“de um objetivo limitado e claramente definido, sejam estudos formulativos, descritivos ou de verificação de hipóteses”.

Não podemos esquecer que o objetivo torna exposto o problema e aumenta os conhecimentos sobre um determinado assunto.

Ackoff (1975, p27) nos diz:

“o objetivo da ciência não é somente aumentar o conhecimento, mas o de aumentar nossas possibilidades de continuar aumentando o conhecimento.”

Também devemos estar atentos aos objetivos do trabalho, estes poderão ser intrínsecos ou extrínsecos, teóricos ou práticos, gerais ou específicos, a curto ou em longo prazo, segundo Bervian,(1983), estes podem definir:

“a natureza do trabalho, o tipo de problema a ser selecionado, o material a coletar “

O novo momento pandêmico passou a ditar novas regras, sejam para a nossa sobrevivência, assistência e convívio. E estas tinham como objetivo a sobrevivência de todos, o que nos levou a inquietude de procurar entender a nova forma de trabalho.

O homem sempre trabalha por algum fim. E sempre que trabalhou, o faz cativado pela razão do bem que se espera atingir.

E de repente a realidade passou, de presencial a virtual. E com isto iniciou-se um grande desafio. Concreta e especificamente, porque em nenhum momento das nossas vidas, isto havia sido instituído como único atendimento possível e por um tempo indeterminado. E o objetivo passou a ser de compreender e avaliar os processos de comunicação deste ato.

E especificamente surgiu a necessidade de:

- I. identificar as características do constructo profissional do médico no tocante a arte de comunicar, na arte de ensinar a transmissão do conhecimento como parte da sua prática

- médica a luz do paciente e se possível identificar soluções;
- II. identificar as preferências do paciente, frente ao meio utilizado no atendimento médico: videoconferência ou telefone;
 - III. caracterizar as “falhas” do profissional médico à luz do paciente;
 - IV. avaliar as dificuldades do médico na realização deste ato.

5 – ENQUADRAMENTO TEORICO

A comunicação nos leva a reflexões, questionamentos e afirmações da nossa inserção na vida e no relacionamento para com o outro. Sem esquecer a sua base educativa onde observamos ser essencial no desenvolvimento contínuo das pessoas e das sociedades. É neste “mundo” onde construímos o amor à infância, juventude, fase adulta e até no espaço geriátrico (com as suas vivências) as nossas bases educativas.

O aprender a viver juntos e a contribuir para o desenvolvimento desta “aldeia Global”, será sempre o grande desafio a enfrentarmos no dia a dia.

As dificuldades que encontramos no nosso dia a dia, são desafios que se apresentam a todas as profissões. Não podemos esquecer que na antiguidade, os médicos eram vistos também como filósofos. Todo seu conhecimento levava em consideração as artes, astronomia, a matemática e a química. Com isto a medicina não era reconhecida como uma ciência isolada das demais, e desta forma garantiam o conhecimento mais profundo do ser humano (Scliar, 2007).

Em uma época onde não havia os meios tecnológicos atuais, tínhamos uma medicina em grande dependência de uma boa anamnese, exames físicos que conduziam a um diagnóstico e tratamento.

No mundo atual observamos que o saber médico tem sofrido fragmentações, gerando a cada necessidade uma especialidade.

Se por um lado temos a satisfação devido a rapidez no diagnóstico com ajuda dos exames e meios tecnológicos, por outro lado a sofisticação desse conhecimento interfere na relação médico e paciente, propiciando uma possibilidade maior de distanciamento.

Já nas décadas de 1980 e 1990, Balint (1988) nos chamou a atenção deste tema, como sendo um indicador de processos de mudança na história dos instrumentos mais utilizados pelos profissionais da Medicina que é a comunicação. É através dela que inicialmente se recolhe dados da sua história clínica (anamnese) e também são informados ao paciente o seu diagnóstico, prognóstico, tratamento e informações outras, específicas para cada caso.

É, portanto, a comunicação, o pilar básico e essencial do ato

médico. Este ato estende-se na sua comunicação a familiares do paciente, a equipe que o apoia e a seus pares.

São pilares desta comunicação o saber como falar, o que e o quando, sendo esta tríade o grande desafio para todo médico. A primícia do ter conhecimento, adquirir a sua atualização profissional, é imperativo diante de uma ciência que se atualiza a milésimos de segundo, mas, não basta. É necessário transmitir de forma adequada, pois este atuar, será a garantia de uma eficiência na adesão terapêutica.

Uma má comunicação levará a uma insuficiente adesão terapêutica e resistência ao que lhe foi orientado pelo médico. Deteta-se assim que não foi criado, o vínculo da comunicação entre paciente e profissional de saúde. DAVIS (1996) afirma que a empatia é um processo psicológico conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais, diante da observação da experiência do outro.

Não podemos deixar de reconhecer a importância da comunicação na Medicina (profissionais médicos), em que o ponto fulcral, é a sua habilidade na arte de comunicar-se. Esta, é o seu

instrumento major na relação médico e paciente.

É necessário estar atento ao estudo da empatia e da comunicação na formação médica. Não podemos admitir serem atributos natos a existência, manifestados a partir do desejo pessoal de se tornar um profissional de saúde. Estas competências são de máxima importância na formação do médico, e devem ser aprendidas e incorporadas por todos que trabalham e cuidam de outras pessoas. Cada vez mais, se faz necessário, ramificar no percurso acadêmico de um médico, estratégias humanizadoras, voltadas para estruturação e consolidação dos seus conhecimentos formativos. (WEAR [e al.], 2015).

Apesar de historicamente serem os médicos conhecidos como profissionais que conseguem manter um certo distanciamento pessoal dos seus pacientes, como forma de uma proteção psíquica, e como mecanismos de defesa, não podemos deixar de observar que esta postura vem sendo mudada ao longo das gerações. Estas modificações são salutares, uma vez que tem sido observado, que uma relação médico e paciente sólida, torna-se um veículo aberto na comunicação e troca de informações,

favorecendo em tudo o resultado deste ato.

BALINT (1988) afirma que a personalidade do médico é o primeiro medicamento que se administra ao paciente. É condição primordial que o médico esteja em sintonia consigo, com o paciente e com a própria medicina, para além de prescrever fármacos. E que também o saiba receitar-se adequadamente (BALINT, 1988, p11).

Em tudo destacamos a importância de haver sempre uma preocupação da comunicação, como relevante para todo o percurso académico do médico.

O desenvolvimento de habilidades na comunicação e estímulos a procedimentos empáticos devem ser pilares fundamentais na formação do profissional de saúde, pois são estes pilares que conferem suporte para toda e qualquer alteração que venha a surgir por imposição de circunstância várias, sobre o ato médico.

Toda esta problemática é de suma importância e tem sido objeto de estudo no meio internacional, em que as competências que envolvem as habilidades da comunicação, construção de vínculo e empatia, tem sido objeto de estudo pelas implicações que

possuem na formação médica.

A relação entre o médico e o paciente passam por ouvir o paciente, estar apto a conversar sobre os problemas do paciente e até, a problemas fora da relação clínica daquele momento. Todos estes aspectos são terapêuticos (DEL PICCOLO, 1998).

Os autores (GULARTE, N. D. G. (2018); SUCUPIRA, 2007; ROCHA e al., 2011; BRANDÃO, 2013), com seus estudos discutem a atenção sobre médicos que não examinam seus pacientes, nem escutam, e concentram-se apenas no que diz respeito ao aspecto biológico e orgânico do problema, gerando insatisfação entre os pacientes. São necessários o resgate e a importância do exame físico e da conversação entre o médico e o paciente, pois muitas vezes tornam-se escassos, devido ao número de pacientes a serem atendidos e circunstâncias variadas. Portanto, é urgente o resgate desta comunicação, que também passa pelo respeito como profissional nas instituições onde se prestam esses serviços, com falta de profissionais de saúde e uma agenda de atendimentos a crescer. A complexidade da questão é muito maior do que se possa pensar, quando o trabalho, por vezes, é composto

de verdadeiros milagres de resiliência.

No livro “O Médico e o paciente: breve história de uma relação delicada” ISMAEL, J.C. (2002), nos fornece importantes subsídios de reflexão sobre o tema, uma vez que é parte da sua própria experiência como paciente, e as respostas aos seus questionamentos de orientação médica durante muitos anos. Esta sua reflexão nos apresenta também as esperanças dos pacientes em relação a figura do médico. Enfoca ainda de uma forma crítica a postura do médico ao longo da história. Faz ênfase também no papel do paciente como principal ferramenta para o diagnóstico e não esquecendo ainda do significado de uma consulta médica, que vai muito além do que simplesmente solicitar e interpretar exames e instituir terapêuticas.

Na sua maioria, os pacientes carregam consigo problemas de natureza pessoal, com ingerência no seu bem-estar físico.

O compartilhar tem o significado de alívio no seu sofrimento psíquico que não é por vezes indissociável ao sofrimento do corpo.

A comunicação é a chave conciliatória e responsável pelo ato médico. Neste momento não podemos dissociar o papel do

profissional de saúde, (CAPRARA e FRANCO, 1999, p.647):

“Ressalta-se o papel do profissional da saúde, como responsável pela efetiva promoção da saúde, considerando o paciente em sua integridade física, psíquica, social e espiritual e não somente de um ponto de vista biológico.”

Lamentavelmente, apesar de já haver algumas preocupações de ordem curricular, o tão desejado processo de humanização nos currículos das graduações em medicina, ainda necessitam de mais debates e de serem incorporados com diálogos e reflexões, a vida profissional do médico.

Encontramos na literatura reafirmações da grande importância desta humanização, contudo, poucos estudos existem que orientem como conduzir este processo (UMENAI e al., 2001; BLASCO, 2010; VAITSMAN e al., 2005).

O cerne da execução do ato médico, é a consulta médica.

O envolvimento deste ato se dá, entre dois elementos: o médico e o paciente, e este, necessitava sempre de uma interação da comunicação verbal e não verbal, com o objetivo único, de uma comunicação que conduza as necessidades do paciente em ser

atendido no seu pleito, mas também do profissional em entender toda a necessidade para poder atender e ajudar.

O reconhecimento da importância desta comunicação, em todos os aspectos que fazem parte deste ato, deverá auxiliar no desenvolvimento de estratégias pedagógicas que auxiliem na formação ainda na fase da graduação médica (AYRES e al.,2013).

Não podemos esquecer que o ato médico é o complemento indissociável de toda a carreira médica assistencial.

“O clínico é como um instrumento musical, que deve ser constantemente afinado para que faça boa música.” (EPSTEIN, 1999).

Estas capacidades de comunicação são vitais para os profissionais de saúde. Pensava-se que estas características eram herdadas intuitivamente na década de 1970 e 1980.

Nos últimos anos pesquisadores tem verificado e demonstrado que as facilidades de comunicação podem ser capacitadas e desenvolvidas, tal como o conhecimento de novas técnicas clínicas (RIDER, LOWN e HINRICHS, 2004); ASPEGREN, 1999).

O reconhecimento dos novos desafios e seus enfrentamentos requer avaliações constantes sobre a nossa capacidade de unir os conhecimentos e experiências visando colocá-los em prática no dia a dia. A permanente tensão entre o extraordinário desenvolvimento dos conhecimentos, e das capacidades que o homem tem para assimilar, faz parte da construção da sua identidade. Não podemos esquecer das constantes tensões entre o que é tradição e a modernidade, possivelmente ambos de mesma origem. Neste sentido vale ressaltar uma particular atenção em tudo que nos envolve como desafios, dentro desta modernidade, estando atento particularmente ao desafio diário das novas tecnologias da informação. Sejam elas como soluções a problemas que possam surgir no nosso dia a dia, de uma forma temporária ou prolongada, sejam como parâmetro de desenvolvimento de um país.

Tal como observamos em todas as áreas do conhecimento e desenvolvimento, é a educação o ponto de partida para enfrentar e buscar soluções para o dia a dia da humanidade, encarando os problemas que surgem dentro dela, e buscando sempre o desenvolvimento da pessoa humana, e da sua inserção dentro das

comunidades.

É primordial observarmos que ao falarmos de Tecnologias Educativas, não estamos nos referindo a um mero paradigma tecnológico, mas de um processo que recorre a sistemas tecnológicos para o desenvolvimento da aprendizagem humana.

Este trabalho surge quando estamos atravessando graves problemas para a manutenção da paz mundial. Mas também uma pandemia. São as consequências danosas para humanidade causadas pela guerra. É a criminalidade a crescer com a pobreza em alguns continentes, e o enriquecimento de outros, desemprego, fome, doenças. A confluência desejada para a desagregação mundial.

Cabe a ciência nas suas mais variadas formas educativas encontrar os meios para ultrapassar tantas dificuldades.

É este o propósito dos processos investigativos, caminhar na busca de uma sociedade educativa, buscando a progressão no saber e no saber fazer. É neste conjunto de princípios e da importância da comunicação em todas as áreas do saber, mas em particular na saúde, que pautou o desejo de analisar o processo da comunicação

em um momento especial, como este que vivemos, de uma pandemia, utilizando os recursos da comunicação educativa para a sua transmissão e avaliando a forma de transmissão e recepção deste atendimento.

Se é verdade que cada um deve utilizar todos os meios e recursos para aprender, aperfeiçoar-se, também não é menos verdade que deve encontrar-se apto a empregar os seus conhecimentos de forma correta e passíveis de serem analisados a sua eficácia.

É também verdade, que o ato médico tem paralelismo com a ação do professor, versus aluno (médico, versus paciente).

Tal como o professor, cabe-lhe a transmissão daquilo que aprendeu em relação a si, e do mundo a sua volta. Também cabe ao médico transmitir o que aprendeu, ao seu paciente para preveni-lo ou trata-lo quando for o caso.

Assim como a educação, é o conhecimento de algo que se dá ao longo da vida, que se vai adaptando frequentemente as transformações que vão acontecendo nas sociedades, incorporando também o conhecimento originário da experiência humana. É a

educação, a base que nos ensina a aprender, descobrir o nosso próprio eu, e a desenvolver relações com os demais. Em verdade, somente assim, poderemos cumprir o objetivo de intervir no processo de saúde de um indivíduo.

É também um direito fundamental para o desenvolvimento pleno de todo ser humano, e para que possamos crescer como civilização, que tenhamos a oportunidade de produzir, prosperar e levar justiça para todos, através do conhecimento dos seus direitos e deveres. Tal desejo não se concretiza, se a educação não valer para todos.

Não adianta ter qualidade se não houver equidade. E tudo isto se reflete em todas áreas, onde a saúde não seria exceção e onde a educação é a base de todo o processo comunicacional, e que se dá em todas as frentes. Este trabalho busca demonstrar este importante papel da educação na comunicação médica.

Para sua realização foi efetuado um diagnóstico da situação, de modo a tentar perceber qual o tipo de investigação que se adequaria à realidade presente. Este diagnóstico teve como base as observações diárias que fui fazendo ao longo do tempo de aplicação

deste “modelo assistencial “, enquanto médico, durante o meu trabalho e como doutorando das Ciências da Educação onde aprendi e dar importância as “ferramentas “da comunicação, e como esta é a base de todo processo que envolve a educação no seu mais amplo sentido de “transmitir” o conhecimento, fazê-lo ser compreensível e acessível, reproduzível e ao mesmo tempo avalia-lo na sua eficácia ou não.

A cada consulta uma avaliação da anterior.

Todo este processo levava a uma avaliação permanente. E, se em uma consulta presencial, (bem mais fácil de corrigir a comunicação, uma vez que esta é um fator de total importância no ato médico), ela é importante então virtualmente esta importância adquire uma dimensão que extrapola a si mesma, para ser ela, exclusivamente ela, a comunicação, como pilar deste ato.

A compreensão de todo este processo nos faz lembrar e referir que a atuação médica esta pautada em três pilares que se sustentam: primeiro nas suas próprias mãos onde estão associados o uso por exemplo do estetoscópio, do endoscópio, ecógrafo e outros equipamentos que se apresentam como uma caixa de

ferramentas tecnológicas; o segundo pilar é o seu conhecimento acumulado onde estão armazenados os saberes efetuando a associação entre a clínica e a epidemiologia e um terceiro que se baseia na relação de comunicação que será estabelecida entre o médico e o paciente, onde se produzem relações de comunicação entre os dois sujeitos. Esta Inter-relação entre estas etapas geram o ato médico. Contudo deve haver uma grande preocupação nos saberes tecnológicos, e sua aplicação na comunicação com o paciente, para que este possa usufruir, com entendimento, e colher resultados positivos para si, atingindo as finalidades de um processo produtivo em saúde.

Não poderíamos esquecer que os processos produtivos em saúde somente serão realizados em ato, e na interseção do médico e do paciente.

Este novo olhar, em um ato médico nos fez refletir sobre as regras da ética do exercício profissional, os saberes sobre a relação médico paciente, que estariam a ser estabelecidas de uma forma virtual, já que esta noção em “trabalho ao vivo” em um ato médico já tem o resultado avaliado, qual seja o da significância deste

encontro e da amplitude dos saberes que se adquirem além da clínica do próprio médico.

Não poderíamos também esquecer que estes espaços de comunicação e os processos produtivos são consumados, na ação entre os sujeitos que se encontram.

O momento produtivo é primordialmente um ato vivo, presencial, onde as diversas logicas sociais buscam tornar a produção das ações de saúde em consonância com certos interesses e a interdição de outros.

Para que possamos realizar o trabalho médico, este tem de ser constituído em possuir competências de ação, especialmente em duas dimensões básicas de intervenção em saúde, seja ela a de cuidadora, inerente a todos os cuidados de saúde, e uma outra de dimensão profissional centrada no suporte tecnológico. Em ambas, as ações são coordenadas pela comunicação que deva ser estabelecida entre o médico e o paciente. Não é suficiente o conhecimento científico somente, mas o usar destes conhecimentos: o saber-fazer. O transmitir o conhecimento não será o suficiente, se não for gerado em uma boa comunicação, clara,

precisa, confiante e credível.

Este projeto vem, não somente analisar este momento, mas nos alertar para a importância cada vez maior do “ato de comunicar”. Desta forma, se faz necessário uma reflexão sobre as capacidades produtivas e a estruturação dos atos de saúde, enquanto procedimentos, para que não haja dúvidas nesta ação e ainda como as mesmas estão sendo assimiladas pelo receptor final da ação.

Ao confrontar-me com este tema a desenvolver, e ao sentir as dificuldades do momento, recorri ao que diz NOVAES, (1990, p.108 - 115):

“desejar é ter a certeza da ausência, não tenho o que quero e por isso eu desejo, então desejar na sua origem, quer dizer: desistir de olhar os astros, desistir de especular sobre o futuro, com grande realismo reconhecer que você não tem o que quer.”

O momento não permitia escolhas, mas sim ação.

Este projeto efetua uma abordagem na comunicação, como fator importante na construção do relacionamento entre o médico e o paciente visando uma prática médica humanizada. Neste

momento, em que decidimos atuar, sentimos que era possível, mas também que as exigências seriam bem maiores.

Aqui procuramos analisar baseado naquilo que as Ciências da Educação nos ensinam: de que é a comunicação um fator de reconstrução na relação médico /paciente, com o objetivo de uma prática humanizada.

Esta comunicação interpessoal entre o médico e o paciente, tem leitura imediata na qualidade do serviço prestado pelas organizações de saúde. Contudo é necessário observar e atuar, com exigência que se faz imperiosa, pela formação do médico, levando sempre em conta a importância do desenvolvimento de habilidades na comunicação, tão importantes como o seu conhecimento técnico.

Acredito que esta ação nunca esteve tão escrutinada, na expressão humanização na área de saúde, como agora. E com abrangência de uma investigação seja no setor público ou privado.

Aqui também, não podemos deixar de lembrar o que acontece na formação do médico, que tem como prática comum, o ensino elaborado na tradição, em que há uma preocupação maior

para aquisição de conteúdos e capacidades que chamam à atenção maior aos aspetos físicos da doença, esquecendo os aspetos culturais e socio económicos que fazem parte do constructo do individuo, esquecendo por vezes, da forma como o paciente entende a própria doença que lhe acomete.

A educação medica apesar de grandes conteúdos técnico científicos, e de grandes transformações, tem sido pautada de forma hegemónica numa intensa formação biológica dividida em disciplinas que invocam uma superespecialização baseada em processos de uma avaliação daquilo que lhe fica retido. É aqui mais uma vez privilegiado o cognitivo.

Mas, mudanças tem havido nas sociedades, e nos alicerces da educação e da saúde. Dentre estas mudanças, não podemos deixar de ressaltar a liberdade que se busca nos processos educacionais do presente, onde a critica tem um papel importante, buscando através de metodologias ativas específicas como o construtivismo com demarcações pedagógicas bem visíveis atingir esses objetivos.

Também nesta mesma linha de mudanças temos a definição

de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual a saúde é um “*bem-estar físico, mental e social*”.

Todas estas mudanças conduzem de certa forma a uma pressão sobre às Escolas do Ensino da Medicina, a reexaminarem os processos de formação médica e a sua forma de interagir com a sociedade.

É neste novo universo em que encontramos as sociedades envoltas em tecnologias de informação e comunicação em crescente disseminação e exercendo grandes influências no ensino e na aprendizagem, em especial no que diz respeito aos alunos e professores.

Segundo GALIZZI FILHO, 2002: p 111, esta acontecendo com o ensino da medicina:

“a falha no seu objetivo primordial de promover a formação clínica e humana do médico, de modo que os princípios básicos da medicina começam a ser abandonados precocemente.”

Todas essas considerações reforçam cada vez mais a preocupação e a importância para “o ser médico e o ato médico”,

no momento atual em que as mudanças no mundo do trabalho requerem uma exigência cada vez maior. Sejam elas, na formação ou na entrada no novo mercado de trabalho, que se torna cada vez mais exigente e competitivo.

Quando olharmos para esta nova realidade, também observamos as mudanças que ocorrem na educação, visando um novo modelo político-pedagógico que garanta o direito a educação, como direito de cidadania. Estas transformações nas políticas educativas inclusivas, veem dar maior reconhecimento aos utilizadores do ensino público, os colocando em chances iguais de acesso ao ensino superior.

No tocante ao ensino médico observamos a preocupação na orientação de currículos compatíveis com a qualidade, eficiência e resolubilidade visando formar indivíduos que possuam autonomia, discernimento, humanização no atendimento que venham prestar as populações.

“A Educação Médica passa, então a ter de se preocupar em formar médicos detentores não somente de técnica impecável, como também cuidadores humanizados, sensíveis, preparados para lidar

consigo e com seus pacientes, tarefa que exige trabalhar com os mais diversos valores inseridos em complexos contextos históricos, culturais e sociais.” TAPAJÓS (2002:30).

E a grande vitória está, quando observamos no Brasil por exemplo, as preocupações daqueles que respondem pelo ensino, determinarem nas Diretrizes Curriculares Nacionais, para os cursos de Medicina, que a Comunicação passa a ser uma das competências a serem desenvolvidas e que a grade curricular deve atender as Ciências Humanas e Sociais com olhar específico para conteúdos que abracem a comunicação.

Não podemos esquecer do direito de todos a saúde, e que nas organizações e setores estatais há valores e instituições responsáveis para difundi-las e lhes dar garantias, o que nos leva a entender que a humanização, bem como a qualidade nos serviços de saúde assumem vários papéis e significados, mas não podemos deixar de reconhecer que a comunicação acompanha todo o processo humanístico e de humanização da prática médica.

Não devemos também esquecer, que o processo que dá alma ao ato médico é a comunicação eficiente. E que, será sempre

o grande desafio para quem é responsável pela formação médica.

Esta, deveria promover a aproximação de áreas do conhecimento que envolve a comunicação, para permitir que se estabeleça aquilo que se deseja: a aquisição de conhecimentos que objetivem desenvolver capacidades para uma comunicação eficaz.

A comunicação na área médica tem sido objeto de estudo, devido a sua grande importância na gênese do ser médico, que envolve as suas relações com o outro, no caso o paciente. A fronteira entre a comunicação e a saúde é muito tênue. São dependentes entre si.

Na formação do médico, se faz necessário cada vez mais, ter atenção na sua construção, o saber escutar e comunicar-se. Todo este processo deve estar baseado nestes aspectos, que farão com que o paciente lhe transmita informações, que serão facilitadoras no processo de identificação do estado da saúde do mesmo.

Não podemos esquecer que de certa forma é um rompimento com as tradições deste ato, onde se está dissolvendo o poder exercido pelo médico, e a forma como tudo isto é visto pelo paciente e a sociedade.

Vale aqui lembrar as observações de FERREIRA, RIBEIRO & LEAL. (2002:54-55):

“As qualidades pessoais do médico, sua cultura técnica e humanística e especialmente suas atitudes, são fatores decisivos, destacando-se a capacidade de escuta e de comunicação. Atitudes positivas do médico, percebidas pelo paciente abrem caminho para que este se coloque mais à vontade, com informações mais completas, sinta-se seguro, confiante e disposto a aderir ao tratamento. Esta é a relação terapêutica.” É necessário ainda chamar a atenção para a importância do contexto familiar onde o paciente está inserido e aqui lembremos SOUZA (2003:35):

“A atitude do médico na relação médico paciente, tem um sentido psicoterapêutico, independentemente de ser essa intenção do médico. Todos sabem – ou deveria saber – sobre a importância que assumem as atitudes, os gestos e as palavras nas inúmeras e diferentes situações clínicas. As palavras, como um instrumento de trabalho podem fazer tanto mal como bem.”

Quando observamos o comportamento médico nas suas ações, temos obrigatoriamente de procurar entender em um sentido major,

a comunicação que existe no ato médico, pois esta, ultrapassa em todos os aspetos de uma conversação comum para estabelecer uma total integração entre os intervenientes. O mundo mudou nas suas abordagens, e o ato médico também foi objeto de mudanças, uma vez que a consulta tem de ser vista dentro do contexto onde o paciente e profissional estão inseridos, atendendo aos aspetos culturais, sociais e históricos em que estão incluídos o médico, o paciente e os locais onde este serviço é prestado.

A comunicação tem sofrido transformações inclusive para os próprios profissionais da comunicação. Estas transformações também atingem o âmbito da saúde, e neste aspeto, temos de encontrar a articulação entre toda a bagagem de informações e saberes que ambos possuem. Não podemos esquecer do que nos mostra a história, desde os gregos clássicos e helenístico, e a preocupação do ideal da formação humana, onde educação e cultura estão presentes em todo o percurso de vida. E aqui lembramos de como as pedagogias culturais operam, e as suas relações com as Mídias. O que nos permite lembrar de que educação e comunicação agem e buscam a mesma direção.

Assim prosseguem o conhecimento e suas associações, tendo sempre como base a educação. E quando nos referimos ao conhecimento científico aí gerado, observamos que este, leva o homem a paulatinamente libertar-se, e a tornar-se livre e “mestre e senhor da natureza” segundo DESCARTES, (1987).

Quando analisamos esta proposta de investigação nos faz também pensar nas bases em que se discutem o progresso científico moderno, e neste aspeto não podemos deixar de observar os estudos existentes sobre a tecnologia na educação, onde é espectável que surjam novas perspectivas e paradigmas educativos (SANCHO, 2015). Apesar deste facto, a existência do discurso pedagógico envolvendo o seu uso na educação, é recente.

Também no ensino médico observamos desafios constantes para promoverem a alteração das práticas pedagógicas e a estrutura do currículo médico. Existem no presente, cursos formadores semi presenciais na pós-graduação, educação continuada e extensão.

É de salientar as grandes mudanças, gerando verdadeiros desafios a educação medica. Múltiplas são as áreas do saber da medicina, que vão desde as biociências, ciências clínicas e as

ciências humanas e sociais onde sua importância é cada vez maior, e onde observamos as transformações constantes. O que faz lhe atribuir as áreas do saber, uma natureza interdisciplinar. E tudo isto é cada vez mais importante para um entendimento dos processos saúde-doença.

Esta abrangência leva a desafios cada vez maiores e a exigências que vão desde a sua formação técnico e científica, mas também a sua formação humanística.

É a formação médica longa. Inicia-se na graduação, pós-graduação lato sensu onde estão incluídos a residência médica e a especialização e stricto sensu onde estão o mestrado e doutorado. E avança através de uma educação continuada, pois trata-se de uma ciência que inova em frações de segundo, seja através de novas doenças ou de novas abordagens terapêuticas, novas técnicas e novos tratamentos.

Os desafios são constantes. E diante de uma Pandemia não vivida por esta geração médica, se torna necessária uma nova aprendizagem não somente no conhecimento científico, mas de abordagem, aproximação e manutenção assistencial ao paciente.

Estamos diante de novos paradigmas.

Vale lembrar que as tecnologias da informação trazem novos contributos a criação para novos modelos pedagógicos. Um pouco por todo o mundo observa-se a sua utilização. Citemos por exemplo o Brasil onde estas alterações têm sido introduzidas e criadas novos espaços de formação em saúde e assistência: o Programa Teles Saúde Brasil e a Rede de Telemedicina Universitária de educação a distância como veículo de formação e educação dos que trabalham no SUS (Sistema Único de Saúde). Evidentemente que encontramos falhas nesse sistema desde a pouca familiaridade dos professores com a nova metodologia até uma avaliação deste processo que, na sua maioria, não existe.

Se todo este processo formativo, se apresenta como novo na sua aplicação para formar profissionais, também é verdade que a sua aplicação como recurso a assistência médica necessita ainda de avaliações. Foi isto que este projeto se propôs, não deixando de ter atenção ao momento em que vivemos: de uma Pandemia. Mas mesmo sendo em condições especiais espero contribuir para o momento atual, em que mesmo com a Pandemia sem as

características iniciais, esta nova forma de ato médico parece que veio para ficar, pelos contributos que se fazem observar, em atuar mais rapidamente e em maior número de vezes, em especialidades que necessitam de uma assistência ao paciente com uma maior frequência.

A importância da comunicação é um facto, contudo se faz necessário reafirmar as condições que envolvem o respeito e a subjetividade do paciente. A comunicação terá de ser pautada na empatia e para que esta possa contribuir para relações entre o paciente e médico de uma forma satisfatória. Colocar-se no lugar do outro é uma das primícias fundamentais para se conseguir ter empatia com o outro.

Convém lembrar que a empatia é um componente de extrema importância no desenvolvimento da entrevista médica. Possui capacidades cognitivas com poder de serem modificadas e ensinadas (NASCIMENTO e al., 2018; MORETO, BLASCO e PIÑERO, 2018; ESQUERDA e al., 2016). Os maiores níveis de empatia possuem associação a uma melhor competência clínica e também satisfação profissional e assim reduzindo a possibilidade

de riscos por má prática médica (SPIRO.2009; LEVINSON e al., 1997; HOJAT e al., 2002; LARSON e YAO, 2005; NEUWIRTH, 1997).

A busca para encontrar soluções para o desafio de melhorar a educação das emoções dos estudantes de medicina e por consequência o seu desenvolvimento afetivo tem sido constante. Dentre os recursos utilizados encontramos uma multiplicidade de áreas educativas onde destacam-se a música, a literatura, as narrativas e os meios áudio visuais como o cinema, por exemplo. (MORETO, BLASCO e PÑERO, 2018).

Não podemos esquecer a Medicina Narrativa de pouco uso ainda nas escolas médicas do Brasil, (CHARON, 2001) que consiste em uma prática clínica caracterizada pela teoria e prática em ler, escrever, contar e receber histórias, representando assim em uma escuta cuidadosa, respeito e valorização de uma história contada por alguém que procura um profissional de saúde.

Praticar a empatia e estimular a humanização médica é embeber-se das narrativas dos pacientes.

Nada é perfeito, e como tudo na vida merece considerações

e avaliações, visando sempre uma melhoria ao processo, é este o objetivo deste projeto.

6 – METODOLOGIA:

6.1 – Delineamento do estudo

A sua realização foi por um estudo do tipo transversal, uma vez que todas as questões colocadas ao grupo foram efetuadas em um único momento, durante um período delimitado de tempo, sem período de seguimento, e do tipo qualitativo e quantitativo.

Trata-se de um estudo descritivo, tendo como base os dados recolhidos através de questionários e cujo objetivo foi delinear de que forma foi perceptível pelo paciente a comunicação no ato médico em um atendimento virtual,

Este estudo poderá gerar questões para serem aprofundadas posteriormente e sugerir um plano de intervenção de acordo com os resultados obtidos. Para tal, consulte e tomei como base de orientação para a metodologia, os manuais de Fortin (2009) e Ferreira & Carmo (1998).

6.2 - Local do estudo.

A recolha de dados foi efetuada em pacientes que estavam inscritos na consulta de Imunoalergologia de um Hospital Público em Elvas, Alentejo. Contudo o atendimento não foi nas dependências hospitalares, mas de forma virtual, devido o momento em que se vivia: de Pandemia.

Este atendimento constituiu-se como a única via possível de assistência médica naquele momento. Não sendo esta situação exclusividade de Portugal, mas de todos os países atingidos. Tratava-se de não só manter a assistência, mas ao mesmo tempo proteger os pacientes a deslocações, em especial a ambiente hospitalar, onde as solicitações de caráter pandémico extrapolavam a própria capacidade de atendimento. E até porque tivemos em confinamento também. Esta forma, foi a única possível e de consenso mundial.

6.3 – População em estudo

Encontramos em Coutinho, a definição de que uma população se apresenta como “... conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum” (Coutinho,2022, p.85).

Com o objetivo de igualdade nas comparações utilizamos todo o universo de atendimento efetuado no auge do período pandêmico compreendido no intervalo de janeiro a março de 2021.

O número de participantes e a sua inclusão obedeceu o critério de serem todos os que foram atendidos naquele período. Todos concordaram em participar e partindo desta informação foi enviado a todos o questionário. É de salientar que todos sem exceção responderam, participando no estudo.

Não houve recusa, nem perguntas sem resposta.

6.4 – Amostra

A amostra do estudo foi composta pela totalidade dos pacientes que foram consultados na Consulta de Imunoalergologia no período de janeiro a março de 2021. E o seu universo foi de 290 pacientes, incluindo todos as faixas etárias de atendimento nesta consulta. Obedecendo aos critérios, de já serem pacientes, e que haviam passado por uma primeira consulta, o que é de importância fundamental para um atendimento de acompanhamento em Imunoalergologia de forma virtual. Todos já possuíam até mais de um atendimento. São patologias de características em grande parte com cronicidade, com períodos de agudização, que necessitam de acompanhamento frequente. Não houve objeção por parte de nenhum paciente o que significou a participação de todos.

6.4.1 Critérios de Inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão foram estarem inscritos e serem acompanhados na Consulta de Imunoalergologia, nas várias faixas etárias e ambos os sexos.

Como critérios de exclusão: a recusa por parte de algum paciente em participar na pesquisa. Não houve recusa:

6.5 – Procedimento e Instrumento.

Empregou-se neste projeto a aplicação de questionários estruturados, com perguntas fechadas, com objetivo de obter informações de cada experiência pessoal de cada respondente.

Como instrumento a ser utilizado, apresentou-se as questões agrupadas em categorias de acordo com o grupo de respostas.

Este questionário foi elaborado previamente, baseado na observação diária que fui efetuando ao longo do atendimento na consulta, minhas dificuldades e limitações e o desejo de avaliar o outro lado do atendimento no tocante ao paciente. Afinal estávamos ambos a trilhar um caminho nunca antes percorrido nesses moldes e intensidade.

No início questionei aos pacientes sobre o que achavam de avaliarmos esta prática, nesse momento. Até porque não sabendo por quanto tempo estaríamos com estas limitações, se fazia necessário uma avaliação para acertos e melhorias naquilo que estivesse menos bom. Era preciso uma avaliação pessoal e individual de cada um. Evidentemente que haveriam percepções

diferentes. E como tal seria necessário após análises, encontrarmos um ponto de equilíbrio nesse atendimento, indo ao encontro das necessidades de cada um. Além de estarmos diante de algo nunca aplicado, também teríamos em conta o local de análises e suas características regionais.

Acompanhava o questionário, um envelope já selado com o preenchimento do destinatário, para que não houvesse nada que pudesse indicar o reconhecimento de quem o preencheu. Como se tratava de respostas por marcar um “X”, manteve-se com todos esses cuidados, a confidencialidade tão importante para uma análise o mais próximo possível da realidade vivida e expressa.

7 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

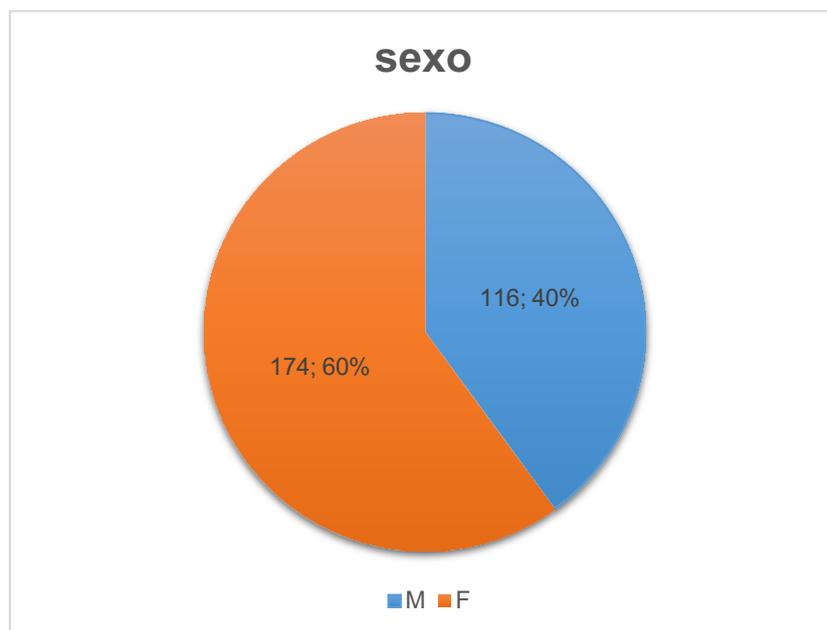
Com os dados obtidos adequadamente, recorreremos ao uso de tabelas, quadros e gráficos, analisados no Excel, com os respectivos dados estatísticos obtidos, os quais foram antecedidos da respectiva análise.

-Caracterização da amostra;

-Sexo:

Entre os inqueridos há 40% de indivíduos do sexo masculino e 60% do sexo feminino.

FIGURA 1: Distribuição da Amostra por Sexo



-Idade:

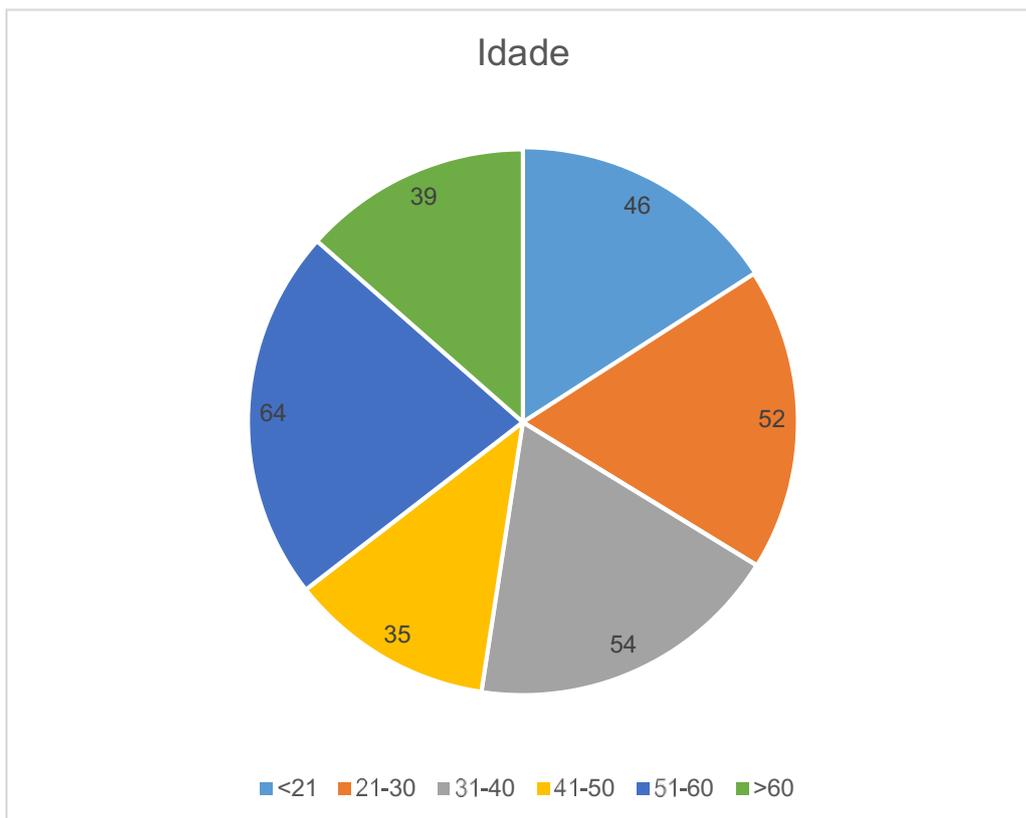
No inquérito participaram indivíduos de várias idades, sendo que existe homogeneidade relativamente a distribuição das idades dos indivíduos da amostra.

TABELA 1: Levantamento por idade

<i>Idade</i>	<i>n.º</i>	<i>%</i>
<21	46	15,86207
21-30	52	17,93103
31-40	54	18,62069
41-50	35	12,06897
51-60	64	22,06897
>60	39	13,44828
	290	

Na Figura 2 observamos melhor esta distribuição das faixas etárias nos seus intervalos, que nos dá uma visibilidade maior da sua homogeneidade.

FIGURA 2: Distribuição da amostra por idade



- Escolaridade;

Relativamente à escolaridade dos inqueridos, a grande maioria tem a escolaridade básica ou secundária.

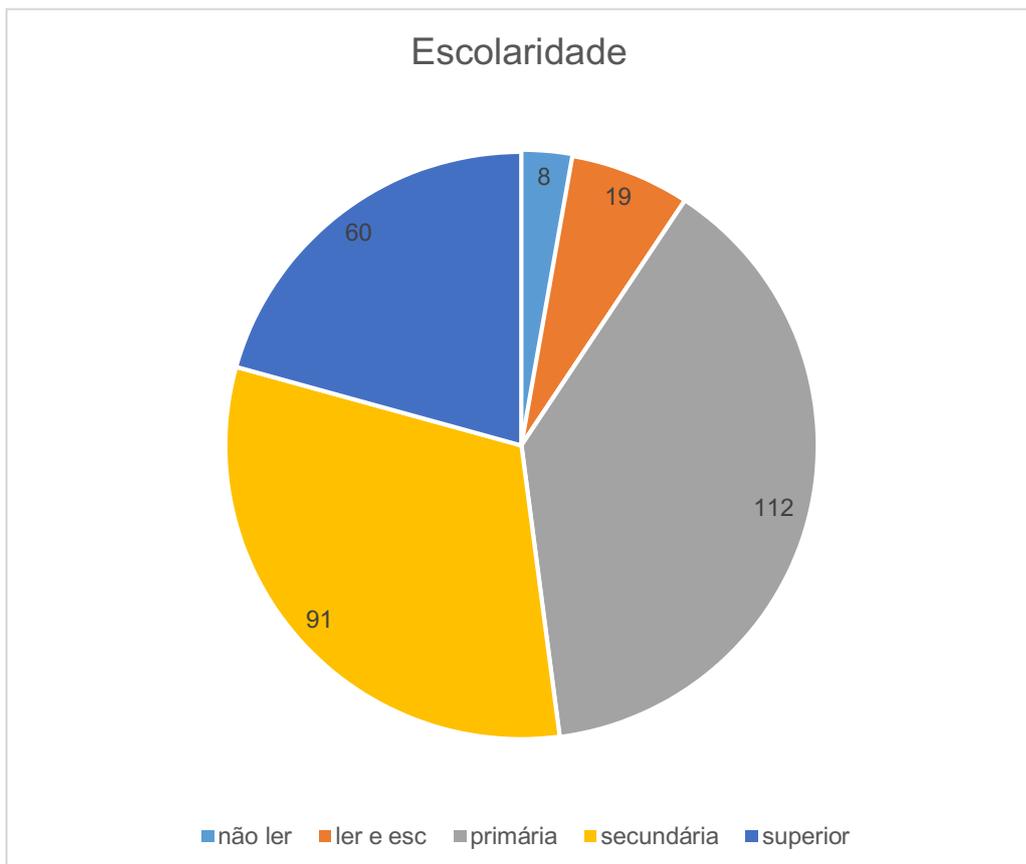
Residualmente existem indivíduos sem escolaridade e uma parte considerável com superior completo

TABELA 2: Levantamento por escolaridade

<i>Escolaridade</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>não ler</i>	8	2,76
<i>ler e esc</i>	19	6,55
<i>primária</i>	112	38,62
<i>secundária</i>	91	31,38
<i>superior</i>	60	20,69

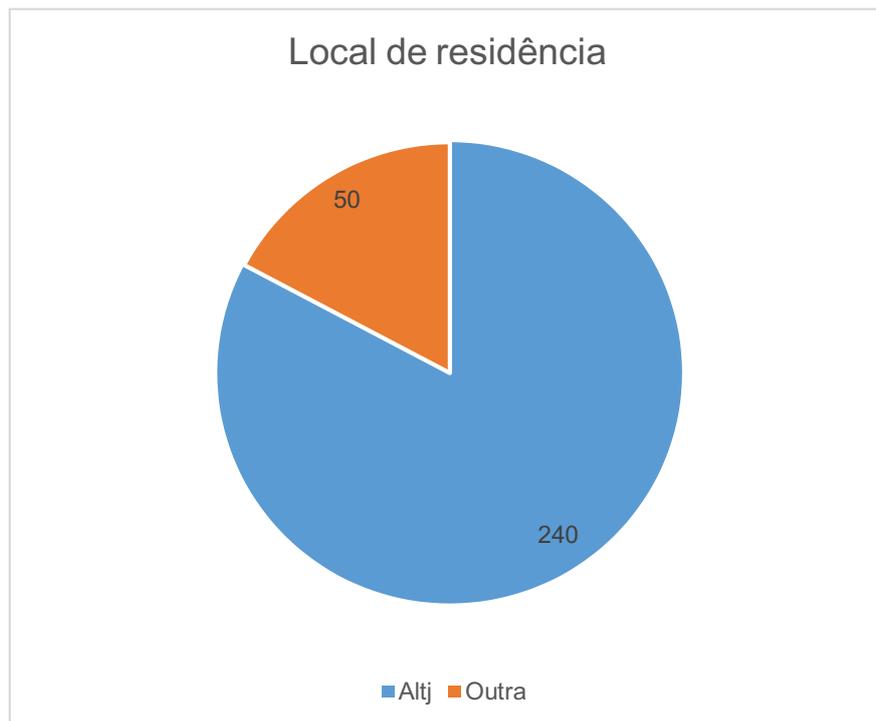
Na figura 3, observamos a distribuição dos níveis de escolaridade dos participantes no inquérito.

FIGURA 3: Distribuição da amostra por escolaridade



-Local de residência;

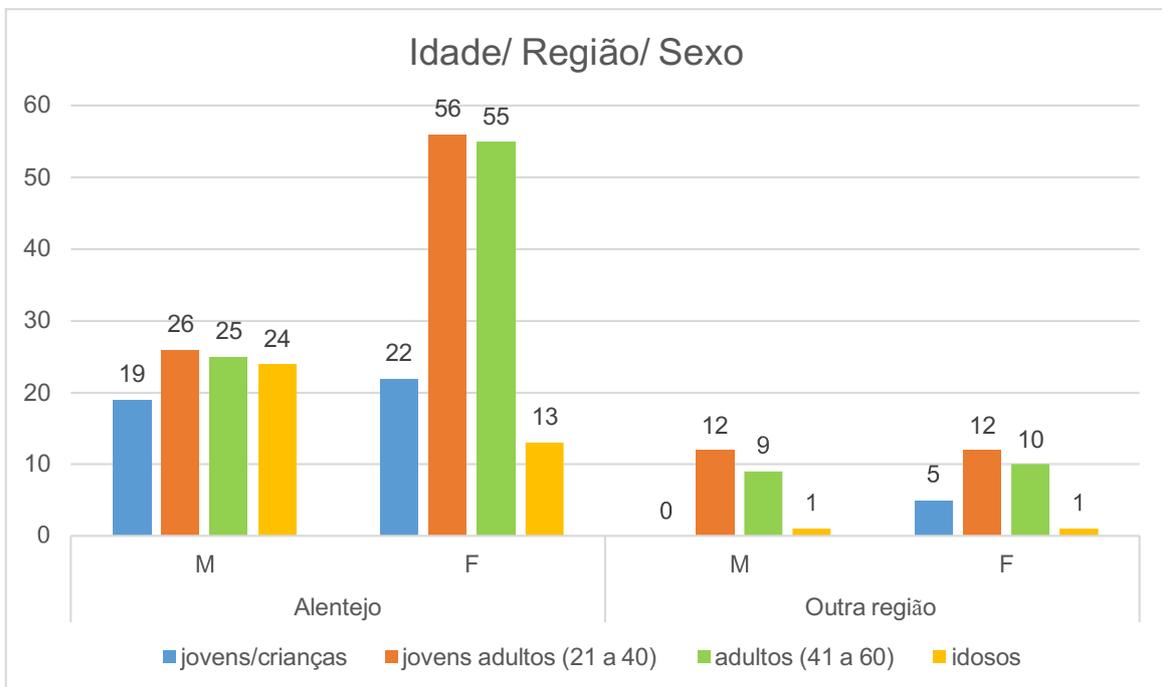
A grande maioria dos inquiridos são residentes na região do Alentejo.

FIGURA 4: Distribuição da amostra por residência

- Caracterização global;

A distribuição dos indivíduos da amostra de acordo com sexo, região e idade é menos homogênea, sendo que a maioria dos entrevistados são adultos, com uma certa predominância de mulheres, conforme informação na figura 5 abaixo.

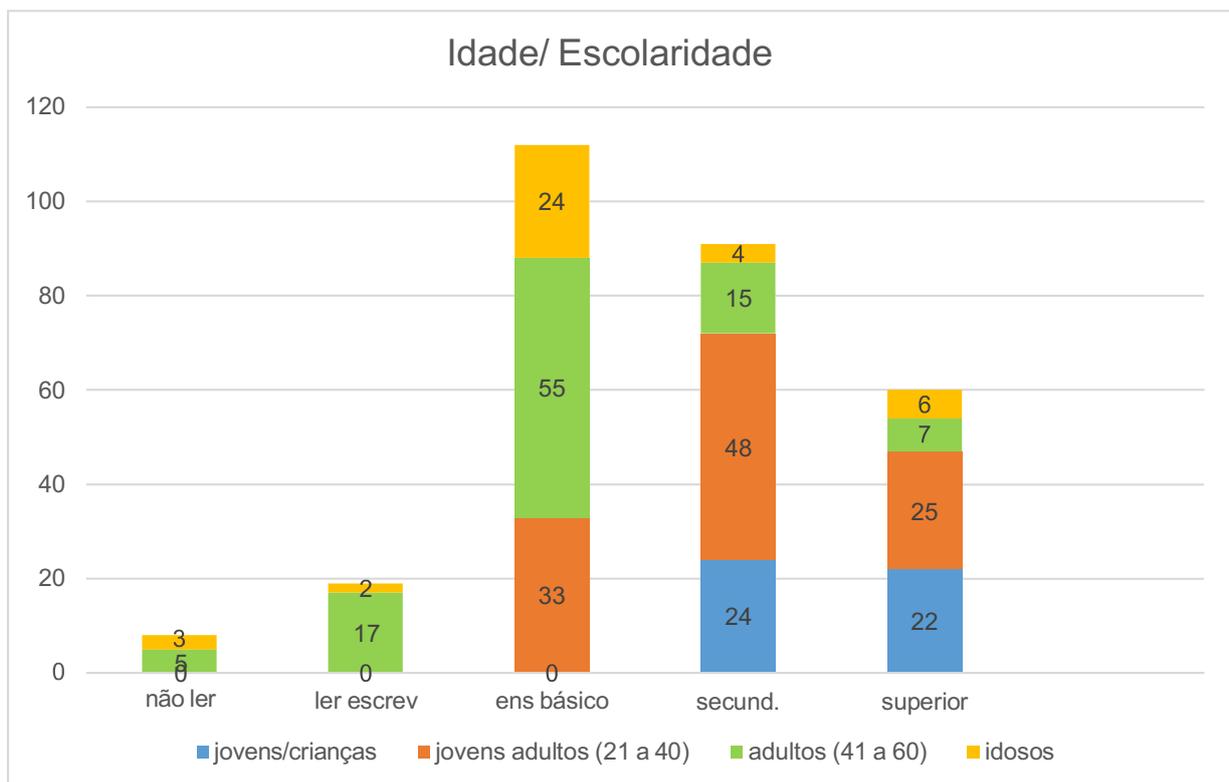
FIGURA 5: Distribuição da amostra por idade/região/sexo



Relativamente à escolaridade dos indivíduos da amostra, observou-se que apenas uma muito pequena parte não sabia ler nem escrever, sendo casos de pessoas com mais de sessenta anos.

Observa-se na figura 6 abaixo que quanto maior a idade, mais baixo é o grau de escolaridade, sendo que os grupos de idades mais jovens surgem apenas nos níveis de escolaridade secundário e superior.

FIGURA 6: Distribuição da amostra idade/escolaridade



O primeiro tratamento das respostas a cada uma das questões do inquérito devolveu os seguintes resultados em percentagem (tabela 1). A partir desta primeira análise procedeu-se à seleção e cruzamento de questões que pudessem apresentar resultados relevantes.

TABELA 3: Tratamento das respostas do questionário

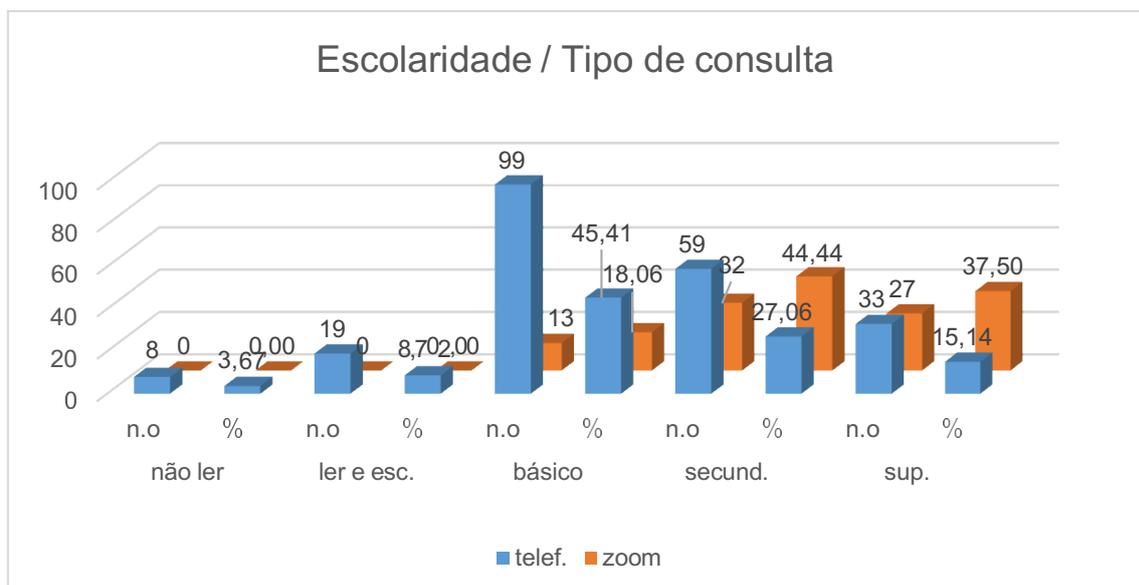
Resp.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	40,0	15,9	2,8	82,8	75,2	2,8	2,1	0,0	1,4	0,0	0,0	42,1	48,6	50,3	0,0	0,0	0,0	19,7	0,0	0,0	84,1	3,1	1,4	0,0
2	60,0	17,9	6,6	17,2	24,8	0,0	1,0	0,7	0,3	0,0	22,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0	5,9	2,4	5,9	17,2	18,6	0,0
3	0,0	18,6	38,6	0,0	0,0	4,5	41,0	2,4	4,8	2,1	77,9	2,8	0,0	1,4	2,4	0,0	0,0	0,0	76,2	47,9	10,0	2,4	7,2	0,0
4	0,0	12,1	31,4	0,0	0,0	29,3	55,9	96,9	93,4	97,9	0,0	55,2	51,4	48,3	97,6	100,0	100,0	71,4	17,9	49,7	0,0	77,2	72,8	100,0
5	0,0	22,1	20,7	0,0	0,0	63,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	0,0	13,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

8 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

8.1-Escolaridade E tipo de consulta:

Analisando a escolaridade em conjunto com o tipo de consulta realizada, verifica-se que à medida que a escolaridade aumenta, aumenta também o número de pessoas que optam pelo zoom, conforme a figura 7 abaixo.

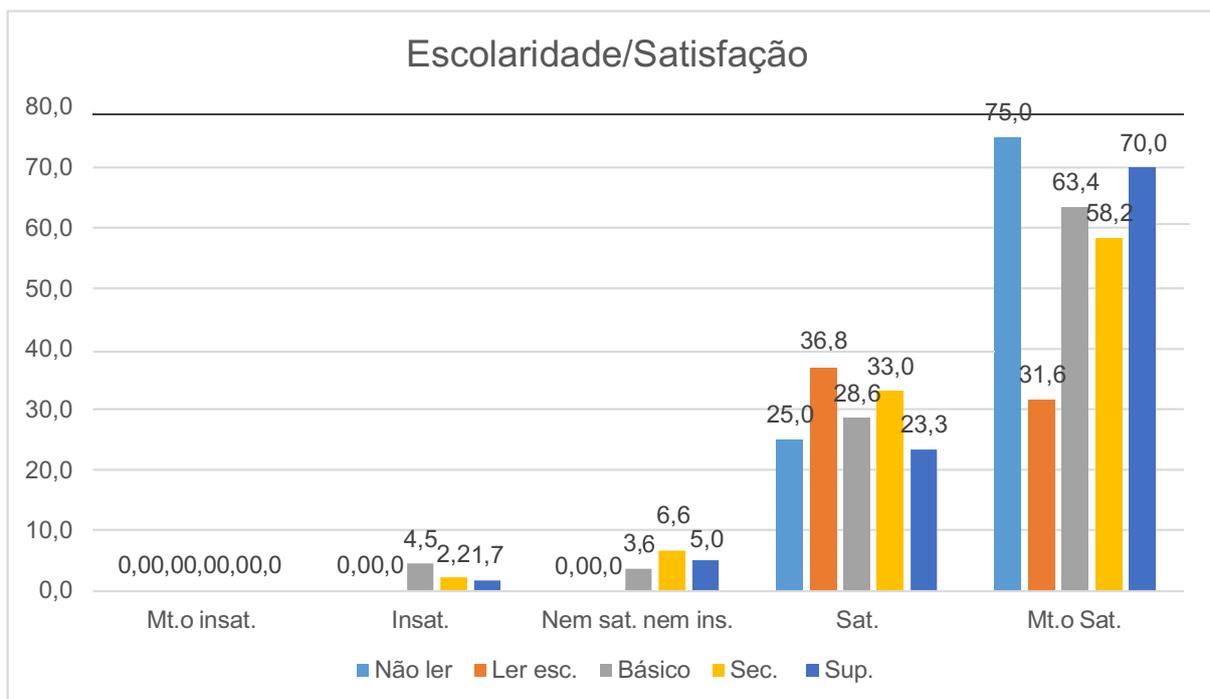
FIGURA 7: Distribuição da amostra escolaridade/tipo de consulta



8.2- Escolaridade E grau de satisfação:

Comparando a escolaridade com o grau de satisfação no atendimento verifica-se que existirá tendência de subida do grau de satisfação, à medida que aumenta escolaridade do paciente, conforme é observável na figura 8 seguinte:

FIGURA 8: Distribuição da amostra escolaridade/satisfação

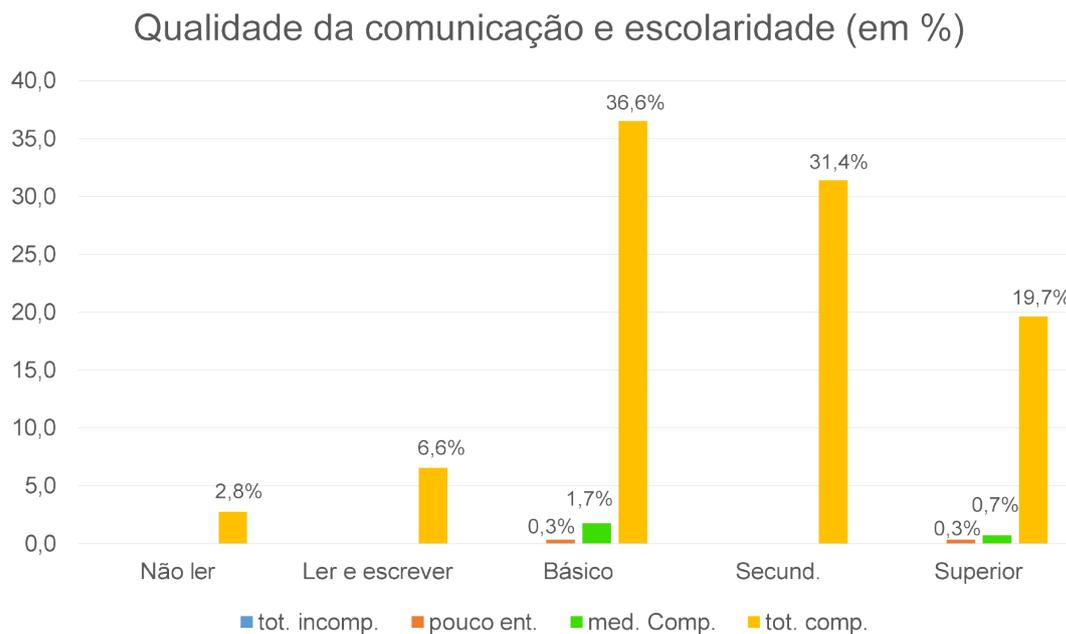


8.3- Escolaridade e qualidade da comunicação:

De acordo com o cruzamento destas duas variáveis, a escolaridade não parece influenciar a qualidade da comunicação.

Os poucos pacientes que compreenderam medianamente e compreenderam pouco são possuidores de escolaridade ao nível básico e até superior, conforme dados abaixo.

FIGURA 9: Distribuição da amostra: qualidade da comunicação e escolaridade



8.4-Grau de satisfação e tipo de consulta:

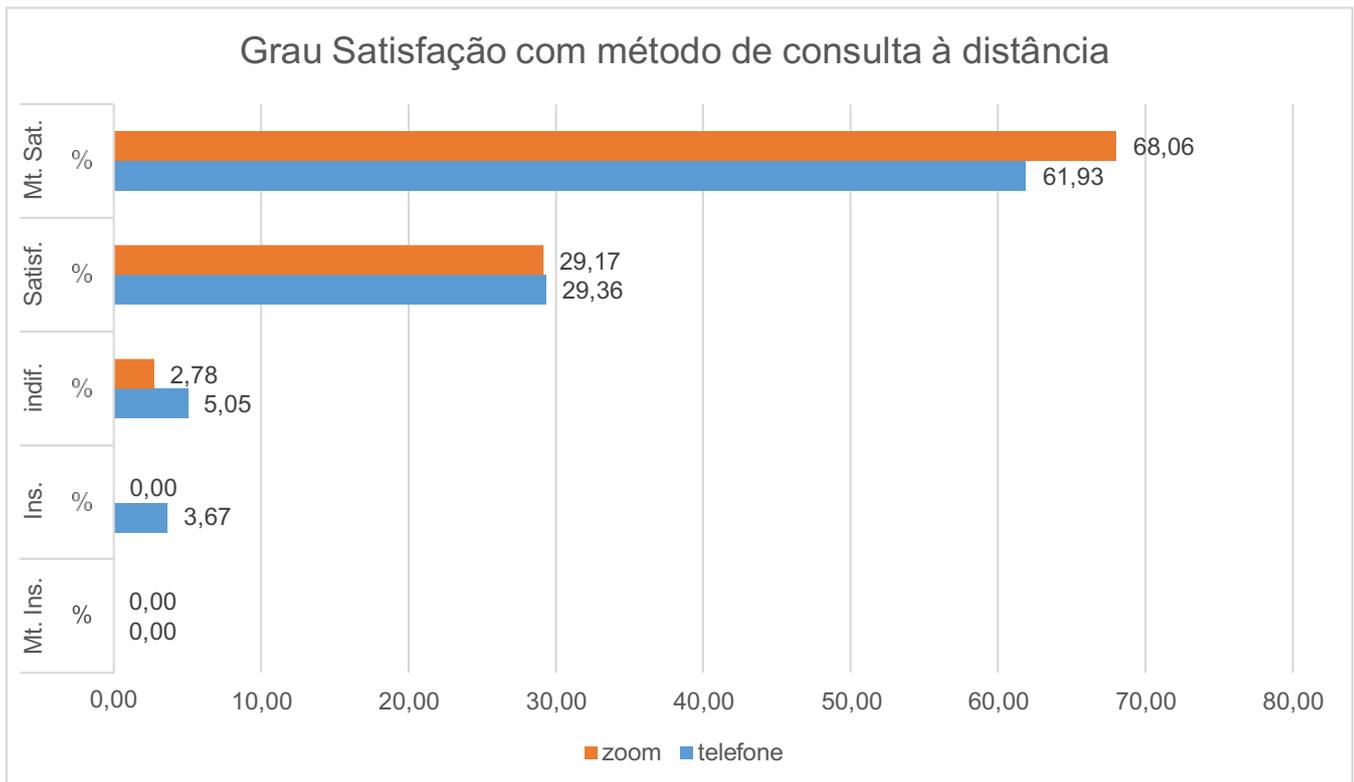
No seguimento do estudo das respostas ao inquérito, foram cruzados os dados obtidos quanto ao grau de satisfação dos utentes relativamente ao método de atendimento, idade, escolaridade, sexo e região tendo-se encontrado os seguintes resultados:

TABELA 4: Grau satisfação com método de atendimento.

	<i>Mt. Ins.</i>		<i>Ins.</i>		<i>Indif.</i>		<i>Satisf.</i>		<i>Mt. Sat.</i>		<i>Total</i>
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>telefone</i>	0	0	8	3,67	11	5,05	64	29,36	135	61,93	218
<i>Zoom</i>	0	0	0	0	2	2,78	21	29,17	49	68,06	72

Na Figura 10, abaixo, podemos observar o grau de satisfação relacionado com o método da consulta.

FIGURA 10: Satisfação e Método de consulta



Com relação ao grau de satisfação dos utentes, a observação das respostas permite dizer que globalmente existe uma boa impressão relativamente às consultas à distância. Pode dizer-se ter havido um ligeiro maior grau de satisfação com as consultas por videochamada em detrimento das feitas pelo telefone.

8.5- Método de consulta à distância e qualidade da comunicação:

No que diz respeito à qualidade da comunicação em cada método de consulta, verifica-se que nas consultas por telefone houve um pouco mais de dificuldade em entender a mensagem do médico, comparativamente às consultas por videochamada, onde todos os pacientes dizem ter compreendido totalmente as informações transmitidas. Tal afirmação pode ser comprovada pelos resultados da tabela seguinte.

TABELA 5: Levantamento do método da consulta e qualidade da comunicação

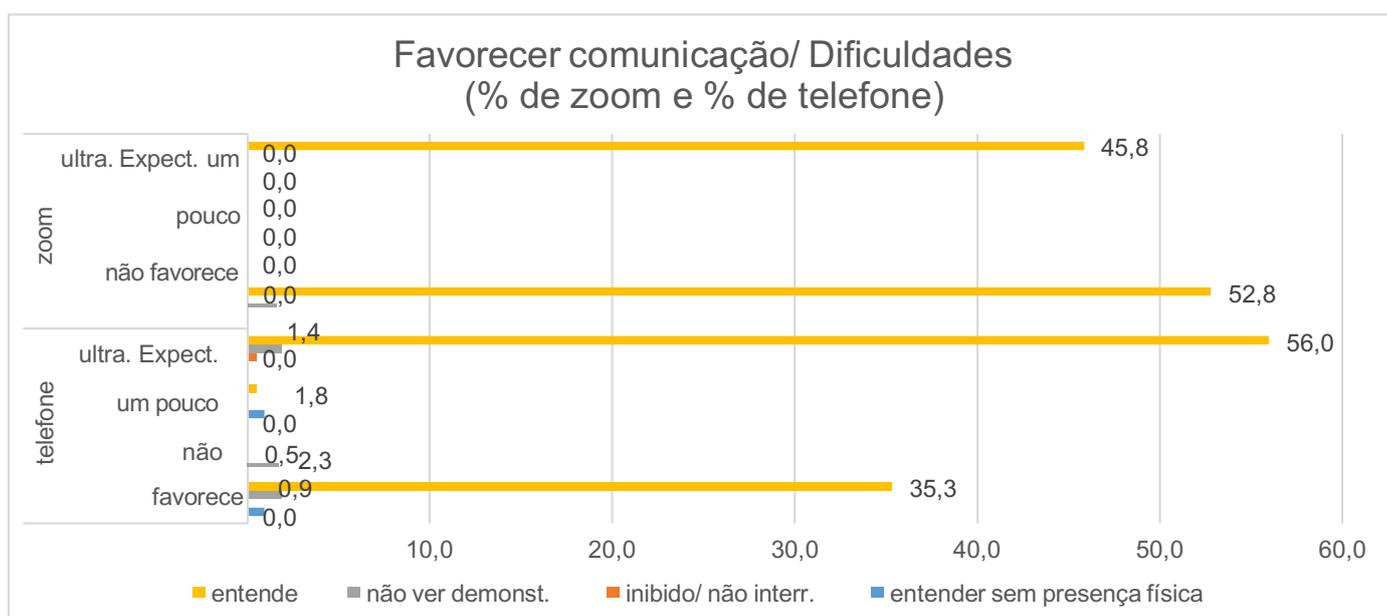
Compreensível

	Tot.Incomp(%)	Pouco Comp(%)	Med. comp.(%)	Tot.comp.(%)
telef	0,0	0,9	3,2	95,9
zoom	0,0	0,0	0,0	100,0

8.6- Dificuldades sentidas e qualidade da comunicação/método à distância:

Quando se compara a avaliação do utente relativamente à comunicação com as dificuldades sentidas em consulta, verifica-se que a maioria dos pacientes pensa que estes métodos favorecem a comunicação. No entanto existem algumas pessoas que, apesar de pensarem que este tipo de consulta favorece a comunicação, manifestaram terem sentido dificuldades por não verem fisicamente as demonstrações de instruções médicas. Tal como já referido anteriormente a figura 11 sugere ter havido uma melhor comunicação e menos dificuldades nas consultas por videochamada.

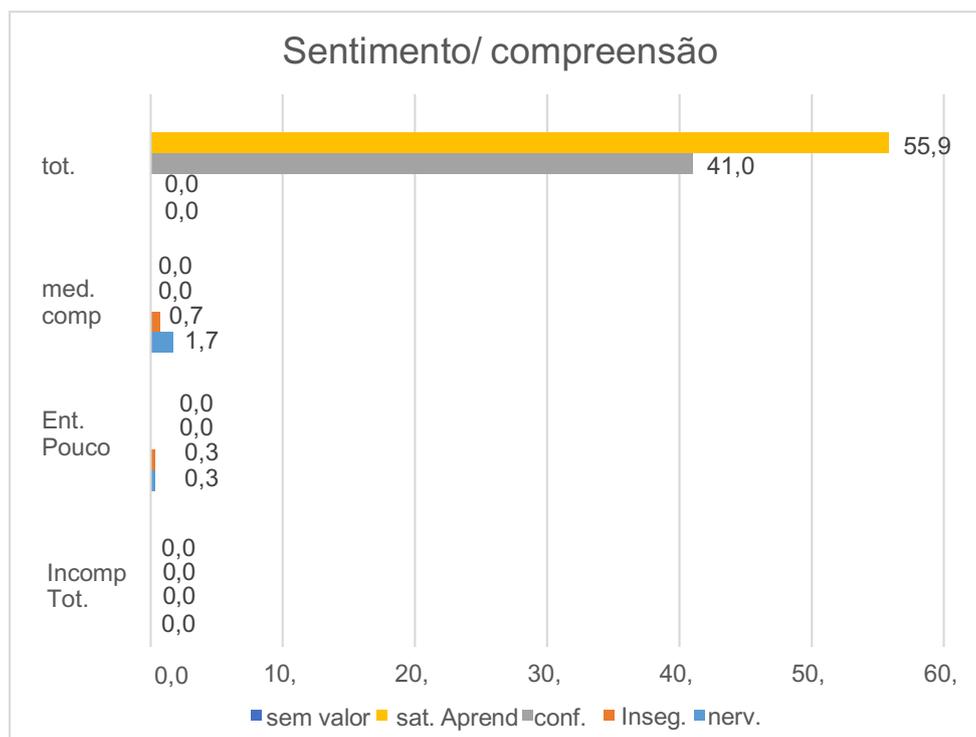
FIGURA 11: Distribuição da amostra grau de satisfação método de consulta



8.7- Sentimento E compreensão da mensagem:

Confrontando as respostas nas questões sobre o sentimento provocado pelo uso de uma nova metodologia de consulta e sobre a qualidade da comunicação na mesma, verifica-se na figura abaixo que a grande maioria dos pacientes compreendeu totalmente o conteúdo da mensagem do médico, ficando com sentimentos de confiança e satisfação na aprendizagem de um novo método de consulta. De entre os poucos que tiveram dificuldades de compreensão na consulta, estes tiveram sentimentos de insegurança e nervosismo. Tal pode observar-se na figura seguinte:

FIGURA 12: Distribuição da amostra qualidade do método e intenção de voltar teleconsulta



8.8-Proximidade E adequação da linguagem na consulta à distância:

Relativamente à proximidade e adequação da linguagem ao paciente na consulta à distância, a grande maioria dos pacientes respondeu que esta esteve totalmente próxima, facilitando a compreensão. Houve, no entanto, alguns (7) pacientes com mais de 60 anos em que estes revelam que houve tentativa de aproximação, mas sem sucesso, conforme tabela abaixo.

-TABELA 6: Levantamento da proximidade e adequação da Linguagem na consulta a distâncias

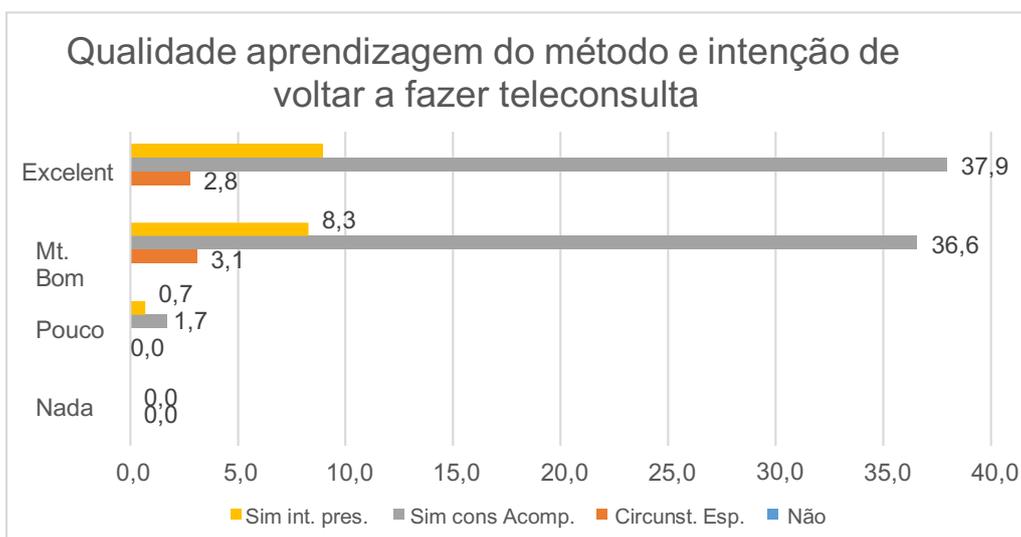
Proximidade	Jovens / Crianças	Jovens Adultos (21 a 40)	Adultos (41 a 60)	Idosos
nenhuma	0	0	0	0
tenta sem suc.	0	0	0	7
pouco	0	0	0	0
total	46	106	99	32

8.9- Aprendizagens de comunicação na consulta e escolha de teleconsulta futura:

Relativamente à facilidade de aprender a realizar teleconsultas, apenas 2,4% dos inquiridos revelaram terem aprendido pouco, sendo que os restantes classificaram essa aprendizagem como muito boa ou excelente. Relativamente à intenção de voltar a repetir o método de teleconsulta 76,2% escolheriam a teleconsulta novamente como consulta de acompanhamento, 18% voltariam a fazer intercaladas com consultas presenciais e 5,9 % apenas em circunstâncias especiais. Não houve inquiridos que negariam novas consultas à distância.

É importante notar que os inquiridos que apenas realizariam novamente teleconsulta em circunstâncias especiais, avaliaram a aprendizagem na teleconsulta como muito boa e excelente.

FIGURA 13: Qualidade aprendizagem do método e intenção de voltar a fazer teleconsulta



9 - Considerações gerais sobre outras variáveis:

Na globalidade dos inquiridos, a larga maioria dos inquiridos consideraram que lhe foi dada a atenção necessária relativamente à sua patologia e que a comunicação médica foi assegurada.

Todos os inquiridos necessitaram de contactar o médico para além da consulta à distância, sendo que a maioria (71,4%) contactou a qualquer hora sempre que necessitava e os restantes necessitaram de contactar uma vez ou nos horários da consulta.

A totalidade dos pacientes considerou ter havido uma boa comunicação e envolvimento do médico na resolução das dificuldades do ato médico.

10 - CONCLUSÃO:

É o Teletrabalho algo que surge representando uma das formas que as organizações e as pessoas, tem como opções para interagirem e adaptarem-se aos conceitos de mudanças. A sua expansão atinge vários segmentos visando aliar-se as inovações tecnológicas tentando ultrapassar toda e qualquer dificuldade que possa surgir no mundo do trabalho. Vários são os tipos deste trabalho e mais diverso ainda os teletrabalhadores, buscando a sua adaptação neste novo paradigma. Nele temos a flexibilização do tempo, da comunicação e do espaço, mas acompanhando a competitividade e também a produção. A medicina não poderia ser uma exceção. As preocupações que possam advir nas mudanças que são impostas, passam a ser desafios para adequar o atuar médico dentro de um outro formato não considerado formal até o presente.

Este estudo foi determinado pela opção de querer entender e interpretar as percepções no ato de comunicação de uma ação médica, por acreditar que devemos sempre ter a preocupação em entender os significados e as interpretações das nossas ações,

para que possam estar determinando no outro o sentido e objetivo que desejamos.

Constitui-se um estudo com caráter de diagnóstico da situação, com possibilidade de também constituir-se um trabalho de intervenção de acordo com a análise dos resultados encontrados.

O ensino médico se faz necessário ter na sua gênese a estimulação para que cada vez mais a preocupação em formar profissionais que saibam comunicar o saber como ajuda, mas sem esquecer que o paciente é possuidor de uma história de vida, que tem valores, crenças, desejos não valorizando somente a presença de um corpo doente. Cada vez se faz necessário o desenvolvimento de sensibilidade, empatia, afeto para que possa entender a complexidade do objetivo principal que é a comunicação para que todos os objetivos sejam alcançados e o ato médico corado naquilo que de que é detentor: comunicar com empatia para ajudar naquilo que forem as exigências da saúde do paciente, para obter o seu bem-estar físico e mental.

Neste estudo tivemos a limitação do contato presencial, físico. E esta preocupação passou a ser uma das finalidades do estudo:

diagnosticar para saber como tratar.

Foram analisados 290 questionários. Todos respondidos. No universo do total de entendimentos efetuados nas circunstâncias pandêmicas e no período crítico, compreendido entre janeiro a março de 2021. Todos oriundos de uma mesma consulta, com atendimento com o mesmo médico e todos em iguais circunstâncias de utilização dos recursos que tinham naquela altura. Uns exclusivamente o telefone e outros o computador com o aplicativo Zoom.

O tipo de patologia destes pacientes também obedecia parâmetros de semelhança: todos eram de doenças respiratórias do fórum alérgico. O que nos facilitou e permitiu a análises da resposta encontrada, porque todos recebiam orientações semelhantes o que facilitaria nível de comparação das mesmas. nas respostas. Como variantes a serem analisadas teríamos: o sexo, idade, escolaridade, meio tecnológico usado, a percepção de cada um e a sua recomendação ou não do ato médico virtual. Em relação ao sexo encontramos, um predomínio na amostra, do sexo feminino, contudo não é indicativo de que são acometidas mais pessoas em

doenças alérgicas, do sexo feminino do que o masculino. Ambos os sexos podem ser acometidos. É provável que esta diferença se deva a uma maior procura pelo sexo feminino as consultas médicas. Via de regra o homem retarda mais um pouco a procura por assistência. Foi encontrado 60% do sexo feminino contra 40% do sexo masculino.

Em relação a idade, as faixas etárias estudadas na amostra tem quantitativos apresentando uma certa homogeneidade. Com um discreto aumento na faixa compreendida entre os 51 e 60 anos, representando 64 pacientes no universo dos 290 e 22,06897%. As demais faixas apresentam-se muito próximas umas das outras. Abaixo de 21 anos: 15,86207%; entre 21 e 30: 17,93103%; entre 31 e 40: 18,62069%; entre 41 e 50: 12,06897%; entre 51 e 60: 22,06897 e acima de 60: 13,44828%.

Em relação a escolaridade temos a observar, serem os inqueridos em grande parte, como portadores de uma escolaridade ao nível básico ou secundário, fazendo um total de 70%, os que não sabem ler, 2, 76% e sabendo ler e escrever 6,55%. Com nível superior temos 20,69%. Neste item observamos uma percentagem pequena

de inqueridos que poderão ter mais dificuldades com o uso das novas tecnologias.

No tocante a residência há um predomínio substancial de residentes no Alentejo no universo da amostra, dos 290, 240 são de residência no Alentejo. É justificável, pois a consulta objeto do estudo, esta inserida em um Hospital no Alentejo.

Ao analisar três variantes: idade, região de origem e sexo, observamos que a distribuição se apresenta com menor homogeneidade. São em grande parte adultos e do sexo feminino,

Ao observar e comparar a escolaridade dos inqueridos no estudo com a idade, constatamos que estão compreendidos nas pessoas acima de 60 anos a baixa escolaridade, e que a escolaridade primária e secundária é em maior número, cerca de 70% no total em todas as faixas etárias, sendo adultos com 41 a 60 anos em maior número com o ensino básico e o secundário há um predomínio dos jovens adultos da faixa etária compreendida ente 21 e 40 anos. No curso superior temos representantes em todas as faixas com predomínio nos jovens adultos entre os 21 e 40 anos.

Quando é analisado a qualidade da comunicação encontramos uma

percentagem pequena dos inqueridos quando o método era por telefone: cerca de “pouco compreensível 09% e Medianamente compreensível 3,2% contra um total de 95,9% de total compreensão. Em relação a comunicação através do Zoom, 100% de satisfação. Vale aqui lembrar que este recurso zoom foi utilizado na grande maioria pelos jovens em “tela aula”, onde usavam esta plataforma. Os demais só tinham acesso ao telefone, pois muitos na sua maioria não dispunham de computadores.

O índice de satisfação nos inqueridos foi bom, favorável, e aqueles que apresentaram alguma observação desfavorável, foram em pequeno número, e diz respeito a falta de visibilidade nas demonstrações de uso de determinados medicamentos (exemplo: broncodilatadores em que existem dispositivos físicos para demonstração do seu uso correto, em consulta). No atendimento por telefone, eram exaustivamente explicados até retorno de um “entendi”. Quando se trata do atendimento pelo zoom este problema era diminuído, pois poderíamos demonstrar e ser visível para o paciente.

Os sentimentos provocados pela nova metodologia e qualidade da

comunicação, na sua maioria foi de grande compreensão, os poucos que tiveram dificuldades na compreensão atribuíram ao nervosismo e insegurança.

No que se refere a proximidade deste ato neste tipo de consulta, somente 7 pacientes no universo de 290, referem ter tido dificuldades de aproximação todos em indivíduos acima de 60 anos.

Em relação ao aprendizado com este método e a intenção de uso deste método, encontramos um pequeno número de 2,4% que informaram baixa aprendizagem com o método, contra o número de 76,2% onde encontramos a recomendação do seu uso como consulta de acompanhamento. Em 18% concordam com o método, mas recomendam o desejo de consultas presenciais intercaladas. E 5,9% referem o seu uso somente em circunstâncias especiais.

Com o objetivo de igualdade nas comparações utilizamos todo o universo de atendimento efetuado no auge do período pandêmico compreendido no intervalo de janeiro a março de 2021. Este foi considerado o período mais crítico do estado pandêmico, e após análises do questionário concluímos que nas respostas daqueles

que usaram o zoom o método foi aprovado pela sua maioria, onde houve excelência no atendimento. Contudo o zoom teve como participantes jovens que possuem familiaridade com os recursos tecnológicos e estavam acostumados a utilizá-lo como recurso escolar naquele momento.

Considerando o momento da sua aplicação, as limitações impostas naquelas circunstâncias, a falta de experiência do uso deste recurso nos moldes em que foi usado, creio que a resposta ao cerne da problemática apresentada, foi atingida e recomenda-se este ato após ter sido testado a comunicação médica neste ato. Como tudo que se inicia, em especial sem um prévio preparo, encontra-se sujeito a sucesso ou fracasso, mas em tudo vemos a possibilidade que foi dada de avaliarmos a comunicação no ato médico em tempos de pandemia. com certeza tema que merece continuar a ser estudado e avaliado permanentemente, pois entrou na rotina do atendimento médico, como opção. E não podemos esquecer que o ato de comunicar é a gênese do ato médico, o que requer bons médicos com formação humanística de fácil expressão na arte de comunicar.

11 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Ackoff, R. L. (1975). Planejamento de pesquisa social. In *Planejamento de pesquisa social* (pp. 556-556).

Ander-Egg, E. (1978). *Introducción a las técnicas de investigación social para trabajadores sociales* (No. H 62. A64 1978).

Ayres, J. R. D. C. M., Rios, I. C., Schraiber, L. B., Falcão, M. T. C., & Mota, A. (2013). Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37, 455-463.

Alves, M. V. (2017). Medicina islâmica medieval e 'Cidades Saudáveis'. *Gaudium Sciendi*, (13), 13-28.

Anderson, T. (2003). Getting the mix right again: An updated and theoretical rationale for interaction. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 4(2).

Antônio, S. (2001). Envelhecimento demográfico ou populacional. *Problemas Sociais Contemporâneos*, 133-146.

Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical teacher*, 21(6), 563-570.

Astudillo, W., Mendinueta, C., & Astudillo, E. (2008). Medicina paliativa cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(4), 259-263.

Barbosa, F. B. S. (2010). A REGULAMENTAÇÃO JURÍDICA DO TELETRABALHO¹.

Balint, M. (1988). O médico seu paciente e a doença. São Paulo: Livraria Atheneu.

Balint, E. (1993). *The doctor, the patient and the group: Balint revisited*. Taylor & Francis.

Balint, M., Hunt, J., Joyce, D., & Marinker, M. (2013). *Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice*. Routledge.

Barnlund, D., & LITTLEJOHN, S. (1978). Fundamentos teóricos da comunicação humana. *Littlejohn, SW Teorias de comunicação interpessoal. Rio de Janeiro: Zahar.*

BERVIAN, P. A. (1983). Cervo, Amado Luiz. *Metodologia científica. 3ªed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil.*

Blasco, P. G. (2010). É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica. *O Mundo da saúde, 34(3), 357-367.*

Böhmer, M. W. (2010). “Communication by impact” and other forms of non-verbal communication: A review of transference, countertransference and projective identification. *African Journal of Psychiatry, 13(3).*

Bonner, P. (1985). Effective office communications. *Dental Economics-Oral Hygiene, 75(5), 69-70.*

Borralho, A., Fialho, I., & Cid, M. (2012). Aprendizagem no ensino superior: relações com a prática docente.

Brandão, J. F. (2013). O médico no século XXI: o que querem os pacientes. *Salvador: Fast Design*.

Brotherton, S. E., & Etzel, S. I. (2014). Graduate medical education, 2013-2014. *Jama*, 312(22), 2427-2445.

Burton, L. M. (1992). Black grandparents rearing children of drug-addicted parents: Stressors, outcomes, and social service needs. *The Gerontologist*, 32(6), 744-751.

Cabral, P. B., & Amante, L. (2011). Coordenação de curso e presença social num contexto de aprendizagem online. *EFT: Educação, Formação & Tecnologias*, 4(1), 45-52.

Caprara, A., & Franco, A. L. (1999). A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de saúde pública*, 15, 647-654.

Carraccio, C., Englander, R., Van Melle, E., Ten Cate, O., Lockyer, J., Chan, M. K., ... & Snell, L. S. (2016). Advancing competency-based medical education: a charter for clinician-educators. *Academic Medicine*, 91(5), 645-649.

Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2004). Tábuas de mortalidade em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, 41-70.

Carrilho, M. J., & Craveiro, M. D. L. (2014). A Situação Demográfica Recente em Portugal [Internet]. *Revista de Estudos Demográficos*, (54).

Ferreira, M. M., & Carmo, H. (1998). Metodologia da Investigação-Guia para autoaprendizagem. *Lisboa: Universidade Aberta*.

Carta, D. (1986). OTTAWA: promoção da saúde nos países industrializados. In *CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO*.

Chaleta, M. E. (2003). Abordagens ao Estudo e estratégias de Aprendizagem no Ensino Superior (dissertação de doutoramento não publicada). *Évora: Dept. ° Psicologia, Universidade de Évora*.

Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama*, 286(15), 1897-1902.

Chaveiro, N., Porto, C. C., & Barbosa, M. A. (2009). Relação do paciente surdo com o médico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 75, 147-150.

Coutinho, R. X., & Trindade, A. P. (2022). Uso do método estudo de caso em pesquisas de educação profissional e tecnológica. *Research, Society and Development*, 11(12), e345111234025-e345111234025.

Coelho, J., & Rocio, V. (2009). Implementação de ferramentas específicas ao modelo pedagógico da UAb na plataforma Moodle. *XIII Encontro Iberoamericano da Educação Superior a Distância*.

Covello, V. T. (1993). Risk communication and occupational medicine. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 35(1), 18-19.

Costa, M. C. G. D., Tonhom, S. F. D. R., & Fleur, L. N. (2016). Ensino e aprendizagem da prática profissional: perspectiva de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40, 245-253.

Davis, M. H., & Empathy 2nd, A. (1996). A social psychological approach.

DE Futuro, V. M. D. E. (2002). CONFIANÇA, VIGA MESTRA DA EMPRESA DE FUTURO.

de Ottawa, O. C. (1986). p. 11-18. *Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Min. da Saúde, 20270-230.*

Del Piccolo, L. (1998). Doctor-patient interaction: a comparison between analysis systems. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 7(1), 52-67.

Descartes, R. (1987). *Discurso do método. As paixões da alma.*

Deveugele, M. (2015). Communication training: Skills and beyond. *Patient education and counseling*, 98(10), 1287-1291.

Di Matteo, M. R. (2004). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient education and counseling*, 55(3), 339-344.

ECHEVERRIA, R. (2002). Confiança: a viga mestra da empresa do futuro. *Ethos*, 3(7), 1-26.

Efklides, A. (2006). Metacognition and affect: What can metacognitive experiences tell us about the learning process? *Educational research review*, 1(1), 3-14.

Epstein, J. M. (1999). Agent-based computational models and generative social science. *Complexity*, 4(5), 41-60.

Epstein, I. (2004). Asociación Latinoamericana de Investigadores de Comunicación—ALAIC.

Esquerda, M., Yuguero, O., Vinas, J., & Pifarré, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención primaria*, 48(1), 8-14.

Ferreira, E. C., Ribeiro, M. M. F., & Leal, S. S. (2002). Praticando a relação médico-paciente III: efeito terapêutico da consulta. *Clínica Médica*, 2, 51-64.

Firme, R. D. N., & Amaral, E. M. R. D. (2008). Concepções de professores de química sobre ciência, tecnologia, sociedade e suas

inter-relações: um estudo preliminar para o desenvolvimento de abordagens CTS em sala de aula. *Ciência & Educação (Bauru)*, 14, 251-269.

Fonseca, A. M. M., Roquete, C., Viana, A. L. D., Elias, P. E. M., & Ibañez, N. (2005). Proteção social dilemas e desafios.

Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação.

Frank, J. R., Snell, L. S., Cate, O. T., Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R., ... & Harris, K. A. (2010). Competency-based medical education: theory to practice. *Medical teacher*, 32(8), 638-645.

Fuller-Thomson, E., Minkler, M., & Driver, D. (1997). A profile of grandparents raising grandchildren in the United States. *The Gerontologist*, 37(3), 406-411.

Galizzi Filho, J. Relação Médico–Paciente e as Instituições. *Clínica Médica: Relação Médico–Paciente*, 2(1).

Garrison, R. (2000). Theoretical challenges for distance education in the 21st century: A shift from structural to transactional issues. *International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 1(1), 1-17.

Gil, A. P. M. (1998). *Solidariedades intergeracionais e instituições de velhice* (Master's thesis, Universidad de Évora).

Griffin, A. P. (1991). Communications--the future of dentistry. *Journal of law and Ethics in Dentistry*, 4, 89-94.

Gularte, N. D. G. (2018). A relação clínica e o processo de comunicação e informação na formação médica: resgate e proposta.

Holmberg, B. (2005). *Theory and practice of distance education*. Routledge.

HOLZMANN, L. (2011). Trabalho a domicílio. *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Zouk, 437-440.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., ... & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical education*, 36(6), 522-527.

Ianni, O. (1995). *A Internacionalização do Capital.*

Ine, I. P. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos- Portugal. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística, IP.*

Ishikawa, H., Yano, E., Fujimori, S., Kinoshita, M., Yamanouchi, T., Yoshikawa, M., ... & Teramoto, T. (2009). Patient health literacy and patient–physician information exchange during a visit. *Family practice*, 26(6), 517-523.

Ismael, J. C. (2002). O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. *São Paulo: TA Queiroz Editor*, 51-8.

Kaplowitz, G. J. (1999). Communicating with patients. *General Dentistry*, 47(4), 399-403.

Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*, 293(9), 1100-1106.

Levinson, E. M. (1997). Differences in desired role functioning and job satisfaction between doctoral and nondoctoral school psychologists. *Psychological reports*, 81(2), 513-514.

Lussier, M. T., & Richard, C. (2005). Complaints and legal actions: role of doctor-patient communication. *Canadian family physician*, 51(1), 37

Mason, R. (2000). From distance education to online education. *The Internet and higher education*, 3(1-2), 63-74.

Mello, Á. (1999). Teletrabalho (telework): o trabalho em qualquer lugar e a qualquer hora. *Rio de Janeiro: Qualitymark*, 4.

Minkler, M., & Roe, K. M. (1996). Grandparents as surrogate parents. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 20(1), 34-38.

Moore, M. G., & Anderson, W. G. (Eds.). (2007). *Handbook of distance education* (pp. 89-108). Mahwah, NJ, USA: L. Erlbaum Associates.

Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365.

Moreto, G., Blasco, P. G., & Piñero, A. (2018). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educación Médica*, 19(3), 172-177.

Morgado, L. (2001). O papel do professor em contextos de ensino "online": problemas e virtualidades. *Discursos*, (especial), 125-138.

Moritz, R. D. (2005). Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Revista Bioética*, 13(2), 51-63..

Morin, E. (2003). A comunicação pelo meio (teoria complexa da comunicação). *Revista Famecos*, 10(20), 07-12.

Nascimento, H. C. F., Ferreira Júnior, W. A., Silva, A. M. T. C., Carvalho, I. G. M. D., Bastos, G. C. F. C., & Almeida, R. J. D. (2018). Análise dos níveis de empatia de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42, 152-160.

Neuwirth, Z. E. (1997). Physician empathy—should we care?. *The Lancet*, 350(9078), 606.

Novais, F. A. (1990). A Universidade e a pesquisa histórica: apontamentos. *Estudos avançados*, 4, 108-115.

Oliveira, B. R. G. D., Collet, N., & Viera, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 277-284.

Phaneuf, M., Salgueiro, N., Salgueiro, R. P., & de Carvalho Coutinho, E. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.*

Pandhi, N., & Saultz, J. W. (2006). Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(4), 390-397.

Pekrun, R., Goetz, T., Frenzel, A. C., Barchfeld, P., & Perry, R. P. (2011). Measuring emotions in students' learning and performance: The Achievement Emotions Questionnaire (AEQ). *Contemporary educational psychology*, 36(1), 36-48.

Pereira, A., Quintas-Mendes, A., & Morgado, L. (2012). Educação online no ensino superior: um programa de doutoramento em Educação a Distância e E-Learning na Universidade Aberta (Portugal). *Revista Teias*, 13(30), 21.

Pendleton, L., & House, W. C. (1984). Preferences for treatment approaches in medical care: College students versus diabetic outpatients. *Medical Care*, 644-646.

Portugal, S. (2021). Censos 2021: Resultados Preliminares.

Rios, I. C., Lopes Junior, A., Kaufman, A., Vieira, J. E., Scanavino, M. D. T., & Oliveira, R. A. D. (2008). A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. *Revista brasileira de educação médica*, 32, 112-121.

Rosenfield, C. L., & Alves, D. A. D. (2011). Autonomia e trabalho informacional: o teletrabalho. *Dados*, 54, 207-233.

Rocha, B. V., Gazim, C. C., Pasetto, C. V., & Simões, J. C. (2011). Relação médico-paciente. *Revista do médico residente*, 13(2).

Rider, E. A., Lown, B. A., & Hinrichs, M. M. (2004). Teaching communication skills.

Rogers, C. R. (2013). Client-centered therapy. *Curr Psychother*, 95-150.

Magalhães, S. M. O. (2015). SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Editora Cortez, 2003. *Revista Inter Ação*, 40(1), 185-190.

Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *American family physician*, 72(3), 463-468.

Sancho, D. F. (2015). Subjetividade e epopeia moderna.

Santos, B. D. S. (1988). Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos avançados*, 2, 46-71.

Santos, S. P. (2004). O DIÊLOGO SOCIAL EUROPEU E O EXERCÍCIO DAS COMPETÊNCIAS SOCIAIS COMUNITÁRIAS. UMA ANÁLISE DE FOCALIZAÇÃO AUTONÔMICA.

Sakuda, L. O. (2001). *Teletrabalho: desafios e perspectivas* (Doctoral dissertation).

Scarelli, E. M. (1993). Orientação à família do paciente internado em unidade de terapia intensiva.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 17, 29-41.

Schei, E., Baerheim, A., & Meland, E. (2000). Clinical communication--a structured teaching model. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, ny Raekke*, 120(19), 2258-2262.

SENNA, S. D. (1981). Visitas e acompanhantes de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Mundo da saúde*, 5(17), 327-41.

Siqueira, J. E. D. (2004). Comunicamo-nos adequadamente com os nossos pacientes? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50, 7-7.

Souza, D. E. D. S. (2003). Anotações sobre a Relação Médico-Paciente (um ponto de vista psicanalítico). *BRANCO, RFGR A Relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.*

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian medical association journal, 152(9), 1423.*

Stuart, L. (2005). *Psychiatric nursing 8th ed.*

Sucupira, A. C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 11, 624-627.*

Spiro, H. (2009). Commentary: the practice of empathy. *Academic Medicine, 84(9), 1177-1179.*

Tapajós, R. (2002). A introdução das artes nos currículos médicos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 6, 27-36.*

Tapscott, D. (2008). *Grown up digital* (p. 384). Boston: McGraw-Hill Education.

Tavares, A. D. P., Ferreira, R. A., França, E. B., Fonseca Junior, C. A., Lopes, G. C., Dantas, N. G. T., & Cardoso, S. A. V. (2007). O "currículo paralelo" dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Revista Brasileira de educação médica*, 31, 254-265.

Teodoro, V., Bragagnolo Jr, M., Lucchesi, L., Kondo, M., & Tufik, S. (2008). Avaliação dos potenciais evocados relacionados a eventos (ERP-P300) em pacientes com cirrose hepática sem encefalopatia. *Arquivos de Gastroenterologia*, 45, 82-86.

Teutsch, C. (2003). Patient–doctor communication. *Medical Clinics*, 87(5), 1115-1145.

Umenai, T., Wagner, M., Page, L. A., Faundes, A., Rattner, D., Dias, M. A., ... & Kikuchi, S. (2001). Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 75, S3-S4.

Vaitsman, J., & Andrade, G. R. B. D. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 10, 599-613.

Valença, O. A. D. A. (2000). Currículo paralelo em medicina: o caso da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 4, 153-153.

Wear, D., Zarconi, J., Kumagai, A., & Cole-Kelly, K. (2015). Slow medical education. *Academic Medicine*, 90(3), 289-293.

Weber, M. H. (1995). Comunicação: estratégia vital para a saúde. *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.

Weller, M. (2011). *The digital scholar: How technology is transforming academic practice*. A&C Black.

ZABALA, A. (2002). A prática educativa: como ensinar. Porto Alegre: Artmed, 1998. *Revista COCAR, Belém*, 10(19), 121.

Zoboli, E. L. C. P. (2001). A ética nas organizações.

Zolnierek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826.

ANEXOS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIMENTO.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Título do estudo: **A Comunicação no Ato Médico em tempo de Pandemia**

Pesquisador Responsável: **Paulo Roberto Ferreira de Santana**

Orientador Responsável: **Prof^a Dr.^a Olga Magalhães.**

Instituição da Pesquisa: **Doutoramento em Ciências da Educação da Universidade de Évora.**

Local da coleta de dados: **Via Correio (domicílio do inquerido para Residência do pesquisador).**

Você esta sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em um projeto de pesquisa. Leia cuidadosamente o que segue e questione ao responsável do mesmo, se tiver qualquer dúvida. Uma vez esclarecido(a) sobre todas as questões que deseje, e caso concorde em participar, Favor assinar e devolver. Poderá não desejar participar ou suspender a sua autorização a qualquer momento. A finalidade deste projeto é científica e pretende coletar dados de percepção do ato médico virtual e avaliar a comunicação neste ato.

Sua identidade não será revelada em nenhum momento do projeto. O questionário será devolvido sem a sua identificação usando o envelope que seguiu anexo com o destinatário já preenchido, para evitar qualquer possibilidade de identificação. As respostas são de marcação com um “X”

Sua participação no projeto não trará benefícios como tratamento especial ou dinheiro, mas poderá trazer novos conhecimentos sobre ações importantes na prática do ato médico, que irá gerar melhorias e avaliações deste ato médico na forma virtual., o que só poderá trazer benefícios para o paciente e o médico.

AUTORIZAÇÃO:

EU

.....
após leitura deste documento e esclarecido todas as dúvidas que tinha a respeito da minha participação neste projeto, confirmo concordar e autorizar a minha participação no mesmo. Declaro esta ciente dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos nos quais garantem a minha confidencialidade. Assim é de livre e espontânea vontade, que expresse minha concordância em participar neste projeto, onde assino este termo de consentimento /autorização em participar.

Assinatura do voluntario:

QUESTIONÁRIO

DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE DE EVORA TESE: “A COMUNICAÇÃO NO ATO MÉDICO EM TEMPOS DE PANDEMIA”

OBSERVAÇÃO: SOLICITO A VOSSA COLABORAÇÃO NO PREENCHIMENTO DESTE QUESTIONARIO, SEM O QUAL NÃO SERÁ POSSIVEL A REALIZAÇÃO DESTE PROJETO E A AVALIAÇÃO DESTE NOSSO MOMENTO TÃO ESPECIAL EM QUE VIVEMOS.

ESTE QUESTIONARIO É COMPLETAMENTE ANONIMO.

O SEU PREENCHIMENTO E DEVOLUÇÃO NADA CONTEM QUE O POSSA IDENTIFICAR.

SINTA-SE COMPLETAMENTE A VONTADE NAS VOSSAS RESPOSTAS.

A SINCERIDADE E EXATIDÃO NAS RESPOSTAS SERÃO UM CONTRIBUTO VALIOSO DOS NOSSO DESEMPENHO PRESENTE E FUTURO.

OBRIGADO.

APÓS O SEU PREENCHIMENTO COLOCA-LO NO ENVELOPE QUE SE ENCONTRA “SELADO” E COM O DESTINATARIO PREENCHIDO: SEM REMETENTE E QUE NÃO DEVERÁ SER COLOCADO.

1 – SEXO:

1 – () MASCULINO

2 – () FEMININO

2 – IDADE:

1 – () MENOS DE 21

2 – () 21 – 30

3 – () 31 – 40

4 – () 41 – 50

5 – () 51 – 60

6 – () MAIS DE 60

3 – ESCOLARIDADE

1 – () NÃO SABE LER

2 – () SABE LER E ESCREVER POR CONTA PRÓPRIA

3 – () PRIMÁRIA

4 – () SECUNDÁRIA

5 – () SUPERIOR.

4 – LOCAL DE RESIDÊNCIA.

1 – () ALENTEJO

2 – () OUTRA REGIÃO

5 – CONSULTA / TELETRABALHO.

1 – () TELEFONE

2 – () ZOOM

6 – SATISFAÇÃO COM ESTE METODO DE ATENDIMENTO NO QUE DIZ RESPEITO A COMPREENSÃO/ APRENDIZAGEM:

1 – () INSATISFEITO

2 – () MUITO INSATISFEITO

3 – () NEM SATISFEITO/NEM INSATISFEITO: INDIFERENTE

4 – () SATISFEITO.

5 – () MUITO SATISFEITO.

7 – O TELETRABALHO / ZOOM, PROVOCOU EM SI NA COMUNICAÇÃO:

1 – () NERVOSSISMO

2 – () INSEGURANÇA

3 – () CONFIANÇA

4 – () SATISFAÇÃO NO ATO E APRENDIZAGEM

5 – () SEM VALOR ALGUM

8 – O QUE ACHOU DA COMUNICAÇÃO SEM A PRESENÇA FÍSICA?

- 1 – () FOI TOTALMENTE INCOMPREENSIVEL
- 2 – () ENTENDI / MAS COMPREENDI POUCA COISA
- 3 – () FOI COMPREENSIVEL MEDIANAMENTE
- 4 – () TOTALMENTE COMPREENSIVEL/ ENTENDIVEL.

9 - QUAL FOI A SUA MAIOR DIFICULDADE?

- 1 – () ENTENDER AS EXPLICAÇÕES SEM A PRESENÇA FÍSICA
- 2 – () FICAR INIBIDO EM NÃO QUERER INTERROMPER O DIALOGO.
- 3 – () NÃO VER FÍSICAMENTE AS DEMONSTRAÇÕES DE ENSINO
DO USO DAS TERAPEUTICAS (DISPOSITIVOS)
- 4 – () ENTENDI PERFEITAMENTE.

10 – QUANDO APARECIAM DUVIDAS APÓS A CONSULTA, O QUE FAZIA? RESOLVIA/ESCLARECIA?

1 – () GRAVEI O NUMERO DO TELEFONE, VOLTAVA A LIGAR/CONTINUAVA SEM ENTENDER.

2 – () NÃO LIGAVA PARA NÃO INCOMODAR/ NÃO FAZIA A MEDICAÇÃO.

3 – () TENTAVA ESCLARECER COM O FARMACEUTICO / PASSAVA A ENTENDER.

4 – () TELEFONAVA PARA O MÉDICO SEMPRE QUE TINHA DUVIDAS/ESCLARECIA AS DUVIDAS.

11 – COMO VIU O TELETRABALHO/ ZOOM?

1 – () UMA NOVA APRENDIZAGEM DE UM ATO MÉDICO.

2 – () UM GRANDE VALOR DESTE ATO NAS CIRCUNSTÂNCIAS QUE VIVEMOS.

3 – () UMA FORMA DE TERMO PROXIMO ALGUÉM PARA COMUNICARMOS.

4 – () DE NADA VALEU. SEM NENHUMA APRENDIZAGEM.

12 – ESTE TIPO DE CONSULTA FAVORECEU A INTERAÇÃO NA COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICO/PACIENTE?

1 – () SIM

2 – () NÃO

3 – () UM POUCO

4 – () SIM . ULTRAPASSOU AS ESPERATIVAS.

13 – ACHA QUE O MÉDICO NESTE TIPO DE CONSULTA, LHE DEU À ATENÇÃO NECESSÁRIA NA COMUNICAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA PATOLOGIA (DOENÇA), DANDO-LHE TODA A INFORMAÇÃO DE QUE NECESSITAVA?

1 – () SIM

2 – () NÃO

3 – () UM POUCO

4 – () SIM . ULTRAPASSOU AS ESPERATIVAS.

14 – A COMUNICAÇÃO MÉDICA DE UMA FORMA GERAL FOI ASSEGURADA A SUA TRANSMISSÃO PARA O PACIENTE?

- 1 – () SIM
- 2 – () NÃO
- 3 – () UM POUCO
- 4 – () SIM . ULTRAPASSOU AS EXPECTATIVAS.

15 – COM RELAÇÃO A LINGUAGEM DO MÉDICO NESTE TIPO DE ABORDAGEM/CONSULTA:

- 1 – () ESTEVE POUCO PROXIMO DO PACIENTE
- 2 – () NÃO FOI DE NENHUMA PROXIMIDADE.
- 3 – () HAVIA TENTATIVA DE APROXIMAÇÃO / SEM SUCESSO
- 4 – () ESTEVE TOTALMENTE PROXIMA DO PACIENTE FACILITANDO A COMPREENSÃO.

16 – COMO FOI GERIDA AS EMOÇÕES E SENTIMENTOS DO MÉDICO PARA COM O PACIENTE?

1 – () CONTROLADA

2 – () DE NENHUMA ENVOLVENCIA

3 – () ADAPTADA AO MOMENTO QUE SE VIVE, MAS COM POUCA ENVOLVENCIA,

4 – () DE TOTAL DISPONIBILIDADE PARA OUVIR E CONFORTAR / ENVOLVENCIA PLENA.

17 – ALEM DA CONSULTA PELO TELETRABALHO / ZOOM, UTILIZOU ALGUM CONTACTO COM O SEU MÉDICO? COMO SE DEU ESTE CONTACTO?

1 – () NÃO

2 – () SOMENTE UMA VEZ / COMUNICAÇÃO RAZOAVEL

3 – () COMUNICAÇÃO DIFICIL

4 – () EM TODAS AS HORAS QUE NECESSITAVA / BOA COMUNICAÇÃO

18 – ESTE CONTACTO OBEDECIA ALGUMA HORA ESPECIFICA?

- 1 – () SIM . NOS HORARIOS DA CONSULTA.
- 2 – () NÃO. CONTACTEI SOMENTE UMA VEZ.
- 3 – () NUNCA CONTACTEI.
- 4 – () CONTACTEI SEMPRE QUE NECESSITAVA E A QUALQUER HORA.

19 – HOJE ESCOLHERIA A TELECONSULTA/ZOOM COMO OPÇÃO ROTINEIRA DE COMUNICAÇÃO COM SEU MÉDICO?

- 1 – () NÃO
- 2 – () EM DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS COMO A ATUAL
- 3 – () SIM . COMO CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO.
- 4 – () SIM . INTERCALADAS ENTRE PRESENCIAL E TELECONSULTA /
ZOOM.

20 – COMO AVALIA A COMUNICAÇÃO A QUE ESTE TIPO DE CONSULTA LHE TROUXE DE ENSINAMENTO?

- 1 – () NADA
- 2 – () POUCO
- 3 – () MUITO BOM
- 4 – () (EXCELENTE .

21 – NA HIPOTESE DE LHE TER TRAZIDO ENSINAMENTO, ESCOLHA UMA DAS OPÇÕES:

- 1 – () CONFIANÇA NA COMUNICAÇÃO DO QUE OUVIA E COMO IRIA FAZER PARA OBTER RESULTADOS.
- 2 – () RECONHECER A MINHA CAPACIDADE DE OUVINDO GERIR MINHA DOENÇA
- 3 – () HIPOTESE DE CONTACTO FREQUENTE E DIRETO PARA AVALIAR A EVOLUÇÃO DA PRÁTICA DA MINHA APRENDIZAGEM
- 4 – () O MEU PAPEL DE “ APRENDIZ” NESTE ATO, TÃO IMPORTANTE COMO O ATO MÉDICO PARA A MINHA SAÚDE.

22 – QUAIS AS DIFICULDADES DESTA COMUNICAÇÃO?

- 1 – () FALTA DA PRESENÇA FÍSICA DO MÉDICO
- 2 – () NERVOSSISMO EM NÃO SER CAPAZ DE ESTABELECE A
COMUNICAÇÃO DE TODO O ATO E SUAS APRENDIZAGENS.
- 3 – () POR VEZES ESTA NO “ ATO MEDICO: A RESOLUÇÃO DAS
DIFICULDADES ” E NÃO PODER ATENDER.
- 5 – () NENHUM

23 – O QUE PROPÕEM PARA MELHORAR ESTE MEIO DE COMUNICAÇÃO?

- 1 – () NADA. NÃO GOSTEI
- 2 – () UMA FREQUENCIA MAIOR, PARA NOS ACOSTUMARMOS
- 3 – () A POSSIBILIDADE DE MARCAÇÃO ANTECIPADA DO DIA E HORA.
- 4 – () NADA A ACRESCENTAR, POR TER ATINGIDO A SATISFAÇÃO.

24 – COMO AVALIAR O SEU MÉDICO NESTE PROCESSO, NO TOCANTE A COMUNICAÇÃO E ENVOLVENCIA:

1 – () PESSIMA COMUNICAÇÃO/ POUCA OU NENHUMA ENVOLVENCIA

2 – () NÃO ATENDIA QUANDO NECESSITAVAMOS/ POUCA OU

NENHUMA ENVOLVENCIA.

3 – () MUITA POUCA PACIENCIA NA COMUNICAÇÃO / POUCA OU

NENHUMA ENVOLVENCIA.

4 – () BOA COMUNICAÇÃO / ENVOLVENCIA NA RESOLUÇÃO DAS

DIFICULDADES DO ATO MDICO .