



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

”O efeito do género e da informação fornecida pelo médico sobre a ressonância magnética, na ansiedade percebida pelo doente”

Ana Sofia Vitorino Chaveiro

Orientador(es) | Carla Semedo

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

”O efeito do género e da informação fornecida pelo médico sobre a ressonância magnética, na ansiedade percebida pelo doente”

Ana Sofia Vitorino Chaveiro

Orientador(es) | Carla Semedo

Évora 2021



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Constança Biscaia (Universidade de Évora)

Vogais | Carla Semedo (Universidade de Évora) (Orientador)
Isabel Maria Mesquita (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

Fim! É isto que digo neste momento, e os sentimentos que me faz sentir são enormes. Faz-me sentir orgulhosa de mim e do que consegui. Mas nada disto seria possível sem agradecer a algumas pessoas que me ajudaram a traçar este caminho e a chegar à meta.

Agradeço primeiramente aos meus pais, pois para mim, são ambos os meus pais, a minha mãe porque é realmente minha mãe e ao Nuno, por preencher ao longo de todos estes anos o lugar de pai. Porque sempre acreditaram em mim, e me deram asas para que realizasse todas as minhas vontades, e porque sei que têm um orgulho enorme nesta conquista.

Em seguida, ao Rui, que me tem acompanhado nos bons e maus momentos desta etapa, e da pequena vida que construímos, que mesmo sem perceber o que sentia nesta fase, me apoiava e motivava para me esforçar e terminar.

Às minhas amigas, Paula e Joana, agradeço por sempre terem estado presentes para ouvir os meus infortúnios e me darem força por continuar esta luta.

Agradeço também a uma pessoa muito especial, que sei que ao longo dos anos tem pensado, e acreditado no meu sucesso, professora de tantos anos, Graça.

Um muito, muito obrigada, à minha Orientadora professora Carla Semedo, sem ela então, nada disto seria possível, quer pela sua ajuda e pela partilha do seu conhecimento, quer pela paciência e presença que teve ao longo destes tempos.

Agradeço também, ao Hospital, a todos os técnicos de Radiologia e Assistentes Operacionais da Unidade de Ressonância Magnética, que sempre me receberam de braços abertos, me apoiaram quando precisei, e me proporcionaram momentos de partilha de saberes.

Por último, agradeço a todos os participantes da minha amostra. Sem eles, nada disto se concretizaria. Demonstraram disponibilidade num momento, muitas vezes, para si difícil, permitindo que lhe “roubasse” um pedaço do seu tempo e da sua disposição.

Obrigada a todos!

O efeito do género e da informação fornecida pelo médico sobre a ressonância magnética, na ansiedade percebida pelo doente

Resumo

O presente estudo tem como objetivo comparar o conhecimento prévio que homens e mulheres detêm sobre a RM, tal como, a ansiedade que experienciam antes e depois da realização deste exame radiológico. Pretende ainda, analisar a relação das duas variáveis com a idade e a escolaridade dos pacientes. Os dados foram recolhidos através das sub-escalas de ansiedade e *stress* da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS; Pais-Ribeiro et al., 2004), previamente validadas para o contexto hospitalar por Semedo et al. (2020). Participaram neste estudo 149 pacientes, que pela primeira vez realizavam um exame de RM, com idades entre os 18 e os 86 anos. Realizaram-se comparações de médias, com de *t-Student* e a análises de correlações, através dos coeficientes de *Pearson* e de *Spearman*. Os resultados evidenciaram diferenças de género significativas face à ansiedade percebida antes e depois da RM. Relativamente ao conhecimento prévio, não se verificaram diferenças significativas. Quanto à idade e à escolaridade dos pacientes, também se verificaram diferenças significativas, mas apenas na ansiedade percebida depois de RM.

Palavras-chave: Conhecimento Prévio, Ansiedade, Género, Ressonância Magnética, Comunicação.

The effect of gender and information provided by the physician about MRI on patient's perceived anxiety

Abstract

The present study aims to compare the prior knowledge that men and women have about MRI, such as the anxiety they experience before and after performing this radiological exam. It also intends to analyze the relationship of the two variables with the age and education of patients. Data were collected using the anxiety and stress subscales of the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS; Pais-Ribeiro et al., 2004), previously validated for the hospital context by Semedo et al. (2020). A total of 149 patients, who were undergoing an MRI examination for the first time, aged between 18 and 86 years, participated in this study. Comparisons of means, with t-Student and analysis of correlations, using *Pearson* and *Spearman* coefficients were performed. The results showed gender differences relevant to the anxiety perceived before and after MR. Regarding prior knowledge, there were no relative differences. As for the age and education of patients, there were also differences, but only in the anxiety perceived after MRI.

Keywords: Prior Knowledge, Anxiety, Gender, Magnetic Resonance Imaging, Communication.

Índice

1. Introdução e Enquadramento Teórico	1
1.1 A Ansiedade	2
1.1.2. A Ansiedade em Ressonância Magnética	3
1.2. Informação Prévia dos pacientes acerca da Ressonância Magnética	6
1.3. Género e busca de informação em medicina.....	12
1.3.1. Efeito do género do médico sobre o paciente.....	14
1.3.2. Efeito do género do paciente sobre o médico.....	15
2. Método.....	17
2.1. Design do Estudo	17
2.2. Participantes	18
2.3. Instrumentos	19
2.3.1. Questionário Sociodemográfico	19
2.3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).....	19
2.3.3. Escala de Conhecimento Prévio	20
2.4. Procedimento.....	20
3. Resultados.....	22
3.1. Género	22
3.2. Idade	23
3.3. Escolaridade	24
4. Discussão	26
4.1. Conclusão	28
4.2. Limitações e estudos futuros.....	29
Referências	30
Anexos	36
Anexo A – Consentimento Informado.....	37
Anexo B – Questionário Aplicado antes da RM	38
Anexo C – Questionário aplicado depois da RM.....	39

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Variáveis sociodemográficas da amostra</i>	18
Tabela 2. Distribuição dos participantes por tipo de exame realizado.	18
Tabela 3. Média e desvio-padrão do género face à ansiedade percebida e ao conhecimento prévio auto-referido.....	22
Tabela 4. Teste t para comparação da ansiedade percebida face género e ao conhecimento prévio auto-referido.....	23
Tabela 5. Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo.....	23
Tabela 6. Correlações de Spearman entre o nível de escolaridade e a ansiedade.	24
Tabela 7. Correlações de Spearman entre o nível de escolaridade e o conhecimento prévio auto-referido.	25

1. Introdução e Enquadramento Teórico

Com a presente dissertação, pretende-se investigar o efeito do género no conhecimento prévio sobre o exame de ressonância magnética (RM) e na ansiedade percebida em pacientes submetidos a esse exame. Define-se como conhecimento prévio, o conhecimento que cada paciente detém sobre um exame de RM antes de o realizar pela primeira vez, bem como, a informação que procurou saber ou recebeu na consulta com o médico requisitante da RM.

Ainda que um exame de RM seja um exame não invasivo, considerado indolor, e tenham sido realizados mais de 80 milhões no mundo, cerca de 25% dos pacientes apresentam moderada ansiedade durante a sua realização, sendo essa ansiedade despoletada pelo medo do desconhecido, pelo medo de estar em locais fechados (claustrofobia), e apreensão sobre o resultado do exame (Raman, 2015).

A ansiedade não é sentida por todos os pacientes, nem é sentida com a mesma intensidade ao longo de todo o exame. Os níveis de ansiedade tendem a ser mais elevados no início da RM, e propendem a diminuir ao longo do exame, independentemente de antes do exame se mostrarem ou não mais ansiosos (van Minde, Klamming & Weda, 2014).

Contudo, existem métodos baseados em evidências que reduzem a ansiedade, que passam por incluir o fornecimento de informações preparatórias e abordagens psicológicas (Forshaw et al., 2018).

Essas informações preparatórias, devem-se em grande parte à comunicação entre os médicos prescritores do exame e os pacientes, antes da realização da RM. Assim, a relação médico/paciente está cada vez mais estudada e tem despoletado interesse aos investigadores, desejando-se que esta possa ser caracterizada por cuidados emocionais e cognitivos, com maneiras cordiais, amigáveis e tranquilizantes, sempre bastante positiva, tornando-se mais favorável ao paciente (Riedl & Schüßler, 2017).

Assim, este estudo apresenta-se constituído por três partes, sendo a primeira composta pela introdução e pelo enquadramento teórico, dividido em três capítulos. No primeiro capítulo procurou-se fazer um pequeno enquadramento sobre a ansiedade e da mesma como um efeito na realização do exame de ressonância magnética. No segundo capítulo, focamos na informação prévia, através da comunicação como meio fundamental de transmissão de informações. Por último, no terceiro capítulo fazemos um enfoque nas

diferenças consoante o género, quer na pesquisa de informações, quer no comportamento comunicacional dos profissionais de saúde e dos pacientes.

A segunda parte, constituída pela componente prática da investigação, compreende o estudo empírico, englobando os objetivos do estudo, os instrumentos, os/as participantes e os procedimentos gerais. Na terceira e quarta partes, apresentam-se respetivamente, os resultados obtidos, e a sua discussão, que reflete a contribuição específica do estudo, e uma reflexão acerca das limitações encontradas, com sugestões para futuras investigações.

1.1. A Ansiedade

O conceito de ansiedade tem sido cada vez mais abordado, faz já parte da linguagem comum no quotidiano. Contudo, até ao final do século XIX pouco era falado, e pouca importância lhe era dada. Até aí, era definida como uma “angústia”, uma “incerteza aflitiva” e ainda um “desejo ardente”, sendo por isso, um termo utilizado na gíria em situações confundidas com o stress e o medo (Serra, 1980). Atualmente, é caracterizada por ser um sintoma psiquiátrico e/ou uma reação emocional não necessariamente patológica, que surge associada a diversos fatores, acontecimentos e contextos de vida. Por norma, é composta por uma combinação variada, quer de sintomas físicos, quer de pensamentos negativos e de alterações do comportamento (Barcellos et al., 2017).

Apesar de ser inicialmente confundida com o medo, a ansiedade é a emoção mais variável, já que pode mudar ao longo do tempo ou de acordo com situações potencialmente desencadeadoras, sendo deste modo, mais difícil de definir. Tal como o medo, que pertence ao sistema defensivo do ser humano, a ansiedade é ativada por situações que são ameaçadoras para o indivíduo, ou que apenas provoquem a sensação de perigo, não sendo totalmente real, funcionando como um mecanismo de proteção (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Assim, funciona, como um mecanismo biológico que um indivíduo utiliza para proteção quando está perante uma ameaça, desencadeada pela expectativa real ou não, de algo que pode colocar em perigo a sua sobrevivência ou bem-estar, provocando alterações no Sistema Nervoso Autónomo.

Considera-se uma reação normal até que provoque sofrimento e afete o normal desenvolvimento da vida quotidiana dos indivíduos (Santana & Bião, 2018).

1.1.2. A Ansiedade em Ressonância Magnética

Qualquer que seja a especialidade ou exame médico, em todos se encontram situações propícias a que um indivíduo vivencie um episódio ansioso ou que a ansiedade tenha um papel influente. Não é de hoje que esta situação se constata, Meltzer (citado por Serra, 1980), referia que a maioria dos pacientes que consultavam um médico, devido a sintomas do foro cardíaco, não sofriam de alguma doença, mas sim de ansiedade (Serra, 1980). Também num estudo realizado num centro de saúde, visando os utentes que iam a uma consulta, se demonstrou que 20 a 30% apresentavam níveis bastante elevados de ansiedade (Apóstolo, Ventura, Caetano & Costa, 2008). Pacientes que aguardam procedimentos de diagnóstico, manifestam igualmente sintomas relacionados com a ansiedade. Por sua vez, nas últimas décadas tem havido um crescente pedido de exames radiológicos, graças ao aumento da esperança média de vida da população, culminando num aumento de rastreios e de prevenção de doenças (Re, De Luca, Muscarneri, Dorangricchia, Picone, Vernuccio & Russo, 2016).

De entre os exames radiológicos, a ressonância magnética (RM), está associada a níveis de ansiedade em muitos dos pacientes que a ela são submetidos. O exame de ressonância magnética é um exame radiológico indolor e que não utiliza radiação ionizante, permitindo a aquisição de dados de imagem das características internas físicas e químicas do corpo humano (anatomia, fisiologia e fisiopatologia de órgãos internos), através da medição externa dos sinais do aparelho, não sendo por isso, uma técnica invasiva (Prezado, 2017).

No entanto, na maioria dos exames de RM, a cabeça e o corpo do paciente estarão no interior do túnel de um *scanner* médio com 2 metros de largura, 2 metros de altura e 2,5 metros de comprimento, existindo a necessidade de permanecer imóvel e realizar variadas vezes períodos de apneia. Estes aspetos podem condicionar o bem-estar do paciente, provocando ansiedade (Landini, Positano & Santarelli, 2005). É reportando na literatura que até 37% dos pacientes apresentaram níveis moderados a altos de ansiedade, sendo estes valores no início do exame, momento em que a mesa de ressonância magnética se move até ao *scanner*, e depois acaba por diminuir ao longo do exame (van Minde, Klamming & Weda, 2014). Neste caso, teme-se a incerteza do procedimento, os seus resultados e as possíveis consequências (Re et al, 2016).

A incerteza e a preocupação relativas à RM levam a uma ansiedade como uma adaptação fisiológica primária, que pode vir a resultar numa reação normal como também uma possível reação patológica, provocando um distúrbio psicológico. Ambas podem ser consideradas de ansiedade aguda ou crónica. Quando se fala em ansiedade aguda, aborda-se aquela que é sentida em momentos críticos, como a duração do exame, o modo de proceder durante o mesmo, o momento enquanto aguarda por informações e resultados, e também, nos tratamentos (cirurgias, quimioterapias ou radioterapia) e ainda, quando o paciente é informado sobre o retrocesso da sua doença. Este tipo de ansiedade pode assumir dois tipos de sintomas: os sintomas psicológicos e os somáticos. Tal como o nome indica, os psicológicos passam pela preocupação com a saúde, consequentemente a familiares e amigos, já os somáticos manifestam-se através de hiper-ativação do sistema nervoso central, revelando alguma inquietação motora, tremores, cefaleias, distúrbios do sono, sintomas autonómicos (sudorese, por exemplo), boca seca, tonturas, urgência urinária e sintomas gastrointestinais, entre outros.

Por sua vez, quando se aborda a ansiedade crónica, esta pode-se evidenciar em variados cenários clínicos, como a ansiedade generalizada, a fobia simples e social. Os pacientes que aguardam e realizam RM podem sentir esta experiência com um grau de ansiedade diferente para cada um deles (Re et al, 2016).

Almutlaq (2018), apresenta como causas para esta ansiedade, a claustrofobia, a posição de execução do exame, o ruído acústico provocado pelo *scanner* e a preparação inadequada. A claustrofobia é uma das formas mais graves de ansiedade, e uma das causas mais comuns de apreensão entre os pacientes submetidos a RM. 37% dos pacientes demonstraram sofrer em algum momento do exame de RM, claustrofobia, revelando não só medo de estar confinado, mas também pelo que pode acontecer nesse espaço. Assim, foi possível definir a claustrofobia como uma expectativa negativa resultante de estar num espaço limitado, envolvendo dois elementos: o fator imobilização, presente em todos os exames de RM, já que o paciente necessita de permanecer imóvel, e a sensação de confinamento num espaço limitado, com redução de ar respirável (Almutlaq, 2018). Quanto à posição de execução do exame, esta pode ser efetuada de duas formas, no caso de exame neurológico, o paciente é colocado em posição “*head-first*”, ficando o corpo totalmente dentro do túnel. No caso de exame de tipo pélvico ou abdominal, é colocado na posição “*feet-first*”, que é o inverso da anterior. Vários estudos demonstraram que os

pacientes revelavam mais ansiedade e claustrofobia, quando a realização se procedia da primeira forma, ou seja, quando é a cabeça que avança primeiro no *scanner* (Almutlaq, 2018).

Outra das causas apresentadas é o ruído. Do *scanner* surge um ruído significativo que afeta as emoções dos pacientes. De tão elevados, tendem a gerar um impacto negativo nesta experiência e a gerar ansiedade, sendo por vários pacientes considerado um barulho inaceitável à realização do exame (Almutlaq, 2018).

Também por norma uma preparação insuficiente tende a fazer aumentar a probabilidade de um paciente sentir ansiedade. Esta preparação inadequada, passa pela pouca informação que é fornecida anteriormente sobre o *scanner*, sobre os procedimentos necessários durante o exame, e ainda sobre a duração do mesmo (Almutlaq, 2018).

Toda esta ansiedade sentida, provoca algumas consequências. Inicialmente, pode alterar a qualidade das imagens recolhidas, de modo negativo. A capacidade de o paciente permanecer imóvel, influencia de modo significativo a qualidade das imagens, já que qualquer movimento provoca alterações na imagem e, conseqüentemente, o médico radiologista, não conseguirá realizar um relatório fidedigno. Outra consequência, passa pela não conclusão do exame, ou seja, a reação de ansiedade é tão elevada que não permite o paciente chegar ao fim. Alguns estudos mostraram que pacientes que se mostrem inquietos durante os primeiros minutos, tendem a não terminar. Esta é uma consequência que posteriormente acarretará ainda outras, já que muitos exames não terminados acarretam perdas financeiras, atrasos no diagnóstico, e resultados médicos inconclusivos, o que poderá conduzir a um atraso no tratamento, se necessário. Também a não comparência, é considerada uma consequência, já que priva o paciente de ter acesso ao exame e beneficiar de um diagnóstico mais rápido e eficaz (Almutlaq, 2018).

Forshaw et al. (2018), no seu estudo, revelaram que 72% dos radiologistas relataram que a ansiedade é um problema para os seus pacientes de RM. Um outro estudo, veio abordar a questão da posição do paciente durante a RM e revelou que a taxa de pacientes que não terminam a RM, é mais elevada nos que analisam cérebro, pescoço e tórax, e menor nos que envolvam abdómem, pélvis, e membros inferiores. É perceptível que nos exames em que a taxa de não-finalização é menor, se deve ao facto de a parte superior do corpo ser mantida fora do scanner (Munn, Moola, Lisy, Riitano & Murphy, 2015). Woolen et al., (2018), constataram que o facto de terem de esperar pelo resultado

do exame, provoca um estado mental negativo (20%), tendo 38% dos participantes afirmado que lhes gerou ansiedade.

1.2. Informação Prévia dos pacientes acerca da Ressonância Magnética

Com origem no latim *cognitio*, que significa aprender, é a atividade em que o indivíduo toma perceção dos dados que experienciou e os tenta compreender e explicar a si e aos outros. É o ato de pensar em entrar em contacto com um objeto que é exterior a si próprio. Desse modo, é o elo que estabelece a relação entre o indivíduo que é pensante e o objeto que foi pensado. Por outras palavras, é a capacidade de conhecer, é o domínio teórico e/ou prático de determinada área ou função, é informação e experiência (*conhecimento* in Dicionário Infopédia, 2020). Assim, conhecer é saber ou obter domínio de uma determinada área ou tema, quer pelos sentidos, quer pelo contacto com o que se quer aprender, envolvendo experiências individuais e/ou com outros, essencialmente através da comunicação, seja ela de que modo for executada (Becker, 2008). Mas construir conhecimento também está dependente do modo como cada indivíduo aprende, como recebe a informação, como a retém e como a transforma (Martins, Moura & Bernardo, 2018).

O conhecimento quando focado na área da saúde, passa em grande parte por comunicação, quer pela comunicação paciente-médico-paciente, quer pelas tecnologias de informação, porque estas cada vez mais fornecem informações médicas. A relação entre as capacidades para comunicar e os temas da saúde tem sido reconhecida como de grande importância, derivado da crescente necessidade de o público receber informações que possam fazer com que melhor entendam o funcionamento dos programas de saúde, informando-se melhor sobre as patologias que os afetam, diretamente ou não (Bertol, 2018).

Desse modo, foi sugerido que uma nova disciplina do saber da saúde nascesse, sendo ela a comunicação em saúde, definida como qualquer tipo de comunicação humana desde que relacionada com a saúde. Enriquecida por diferentes contribuições, e criado vários níveis de comunicação, salienta que a comunicação deve ser a nível interpessoal, grupal, intercultural, mediática e organizacional (Bertol, 2018).

Na comunicação em Saúde são citados como níveis tradicionais de comunicação, o nível interpessoal, comportamental, emocional, relacional, apoio e suporte, organizacional, marketing, redes sociais e difusão de informação. Nestes níveis está

subentendida a ideia de que a comunicação deve ser pensada através de esquemas e modelos interpessoais, grupais, interculturais, media e organizacionais. Contudo, o esquema que deve ser tido em conta primeiramente no contexto médico, é o da comunicação interpessoal, a comunicação médico-paciente, médico-enfermeiro, enfermeiro-paciente e médico-família (Bertol, 2018).

As falhas neste tipo de comunicação são em média responsáveis por 60% das ocorrências negativas e, em radiologia, são particularmente comuns, e uma das causas de negligência médica, e de insatisfação entre os médicos encaminhadores. Estas, são consequência do estado atual de sobrecarga de dados, ou seja, de exames e outras técnicas. Por consequência o radiologista tende a delegar a responsabilidade de se comunicar com os pacientes a terceiros, como é o caso dos assistentes operacionais ou enfermeiros, mas que não possuem muitas vezes o conhecimento detalhado e o melhor entendimento das técnicas executadas (Reiner, 2013).

Os maiores problemas de comunicação relatados pelos pacientes ao longo dos tempos, passam por duas grandes falhas. A primeira é a falta de habilidades comunicacionais ou a quebra no uso das mesmas ao longo do acompanhamento do paciente e da sua problemática; a segunda é o facto de continuar a persistir um modelo terapêutico de comunicação assimétrico, que impede o paciente de se comunicar e de compreender informações-chave sobre a sua situação (Popa-Velea & Purcărea, 2014).

Um modelo de comunicação assimétrico, traz algumas consequências no desempenho das funções dos profissionais de saúde, conduzindo a uma tendência para julgar e criticar, impedindo o desenvolvimento positivo, de confiança terapêutica, bem como, levando ao surgimento de opiniões sancionatórias do comportamento, quando o paciente não se comporta como seria expectável para o profissional de saúde, e ainda levando à negligência das diferenças socioculturais. Porém, os profissionais encontram nos pacientes também algumas particularidades que dificultam o estabelecimento de relação e comunicação. É o caso das próprias características da patologia ou problemática, bem como as características individuais do próprio paciente, como a personalidade, as variáveis demográficas e o contexto sociocultural (Popa-Velea & Purcărea, 2014).

Os erros de comunicação mais frequentemente envolvidos em radiologia (87%), ocorrem entre o médico de radiologia e o médico de referência, bem como, entre o médico

e o técnico de radiologia. No estudo de Siewert, Brook, Hochman e Eisenberg (2016), em que pretendiam analisar o impacto dos erros de comunicação no atendimento ao paciente, na sua satisfação e na eficiência do fluxo de trabalho, os autores reportaram que os erros acontecem nas várias etapas de comunicação, desde o pedido do exame, ao seu agendamento, passando pela realização do exame e por último, pela interpretação do mesmo.

Para muitos pacientes, a falta de informação e, por sua vez, de conhecimento sobre o exame, traduz-se na presença ou num aumento acentuado da ansiedade perante o momento vivido, que trazem consequências quer para a sua saúde quer para a instituição clínica em questão. Por exemplo, em casos de ansiedade severa, o cancelamento e a interrupção do procedimento atrasam o diagnóstico e aumentam os custos associados, tendo também consequências psicológicas que provocam maus resultados nos exames e, por sua vez, má interpretação dos mesmos (Raman, 2015).

Um bom método de comunicação pode trazer vários benefícios para todas as partes envolvidas na ação, como por exemplo, facilitar a descrição de sintomas, que leva a uma conseqüente maior precisão do diagnóstico e a uma melhor compreensão das prescrições médicas. Também permite oferecer um instrumento que possa detetar os estados emocionais, de modo a ser orientado da melhor forma possível, para não sofrer conseqüências desses estados, pois para além de os detetar, permite também identificar as necessidades, conhecimentos, preocupações e fomentar a inclusão do paciente na tomada de decisões (Popa-Velea & Purcărea, 2014).

Consequentemente, estes benefícios promovem a relação entre profissionais de saúde e pacientes e conduzem a um aumento da perceção de qualidade dos cuidados de saúde, bem como um melhor estabelecimento de diagnóstico e prevenção de erros de diagnóstico (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes 2010).

Porém, não podemos falar de comunicação sem falarmos na relação entre profissionais de saúde e doentes. Focando na relação médico-paciente, esta consiste essencialmente na troca de informações, sendo estas um recurso de ambas as partes. O estudo de Beisecker e Beisecker (1990), mostrou que os pacientes expressam um forte desejo por obterem informações médicas, mas estão menos dispostos a assumir a responsabilidade perante a tomada de decisões, dirigindo-a para os médicos. Na interação com estes, os pacientes apresentam, em média, taxas muito baixas de comportamentos de

procura de informações. São as variáveis situacionais que explicam o comportamento da comunicação pela procura de informações ao invés das atitudes e características sociodemográficas dos pacientes.

A comunicação entre médico-paciente é a ferramenta mais importante para criar, aceder e trocar informações sobre saúde, mas é também o fator determinante para que os pacientes tenham uma maior adesão aos meios de diagnóstico e tratamento (Gáspárik & Vass, 2014).

Este tipo de comunicação e o seu relacionamento têm sido descritos com base em “cuidados emocionais e cognitivos”, essencialmente por terem “maneiras cordiais, amigáveis e tranquilizantes” e com transferência de “informações positivas sobre o tratamento”. Na revisão sistemática realizada por Reidl e Schübler, (2017), estes verificaram que o cuidado emocional e cognitivo são dissolvidos num conjunto de tarefas de comunicação e de relacionamento, sendo estas a construção envolvida de empatia, a recolha de informações com a perspetiva do paciente e o acordo e a tomada de decisões partilhadas.

Nessa revisão, demonstraram também que uma modificação nas relações paciente-profissional pode ter efeitos positivos no estado de saúde. O fornecimento aprimorado de informações e a educação adequada, não apenas melhoram diretamente o estado de saúde dos pacientes, como também influenciaram positivamente o seu comprometimento com a saúde, bem como, a qualidade de vida. Ao contrário da opinião comum, os médicos treinados não necessitam de mais tempo nesta interação com os seus pacientes para obter melhores informações e resultados. No estudo de Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer e Greitemann (2010), é demonstrado que embora os médicos possam ter boas capacidades para estabelecer relacionamentos emocionais, geralmente não têm a capacidade para informar e motivar. Os doentes, quando questionados sobre as suas preferências, classificaram a comunicação aberta como o aspeto mais importante na sua relação. Já Moffat, Cleland, van derMolen e Price (2006), evidenciaram que a comunicação insuficiente poderia levar à subestimação da gravidade da doença, e por isso, a alguma negligência e sensação de maus tratos.

Por outro lado, também os profissionais de saúde apontam pontos negativos nesta relação. Snow, Humphey e Sandall, (2013), apontaram que, quer médicos, quer enfermeiros, consideraram inadequados os pacientes que detêm um maior conhecimento

sobre saúde, uma vez, que tendem a contestar com mais frequências as decisões dos profissionais.

Contudo, este conhecimento excessivo tende a ajudar as famílias e os cuidadores, quer no apoio dado, quer no entendimento da situação (Reidl & Schüßler, 2017).

No estudo de Aminololama-Shakeri et al. (2019), quase um quarto dos profissionais relatou que se sentem desconfortáveis quando têm de contactar com um paciente irritado ou frustrado, o que se torna uma barreira à comunicação. Apesar de a maioria se sentir confortável em comunicar, apontam que melhorar a comunicação levaria a uma maior satisfação por parte dos pacientes.

Nos últimos anos, os médicos têm sido instruídos a partilhar informações e pedem para que os próprios pacientes procurem informações médicas e participem ativamente nos seus cuidados e processos. Czaja, Manfredi e Price (2003), definiram três grupos a estudar, com diferentes comportamentos na procura de informações. Por norma, foram as características demográficas e sociopsicológicas que distinguiram os grupos. Assim, constataram que no geral os mais velhos revelaram menos probabilidade de querer envolvimento e de proatividade, e foram também os indivíduos que menos experienciaram uma redução de stress e que demonstraram menos probabilidade de procura por uma segunda opinião. Já indivíduos com um mais alto nível de educação, revelaram níveis mais altos de stress perante o momento de diagnóstico, mas por sua vez, sentiam-se mais à vontade para questionar os profissionais, e receberam respostas mais claras para as suas perguntas, logo, encararam como uma atitude positiva a postura dos profissionais, que os incentiva a procurar, a querer saber mais e, por isso, muitas vezes a busca por uma segunda opinião. Constataram também que indivíduos do género masculino têm menor familiaridade com o sistema médico, e procuram menos informações e tendem a preferir não se envolver nas decisões médicas, sendo por isso, considerados passivos.

As diferenças perante estes três grupos refletem assim as crenças e comportamentos de três grupos bem distintos na população, que são primeiramente, pacientes que têm forte desejo de informação e de envolvimento na tomada de decisões sobre os seus cuidados, em seguida, pacientes que desejam informações, mas que preferem delegar a maioria das informações para os profissionais, e por último, pacientes

que entregam a procura de informações e a tomada de decisões apenas aos profissionais (Czaja, Manfredi, & Price, 2003).

Os médicos propõem cada vez mais a procura de informações sobre saúde por parte dos pacientes, para que estes possam ter um papel mais ativo nas decisões relacionadas com o seu estado. No entanto, para que tal aconteça, existe uma pré-condição bastante relevante, que é a literacia em saúde, ou seja, as competências para encontrar e conseguir avaliar a qualidade das informações. A internet representa atualmente uma forte fonte de pesquisa, podendo as referidas competências provocar um aumento nas desigualdades em saúde (Bauman, Czerwinski & Reifegerste, 2017).

Apesar do treino de capacidades de comunicação nas faculdades de medicina, os médicos mais novos tendem a demonstrar capacidades de comunicação fracas para com o paciente. Kee, Khoo, Lim e Koh (2017), encontraram quatro temas e nove subtemas de queixas dos pacientes face aos médicos. O primeiro grande tema faz referência às competências comunicacionais não verbais, como o contacto visual, a expressão facial e a para-linguagem. O segundo tema aborda as competências comunicacionais verbais, através da escuta ativa e da escolha inapropriada de palavras. Depois, também o conteúdo das informações a comunicar, através de informação inadequada, é considerado pobre e de má qualidade e, por último, as atitudes, tidas como fracas, como falta de empatia e de respeito.

Hyde, Mackenzie, Boyes, Evans, Symonds e Sanson-Fisher (2018), analisaram a capacidade de resposta às preferências de informação, como chave para um atendimento de alta qualidade, questionando-se se o fornecimento de informações era centrado no paciente, considerado essencial para um atendimento de alta qualidade. Questionaram-se ainda se esse fornecimento variava de acordo com o subgrupo de pacientes. Por último, pretenderam saber se o fornecimento de informações preparatórias antes dos procedimentos de recolha de imagens médicas era centrado no paciente, permitindo a antecipação do que estava por vir (aspetos sensoriais, psicossociais e comportamentais) e assegurando a normalidade do procedimento.

Obtiveram-se treze itens de ausência de conteúdo informativo preparatório mais prevalentes. Estes itens remetem-nos para conteúdos comportamentais, procedimentais, sensoriais e psicossociais. Assim, foram identificadas questões temporais de entrega de resultados e de duração do exame, riscos associados à sua execução, possibilidade de se

sofrer de claustrofobia, sentir medo ou ansiedade bem como, aspetos sobre a realização do próprio exame (Hyde, et al., 2018).

No estudo de Baker e Watson (2015), investigaram-se duas abordagens: a teoria de acomodação da comunicação, que postula que o ser humano tem em si acomodada a competência da linguagem, e que esta se expressa através do grupo social em que está inserido, e a abordagem que se baseia no princípio da disposição do paciente para comunicar intencionalmente, levando a que as pessoas falem em conteúdos da saúde.

Pretendeu-se analisar a segunda abordagem tendo em conta o uso da primeira. Assim, constataram que pacientes menos ansiosos se sentem mais competentes e percebem o contexto comunicativo positivamente, logo têm uma maior disposição, que contudo, pode sofrer alterações fora deste contexto. A maior disposição do paciente foi considerada um preditor de satisfação. Por fim, também relataram que a utilização de determinados conceitos e expressões, como uma ligeira mudança de olhar, provoca algumas mudanças de sentimentos, experienciando os pacientes um comportamento rude ou agressivo por parte dos profissionais ou sentindo-se ignorados ou menosprezados (Baker & Watson, 2015).

1.3. Género e busca de informação em medicina

Os pacientes são cada vez mais proactivos na busca por informações de saúde, de modo a melhor se informarem sobre as possíveis escolhas em relação aos seus cuidados de saúde (Bauman, Czerwinski & Reifegerste, 2017).

Na busca por informações de saúde, indivíduos do sexo feminino utilizam mais frequentemente a Internet do que do sexo masculino, apesar de ser um dado sem significância estatística. Os canais ou serviços de Internet utilizados pelos dois géneros diferem. Indivíduos do sexo feminino tendem a utilizar mais fóruns e blogues do que os homens, que por sua vez, utilizam mais aplicações de saúde, com registo e controlo de dados individuais. Estas informações estão relacionadas com a competência digital percebida pelos homens, sentindo-se as mulheres mais ansiosas com as tecnologias, e também com as motivações que cada género para a utilização da Internet: as mulheres usam-na mais pela procura de informações de saúde e os homens por questões sociais e de prazer (Bidmon & Terlutter, 2015).

Também Ek (2013), encontrou no seu estudo com população finlandesa, que as mulheres estão significativamente mais interessadas nas informações, demonstrando mais

pesquisa ativa do que os homens, quer através da Internet, quer de familiares, amigos e colegas. Esta informação pode estar relacionada com o estereótipo da mulher de família, e das tarefas que lhe estão subjacentes, fazendo a saúde parte das suas responsabilidades.

Existem assim diferenças entre o comportamento de procura de informações consoante os géneros, como nível de proatividade, as necessidades de cada um, e como tendem a ser suprimidas. O aumento do uso da Internet, aparenta estar relacionado com a facilidade de acesso, conveniência e privacidade, e pelo facto de os profissionais de saúde não suprimirem todas as necessidades dos pacientes em termos de informação. Contudo, a maior procura por informação pode trazer repercussões nas habilidades dos profissionais de saúde identificarem e abordarem quaisquer dificuldades que os pacientes possam ter quanto à compreensão das informações sobre saúde e medicina. Mas também o género dos profissionais de saúde e dos pacientes/consumidores de Internet pode ter uma influência importante na troca de informações (Tong, Raynor & Aslani, 2014).

A Internet representa uma fonte cada vez maior e com mais importância para a área da saúde, encontrado-se diferenças quanto ao género, quer na quantidade de pesquisa que é realizada, quer na temática da procura. Quer isto dizer que, as mulheres que estiveram mais sensíveis a questões de saúde comparativamente com os homens, também tendem a pesquisar mais informações, e os homens tendem a utilizar a Internet de modo social apesar de ambos terem opção de igual acesso online (Bauman, Czerwinski & Reifegerste, 2017).

Uma boa comunicação entre médicos e pacientes é crucial para uma maior satisfação e uma saúde de alta qualidade. A motivação dos médicos e a qualidade da comunicação é fortemente motivada pelas características individuais, tomando em consideração que, para que esta seja de boa qualidade, deve existir um envolvimento de ambas as partes, focado numa interação mais eficiente para melhores resultados. Contudo o género, tal como outras variáveis, é um dos fatores que determinam a comunicação, já que em vários estudos se constata diferenças nos estilos de comunicação entre homens e mulheres (Brink- Muinen, 2002; Gáspárik & Vass, 2014).

Esta, trata-se geralmente de uma relação assimétrica, sendo considerada a existência de quatro estilos prototípicos de interação. O primeiro é designado por paternalismo e refere-se ao estilo de interação em que o médico assume o controlo na relação, e o paciente tem uma postura e atitude passiva, não estando por isso, envolvido

em nenhuma fase do seu acompanhamento. O segundo estilo, denominado de consumista, diz respeito à situação em que o paciente assume controlo do seu acompanhamento e apenas de informações médicas. O terceiro, o estilo padrão, preconiza que ambos os intervenientes têm pouco poder, logo nenhum deles assume o controlo. Por último, e mais igualitário, o estilo mutualidade, reflete a existência de um controlo entre ambos, igualitarismo e partilha, sendo um processo discutido e construído a dois (Carrard & Mast, 2016).

1.3.1. Efeito do género do médico sobre o paciente

A revisão de literatura de Carrard e Mast (2016), traz-nos muitas informações quanto ao género e à sua influência na relação médico-paciente.

O género dos médicos também parece afetar o modo como estes se comportam e interagem com os pacientes, os quais, por sua vez, também reagem diferentemente perante médicos de géneros diferentes (Carrard & Mast, 2016).

Um dos efeitos do género do médico sobre o paciente, é a duração das consultas médicas, sendo esta, mais duradoura quando com médicos do sexo feminino do que quando com médicos masculinos (Roter e Hall, 2004 citado por Bertakis, 2009). Neste sentido, também médicos do sexo feminino passam mais tempo com pacientes do sexo feminino, enquanto passam menos tempo com pacientes do sexo masculino, podendo, no entanto, estar associado ao estado de saúde dos pacientes (Bertakis, 2009; Lunn, 1998).

Médicos do sexo masculino são mais assertivos, dão mais conselhos médicos e mais explicações, por outro lado, médicos do sexo feminino têm maior probabilidade de fornecer informações mais objetivas, de encorajarem positivamente os pacientes e de criarem uma relação de parceria, explorando por isso, mais a doença, sendo mais empáticas e demonstrando simpatia (Lunn, Willjams, James, Weinman & Newma, 1998; Bertakis, 2009; Noro, Roter, Kurosawa, Miura & Ishizaki, 2018).

Por sua vez, o comportamento do paciente também difere consoante o género do médico. Pacientes que consultaram médicos do sexo feminino predisuseram a expressarem uma comunicação mais positiva, em maior quantidade e forneceram mais informações psicossociais (Carrard & Mast, 2016).

Também, médicos do sexo feminino demonstraram mais centralidade no paciente, embora isso não tenha impactado positivamente numa maior satisfação dos pacientes, já

que existe uma diferença muito pequena na comparação de género dos médicos (Hall, Blanch-Hartigan e Roter, 2011, citado por Carrard & Mast, 2016).

1.3.2. Efeito do género do paciente sobre o médico

O género do paciente também influencia a comunicação, e por sua vez, o comportamento do médico (Carrard & Mast, 2016).

Os médicos tendem a fazer mais perguntas a pacientes do género feminino do que do masculino, sobre o que pensam e sentem, recebendo também os pacientes femininos, mais declarações emocionais. Os médicos fornecem mais informações a pacientes do género feminino e falam de modo mais calma e menos dominante do que quando pacientes do género masculino, no entanto, também é com pacientes do género feminino, que os médicos expressam mais discordância, utilizam um tom de voz mais entediado e interrompem mais vezes o dialogo do paciente (Hall e Roter, 1995, 1998; Stewart, 1983; Wallen et al., 1979, Hooper, Comstock, Goodwin e Goodwin, 1982; Hall et al., 1994; Rhoades et al., 2001; citados por Carrard & Mast, 2015; Noro, Roter, Kurosawa, Miura & Ishizaki, 2018).

Os médicos utilizam uma comunicação mais centrada no paciente, quando com pacientes do género feminino, sendo de esperar que estas demonstrassem mais satisfação na interação durante a consulta médica, mas à semelhança do caso do género do médico, não há influencia significativa do género do paciente na satisfação (Hall & Dornan, 1990; Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards e Chandola, 2002; Caramanchão, & Hann, 2002; citados por Carrard & Mast, 2016).

Numa consulta médica também a composição sexual da díade afeta os comportamentos e os resultados. Numa díade totalmente masculina, existe menos coordenação entre paciente e médico, e é também a díade que obteve menor classificação face à inclusão do paciente no processo de tomada de decisões, e são ainda, caracterizadas por maior quantidade de tempo de fala do médico comparando com o paciente (Carrard & Mast, 2016). Estas características podem estar relacionadas com a masculinidade, que é associada a um crescimento do stress e diminuição dos comportamentos de procura de ajuda, e pela preferência por um médico de género masculino (Himmelstein & Sanchez, 2015).

Perante uma díade totalmente feminina, comprovou-se existir maior reciprocidade, mais centralização na paciente e uma maior coordenação de comportamentos, sendo caracterizada por uma igualdade na quantidade de tempo de fala (Carrard & Mast, 2015).

Quanto a uma díade de médico do género masculino com paciente do género feminino, existe pouca literatura, mas mesmo assim, foi a díade que demonstrou menor centralização no paciente (Law e Britten, 1995, citado por Carrard & Mast, 2016).

Por último, quanto a uma díade de médico de género feminino com paciente masculino, esta revelou que a médica utiliza menos linguagem técnica, sorri mais e utiliza um tom de voz mais dominante do início da consulta e mais amigável no fim e, por sua vez, o paciente revela-se entediado e mais concordante. É uma díade caracterizada por comportamentos mais discordantes, refletindo algum desconforto sentido na interação por ambos os parceiros, numa situação em que uma mulher tem um papel de maior poder em frente a um homem com um papel de menor poder, desafiando por isso os estereótipos associados ao género (Carrard & Mast, 2016). Tal reflete as assimetrias ainda existentes na classe médica, apesar do aumento da feminização da profissão e das especializações médicas (Cardim & Vara, 2017).

Face à revisão de literatura apresentada, o principal objetivo desta dissertação é comparar a informação fornecida pelos médicos que homens e mulheres percebem receber antes de realizar a RM, bem como, a ansiedade que experienciam antes e depois da realização deste exame radiológico. Pretende ainda analisar a relação destas duas variáveis com a idade e a escolaridade dos pacientes.

2. Método

2.1. Design do Estudo

Este estudo foi desenvolvido no âmbito de um projeto de investigação levado a cabo entre a orientadora da presente dissertação, Prof. Carla Semedo e o Serviço de Imagiologia do Hospital do Espírito Santo, EPE, (HESE) de Évora, intitulado - “Patient and health personnel variables that potentially affect magnetic resonance quality.”

Escolheu-se um estudo de tipo correlacional, de modo a analisar as relações entre as variáveis sem que estas sejam manipuladas. Logo, os dados a ser analisados apresentam as relações entre as variáveis, do modo, como existem naturalmente, permitindo apenas encontrar relações estatisticamente significativas, mas não provando que existe alguma causalidade entre estas (Ribeiro, 2010). As hipóteses formuladas são as seguintes:

H1: Existem diferenças significativas, mediante o género do paciente na ansiedade percebida face à realização da ressonância magnética;

H2: Existem diferenças significativas, mediante o género do paciente no conhecimento prévio auto-referido face à realização da ressonância magnética;

H3: Existe uma relação significativa entre a idade do paciente e a ansiedade percebida face à realização da ressonância magnética;

H4: Existe uma relação significativa entre a idade do paciente e o conhecimento prévio auto-referido face à realização da ressonância magnética;

H5: Existe uma relação significativa entre o nível de escolaridade e a ansiedade percebida face à realização da ressonância magnética;

H6: Existe uma relação significativa positiva entre a escolaridade do paciente e no conhecimento prévio auto-referido face à realização da ressonância magnética.

2.2. Participantes

Recorreu-se a uma amostra de conveniência composta por 149 pacientes que pela primeira vez foram submetidos a um exame de Ressonância Magnética.

Nas Tabela 1 são apresentadas a caracterização sociodemográfica dos participantes, e na Tabela 3 a caracterização dos exames de RM por eles realizados.

Tabela 1. *Variáveis sociodemográficas da amostra.*

	N	%	Média (SD)
Idade			56 (15. 617)
Género	Masculino	64	43
	Feminino	85	57
Nível de Escolaridade	N	%	
	Sem Escolaridade	3	2
	Primeiro Ciclo	65	43.6
	Segundo Ciclo	14	9.4
	Terceiro Ciclo	24	16.1
	Secundário	27	18.1
Licenciatura	15	10.1	
	Mestrado	1	7

A amostra foi maioritariamente constituída por participantes do género feminino (n=85), correspondendo a 57% do total de respondentes. As idades estavam compreendidas entre os 18 e os 86 anos de idade, sendo a média de idade de 56 anos. A maioria dos participantes (43,6%) detinha o primeiro ciclo.

Tabela 2. *Distribuição dos participantes por tipo de exame realizado.*

Tipo de Exame	N	%
Neuro	41	27.5
Músculo-esquelético	22	14.8
Abdómen	28	18.8
Pélvis	25	16.8

Mama	18	12.1
Tórax	2	1.3
Outro	13	8.7

2.3. Instrumentos

O tipo de instrumento utilizado para recolha de dados foi o questionário, já previamente construído para o projeto de investigação atrás mencionado.

Optámos por uma perspetiva quantitativa, já que o pretendido era a análise de factos e fenómenos observáveis bem como, medições ou avaliações, em variáveis de tipo comportamental ou socio-emocional e nos limita, então, a variáveis observáveis, mensuráveis e calculáveis (Coutinho, 2014).

2.3.1. Questionário Sociodemográfico

Para recolher informação sociodemográfica dos pacientes, foi utilizado um questionário criado por Semedo, Diniz e Herédia (2020), em que os pacientes indicavam o género, a idade, o nível de escolaridade, a profissão, o tipo de exame a que seriam submetidos e se era a primeira vez que realizavam RM.

2.3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

Para a avaliação da ansiedade percebida pelos pacientes, o instrumento escolhido foi a Escala de Ansiedade, Stress e Depressão (EADS) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), adaptada e validada para a população em estudo por Semedo et al., (2020), apenas com as dimensões Ansiedade e Stress, que se apresentou nesse estudo como um constructo unidimensional (ansiedade) de 15 itens.

Em cada item, são oferecidas ao paciente quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de tipo *Likert* de quatro: (0) “não se aplicou nada a mim”, (1) “aplicou-se a mim algumas vezes”, (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” e, (3) “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os itens que no estudo original eram indicadores de ansiedade referem-se a sintomas relacionados com o medo e com ansiedade situacional; já os itens indicadores de stress são estados de excitação e de tensão persistentes, os quais rapidamente passam a estados de frustração e de irritação (Semedo et al, 2020).

Foi pedido aos participantes que respondessem à escala antes da realização do exame de RM, remetendo a sua memória para como se sentiram quando o médico lhes deu a informação de que teriam de realizar esse exame. Foi ainda replicada a aplicação da escala de ansiedade após a realização da RM, mas desta vez, remetendo as respostas para como se sentiram no momento de realização da mesma.

2.3.3. Escala de Conhecimento Prévio

Para a avaliação do conhecimento prévio auto-referido dos participantes sobre a RM, foi usada a Escala de Conhecimento Prévio sobre RM, construída pela equipa de investigação validada por Prezado (2017).

A Escala de Conhecimento Prévio, é constituída por três itens: “O médico que lhe pediu o exame explicou-lhe para que é que ele servia?”, “O médico que lhe pediu o exame explicou-lhe como ele era feito?” e “O médico que lhe pediu o exame explicou-lhe porque é que o ia fazer?” Apresentaram-se aos participantes cinco possibilidades de resposta, numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos: (1) “Não me explicou nada”, (2) “Explicou-me pouco”, (3) “Explicou-me o suficiente para eu compreender”, (4) “Explicou-me bastante” e (5) “Explicou-me tudo muito detalhadamente”.

A resposta dos participantes a esta escala foi dada após a realização da RM.

2.4. Procedimento

Visto que este estudo está inserido num projeto de investigação mais alargado, o mesmo já se encontrava aprovado pelas Comissões de Ética da Universidade de Évora e do hospital onde foram recolhidos os dados. Assim, foram observados todos os procedimentos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação em psicologia. A recolha de dados decorreu de junho a setembro de 2019, no Serviço de Imagiologia de um hospital central. É um serviço que na sua atividade presta serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, com recurso a exames com técnicas de radiação X e ultrassons.

A recolha de dados foi efetuada com pacientes que realizavam RM pela primeira vez, com ou sem administração de contraste, categorizando-se os exames como músculo-esquelético, abdómen, pélvis, mama, tórax ou outro.

A resposta ao questionário era realizada em três fases, de modo hetero-administrado. Inicialmente fazia-se o pedido de participação no estudo ao paciente, com a assinatura do consentimento informado (Anexo A), informando-o dos objetivos do estudo e do carácter voluntário e anónimo da sua participação; em seguida, antes da realização da RM, era respondida a escala de ansiedade e registados os dados sociodemográficos (Anexo B) e por último, após a conclusão da RM, era solicitada nova resposta à escala de ansiedade e resposta à escala de conhecimento prévio (Anexo C).

Detalhadamente, o procedimento da recolha de dados seguia os seguintes passos: aquando da chegada do paciente ao serviço, era encaminhado pelas administrativas para um corredor de espera junto à sala de RM; aqui era recebido por uma assistente operacional, que o encaminhava até aos vestiários, entregando-lhe vestuário próprio e adequado ao tipo de RM a realizar; em seguida, a assistente operacional auxiliava o paciente, no preenchimento do questionário médico de preparação para o exame. Nesse momento, a investigadora era apresentada como estudante da UÉ, que desenvolvia um estudo relacionado com o serviço de radiologia. Por último, a investigadora dirigia-se ao paciente, explicava o estudo, dava a assinar o consentimento informado e iniciava a leitura e preenchimento do questionário. A recolha dos dados terminava depois da RM, finalizando com um agradecimento pela participação.

Esta recolha de dados, pelas suas características, foi morosa, quer pela duração de cada exame, que é em média de aproximadamente 50 minutos, quer pela baixa frequência de pacientes que realizavam pela primeira vez RM.

Terminada a recolha de dados, estes foram introduzidos num ficheiro de dados e tratados estatisticamente com recurso ao software estatístico *IBM SPSS Statistic 24*.

3. Resultados

3.1. Género

De modo, a testar a hipótese 1 (existem diferenças significativas, mediante o género do paciente na ansiedade percebida face à realização da ressonância magnética) e a hipótese 2 (existem diferenças significativas, mediante o género do paciente no conhecimento prévio auto-referido face à realização da ressonância magnética), realizou-se de uma comparação de médias recorrendo ao teste *t-Student*, uma vez que este serve para verificar se as médias de duas populações são ou não significativamente diferentes, considerando-se as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste foi inferior ou igual a .05 (Marôco, 2011).

Na Tabela 3, apresentam-se os resultados médios e desvios-padrão do género, quanto à ansiedade percebida e ao conhecimento prévio auto-referido.

Tabela 3. Média e desvio-padrão do género face à ansiedade percebida e ao conhecimento prévio auto-referido.

		N	Média	Desvio-Padrão
Ansiedade antes de RM	Feminino	85	.625	.732
	Masculino	64	.224	.484
Ansiedade depois de RM	Feminino	85	.556	.737
	Masculino	64	.213	.441
Conhecimento prévio auto-referido	Feminino	85	2.491	.876
	Masculino	64	2.258	.778

Como se pode verificar pelos valores médios, o género que revelou mais ansiedade, quer antes quer depois de realizar a RM, foi o feminino (antes =.62; depois=.56). Semelhante tendência, surge quanto ao conhecimento prévio auto-referido em que também no género feminino a média é mais elevada (M=2.49).

Seguem-se os resultados do teste de comparação de médias apresentados na tabela 4.

Tabela 4. *Teste t para comparação da ansiedade percebida face género e ao conhecimento prévio auto-referido.*

	t	gl	Sig (2-tailed)
Ansiedade antes de RM	4.018	144.839	.000
Ansiedade depois de RM	3.534	140.481	.001
Conhecimento Prévio auto-referido	1.692	147	.093

As diferenças observadas entre homens e mulheres face à ansiedade percebida antes e depois da RM, são estatisticamente significativas ($p < .001$; $p = .001$), confirmando-se assim a hipótese 1.

Em relação ao conhecimento prévio auto-referido, não se observaram diferenças estatisticamente significativas face ao género do paciente ($p = .093$), pelo que não foi possível confirmar a hipótese 2.

3.2. Idade

Para testar a hipóteses 3 (existe uma relação significativa entre a idade do paciente e a ansiedade percebida face à realização da ressonância magnética) e 4 (existe uma relação significativa entre a idade do paciente e o conhecimento prévio auto-referido face à realização da ressonância magnética) recorreu-se a uma análise de correlações através do coeficiente de *Pearson*. Este coeficiente mede a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas, sendo que esta associação é calculada a partir da variância comum (Marôco, 2011).

Os resultados são apresentados na Tabela 5:

Tabela 5. *Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo.*

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1. Sexo	-					
2. Idade	.147	-				
3. Nível de Escolaridade	-.162	-.590	-			

4. Conhecimento Prévio auto-referido	-.138	-.391**	.360	-		
5. Ansiedade antes de RM	-.299	.003	-.001	.1	-	
6. Ansiedade depois de RM	-.263	-.261**	.238	-.017	.428	-

**p<.01; *p<.05

No caso da hipótese 3, observou-se que existe uma relação negativa, com significado estatístico entre a idade e a ansiedade depois de RM ($r = -.261$; $p < .01$), confirmando-se parcialmente esta hipótese.

Quanto à hipótese 4, observaram-se também diferenças estatisticamente significativas ($r = -.391$; $p < .01$), de relação negativa (Tabela 6), permitindo confirmar esta hipótese.

3.3. Escolaridade

Para testar a hipótese 5 (existe uma correlação significativa entre o nível de escolaridade e a ansiedade percebida face à realização da ressonância magnética), calculou-se uma correlação de *Spearman* (Tabela 6):

Tabela 6. Correlações de *Spearman* entre o nível de escolaridade e a ansiedade.

Variáveis	1	2
1. Nível de Escolaridade	-	
2. Ansiedade Antes de RM	-.018	-
3. Ansiedade Depois de RM	.255**	.447**

**p<.01; *p<.05

Pode-se constatar que existe uma correlação positiva e significativa entre o nível de escolaridade e a ansiedade depois de RM ($r = .255$; $p < .01$), confirmando-se parcialmente a hipótese 5.

Com vista a testar a hipótese 6 (existe uma correlação significativa positiva entre a escolaridade do paciente e o conhecimento prévio auto-referido face à realização da ressonância magnética), calculou-se também uma correlação de *Spearman* (Tabela 7).

Tabela 7. *Correlações de Spearman entre o nível de escolaridade e o conhecimento prévio auto-referido.*

Variáveis	1	2
1. Nível de Escolaridade	-	
2. Conhecimento Prévio auto-referido	.388**	-

**p<.01; *p<.05

A partir dos resultados observados, é possível concluir que existe uma correlação significativa e positiva entre as duas variáveis, no sentido em que, a um mais elevado nível de escolaridade, se associa um mais elevado nível de conhecimento prévio auto-referido. Este resultado permite confirmar a hipótese 6.

4. Discussão

O principal objetivo desta dissertação foi comparar o conhecimento prévio que homens e mulheres detêm sobre a RM, bem como, a ansiedade que experienciam antes e depois da realização deste exame radiológico. Pretendeu-se ainda analisar a relação destas duas variáveis com a idade e a escolaridade dos pacientes. Perante esses objetivos, procurou-se confirmar as hipóteses formuladas.

Para testar as hipóteses relacionadas com a variável género, realizou-se uma comparação de médias recorrendo-se ao *t-Student*; por sua vez, quanto à variável idade recorremos a uma análise de correlações através do coeficiente de *Pearson*. Em último, quanto à variável nível de escolaridade, calculou-se uma correlação de *Spearman*.

Quanto à variável género, pôde-se confirmar a hipótese um, verificando-se que as diferenças observadas entre a ansiedade percebida antes e depois da RM são estatisticamente significativas, indo ao encontro de Lo Re et al. (2016), que perceberam que as mulheres experienciavam níveis mais elevados de ansiedade face aos homens. Semelhante constatação foi verificada por van Minde, Klamming e Weda (2014), ao olhar para as características dos pacientes: participantes do sexo feminino mostravam-se mais ansiosas do que os participantes do sexo masculino, existindo por isso, diferenças consoante o género.

Por sua vez, a hipótese dois não foi corroborada, não tendo existido diferenças significativas mediante o género do paciente no conhecimento prévio auto-referido face à realização da RM, ao contrário do que seria de esperar, já que segundo um estudo prévio de Bidmon e Terlutter (2015), existiam diferenças entre homens e mulheres, sendo as mulheres o género que mais procurava informações sobre saúde e, por sua vez, teriam mais conhecimento prévio auto-referido face à RM. Sendo também as mulheres mais interessadas nas informações médicas (Ek, 2013), teriam potencialmente mais conhecimento, já que existiram diferenças no nível de proatividade na procura por conhecimento/informações consoante o género (Tong, Raynor & Aslani, 2014).

O conhecimento prévio auto-referido que medimos foi o decorrente da informação prestada pelo médico prescritor do exame. Contudo, a literatura não fala desse tipo de conhecimento e sim do que é aprendido pelos pacientes e adquirido pela experiência, e talvez por isso, os resultados encontrados não tenham sido significativamente diferentes.

Quanto à variável idade, apenas se confirmou parcialmente a hipótese três, já que só foi possível comprovar a existência de uma correlação negativa entre a idade e a ansiedade após a realização de RM.

Podemos supor que, por serem mais velhos, os pacientes sofrem menos ansiedade após a realização da RM, por medo do desconhecido perante os resultados.

A hipótese quatro foi corroborada, existindo diferenças estatisticamente significativas, de relação negativa, ou seja, quanto mais velhos os pacientes menos conhecimento prévio auto-referido detinham. Contudo, não existia literatura que fortaleça a hipótese quatro. No entanto, deixamos a ressalva de que no nosso estudo o conhecimento prévio auto-referido, é avaliado pela explicação que o médico forneceu ao paciente sobre como o exame era feito, porque o pedia e para que servia, e não avaliava o conhecimento adquirido individualmente, como Bauman, Czerwinski e Reifegerste, (2017), que afirmava que era a Internet era cada vez mais uma fonte de pesquisa para os pacientes.

A nossa amostra comportava pacientes com uma média de idades próxima dos 60 anos de idade (M=56), e máxima de 86 anos de idade. Na área geográfica em que a amostra foi recolhida, a população mais idosa apresenta baixo nível de escolaridade. Assim, é plausível hipotetizar que estas características possam ter inibido nos médicos o fornecimento de informação detalhada, supondo que os pacientes pudessem não entender.

Quanto à variável nível de escolaridade, confirmou-se parcialmente a hipótese cinco, pois existe uma correlação significativa entre o nível de escolaridade e ansiedade percebida, mas apenas na relação com a ansiedade depois da realização da RM, indo ao encontro do estudo de Czaja, Manfredi e Price (2003), que revelaram que indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados revelam também níveis mais elevados de ansiedade, e por sua vez, sentiam-se mais à vontade para questionar o médico ou profissional de saúde envolvido. O nível de escolaridade irá afetar o conhecimento prévio auto-referido. Neste caso, como a amostra pertencia a uma área geográfica com menor escolaridade, e população mais idosa, as pessoas tinham um menor conhecimento acerca do exame.

Por fim, quanto à hipótese seis, os resultados confirmaram o que esperávamos, existindo uma correlação significativa e positiva entre o nível de escolaridade e o conhecimento prévio auto-referido. Apesar de não existir muita literatura que corrobore esta hipótese, os dados vão ao encontro do que foi constatado perante a hipótese 4, isto é,

O nível de escolaridade irá afetar o conhecimento prévio auto-referido. Neste caso, como a amostra pertencia a uma área geográfica com menor escolaridade, e população mais idosa, as pessoas tinham um menor conhecimento acerca do exame.

4.1. Conclusão

A ressonância magnética continua a ser um dos exames médicos mais utilizados para a realização de diagnóstico de diversas patologias, mas que tem elevadas taxas de resultados inconsistentes e inconclusivos, bem como, de exames não concluídos devido a desistência por parte dos pacientes devido à ansiedade vivida (Almutlaq, 2018). Coloca, por isso, a saúde de quem é submetido a tal exame, em risco, por atrasos nos diagnósticos, já que pode ser necessária uma eventual repetição do exame, com custos acrescidos (Powel, Ahmad, Gilbert, Brian e Johnston, 2015).

Acima de tudo, esse é o foco subjacente a este estudo: procurar abrir caminhos para que uma saúde de qualidade esteja em primeiro lugar. Através da investigação, procurou-se ajudar a compreender a importância de prestar informação sobre o procedimento de RM aos pacientes e o impacto que tal informação pode ter na ansiedade por estes percebida.

Uma boa comunicação entre profissionais de saúde e pacientes é fundamental para que a prestação de cuidados médicos seja de alta qualidade, embora a satisfação do paciente seja importante, a melhoria na saúde é a medida definitiva dos cuidados médicos de qualidade (Bertakis, 2009).

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam a importância do estudo das características sociodemográficas, já que apenas uma das hipóteses não se verificou, não existindo uma diferenças significativas mediante o género do paciente face ao conhecimento prévio.

Concluindo, este estudo contribuiu para para a compreensão de como indivíduos de diferentes características sentem a realização de RM, sendo um ponto de partida para o estabelecimento de estratégias para os profissionais de saúde com eles lidarem de forma mais eficaz, com vista à diminuição da sua ansiedade.

4.2. Limitações e estudos futuros

Como limitações a este estudo, apontamos o facto, de no questionário apenas se utilizarem medidas de autorresposta, e não ter em conta, as justificações e as experiências de cada participante dadas para cada escolha na escala de resposta. Estudos seguintes que possam diversificar as medidas utilizadas serão uma mais-valia para o aprofundamento dos fenómenos aqui estudados.

Contudo, também apontamos o facto de o objeto em estudo, ser uma amostra com recolha bastante morosa e um tanto incomodativa, no sentido em que, o preenchimento do questionário ocorre em momentos pessoais, podendo ocorrer algum constrangimento quer da parte do paciente quer do aplicador. Outro fator limitante, foi tratar-se de uma recolha bastante seletiva, já que apenas eram contabilizados pacientes que realizavam pela primeira vez um exame de RM, dificultando a obtenção de uma amostra maior.

Achamos pertinente que no futuro, outros estudos possam também abranger os assistentes operacionais, pois são eles que encaminham os pacientes para o exame e os acompanham durante todo o processo, transmitindo também, de modo informal, por sua iniciativa ou por solicitação dos pacientes, informação acerca do exame, que poderá impactar na ansiedade e no conhecimento prévio dos pacientes.

Também seria interesse, no futuro, poder-se replicar este estudo noutras zonas geográficas, uma vez que este, ao estar inserido numa área do interior do país, apresenta uma população tendencialmente mais envelhecida.

Numa próxima investigação, será também relevante recolherem-se dados quer de pacientes que realizam pela primeira vez uma RM quer de pacientes que já estão a repetir esse procedimento médico, com vista a uma comparação face ao conhecimento prévio, adquirido pela experiência de cada um.

Consideramos este trabalho, um ponto de partida para compreender como a comunicação médico/paciente influencia o nível de ansiedade percebida dos pacientes submetidos a exames médicos, sendo também impulsionador, para estudos que investiguem a comunicação em ambiente hospitalar, com vista a melhoria da qualidade de serviço e a relação que esta tem com a aquisição de conhecimento por parte dos pacientes.

Referências

- Almutlaq, Z. M. (2018). Discussion of the Causes, Effect and Potential Methods of Alleviating Patient Anxiety When Undergoing Magnetic Resonance Imaging (MRI). *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 72(5), 4473-4477.
- Aminololama-Shakeri, S., Soo, M. S., Grimm, L. J., Watts, M. R., Poplack, S. P., Rapelyea, J.,... & Destounis, S. (2019). Radiologist-patient communication: current practices and barriers to communication in breast imaging. *Journal of the American College of Radiology*, 16(5), 709-716.
- Apóstolo, J., Ventura, Â., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (8), 45-49.
- Baker, S. C., & Watson, B. M. (2015). How patients perceive their doctors' communication: Implications for patient willingness to communicate. *Journal of Language and Social Psychology*, 34(6), 621-639.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19 (1-2), 267-277.
- Barcellos, M. T., Burigo, L. M., Agostinho, M. R., & Katz, N. (2017) *TeleConduta: Ansiedade (versão digital)*. Telesaúde RS/UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Baumann, E., Czerwinski, F., & Reifegerste, D. (2017). Gender-Specific Determinants and Patterns of Online Health Information Seeking: Results From a Representative German Health Survey. *Journal of medical Internet research*, 19(4), e92. <https://doi.org/10.2196/jmir.6668>
- Becker, F. (2008). Aprendizagem: concepções contraditórias. *Schème: Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas*. Marília, SP. 1(1), 53-72.

- Beisecker, A. E., & Beisecker, T. D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical care*, 28(1), 19–28. <https://doi.org/10.1097/00005650-199001000-00004>
- Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient education and counseling*, 76(3), 356-360.
- Bertol, S. R. S. (2018). Comunicação de saúde: surgimento e consolidação da especialidade= Health communication: emergence and consolidation of specialty. *Revista Espanola de Comunicacion en Salud*, 9(1), 72-81.
- Bidmon, S., & Terlutter, R. (2015). Gender differences in searching for health information on the internet and the virtual patient-physician relationship in Germany: exploratory results on how men and women differ and why. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e156.
- Brink-Muinen, A. van den (2002). The role of gender in healthcare communication. *Patient Education and Counseling*: 48(3), 199-200.
- Cardim, S. & Vara, N. (2017). Estereótipos de género refletidos nas especialidades médicas. *Journal of Studies on Citizenship and Sustainability*, 2, Institute of Sociology, University of Porto.
- Carrard, V. & Mast, M. S. (2016). Gender in patient-physician interactions. In K. Faniko, F. Lorenzi-Cioldi, O. Sarrasin, & E. Mayor (Eds.), *Gender and social hierarchies: Perspectives from social psychology* (pp. 58–71). Routledge/Taylor & Francis Group.
- conhecimento* in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2020. [consult. 2020-04-07 17:30:10]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/linguaportuguesa/conhecimento>.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. (2ªed.) Coimbra: Leya.

- Czaja, R., Manfredi, C., & Price, J. (2003). The determinants and consequences of information seeking among cancer patients. *Journal of health communication, 8*(6), 529-562.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., Greitemann, B. (2010): [Patient-doctor interaction in rehabilitation: is there a relationship between perceived interaction quality and long term treatment results?]. *Rehabilitation (Stuttg) 49*(5), 315–325.
- Ek, S. (2013). Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health promotion international, 30*(3), 736-745.
- Forshaw, K. L., Boyes, A. W., Carey, M. L., Hall, A. E., Symonds, M., Brown, S., & Sanson-Fisher, R. W. (2018). Raised anxiety levels among outpatients preparing to undergo a medical imaging procedure: prevalence and correlates. *Journal of the American College of Radiology, 15*(4), 630-638.
- Gáspárik, A. I., & Vass, L. (2014). Relation of some communication parameters to patients' education, gender and age. Teaching to communicate effectively. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 142*, 367-369.
- Himmelstein, M. S., & Sanchez, D. T. (2015). Masculinity in the doctor's office: Masculinity, gendered doctor preference and doctor-patient communication. *Preventive Medicine, 84*, 34–40. doi:10.1016/j.yjpm.2015.12.008.
- Hyde, L., Mackenzie, L., Boyes, A. W., Evans, T. J., Symonds, M., & Sanson-Fisher, R. (2018). Prevalence and correlates of patient-centred preparatory information provision to computed tomography and magnetic resonance imaging outpatients: a cross-sectional study. *Patient education and counseling, 101*(10), 1814-1822.
- Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2017). Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Professions Education, 4*(2), 97-106.
- Landini, L., Positano, V., & Santarelli, M. (2005). Advance Image Processing in Magnetic Resonance Imaging. *New York: Taylor & Francis Group.*

- Lo Re, G., De Luca, R., Muscarneri, F., Dorangricchia, P., Picone, D., Vernuccio, F., Salerno, S., La Tona, G., Pinto, A., Midiri, M., Russo, A., Lagalla, R., & Cicero, G. (2016). Relationship between anxiety level and radiological investigation. Comparison among different diagnostic imaging exams in a prospective single-center study. *La Radiologia medica*, *121*(10), 763–768. <https://doi.org/10.1007/s11547-016-0664-z>
- Lunn, S., Willjams, S., James, R., Weinman, J., & Newma, S. P. (1998). The effects of gender upon doctor-patient interaction. *Psychology & Health*, *13*(6), 975–986. doi:10.1080/08870449808407443.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics. (7ª edição)*. Pero Pinheiro : ReportNumber, 2011.
- Martins, E. D., Moura, A. A., & Bernardo, A. de A. (2018). O processo de construção do conhecimento e os desafios do ensino-aprendizagem. *Revista on Line De Política E Gestão Educacional*, *2*(1), 410–423. doi: 0.22633/rpge.v22.n.1.2018.10731
- Moffat, M., Cleland, J., van derMolen, T., Price, D. (2006): Sub-optimal patient and physician communication in primary care consultations: its relation to severe and difficult asthma. *Prim Care Respir J* *15*(3), 159–165.
- Munn, Z., Moola, S., Lisy, K., Riitano, D., & Murphy, F. (2015). Claustrophobia in magnetic resonance imaging: A systematic review and meta-analysis. *Radiography*, *21*(2), e59-e63.
- Noro, I., Roter, D. L., Kurosawa, S., Miura, Y., & Ishizaki, M. (2018). The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context. *Patient education and counseling*, *101*(2), 227-232.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, *5*(2), 229-239.

- Popa-Velea, O., & Purcărea, V. L. (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *Journal of medicine and life*, 7(4), 39.
- Powell, R., Ahmad, M., Gilbert, F. J., Brian, D., & Johnston, M. (2015). Improving magnetic resonance imaging (MRI) examinations: development and evaluation of an intervention to reduce movement in scanners and facilitate scan completion. *British journal of health psychology*, 20(3), 449-465.
- Prezado, S. F. B. (2017). *A ansiedade em doentes submetidos a exame de ressonância magnética* (Tese de Mestrado, Universidade de Évora).
- Raman, P. (2015). A study to assess the level of knowledge and anxiety among patients undergoing magnetic resonance imaging at selected hospital, Chennai (*Doctoral dissertation, MIOT College of Nursing, Chennai*).
- Reiner, B. I. (2013). Innovation Opportunities in Critical Results Communication: Theoretical Concepts. *Journal of digital imaging*, 26(4), 605-609.
- Ribeiro, J. L. P. (2010) *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. (2ªed.)*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Riedl, D., & Schübler, G. (2017). The influence of doctor-patient communication on health outcomes: a systematic review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), 131-150.
- Santana, C. C., & Bião, M. A. S. (2018). Eficácia do neuro feedback no tratamento da ansiedade patológica e transtornos ansiosos: revisão sistemática da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 234-242.
- Santos, M. C. D., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*, 47-57.
- Semedo, C., Diniz, A., & Herédia, V. (2020). Training health professionals in patient-centered communication during magnetic resonance imaging to reduce patients'

perceived anxiety. *Patient Education and Counseling*.
doi:10.1016/j.pec.2019.08.003.

Serra, A. (1980). O que é ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 93-104, 1980.

Siewert, B., Brook, O. R., Hochman, M., & Eisenberg, R. L. (2016). Impact of communication errors in radiology on patient care, customer satisfaction, and workflow efficiency. *American Journal of Roentgenology*, 206(3), 573-579.

Snow, R., Humphrey, C., Sandall, J. (2013). What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: a qualitative patient-led study. *BMJ Open* 3(11),e003583. doi:10.1136/bmjopen-2013-003583.

van Minde, D., Klaming, L., & Weda, H. (2014). Pinpointing moments of high anxiety during an MRI examination. *International journal of behavioral medicine*, 21(3), 487-495.

Tong, V., Raynor, D. K., & Aslani, P. (2014). Gender differences in health and medicine information seeking behaviour-A review. *Journal of the Malta College of Pharmacy Practice*, 20, 14-16.

Woolen, S., Kazerooni, E. A., Wall, A., Parent, K., Cahalan, S., Alameddine, M., & Davenport, M. S. (2018). Waiting for radiology test results: patient expectations and emotional disutility. *Journal of the American College of Radiology*, 15(2), 274-281.

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Declaração de consentimento informado

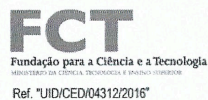
Eu, _____ declaro ter tomado conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi dada acerca da investigação que se pretende realizar.

Foi-me dada a oportunidade de colocar todas as questões que julguei necessárias e para elas obtive respostas esclarecedoras.

Tenho conhecimento que a minha participação é voluntária e que posso retirar-me do estudo a qualquer altura, sem qualquer tipo de prejuízo.

Por isso, consinto que me seja aplicado o questionário proposto pelo investigador.

Assinatura: _____



Anexo B – Questionário Aplicado antes da RM

Por favor indique, para cada uma das afirmações que lhe vou ler, o quanto cada uma das situações se aplicou a si quando soube que teria que fazer o exame de ressonância magnética (aquele que irá fazer de seguida). Responda 0, 1, 2 ou 3, tendo em conta que:

- 0 - significa “não se aplicou nada a mim”
- 1 - significa “aplicou-se a mim algumas vezes”
- 2 - significa “aplicou-se a mim muitas vezes”
- 3 - significa “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”

Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a forma como se sentiu.

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Senti dificuldade em respirar	0	1	2	3
4	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
5	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
6	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
7	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
8	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
9	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
10	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
11	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
12	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
13	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
14	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3

Assinale a opção que melhor se adequa a si.

Já ouviu falar sobre este exame (ressonância magnética)?				
Nunca tinha ouvido falar	Já ouvi falar, mas não sei bem como é feito	Já ouvi falar e sei mais ou menos como é feito	Já ouvi falar e sei bastante bem como é feito	Já ouvi falar e sei exatamente como é feito

Paciente: _____ | Sexo: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____ Turno: manhã _____ tarde _____ Hora do exame: _____:_____

Nível de escolaridade: _____ Profissão: _____

Tipo de exame: neuro, MSK, abdómen, pélvis, mama, tórax, outro 1ª vez: sim _____ não _____

Anexo C – Questionário aplicado depois da RM

Por favor indique, para cada uma das afirmações que lhe vou ler, o quanto cada uma das situações se aplicou a si **durante o exame** de ressonância magnética (não se esqueça, durante o exame) que acabou de fazer. Responda 0, 1, 2 ou 3, tendo em conta:

- 0 - significa “não se aplicou nada a mim”
- 1 - significa “aplicou-se a mim algumas vezes”
- 2 - significa “aplicou-se a mim muitas vezes”
- 3 - significa “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”

Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a forma como se sentiu.

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Senti dificuldade em respirar	0	1	2	3
4	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
5	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
6	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
7	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
8	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
9	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
10	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
11	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
12	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
13	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
14	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3

I

Assinale com um X a opção que melhor se adequa a si.

	Não me explicou nada	Explicou-me pouco	Explicou-me o suficiente para eu compreender	Explicou-me bastante	Explicou-me tudo muito detalhadamente
O médico que lhe pediu o exame explicou-lhe para que é que ele servia?					
O médico que lhe pediu o exame explicou-lhe como ele era feito?					
O médico que lhe pediu o exame explicou-lhe porque é que o ia fazer?					