



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Características da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes como indicadores de qualidade do exame de Ressonância Magnética, num Serviço de Radiologia

Patrícia Alexandra Damas Leitão

Orientação: Prof. Dra. Carla Semedo

Coorientação: Dr. Vasco Herédia

Mestrado em PSICOLOGIA

Área de especialização: *Psicologia do Trabalho e das Organizações*

Dissertação

Évora, 2015



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações

**Características da comunicação entre os
profissionais de saúde e os pacientes como
indicadoras de qualidade do exame de Ressonância
Magnética, num Serviço de Radiologia**

Patrícia Alexandra Damas Leitão

Orientador/a:

Prof. Dra. Carla Semedo

Coorientador/a:

Dr. Vasco Herédia

junho, 2014

Agradecimentos

Ao meu pai, por toda a motivação que me transmitiu, por ter acreditado em mim e me ter incentivado a dar o meu melhor em tudo o que faço, não só no percurso académico, mas sempre! Por todas as críticas e sugestões, que me permitiram realizar, sem dúvida, um melhor trabalho.

À minha mãe, por todo o apoio, toda a compreensão que me transmitiu neste percurso. Por me fazer acreditar que com empenho e dedicação, não há nada que eu não consiga, e que por muitos obstáculos que surjam, o amanhã será sempre melhor.

Um obrigado especial a todos os familiares, que de uma forma ou de outra, sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas e me incentivaram a alcançar os meus objetivos.

Ao Luís, pela sua paciência, singular compreensão e acima de tudo, pelas palavras que me transmitiram segurança. O seu companheirismo e compreensão foram determinantes para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Carla Semedo, pela orientação deste trabalho, por ter contribuído para a minha evolução académica e pessoal.,

Ao Doutor Vasco Herédia, pela co-orientação, pelo tempo disponibilizado, pela dedicação e pela contribuição com os seus pontos de vista.

Aos técnicos de Radiologia e aos auxiliares de ação médica da Unidade de Ressonância Magnética, assim como aos doentes que contribuíram não só para a riqueza do mesmo como para a minha riqueza pessoal.,

À amiga Patrícia Demétrio, pelo apoio e por me acompanhar neste últimos 3 anos, pela disponibilidade e por todos os conselhos.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas, que, de algum modo, contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

“Caraterísticas da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes como predictoras da qualidade das Ressonâncias Magnéticas num Serviço de Imagiologia”

Resumo

O exame de Ressonância Magnética (RM), pelas suas características, poderá suscitar alguma ansiedade no doente, pelo que é esperado que os técnicos comuniquem com este de forma pertinente, clara e esclarecedora, no sentido de melhor o informar e potenciar a qualidade do exame. Assim, pensa-se que este processo comunicacional com o doente durante a preparação e no acompanhamento deste durante todo o processo da RM, tenham algumas lacunas, com potenciais consequências negativas, quer para o doente quer na qualidade do exame.

O objetivo primordial do estudo foi conhecer e caracterizar o processo de comunicação técnico-doente.

Os resultados obtidos permitiram-nos concluir que para além de existirem lacunas na forma como o processo de comunicação é estabelecido e conduzido verifica-se também que existe uma prática centrada na técnica e não no doente.

Palavras-chave: Ressonância Magnética, comunicação, técnicos de radiologia, auxiliares, qualidade do exame.

“Characteristics of the communication between the professionals of health and the patients like predictors of the quality of the Magnetic Resonance in a Service of Imagiology”

Abstract

Examination of Magnetic Resonance Imaging (MRI), by their nature, may raise some anxiety in the patient, so it is expected that the radiology technologists communicate with this relevant, clear and insightful way, in order to better inform and enhance the quality of the MRI. Thus, it is thought that this communication process with the patient during the preparation and monitoring this throughout the RM process, have some gaps, with potential negative consequences for either the patient or the quality of the examination.

The primary objective of the study was to identify and characterize the process of technologist-patient communication.

The results allowed us to conclude that in addition there are gaps in how the communication process is established and led it turns out also that there is a practice centered on technical and not the patient.

Keywords: MRI, communication, radiology technologists, assistants, quality of the study.

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	5
1.1. A comunicação	5
1.1.1 Interferências.....	8
1.1.1.1. Interferências cognitivas	8
1.1.1.2. Interferências emocionais.....	9
1.1.1.3. Interferências sociais.....	10
1.2. Competências Comunicacionais Relevantes.....	10
1.2.1. Comunicação não-verbal.....	11
1.2.2. Os gestos na comunicação.....	12
1.3. Modelo de Habilidade Social	12
1.4. Qualidades comunicacionais.....	13
1.4.1. Empatia	13
1.4.2. Cordialidade	14
1.4.3. Concreção	15
1.4.4. Assertividade.....	15
1.5. Comunicação em Saúde.....	16
1.5.1. Problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os doentes ..	19
1.5.2. A insatisfação com a qualidade dos cuidados.....	19
1.5.3. Transmissão de informação pelos técnicos de saúde.....	20
1.5.4. Atitudes dos técnicos de saúde e dos doentes em relação à comunicação	21
1.5.4.1. Comunicação afetiva dos técnicos de saúde	21
1.5.5. Baixa literacia de saúde dos doentes	22
1.5.6. Consequências dos problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os doentes	22
1.6. Método Clínico Centrado no Doente(MCCC).....	23
1.7. Modelo Bio-psico-social.....	24
1.8. Ansiedade e Stress.....	25
1.8.1. O ataque de pânico e fobias	27
1.8.1.1. Claustrofobia	28
1.8.2. As informações na preparação do doente	28
1.9. A Radiologia	28
1.9.1. Ressonância Magnética (RM).....	29
1.9.1.1. Características dos equipamentos.....	30

1.9.2.	Artefactos da Ressonância Magnética.....	31
1.9.2.1.	Movimento respiratório	32
1.9.3.	Recursos Humanos	34
1.9.3.1.	Médicos	34
1.9.3.2.	Técnicos de Radiologia	35
1.9.3.2.1	As suas funções.....	36
1.9.3.3.	Pessoal Auxiliar	40
2.	Método	41
2.1.	Participantes.....	41
2.1.1.	Caraterização da Amostra dos doentes	43
2.2.	Instrumento.....	46
2.2.1	Delineamento Metodológico.....	47
2.3.	Procedimentos	50
2.3.1.	Procedimentos Formais e Éticos	50
3.	Resultados	53
3.1.	Turno de realização da RM.....	53
3.1.1.	Tipo de exame.....	54
3.1.2.	Primeira vez que realiza uma RM?	54
4.	Discussão	73
4.1.	Dados Sócio Demográficos	73
5.	Conclusões	87
6.	Limitações do Estudo	89
7.	Estudos Futuros	91
8.	Referências	93
9 .	Anexos	99
	Anexo 1 - Instrumento de recolha de dados - Grelha de observação.....	101
	Anexo 2 - Tabela 3: Tabela referente ao diagrama de dispersão da relação entre idade e escolaridade (página 66).....	103

Índice de Tabelas

Tabela 1- Tabela Resumo- Caracterização da Amostra.....	43
Tabela 2- Caracterização dos doentes por idade.....	44
Tabela 3- Tabela-resumo de comparação de proporções de respostas entre técnicos e auxiliares	71

Índice de Figuras

Figura 1- Imagem com artefactos de movimento respiratório.....	33
Figura 2-Imagem sem artefactos de movimento respiratório.....	33
Figura 3- Sexo dos doentes.....	44
Figura 4- Escolaridade.....	45
Figura 5-Diagrama de dispersão de relação entre idade e escolaridade.....	45
Figura 6- Nacionalidade.....	46
Figura 7- Turno.....	53
Figura 8- Tipo de Exame.....	54
Figura 9- Primeira Ressonância Magnética.....	55
Figura 10- “Apresentou-se/cumprimentou o doente?”.....	55
Figura 11-“ Explicou o exame passo a passo?”.....	56
Figura 12- “Informa duração do exame?”.....	57
Figura 13- “Refere necessidade de permanecer imóvel?”.....	57
Figura 14- “Faz treino da apneia?”.....	58
Figura 15- “Refere possibilidade de comunicar com técnico durante o exame?”.....	59
Figura 16- “Informa os tempos aproximados de cada sequência?”.....	60
Figura 17- “Pergunta se o doente percebeu a explicação?”.....	60
Figura 18- “Disponibiliza tempo para dúvidas?”.....	61
Figura 19- “Pede para explicar exame de volta?”.....	61
Figura 20- “Adequa linguagem às características do doente?”.....	62
Figura 21- “Usa tom tranquilizador?”.....	63
Figura 22- “Comunicação agressiva?”.....	63
Figura 23- “Comunicação não-verbal?”.....	63
Figura 24- “Escuta ativa?”.....	64
Figura 25-“ Escuta empática?”.....	64
Figura 26- “Comunica regularmente com o doente durante o exame?”.....	65

Figura 27- “Dá feedback construtivo?.....	66
Figura 28- “Esclarece dúvidas do doente?.....	66
Figura 29- “Refere tempo que falta para terminar o exame?.....	67
Figura30- “Confirmou posicionamento e conforto do doente?.....	68
Figura 31- “Confirmou posicionamento do equipamento?.....	68
Figura 32- “Pergunta se está preparado para fazer o exame e/ou se podem iniciar o exame?.....	69
Figura 33- “Após o exame, o técnico foi ter com o doente?.....	69
Figura 34- “É explicado o que acontecerá ao exame?.....	70

Lista de abreviaturas

MCCC- Modelo Clínico Centrado no Cliente

Msk- Musculo esquelético

RM- Ressonância Magnética

Introdução

A necessidade constante de melhorar a qualidade dos serviços, nomeadamente os serviços de saúde, que incidem na qualidade de vida e no futuro dos cidadãos, é hoje, cada vez mais, um imperativo inadiável para organizações responsáveis pela prestação desses serviços. Atualmente, as organizações de serviços na área de saúde, públicas e privadas, que não visam a gestão da qualidade, acabam por empregar os seus recursos de forma ineficiente e ineficaz, não só influenciando os seus resultados, como afetando até mesmo a sua sobrevivência no mercado (Sakellarides et al., 2006).

A comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente em contexto hospitalar, é cada vez mais encarada como uma componente fundamental e a valorizar, não apenas pela sua extrema importância na relação entre o profissional de saúde e o doente, como pelo facto de constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados prestados.

A comunicação, que poderia servir como técnica eficaz na redução do stress e da ansiedade, mostra-se muitas vezes ineficaz, pois apesar da sua importância, poderá não ser um aspeto que receba especial atenção e reflexão no processo de interação entre o profissional de saúde e o doente.

Aspetos como a situação de vulnerabilidade em que se encontram estes doentes face à possibilidade de um diagnóstico de doença, associados ao ambiente potencialmente ameaçador que pode representar todo o equipamento da Ressonância Magnética (RM), também nos parecem fatores importantes a considerar, e que poderão agravar as dificuldades de comunicação que os doentes enfrentam (Ribeiro, 2005).

Qualquer unidade de saúde constitui uma unidade elementar de identificação de necessidades em saúde, de planeamento, de coordenação e articulação de recursos, dos serviços e atividades, de avaliação de resultados, de desenvolvimento da formação e da investigação. Os recursos humanos de uma instituição/organização são os agentes que potenciam a qualidade e a eficiência dos seus serviços (Batista, Santos, Santos & Duarte, 2010).

Para realizar este trabalho, baseamo-nos na comunicação em saúde, sendo que esta diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (Ribeiro, 2005).

Esta definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde.

Assim, podemos afirmar que a comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes, tais como: promover a saúde e educar para a saúde, evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde, prevenir doenças, sugerir e recomendar mudanças de comportamento, recomendar exames de rastreio, informar sobre a saúde e sobre as doenças, receitar medicamentos, recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidados em indivíduos doentes e por fim, aquela que representa o foco deste trabalho, a transmissão de informações sobre exames médicos que o doente necessita de realizar (Teixeira, 1996).

Neste sentido, este estudo foca-se essencialmente na comunicação e na relação estabelecida entre os técnicos de radiologia, os auxiliares de ação médica e os doentes, na preparação, acompanhamento durante o exame e após a RM, no Serviço de Radiologia de um Hospital Regional.

A RM é uma técnica de diagnóstico da Radiologia Médica. A Radiologia Médica é um ramo do conhecimento médico, que utiliza diferentes tipos de radiação (incluindo eletromagnética e sonora) para a obtenção de informação relativa à anatomia, fisiologia e fisiopatologia de órgãos internos de um modo não-invasivo através das mais variadas técnicas, como a radiologia digital, a RM, ou a Tomografia Computorizada. Graças a estas técnicas torna-se possível uma deteção precoce e caracterização de doenças e uma melhor coordenação de terapêutica (Queirós, 2011).

No caso da RM, esta parte do princípio de que quando submetidos a fortes campos magnéticos, tecidos diferentes variam na rapidez de magnetização e desmagnetização. As diferentes velocidades de magnetização e desmagnetização dos tecidos são demonstradas como diferentes escalas de cinzento nas imagens de RM, permitindo assim diferenciar tecidos. Frequentemente, a RM é o exame “de última linha”, ou seja o último recurso imagiológico não invasivo na caracterização de entidades patológicas indeterminadas por outros métodos. Em algumas situações, como o estadiamento de alguns tumores, tem indicação como exame de primeira linha, ou seja determinados diagnósticos deverão ser adicionalmente caracterizados através de RM (Pisco et al., 1999).

Crê-se falhas na preparação do doente e no seu acompanhamento ao longo de todo o processo, mais concretamente na relação e na comunicação entre os técnicos e auxiliares com o paciente, possa ter repercussões nos resultados da RM. Por se tratar de um exame de extrema importância para o paciente, é normal que lhe suscite algum nervosismo. Este nervosismo aliado a características pessoais dos doentes, poderão dificultar ainda mais o processo de preparação.

Note-se que neste estudo considera-se a qualidade em RM como a qualidade de todo o processo, incluindo a receção, explicação do procedimento, colaboração do

examinado, qualidade das imagens adquiridas quanto ao seu potencial diagnóstico, de acordo com as recomendações atuais do “estado da arte”, definidas em orientações das principais sociedades médicas, como a European Society of Radiology, (ESR) o American College of Radiology, (ACR) ou a Radiological Society of North América (RSNA), entre outras. Esta preocupação levou ao desenvolvimento de iniciativas, como a Radiology Cares da RSNA.

A preparação pré-exame da RM, pressupõe que os técnicos e auxiliares comuniquem de forma pertinente, clara, credível, genuína e esclarecedora no sentido de informarem o doente em que consiste e como é feito o exame, tanto para aferir a sua ansiedade e potencialmente reduzi-la, como para obter a maior colaboração possível por parte do examinado. Para além disso, considerando a desejável participação do doente no seu próprio processo diagnóstico e terapêutico, a própria transmissão de informação e procura de feedback colaborativo por parte do examinado torna-se fator de qualidade em si mesmo.

Note-se que um exame de RM exige ao doente um período de imobilização geralmente entre os 15 e os 45 minutos, que se pode estender por mais tempo em caso de não colaboração, frequentemente em posicionamento desconfortável que apesar dos esforços do pessoal de saúde para minimizar o desconforto, com ruído de intensidade muito elevada, frequentemente em espaços confinados. Ou seja, as próprias características do estudo de RM têm potencial ansiogénico. Aliado à natural ansiedade do doente com os resultados do seu exame. A necessidade de rentabilizar o tempo e realizar um número máximo de exames, o tempo disponível para a preparação do doente é frequentemente curto, da ordem dos 10 minutos, pelo que a otimização de procedimentos é de extrema importância.

Pretende-se que este estudo seja um estudo exploratório que nos permita essencialmente aumentar o conhecimento acerca do processo comunicacional aquando da preparação do doente para Ressonância Magnética e durante a realização da mesma, para que eventuais ferramentas de otimização de procedimentos, com vista a uma atividade de modelo centrado no doente possam ser desenvolvidas.

Importa salientar que este estudo está enquadrado num projeto mais alargado, cujo objectivo geral é estudar a qualidade do processo de comunicação técnico-doente na realização de RM e o efeito da mesma no stress e ansiedade sentidos pelo doente.

1. Enquadramento Teórico

1.1. A comunicação

Anzieu e Martin (1971), definem a comunicação como um conjunto dos processos físicos e psicológicos através dos quais se operacionaliza a relação (interação) de uma ou de várias pessoas (emissores), com outras pessoas (recetores) com o intuito de atingir determinadas metas.

Todos nós comunicamos, seja de forma verbal ou não, intencionalmente ou não (Rego 2013). Fazemo-lo nas nossas vidas pessoal, familiar, social, política e organizacional., Esta necessidade de comunicar transcorre naturalmente para o seio organizacional, espaço no qual desenvolvemos uma parte significativa das nossas vidas porque precisamos satisfazer necessidades pessoais e sociais ou até porque necessitamos levar a cabo as nossas funções organizacionais. Logo, comunicamos constantemente – falando, escrevendo, telefonando, reunindo, ouvindo, fazendo silêncios, gesticulando, sorrindo, vociferando, dando ou recebendo ordens e/ou sugestões, reclamando ou mostrando insatisfação. (Rego, 2013).

A comunicação é portanto uma condição *sine qua non* da vida social e indubitavelmente da vida organizacional., Sem comunicação, não existem organizações pois não existe gestão, cooperação, motivação ou processos de trabalho coordenados. Assim, podemos afirmar que uma organização humana é simplesmente uma rede comunicacional., Se a comunicação for ineficaz ou falhar, também a estrutura organizacional falhará (Rego, 2013).

A investigação sugere que a comunicação organizacional interna é fulcral para o sucesso e eficácia das organizações pois promove o aumento da produtividade, da qualidade dos serviços prestados e os níveis de satisfação dos alvos da sua prática.

A comunicação é encarada como a base de toda a interação humana, assumindo assim um papel de extrema importância nas organizações. A comunicação nas organizações contribui para a satisfação, o empenho e o desempenho dos indivíduos, tal como para a eficácia do trabalho por estes desenvolvidos. É então evidente que a comunicação é essencial para a prestação de qualquer serviço, seja ele de que natureza for, assim como por qualquer profissional (Buckley, 2012 *cit in* Rego, 2013), sendo que este estudo se foca nos profissionais de saúde.

A forma como os profissionais comunicam, afeta a forma como se relacionam com as outras pessoas (Rego, 2013), mais concretamente com os doentes que se deslocam ao Serviço de Radiologia para realizarem o exame de Ressonância Magnética. Através da comunicação, os profissionais constroem laços de cooperação, estabelecem o nível de ajuda que disponibilizam e que recebem em consequência,

incentivam a partilha de informação e promovem a abertura comunicacional, esperando-se assim que os indivíduos desenvolvam atitudes e comportamentos correspondentes e desejados (Rego, 2013).

Comunicar vem do latim *comunicare* que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com” (partilhar ideias, emoções, cultura, etc.).

Em termos genéricos, podemos definir a comunicação como um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos pelos outros.

A comunicação permite a adaptação ao ambiente, assim como permite modificar e transformar esse mesmo ambiente construindo uma nova realidade social.,

Ainda que seja frequente ouvir-se dizer, nomeadamente nos serviços de saúde, que não existe comunicação entre si, ou até que existe uma falta de comunicação, Watzalanwick (2001) afirma que é omnipresente, e como tal é impossível não comunicar.

Sendo que é impossível não comunicar, e tendo em conta que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus doentes e nos outros profissionais. Por outro lado, a comunicação obedece ainda a outra lei fundamental, a da irreversibilidade, ou seja, uma coisa dita uma vez, não pode deixar de existir (Nunes, 2010).

Os falsos diagnósticos ou as profecias médicas transmitidas aos doentes, são um bom exemplo desta irreversibilidade na área da saúde, que mesmo que não se encontrem dados concretos que comprovem esse diagnóstico, o doente poderá viver preso e com o peso desse falso diagnóstico na sua vida. O reconhecimento da importância da comunicação por parte dos profissionais de saúde é condição *sine qua non* para a tão desejável e reclamada humanização dos serviços de saúde.

O interesse no estudo da comunicação tem levado á criação de inúmeros modelos teóricos que têm como objetivo primordial a análise do processo comunicativo. Dentro dos movimentos de teorização, e assumindo que se entende a comunicação como uma interação social através da troca de mensagens, consideramos duas escolas predominantes: a escola processual e a semiótica (Nunes, 2010). Iremos apenas debruçar-nos sobre a escola processual por considerarmos que é aquela que mais se identifica e enquadra no presente estudo.

Da escola processual, destacamos o modelo de Shannon e Weaver (1948). Apesar de ser um modelo muito simplista, tem o seu mérito por ter sido um dos primeiros a tentar sistematizar o estudo da comunicação. Este modelo pressupõe a existência de um emissor e de um recetor.

O emissor é entendido como a fonte de informação, sendo que o recetor é o que recebe a informação transmitida pelo primeiro.

Este modelo defende que a comunicação é um simples processo linear. Neste, a fonte é vista como a detentora de poder de decisão sobre a agenda e sobre o conteúdo da mensagem. Esta mensagem é transformada pelo emissor num sinal que é enviado ao recetor.

Desta forma, circula entre ambos um conjunto de códigos que constituem a mensagem. Estes meios constituem então os canais de comunicação.

O ruído é algo acrescentado ao sinal entre a transmissão e a sua receção, constituindo a principal preocupação de Shannon e Weaver. O conceito de ruído tem sido alargado de modo a conter qualquer sinal recebido que não tenha sido emitido pela fonte.

Por outro lado, o ruído semântico é qualquer distorção de significado que ocorre no processo de comunicação e que não foi entendido pela fonte mas que afeta a receção da mensagem no recetor, por exemplo alterações da dicção.

Por ruídos entendem-se os fenómenos físicos que afetam tanto a emissão, como a receção da informação (afetam os fenómenos sensoriais). As interferências são fenómenos de ordem psicológica que têm as mesmas consequências.

Ambos podem perturbar bastante a comunicação, sendo que os primeiros geralmente são mais evidentes e, evitá-los é relativamente fácil, por outro lado, os segundos podem ser mais subtis, mas muito mais difíceis de evitar e geralmente têm maior impacto no resultado da interação (Nunes, 2010).

Podemos destacar exemplos de diferentes tipos de ruídos: uma receção inadequada no centro de saúde, mostrando aqui que as falhas no processo comunicacional pode começar assim que o doente chega ao local, podendo desde já condicionar negativamente o estado de espírito do doente, as consultas superlotadas, decoração dos espaços inadequada, as interrupções frequentes, as chamadas telefónicas, entre outros.

Resumindo, a escola processual entende a comunicação como um processo de transmissão de mensagens e estuda os emissores, os canais, e os recetores das mensagens. A comunicação é encarada como um processo onde uma pessoa afeta o comportamento ou o estado de espírito de outra. Quando o efeito não é o esperado, presume-se que tenham ocorrido falhas nesse processo comunicativo, sendo que a sua análise visa identificar essas falhas de modo a corrigi-las.

1.1.1 Interferências

Como referido anteriormente, as interferências são fenómenos de ordem psicológica do recetor que determinam a forma como este faz a leitura das mensagens. São o resultado das suas experiências, vivências e personalidade. Segundo, Nunes (2010), as interferências podem ser classificadas quanto ao seu tipo, ou seja, cognitivas, emocionais ou sociais, sendo que o seu reconhecimento é o resultado da consciencialização do papel ativo do recetor que deixa de ser um mero ser passivo, como se absorvesse a mensagem. Passaremos a fazer uma breve explicação dos três tipos de interferências, aplicadas ao contexto de saúde.

1.1.1.1. Interferências cognitivas

Muitas vezes os problemas e preocupações dos doentes não são percebidos ou compreendidos pelos profissionais de saúde, por diversos motivos que residem em pensamentos automáticos que estes profissionais podem ter cristalizado ao longo do seu percurso profissional (Nunes, 2010).

Dentro das interferências cognitivas, existem três grupos de mitos que estão na base de conceções erradas que se refletem na relação. Apresentamos de seguida um conjunto de ações que assentam na ideia que o profissional de saúde tem sobre o seu papel enquanto profissional:

- O seu dever é descartar doenças orgânicas, e só depois abordar os problemas psicossociais;
- Se não excluir exaustivamente todas as hipóteses de sofrimento orgânico, os doentes podem piorar e os meus colegas vão rir-se de mim;
- Os problemas psicossociais nada têm a ver com os problemas propriamente médicos;
- É melhor manter o foco apenas com problemas orgânicos, uma vez que face aos psicossociais nada podem fazer;

Um outro conjunto de interferências de ordem cognitiva, está relacionado com ideias preconcebidas do profissional de saúde a respeito do doente e das suas expectativas, ou seja, é aquilo que o profissional pensa que o doente pensa (Nunes, 2010):

- O profissional pensa que não tem o direito de se meter na área pessoal do doente, porque isso é invadir a sua privacidade;
- Falar de temas psicossociais é mexer nas feridas do doente;
- Se falar de temas psicossociais com os doentes, eles poderão sentir-se incomodados e desistir;
- Se abordarem temas psicossociais os doentes podem ficar dependentes de si.

E por fim, apresentamos um conjunto de interferências cognitivas que estão relacionadas com a forma como o profissional de saúde vê a relação profissional de saúde-doente (Nunes, 2010):

- Não é possível ajudar os outros em problemas que também tenho;
- Não posso ajudar alguém que tem um problema com o qual nunca lidei no meu trajeto profissional;
- É difícil para si lidar com problemas emocionais de outras pessoas.

1.1.1.2. Interferências emocionais

O fator emocional é dos que maior efeito pode ter sobre a interpretação das mensagens e, assim, sobre as suas consequências. Assim, se pretendemos uma relação funcional, é importante uma permanente autoconsciência das emoções presentes.

Só através do seu conhecimento é possível dominá-las de modo a interferirem o menos possível na relação, ou utilizá-las positivamente.

As interferências emocionais manifestam-se como o nervosismo, desconcentração, aborrecimento, irritabilidade, etc.(Nunes, 2010).

Algumas situações são suscetíveis de provocarem emoções terapêuticas afetivas:

- Doente afetado com perturbações mentais ou emoções extremas (ressentimentos, agressividade, por exemplo);
- Receio da redução de atividades vitais, medo da dor ou do sofrimento, medo de ter alguma “coisa má”;
- Atitudes de desresponsabilização excessiva;

- Reações de projeção (ou contratransferência) tal como: 1) medo de prejudicar o doente, 2) medo de perder o controlo da situação, 3) irritabilidade “transportada” do doente anterior, 4) antecipação de problemas com o doente seguinte (Fiske, 1999).

1.1.1.3. Interferências sociais

Estas interferências resultam da diferença sociocultural entre o doente e o profissional de saúde. Tratar um doente de uma origem socioeconómica diferente leva o profissional a uma menor sintonia emocional, menor aplicação numa consulta, por exemplo, e prestar menos informação ao doente.

A interferência social é confirmada pelo provérbio: “a quem menos tem, menos se lhe dá”, ou seja, aqueles que mais necessitam de informação são aqueles que menos a recebem.

Isto acontece porque o profissional considera uma perda de tempo informar o doente com baixo perfil socioeconómico porque não acredita nas suas capacidades e, assim, a sua profecia de que o doente é incapaz, vai ser confirmada com a manutenção dessa mesma incapacidade, por nada ser feito que lhe forneça instrumentos que o capacitem (Fiske, 1999).

1.2. Competências Comunicacionais Relevantes

Face ao exposto anteriormente, facilmente compreendemos que indivíduos detentores de boas competências comunicacionais têm mais probabilidades de serem bem-sucedidos e de contribuir mais eficazmente para o bom funcionamento da organização onde se inserem.

Gruba e Al-Mahmood (2004, *cit in* Rego, 2013) sugerem-nos que algumas das competências comunicacionais são: a) conseguir transmitir ideias a pessoas que possivelmente não compreendem o significado preciso de determinados conceitos; b) ser conciso, confiante e adaptável na apresentação de si próprio e das suas ideias; c) saber escutar, construir argumentos razoáveis e lógicos para suportar propostas; d) verificar a informação que é necessária transmitir e proporcionar a que é solicitada; e) ser sensível/atento às idiossincrasias de cada pessoa; f) usar uma linguagem apropriada ao tópico e à pessoa com a qual se quer comunicar, entre outras competências não menos importantes (Rego, 2013).

Como já descrito mais acima, a comunicação é composta por mensagens. Estas mensagens podem assumir três categorias: mensagens verbais, mensagens para-verbais e mensagens não-verbais (Anzieu & Martin 1971).

Por para-verbais, entendem-se as características da comunicação, tal como a entoação, a fluidez, a tonalidade, o ritmo, etc. São as mensagens que só por si, transmitem informação.

A linguagem não-verbal é constituída pelos componentes da mensagem que não utilizam palavras, como os gestos, a postura, as expressões faciais, o que vestimos, etc. Esta é a forma como transmitimos muitas das nossas emoções e sentimentos. Este tipo de comunicação é aquela que nos oferece muito mais informação que a linguagem verbal (Nunes, 2010).

Por ser uma forma de comunicação menos explorada e por assumir uma grande importância no contexto de saúde, onde se insere o nosso estudo, iremos descrevê-la mais pormenorizadamente.

Estas competências, assumem máxima importância para a compreensão do estudo aqui apresentado, uma vez que o foco assenta fundamentalmente na comunicação entre os técnicos de radiologia e os doentes que realizam RM, uma vez que a forma como o processo comunicacional é conduzido ou não pelo técnico, poderá resultar em consequências psicológicas para o doente e assim comprometer a realização do exame e a qualidade das imagens.

1.2.1. Comunicação não-verbal

Podemos clarificar a linguagem não-verbal em sinais visuais, auditivos e cinestésicos, e às vezes até olfativos.

Por cinestésicos entende-se as sensações provenientes da pele, informação proprioceptiva derivada dos músculos e uma subtil combinação de sensações que nos informam do estado mental (Epstein, 2004).

A estes “sinais” ou indícios dados, neste caso concreto, pelo doente, chamamos de chaves/índices mínimos (“minimal cues”) (Epstein, 2004).

Estes índices não-verbais podem ser classificados quanto ao seu tipo: visuais (expressão facial, contacto visual, e movimentos oculares), cinestésicos (a postura, a distância, o contacto, o gesto, a mobilidade, o tónus muscular e a respiração) ou auditivos (a tonalidade, o volume, o ritmo e a modulação).

1.2.2. Os gestos na comunicação

Os gestos na comunicação funcionam como elementos não verbais da linguagem, geralmente têm um significado universal, embora dependente da cultura.

Os gestos comunicacionais podem dividir-se nas seguintes categorias:

- a) Reguladores comunicacionais: são utilizados para dar ou retirar a palavra ao interlocutor, regulam o fluxo das mensagens. Por exemplo, a flexão dorsal da mão mostrando a face palmar, para o interlocutor em sinal de que deve interromper o seu discurso.
- b) Ilustradores: são os gestos usados para sublinhar ou reforçar o que dizemos. Bastante utilizados pelos intérpretes de canções ou declamadores. Por exemplo, ao falar do mundo, pode-se ilustrar com o movimento de braços em círculo, ou as mãos em concha, de forma a ilustrar a forma do mundo.
- c) Adaptadores: são utilizados para recuperar a confiança ou o conforto. São como escapes da ansiedade. Têm o objetivo de revelar que o tema em questão desperta emoções no emissor destes gestos. Exemplos: coçar o nariz, afagar o cabelo, empurrar os óculos, etc.
- d) Emblemas: são gestos, por norma estereotipados, cujo significado é determinado pelo uso social. Um bom exemplo disso é o gesto de V de vitória.

Como se tem verificado ao longo do exposto, muitas são as componentes relevantes e importantes quando se fala do processo comunicacional. Dentro deste tema, poderíamos ainda abranger as expressões faciais das emoções, mas uma vez que essa temática não foi contemplada no estudo, não nos parece pertinente que nos debruçaremos sobre o assunto.

1.3. Modelo de Habilidade Social

Michael Argyle (2002), desenvolveu um modelo comunicacional, o modelo de Habilidade Social (Social Skill Model). Este modelo diz-nos que a comunicação é uma habilidade social cujo desempenho é semelhante ao de uma habilidade motora, tal como, por exemplo, conduzir um automóvel. Quando se conduz, temos um sistema de retro-informação não-verbal e o desempenho da condução depende da capacidade de responder adequadamente a essa informação, ou seja, a resposta é parcialmente não-verbal. No entanto isto não se observa numa conversa, em que a paralinguagem e a linguagem verbal, associadas a enunciados emitidos, informam o interlocutor recetor que chegou o momento de intervir. É através da capacidade de interpretação destas

mensagens para-verbais e não-verbais de retro-informação que o diálogo se desenvolve de modo fluente. As falas determinantes para o êxito da conversação são predominantemente não verbais.

O modelo da habilidade social resulta de uma ilação importante para o treino da comunicação. Os comportamentos a corrigir contêm aspetos verbais, para-verbais e não-verbais reflexos, e portanto, exigem a tomada de consciência, só possível quando o próprio não é o autor do ato, mas apenas o analisador (Argyle, 2002).

1.4. Qualidades comunicacionais

O conjunto de características que apresentaremos de seguida são aquelas que de um modo geral, a literatura nos mostrou serem fundamentais para o estabelecimento de uma relação profissional de saúde-doente funcional, ou seja, uma relação que resulte em benefício para o doente.

1.4.1. Empatia

O termo empatia, foi definido em 1909, pelo psicólogo alemão Theodor Lipps, como sendo o processo de “sentir por dentro”. No entanto o desenvolvimento do conceito só se verificou anos mais tarde, sensivelmente nos anos 50, com Carl Rogers ao desenvolver o Método Clínico Centrado no Cliente (MCCC) (Nunes, 2010).

Os índios americanos denominavam a empatia como o “andar nos mocassins do outro”.

Empatia é “estar com” o outro e entender realmente o seu ponto de vista, sendo o foco de atenção o sujeito com o problema, sendo que aqui o ouvinte entra dentro do mundo do outro, e observa o mundo a partir do ponto de vista deste. De um modo resumido, é como alguém que se descalça e se despe da sua própria cultura e pontos de vista para compreender os sentimentos e emoções do outro (Argyle, 2002). Para o estabelecimento de um clima empático, são necessários dois momentos: o primeiro, a interiorização da situação emocional do doente e, o segundo, o dar a conhecer ao doente que o compreende.

A empatia pode ser expressa de modo verbal ou não verbal, ou seja, o doente pode julgar os profissionais de saúde empáticos pelo que eles dizem, mas também pelo que eles mostram, ou seja, por aquilo que o doente observa (Fiske, 1999).

É importante que os profissionais de saúde tenham em atenção a possibilidade de emitirem mensagens com linguagem paradoxal, isto é, verbalmente dizer uma coisa e não verbalmente dizer o oposto (Nunes, 2010).

A empatia requer uma intensa concentração e está dependente da conjugação de dois componentes não-verbais que se constituem como duas habilidades que os profissionais de saúde desejavelmente deveriam ter:

- 1) Sensibilidade ou descodificação (decoding): é a capacidade de compreender as emoções dos outros através da linguagem não-verbal, ou seja, é a capacidade de fazer a leitura da linguagem não-verbal do interlocutor;
- 2) Expressividade (encoding): é a capacidade de expressar emoções através da linguagem não-verbal (Suchman, Markakis, Beckman & Frankel, 1997).

Para Suchman et al., (1997), a empatia tem quatro componentes:

- 1) Emotivo: definido como a capacidade intrínseca do profissional de saúde;
- 2) Moral: depende da motivação do profissional, que em associação com o componente emotivo constituem as duas condições necessárias para a comunicação empática;
- 3) Cognitivo: é a compreensão precisa dos sentimentos do doente por parte do profissional de saúde;
- 4) Comportamental: é o comportamento comunicacional efetivo de retorno da compreensão pelo profissional de modo a que o doente se sinta compreendido.

1.4.2. Cordialidade

No relacionamento com os demais, podemos sentir agrado e bem-estar ou por outro lado, desconforto e desejo de a interação termine o mais rápido possível.

Chama-se cordialidade à capacidade de construir uma proximidade efetiva entre o profissional de saúde e o doente (Nunes, 2010).

Pequenos gestos como o abrir a porta, oferecer-lhe passagem, sorrir educadamente, esboçar uma vénia ao cumprimentar, indicar a cadeira, etc., traduzem cordialidade, e regras de boa educação, exprimidas através de linguagem não-verbal.

É o clima que envolve a relação que permite avaliá-la como boa ou má. É importante referir que a cordialidade deve ser adaptada às características do doente, respeitando o seu espaço pessoal e a sua cultura, por exemplo, um adolescente é cumprimentado de forma diferente de um idoso. A destacar também a importância do olhar na cordialidade, pois um olhar direto e franco deve ser equilibrado de modo a que o doente se sinta o centro da atenção sem chegar a intimidar, ao ponto de lhe criar mal-estar e desejo de sair o mais rápido possível (Rego, 2013)

A cordialidade também deve evitar cair nos maneirismos que a façam parecer artificial ou como uma representação, tornando-a de certa forma ridícula e sem significado podendo assim, o profissional de saúde ser interpretado pelo doente como um profissional que procura seduzir e capaz de ser falso.

1.4.3. Concreção

Esta qualidade é exigida pela consciência de que o profissional de saúde e o doente podem usar os mesmos signos mas com significados diferentes, em consequência do encontro destes dois e do encontro das suas culturas.

Concreção é a capacidade que o indivíduo tem para estar em constante interrogação sobre se os termos que está a utilizar são compreendidos pelo outro, no caso concreto deste estudo, é a capacidade que o profissional de saúde tem de se questionar e preocupar com o facto de o doente o entender, e se este compreende o que o profissional diz de igual modo.

É a arte de clarificar conceitos abstratos e confusos. Reportando esta designação ao presente estudo, é a capacidade que os técnicos de radiologia têm para explicar ao doente o procedimento que compreende o exame, evitando termos técnicos e científicos, e conseguir explicar de forma simples e compreensível (Nunes, 2010).

Esta qualidade pressupõe então que o técnico coloque constantemente em dúvida e em questão se o doente entende ou não o que lhe é dito tal qual da forma que lhe é dito, uma vez que poderá haver uma grande diferença entre aquilo que é realmente dito e aquilo que se quis dizer. Os processos de transação numa relação interpessoal desenvolvem-se numa sequência de colocação de hipóteses que importa verificar, se desejamos uma comunicação eficiente. A concreção exige dar esclarecimentos quando utiliza termos técnicos ou outros que não os próprios da cultura do doente. Para além disso, deve pedir-se ao doente que esclareça o que entende por termos que ao médico possam parecer terem significados ambíguos ou muito pouco claros.

1.4.4. Assertividade

Esta capacidade pode ser entendida como a capacidade de desempenhar em pleno e com segurança os deveres e os direitos inerentes ao papel social dos profissionais de saúde. É como que a coragem de ser honesto e de defender os seus direitos respeitando os dos outros. Trata-se de um dos estilos comunicacionais mais

frequentemente descritos, sendo os restantes o submisso, o agressivo e o manipulador.

Aqui a timidez é um *handicap* que dificulta a asserção. A assertividade é necessária mesmo para elaborar informação. Sem o mínimo de segurança, não é possível defender hipóteses próprias e, neste aspeto, liga-se com a convicção (Argyle, 2002).

A expressão máxima da assertividade é dizer por exemplo: “de momento não lhe prescrevo nada até saber com maior precisão o que se passa”. Esta frase ilustra a diferença entre insegurança e ignorância, podendo-se estar seguro na ignorância e assumi-la para melhorar e poder enfrentar mas, explicitar ignorância perante terceiros, implica grande assertividade e elevado autoconceito (Rego, 2013).

São vários os fatores que podem contribuir para uma baixa assertividade, no entanto todos eles são construídos na base dos preconceitos ou mitos pessoais (Argyle, 2002):

- Receio de serem valorizados negativamente pelos outros, como consequência do mito que nunca se pode errar;
- Retraimento e sentimentos de inferioridade, traduzindo baixa auto estima;
- Falta de experiência, próprio de quem se encontra em fase de construção;
- Falta de clareza;
- Medo de hostilizar outros.

A ausência de assertividade pode-se manifestar de muitas formas das quais destacamos:

- Dificuldade de elaboração de ideias próprias;
- “Fuga” na relação com o paciente, encurtando o tempo investido na relação.

Por fim, importa referir que a assertividade é igualmente uma condição fundamental para preservar a saúde mental do profissional e esta, deve ser entendida como um bem social (Nunes, 2010).

1.5. Comunicação em Saúde

Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (Teixeira, 1996)

Segundo Teixeira (1996), a comunicação é um tema *transversal* em saúde e com relevância em *contextos* muito diferentes: na relação entre os técnicos de saúde e os doentes dos serviços de saúde; na disponibilização e uso de informação sobre saúde, quer nos serviços de saúde quer nas famílias, escolas, locais de trabalho e na comunidade; na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de atividades de educação para a saúde e de programas de promoção da saúde e de prevenção, que visam a promoção de comportamentos saudáveis; na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise; no tratamento dos temas de saúde nos meios de comunicação social, na Internet e outras tecnologias digitais (CD Rom, DVD, por exemplo); na educação dos doentes com a finalidade de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde; na formação dos técnicos; nas relações interprofissionais; nas intervenções e afirmações públicas dos técnicos de saúde; na comunicação interna nas organizações e na qualidade do atendimento dos doentes por parte de funcionários e serviços (Nunes, 2010).

Na Grécia antiga, os gregos diziam que a medicina se fazia de ervas, faca e de palavras (Nunes, 2010).

Ao longo dos séculos, as ervas e a faca sofreram evolução e aperfeiçoamento incontestáveis, no entanto, as palavras permanecem inalteradas, praticamente como no seu estágio primitivo.

No entanto, é através das palavras que se constrói uma relação humana que, em último caso, fomenta a mudança e o crescimento. Somos o que somos graças ao que nos foi dito, mais particularmente às pessoas mais significantes da nossa infância e que tanto contribuíram para a nossa socialização.

Segundo Nunes (2010), a indução da mudança de comportamentos ou de estilos de vida só é possível através da palavra, ou seja, para mudar os comportamentos ou os estilos de vida, não existe comprimido que dispense a palavra, o que nos mostra perfeitamente o valor da comunicação no contexto da saúde.

O mesmo autor diz-nos que a comunicação é na sua essência um ato reflexo: recebemos um estímulo, ou seja, a mensagem, e respondemos de imediato, a maior parte das vezes sem sequer tomarmos consciência da resposta que emitimos.

A importância dos processos de comunicação em saúde deve-se ao seu carácter: *Transversal* – pelas várias áreas e contextos de saúde, quer nos serviços de saúde quer na comunidade; - *Central* – pela relação que os técnicos de saúde estabelecem com os doentes no quadro da prestação dos cuidados de saúde e - *Estratégico* – pois relacionado com a satisfação dos doentes (Teixeira, 1996).

Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que os doentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental.,

A avaliação que os doentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos, em grande parte é a partir da avaliação que fizeram das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagem (Teixeira, 1996).

Os processos de adaptação psicológica às doenças também podem ser influenciados pela comunicação dos técnicos de saúde, uma vez que, quando uma pessoa adoece e procura um serviço de saúde, o controlo do stress ligado ao adoecer também pode ser influenciado positivamente pela transmissão de informação adequada (formatada ou personalizada) às necessidades daquela pessoa naquele momento, o que influencia, por sua vez, o modo como se confronta com os sintomas da doença e se relaciona com os próprios técnicos.

Finalmente, pode influenciar os comportamentos de adesão às recomendações de saúde (adesão medicamentosa e a exames para rastreio, diagnóstico e/ou controlo de doenças, bem como a medidas terapêuticas e de reabilitação), desenvolvimento de autocuidados na doença crónica e adesão a comportamentos preventivos relevantes para reduzir riscos para a saúde a nível alimentar, sexual, etc., e para adoção de estilos de vida mais saudáveis (Nunes, 2010).

A comunicação efetiva em saúde tem influência importante a nível individual e a nível comunitário: a *nível individual*- ajuda a tomar consciência das ameaças para a saúde, pode influenciar a motivação para a mudança que visa reduzir os riscos, reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protetores da saúde e pode ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde e a *nível da comunidade*- pode promover mudanças positivas nos ambientes socioeconómicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida (Nunes, 2010).

Em suma, os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar os resultados da atividade dos técnicos em termos de ganhos em saúde, no que se refere à morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos doentes e são excelentes analisadores da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde.

1.5.1. Problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os doentes

É muito fácil existirem problemas de comunicação entre técnicos de saúde e doentes, quanto mais não seja porque, sobretudo em consultas e outras intervenções, as agendas são diferentes. Senão, vejamos: para os técnicos de saúde a agenda é: *Quais são os sintomas? Que doença é esta? O que mostra o exame clínico? Qual é o diagnóstico? Que exames são necessários fazer? Quais são os resultados dos exames? Que medidas terapêuticas são necessárias? Que medidas de reabilitação são necessárias?* - Para os doentes a agenda é: *Porquê eu? Porquê agora? Qual a causa disto? O que é que me pode acontecer? O que é que os técnicos vão fazer comigo? O que é que isto significa para a minha vida, família e trabalho?*

Vê-se perfeitamente que, com estas agendas tão diferentes, é muito fácil existirem dificuldades de comunicação entre técnicos e doentes, que tendem a ser ainda mais facilitadas sempre que em simultâneo houver: longas esperas e consultas ou intervenções rápidas; entrevistas centradas mais nos técnicos do que nos doentes; ansiedade por parte do doente e atribuição de valor escasso à comunicação com o doente (Nunes, 2010).

As dificuldades de comunicação entre técnicos e doentes podem ter a ver com vários aspetos fundamentais: a transmissão de informação pelos técnicos de saúde, as atitudes dos técnicos de saúde e dos doentes em relação à comunicação, a comunicação afetiva dos técnicos de saúde e a literacia de saúde dos doentes (Nunes, 2010).

Desenvolvemos de seguida, um pouco mais, cada um destes aspetos.

1.5.2. A insatisfação com a qualidade dos cuidados

Enquanto utilizadores dos serviços de saúde, os indivíduos necessitam mais do que cuidados físicos, nomeadamente necessitam de atenção ao seu bem-estar psicológico.

Sempre que não há resposta adequada a essas necessidades há insatisfação dos doentes em relação ao comportamento dos técnicos de saúde e uma avaliação negativa da qualidade dos cuidados que foram prestados (Adelman, Greene, & Orgy, 2000).

Os estudos que existem nesta área evidenciam de forma consistente que os doentes dos serviços de saúde queixam-se e criticam os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde, quer no quadro de consultas quer de outras intervenções.

Ou seja, parte significativa da insatisfação dos doentes com a qualidade dos cuidados de saúde tem a ver com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde. Os doentes gostariam de ter mais tempo para falar, mais tempo para fazer perguntas, mais informação sobre os exames que é preciso realizar e os seus eventuais resultados, mais informação sobre o diagnóstico da doença e sobre o seu tratamento e reabilitação e maior sensibilidade para as suas preocupações (Nunes, 2010).

1.5.3. Transmissão de informação pelos técnicos de saúde

Os principais problemas que podem ocorrer na transmissão de informação pelos técnicos de saúde são: a) informação insuficiente; b) imprecisa ou ambígua sobre comportamentos de saúde (por exemplo, regimes alimentares, exames de rastreio); c) natureza da doença que afeta o doente; d) exames complementares e tratamentos; e) informação excessivamente técnica sobre resultados de exames ou causa da doença; e f) tempo escasso dedicado à informação em consultas e intervenções mais centradas nos técnicos do que nos doentes.

A informação em saúde necessita de ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada.

Esta personalização significa que a informação é “à medida” das necessidades de informação do doente naquele momento, adaptada ao seu nível cultural e adaptada ao seu estilo cognitivo.

Há quem necessite de muita informação sobre o problema de saúde, os exames e os tratamentos e há quem prefira pouca informação. Por outro lado, a natureza da informação necessária pode variar de indivíduo para indivíduo. Por exemplo, em relação à realização de exames e mesmo de intervenções cirúrgicas há quem necessite de informação sensorial (*o que vou sentir*), há quem necessite de informação de confronto (*o que posso fazer*) e há quem necessite de informação de procedimento (*o que vai acontecer*) (Nunes, 2010).

Em suma, a personalização da informação em saúde permite economizar tempo, aumentar a satisfação dos doentes e facilitar a sua intenção de virem a adotar os comportamentos esperados.

1.5.4. Atitudes dos técnicos de saúde e dos doentes em relação à comunicação

Atitudes negativas e desfavoráveis dos técnicos de saúde e dos doentes em relação à comunicação podem conduzir a problemas comunicacionais relativos à sua interação.

Os técnicos de saúde encorajam pouco as perguntas por parte dos doentes, tendem a falar mais do que a ouvir, não se interessam por conhecer qual a perspetiva do doente nem as suas preocupações e expectativas. Induzem atitudes passivas por parte dos doentes, quando a participação ativa tem efeito positivo na receção da comunicação, confere maior perceção de controlo e, portanto, menos stress e menor ansiedade; e evitam recolher dados sobre a situação pessoal, familiar ou profissional do doente.

Os doentes adotam com frequência atitudes passivas e dependentes, concordantes com as influências sociais e culturais tradicionais das relações entre os leigos e os peritos.

O contexto de referência no qual ocorrem as interações é dominado pelo modelo biomédico (que valoriza excessivamente as técnicas de diagnóstico e de tratamento e desvaloriza o sofrimento e a comunicação) e pelo modelo autoritário de influência social dos técnicos de saúde, no qual o paradigma relacional é de tipo parental e o paradigma comunicacional é de tipo perito/leigo (Epstein, Alper & Quill, 2004).

Particularmente, não é eficaz na comunicação persuasiva, que exige um modelo de cooperação que tenha em conta as atitudes, crenças e expectativas do doente.

1.5.4.1. Comunicação afetiva dos técnicos de saúde

Problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e os doentes podem relacionar-se com os processos de comunicação afetiva dos técnicos de saúde, em particular quando ocorrem: distanciamento afetivo, relacionado com o evitamento de temas difíceis da doença grave, ameaçadora ou terminal ou de resultados positivos de exames que se realizaram (as “más notícias”). Pode levar facilmente à banalização e ao desinteresse pelas preocupações que o doente tem em relação ao seu futuro, ou seja, pode ser revelador de dificuldade em funcionar como fonte de apoio emocional e de transmissão de segurança (Taylor, 1998).

1.5.5. Baixa literacia de saúde dos doentes

A literacia de saúde é a capacidade para ler, compreender e lidar com informação de saúde, capacidade em relação à qual é importante ter em conta que há desigualdades de oportunidades em relação à comunicação em saúde para indivíduos com estatuto socioeconómico baixo e nível educacional baixo (Taylor, 1998).

Baixa literacia de saúde é a dificuldade em compreender qual é o seu estado de saúde e quais são as necessidades de mudança de comportamentos, planos de tratamentos e de autocuidados, que pode relacionar-se com literacia geral baixa, nível de conhecimentos baixos sobre saúde ou inibição resultante do embaraço e medo do ridículo (Nunes, 2010).

1.5.6. Consequências dos problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os doentes

As consequências dos problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e os doentes podem ser variadas. Destacam-se: a insatisfação dos doentes com a qualidade dos cuidados de saúde; os erros de avaliação pois podem não se identificar queixas relacionadas com crises pessoais, comportamentos de adesão mais insatisfatórios; mais dificuldades no confronto e adaptação à doença por não saber o que fazer (incerteza), ter recebido informação contraditória (ambiguidade) ou até por se sentir incompreendido; comportamentos inadequados de procura de cuidados, quer procura excessiva e/ou recorrente dos serviços de saúde quer procura alternativa.

Em jeito de conclusão, salientamos que as dificuldades relacionadas com a transmissão de informação e com atitudes inadequadas dos técnicos em relação à comunicação podem resultar em comportamentos de adesão insatisfatórios em relação a adoção de comportamentos saudáveis, realização de exames de rastreio e de diagnóstico, tratamentos medicamentosos, desenvolvimento de autocuidados, realização de outras consultas e adesão a medidas de reabilitação, o que pode acarretar consequências gravosas para o bem-estar dos doentes e dos técnicos de saúde e podem ter custos económicos para os indivíduos e para a comunidade (Nunes, 2010).

1.6. Método Clínico Centrado no Doente(MCCC)

Francis Peabody, médico, afirmava, que por volta de 1927 (Nunes, 2010), um número considerável de doentes sofre de perturbações cujas causas orgânicas não podem ser determinadas, acreditando que nestes casos só a relação privilegiada do clínico com o paciente, através da escuta ativa deste, permite determinar problemas emocionais que poderão estar na sua origem.

Para este médico, o tratamento da doença deve ser totalmente impessoal, por outro lado, o tratamento da pessoa deve ser totalmente pessoal.,

Assim, os sociólogos, defendem que a relação entre os profissionais de saúde e os doentes não pode ser analisada somente em termos psicológicos, uma vez que esta relação não se desenvolve apenas a nível interpessoal, mas também pela presença do meio envolvente e dos grupos sociais dos participantes (Taylor & Field, 1997).

Nesta relação, deve ser tido em conta que esta é um encontro de duas culturas, e como tal, coloca em evidência os valores sociais, sendo este fenómeno objeto de estudo da sociologia.

Carl Rogers, psicoterapeuta, acreditava que se o profissional de saúde comunicasse honestamente, com preocupação em compreender o paciente, ajudaria esta a ajustar-se de modo saudável às circunstâncias. Nesse sentido, desenvolveu um modelo de comunicação terapêutica (Taylor, 1997).

O seu modelo de comunicação terapêutica, consistia em utilizar as perícias comunicacionais com o intuito de ajudar a pessoa a ultrapassar o stress temporário, a lidar com os demais, a ajustar-se ao inalterável e a ultrapassar os bloqueios psicológicos que se opõem à autorrealização.

Assim, o modelo rogeriano, propõe que o profissional comunique com:

- Empatia, entendida como o processo de comunicar ao cliente o sentimento de que está a ser compreendido.
- Consideração positiva, é o processo de comunicar suporte, de maneira preocupada e sem juízos de valor (julgamentos) ou, por outras palavras, comunicação genuína, não ameaçadora e aceitação incondicional.,
- Congruência é descrita como a expressão pelo terapeuta dos seus sentimentos e pensamentos de forma coerente sem paradoxos comunicacionais.

Esta última, pode ser entendida como um “acordo interno”, definida por Cardoso (1980), como uma autenticidade que não pode ser fingida pois caso contrário poderá deixar sem controlo a informação contrária a nível não-verbal.,

Se o profissional de saúde obedecer a estes princípios, irá certamente provocar no doente uma sensação de compreensão, que só por si, poderá ser terapêutica pelo bem-estar que provoca, assim como ajuda a que o doente encontre recursos pessoais nas mais diversas dimensões, que o suportem e ajudem a ultrapassar os seus problemas, contribuindo ainda de modo significativo, para o crescimento do autorrespeito positivo, e outras dimensões psicológicas, tais como a autoestima e a autoimagem positiva (Nunes, 2010).

Nos anos 70, George Engel defendeu que só a abordagem simultânea das dimensões biológicas, psicológicas e sociais da doença permitem a compreensão e a resposta adequada ao sofrimento dos doentes. Nascia o Modelo Bio-psico-social que defende uma abordagem holística (Engel, 1977).

1.7. Modelo Bio-psico-social

Este modelo, surge mais como um movimento de luta contra a desumanização do modelo biomédico do que um método clínico estruturado na abordagem ao doente.

Engel (1977), critica fortemente o modelo biomédico em três pontos fulcrais:

- A natureza dualista, separando a mente e o corpo, considerando a realidade deste como muito mais privilegiada no modelo biomédico, em desfavor da realidade psicossocial;
- Reduccionismo e materialismo que desvaloriza, ignora ou nega, todos os factos e fenómenos que não possam ser verificados objetivamente e explicáveis a nível celular ou molecular; como consequência, o modelo biomédico é frio, distante, impessoal, tecnicista, privilegia os exames complementares de diagnóstico face à pessoa, os números face às palavras, a rescrição e a requisição face à relação;
- Arrogância médica, no sentido em que vê o médico como um excipiente inerte que em nada interfere no “objeto” observado (doente) ou, de certo modo, negando a dimensão humana da relação médico-doente (Engel, 1977).

Por outro lado, este modelo biopsicossocial reconhece a importância das emoções e o exercício do poder na relação clínica. O profissional de saúde em diálogo com o doente, vai interpretando a realidade e, através da construção, desconstrução e

reconstrução da sua história, vai moldando a sua identidade que lhe permite manter-se e continuar a construir-se através da interação social (Engel, 1977).

Integrado num contexto de igualitarismo e de contestação de poderes, este modelo, coloca em causa o poder autoritário do pessoal de saúde, defendendo uma relação de cooperação em que os dois intervenientes partilham o poder de igual forma.

Desde a apresentação deste modelo de Engel, ou como lhe chamam Borrel i Carrió, Suchaman & Epstein (2004), de prática clínica orientada biopsicossocialmente, dois dos seus aspetos sofreram importantes evoluções. Em primeiro lugar, a problemática do dualismo corpo-mente é, hoje, reconhecida como um constructo social, sendo as categorias corpo e mente, em certa medida elas próprias criação do homem. Estas categorias são úteis porque permitem a abordagem focada, mas se levadas ao extremo criam fronteiras desnecessárias e inexistentes, e que dificilmente permitem a compreensão holística dos problemas. Em segundo lugar, a evolução das teorias do conhecimento complexo permitem-nos hoje compreender melhor a casualidade, o dualismo e a participação em cuidados de saúde. Segundo as teorias da complexidade, em sistemas abertos é, frequentemente, possível conhecer todos os contribuintes e influências sobre um determinado resultado em saúde. Descrevendo o modo como os sistemas se auto-organizam, colhem-se indicações que informam os clínicos para as suas ações e atenua-se a tendência para impor as expectativas irrealistas de que se consegue controlar todos os determinantes.

Estes modelos, são paradigmas médicos com componente mais ou menos ideológico mas que estão longe de serem métodos clínicos estruturados para aplicação das teorias na prática clínica. No entanto, têm como denominador comum o facto de tentarem alargar a abordagem médica convencional às áreas psicossociais.

O MCCP tem precisamente o objetivo de lidar com a complexidade sem desprezar a lógica linear de explicação dos fenómenos, baseia a sua intervenção na compreensão do doente como um todo, com as suas experiências e conhecimentos, numa tentativa de obter terreno de entendimento comum (Borrel i Carrió, Suchaman & Epstein, 2004).

1.8. Ansiedade e Stress

Os hospitais podem ser um local intimidador para os seus doentes. Se estes conseguirem aceder ao serviço que procuram facilmente, ou seja, se o doente souber previamente, por exemplo, onde terá que se dirigir, se o local estiver identificado isso

poderá facilitar a vida do doente e reduzir a sua ansiedade, assim como a receção e o primeiro contacto com o doente, pode determinar a atitude face ao exame (Making your Radiology Services more patient-friendly, 2000).

Assim, é importante que na receção sejam dadas algumas informações ao doente sobre o processo, tal como os tempos de espera, uma vez que não é desejável que pensem que perderam a sua vez porque se esqueceram dele ou que esperem mais tempo do que aquele estritamente necessário, o que certamente aumentará a sua ansiedade.

É de máxima importância também ter em atenção as limitações de cada doente, e face a isso o pessoal deve fornecer ao doente informações acerca da acessibilidade das casas de banho, e outros pontos importantes.

Como se pode compreender, a comunicação poderá ser a chave para o sucesso de todo o processo que envolve a RM, desde a receção no serviço até ao término do exame.

Informações como as características do exame, a forma como é executado, os tempos aproximados de cada exame, o tempo de espera, a preparação que devem fazer para o exame (horas de jejum, por exemplo), o facto de o exame ser indolor, a possibilidade dos doentes poderem trazer um acompanhante consigo para que possa passar os tempos de espera acompanhado, a possibilidade de poderem ou não regressar ao trabalho após o exame, a possibilidade de ter que ser administrada medicação intravenosa, os possíveis efeitos secundários, a existência caso seja necessário, de médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica por perto. Para além destas informações, o doente pode ainda ser aconselhado a pesquisar informação adicional, nomeadamente na internet.

Caso não sejam dadas informações pertinentes ao doente, isso poderá ter consequências negativas para ele e condicionar ou até inviabilizar toda a RM. Isto pode acontecer por várias razões, onde podemos destacar o facto de o doente ficar de tal forma nervoso, dificultando a sua imobilidade durante a realização do exame o que consequentemente originará um exame de má qualidade e de difícil leitura para o médico radiologista, ou poderá também atingir um elevado nível de ansiedade que o pode levar a desistir de realizar o exame (Making your Radiology Services more patient-friendly, 2000).

A ansiedade é uma reação normal quando as pessoas se expõem à perda ou a eventos ameaçadores. É quando a ansiedade é desproporcional ao evento, que há problema (Hunt et al., 2011).

O stress sentido pelo doente pode desencadear outras reações, para além da ansiedade, até outras consequências mais grave tais como ataques de pânico onde poderá ser necessário intervir ou medicar o paciente.

Reações psicológicas severas no processo da RM poderão passar por: náuseas, palpitações, dor no peito, fadiga, dispneia, transpiração, tremores, vertigens, medo de perder o controlo ou até de morrer (Murphy & Brunberg, 1997).

Muitos fatores contribuem para o sofrimento experienciado por alguns doentes submetidos a procedimentos de RM. Os mais citados são as preocupações sobre o ambiente físico do sistema de RM. Também bem documentado é a ansiedade associada com o problema médico subjacente à necessidade do exame de RM. Certos indivíduos, como aqueles com doenças psiquiátricas, podem estar predispostos a experienciar sofrimento durante este processo (Hunt et al., 2011).

O sofrimento do doente pode contribuir para resultados adversos para o procedimento de RM. Estes resultados adversos podem incluir a exacerbação não intencional do sofrimento do paciente, um comprometimento da qualidade, a diminuição da eficiência da instalação RM devido a estudos atrasados, interrompidos prematuramente ou mesmo cancelados (Murphy & Brunberg, 1997).

1.8.1. O ataque de pânico e fobias

Se um indivíduo experienciar demasiada ansiedade, pode ocorrer um ataque de pânico (Lukins, Davan & Drummond, 1997). Os ataques de pânico são descritos como uma experiência terrível, onde as pessoas que passaram pelo ataque se sentem convencidas de que a morte está iminente (Depla, tenHave, vanBalkom, & de Graaf, 2008), que estão a enlouquecer ou a perder o controlo. Ainda que racionalmente saibam que não vão morrer, eles perdem toda a capacidade de controlar a sua ansiedade. Durante o ataque, as sensações corporais, tais como taquicardia, palpitações, tremores no corpo, suor excessivo e o mais importante uma sensação de sufocamento (Harris, Robinson & Menzies, 1999), são muitas vezes mal interpretados como um sinal de perigo e a pessoa que sofre um ataque sente que o medo é incontrolável. O ataque de pânico pode ocorrer inesperadamente ou estar relacionado com situações concretas (Lukins, Davan & Drummond, 1977)

1.8.1.1. Claustrofobia

Para os adultos, a claustrofobia é uma das fobias mais comuns (Depla, Have, vanBalkom, e de Graaf, 2008). Este tipo de fobia situacional tem um início tardio e portanto, não é tão comum entre as crianças. No entanto, demonstrou-se, que, por exemplo, fobias de picadas de agulha têm um início precoce e são mais comuns entre crianças (Harris, Robinson & Menzies, 1999). Como os doentes muitas vezes precisam de medicação intravenosa (como o contraste) esse tipo de medo ou fobia pode afetar negativamente uma RM. Harris, Robinson & Menzies (1999) propõem que a claustrofobia é composta por duas componentes distintas - encurralamento e asfixia - e concluíram que os doentes submetidos a RM foram influenciados apenas pelo encurralamento. Alguns estudos (Kilborn & Labbe, 1990; Lukins, Davan & Drummond, 1997) mostraram que a experiência de um ataque de pânico durante o exame pode levar o doente a desenvolver fobias em locais fechados. Lurkins, Davan e Drummond (1997) verificaram um aumento de 38% no medo relacionado com a RM, sete meses após o exame ter sido realizado. Por outro lado, Harris, Robinson & Menzies(1999) sugerem que finalizações bem sucedidas do exame de doentes ansiosos podem diminuir o medo de estar em locais apertados, no futuro.

Note-se que frequentemente e especialmente na doença oncológica, é necessária a repetição periódica do estudo de imagem (RM).

1.8.2. As informações na preparação do doente

A informação prestada deve conter não só informações sobre o procedimento (informações processuais), mas também sobre as sensações (informação sensorial) e informações acerca do tempo de duração do exame (informação temporal), a fim de diminuir a ansiedade (Kilborn & Labbe, 1990; Lukins et al., 1997; Mclsaacetal., 1998).

1.9. A Radiologia

A Ciência Radiológica, conheceu nas últimas três décadas um desenvolvimento tecnológico exponencial, envolvendo as suas vertentes biofísicas nomeadamente na Radiologia convencional – Mamografia – Angiografia e Tomografia Computorizada, a Ecografia – Ecodoppler, a Ressonância Magnética e a Osteodensitometria (Penedo, 2006).

Esta evolução tem condicionado múltiplas alterações de orientação dos diferentes protocolos imagiológicos, com um acentuado impacto na investigação médica, na prevenção secundária de múltiplos processos patológicos e no diagnóstico clínico bem como nos resultados terapêuticos. Neste cenário, deve ainda ser incluído o rápido crescimento das despesas funcionais e de manutenção e ainda os elevados investimentos do Sistema Nacional de Saúde (Penedo, 2006).

Designa-se por Radiologia Médica o conjunto de técnicas de diagnóstico e investigação que utilizando diferentes formas de radiação, fornecem ao médico uma imagem visual das diversas partes do corpo humano (Freitas & Costa, 2005), permitindo o diagnóstico e por vezes terapêutica de diferentes entidades radiológicas.

A Radiologia no Serviço Nacional de Saúde evidencia duas vertentes bem caracterizadas, que podem ser definidas como a Radiologia do Ambulatório – exames solicitados pelas consultas da Rede Hospitalar Pública e pelos restantes tipos de consultas médicas vinculadas ao Sistema Nacional de Saúde (S.N.S), que é maioritariamente realizada no sector convencionado, sendo suportada pelas A.R.S. (Administração Regional de Saúde), e a Radiologia Hospitalar– exames referentes aos doentes que recorrem aos serviços de urgência e aos doentes internados, na sua quase totalidade efetuada na Rede Hospitalar do S.N.S. (Campos, 2007).

1.9.1. Ressonância Magnética (RM)

A RM é uma técnica de Radiologia tomográfica capaz de produzir imagens de características internas físicas e químicas de um dado corpo através da medição externa dos sinais de ressonância magnética. Com recurso a um scanner de RM é possível obter conjuntos de dados ou imagens multidimensionais representativas da distribuição espacial de uma dada medida de quantidade física. É possível gerar imagens seccionadas de 2 dimensões (2D) com qualquer orientação, imagens volumétricas 3D e até imagens 4D das distribuições espaço-espectral ou espaço-temporal. Outra particularidade desta tecnologia está na natureza dos sinais utilizados para formar as imagens uma vez que, ao contrário das outras tecnologias, não necessita de recorrer a partículas com radiação para gerar os sinais captados (Landini, Positano & Santarelli, 2005).

Durante a aquisição de dados de imagens, os gradientes são ligados e desligados, o que cria um ruído muito alto, equiparado ao barulho de “marteladas”.

A duração de uma análise completa de um doente tem entre 20 e 90 minutos, com tempos variados para cada sequência, desde 15 segundos a 9 minutos,

dependendo do estudo, do doente e do equipamento. (Landini, Positano, & Santarelli, 2005).

Para ativar um forte campo magnético, o scanner é construído de modo que os doentes se encontram no interior do scanner num túnel, de aproximadamente 2 metros de comprimento e 60 centímetros de largura.

Isto significa que a cabeça e o corpo estarão no interior do túnel para a maioria dos exames. O scanner médio é de cerca de 2 metros de largura, 2 metros de altura e 2,5 m de comprimento (Landini, Positano, & Santarelli, 2005). Alguns scanners têm um design mais aberto para que o doente não esteja totalmente fechado, mas os ímãs nestes scanners são menos poderosos com uma conseqüente diminuição na qualidade da imagem, e eles também têm uma menor capacidade para exames avançados (Freitas & Costa, 2005).

As normas que de seguida se apresentam, apenas pretendem demonstrar as linhas de orientação genéricas e recomendadas pelo Manual de Boas práticas em Radiologia (2012) atualmente em vigor atualmente em vigor em Portugal que permitam efetuar exames médicos por RM de qualidade reprodutível entre as diferentes unidades que se dedicam a esta técnica. Não é missão destas especificações cobrir exaustivamente todo o leque de potenciais aplicações da técnica ou demonstrar obrigatoriedade da realização de protocolos rígidos de exploração imagiológica. Pelo contrário, estes deverão ser orientados segundo a indicação clínica e as capacidades técnicas incorporadas (Manual de Boa Práticas na Radiologia, 2012).

1.9.1.1. Características dos equipamentos

O campo magnético pode ser permanente ou induzido por corrente elétrica (eletroímãs). A ação do campo magnético não deve ultrapassar a sala do magnete, até uma intensidade do mesmo de 5 Gauss, através de sistema de blindagem ativa. Caso as dimensões da sala o não permitam, deverá ainda ser adicionado um sistema de blindagem passiva nas paredes da mesma (Landini, Positano, & Santarelli, 2005).

O local onde se encontra instalado o magnete é considerado zona de acesso controlado. No serviço onde foi levada a cabo a presente investigação eram visíveis as seguintes interdições (Manual de Boa Práticas na Radiologia, 2012): *portadores de electroestimuladores cardíacos, todos os doentes que possuam implantes ou corpos estranhos ferro-magnéticos, todos os doentes a quem esteja contra-indicada a exposição a campos magnéticos intensos.*

Os doentes que acedem a uma Unidade de Radiologia têm o direito a obter esperados níveis de qualidade de serviço. Os médicos radiologistas, e as equipas profissionais que lideram, devem ser apropriadamente qualificados, treinados e experientes, e ter à sua disposição os recursos adequados, quer em termos de equipamentos e de pessoal, quer de instalações (Manual de Boa Práticas na Radiologia, 2012).

1.9.2. Artefactos da Ressonância Magnética

A RM é amplamente utilizada no diagnóstico médico devido às suas vantagens, tal como a alta-resolução espacial e de contraste, capacidade de aquisição multiplanar, possibilidade de utilizar diferentes tipos de contraste e a ausência de radiação ionizante.

Como outros métodos de diagnóstico por imagem, a RM está sujeita a inúmeros tipos de artefactos que podem comprometer a qualidade das imagens e interferir na sua interpretação. É necessário reconhecer os artefactos e diferenciá-los, tentando sempre minimizá-los, de variantes anatómicas e de processos patológicos. Os artefactos podem resultar tanto da aquisição e manipulação dos dados quanto de características inerentes ao doente (Andrade et al., 2002).

Existem muitas potenciais fontes de artefactos de imagem associados à tecnologia de ressonância magnética. Eles podem potencialmente degradar as imagens o suficiente para causar um diagnóstico impreciso ou até inconclusivo. São vários os tipos de artefactos, no entanto iremos debruçar-nos apenas nos artefactos de movimento, pois são apenas essas que têm relevância no estudo.

Os artefactos da imagem por RM podem ser agrupados em duas categorias gerais.

Na segunda categoria, surgem os artefactos inerentes ao paciente, onde se destacam os artefactos de suscetibilidade magnética e os artefactos de movimento (Andrade et al, 2002). Os artefactos de movimento podem resultar de movimentos fisiológicos (pulsção e movimentos peristálticos) ou de movimentos voluntários ou da incapacidade de permanecer imóvel durante algumas sequências que exijam apneia.

No âmbito do nosso estudo, iremos debruçar-nos mais aprofundadamente neste último tipo de artefato de movimento, por ser aquele que mais depende da colaboração do doente.

São os mais frequentes artefatos de imagens de RM e manifestam-se como fantasmas (“ghost”) ou borrões (“blurring”) nas imagens. Os artefatos de movimentação resultam principalmente de dois efeitos: “view-to-view” e “within-view”.

O primeiro efeito (“view-to-view”) decorre da movimentação que ocorre durante a aquisição de níveis de codificação de fase, e leva a uma reconstrução da imagem ao longo do eixo de fase. Quando o movimento é periódico, isto é, ocorre de maneira regular, o resultado é a completa ou incompleta replicação dos tecidos em movimento, sendo habitualmente chamado de artefato fantasma. É observado ao longo da direção da codificação da fase da imagem e independente da direção do movimento.

Movimentos fisiológicos que normalmente resultam em artefatos fantasmas incluem movimentos respiratórios e a pulsação vascular (Andrade et al., 2002).

O segundo efeito (“within-view”) decorre da movimentação entre o tempo de excitação da radiofrequência e a aquisição do eco, resultando em perda de coerência de fase entre a população de spins em movimento no tempo de formação do eco. Esta incoerência manifesta-se como borrões num e aumento do ruído na imagem. Este efeito é expresso por toda a imagem e ocorre na direção do movimento, diferentemente do tipo fantasma. É mais frequentemente associado a movimentos aleatórios, como, por exemplo, peristaltismo gastrointestinal, deglutição, tosse e movimentos do paciente.

As estratégias para se obter redução dos artefatos de movimento nas RM do abdómen podem ser agrupadas nas seguintes técnicas: a) aquelas que tentam reduzir os artefatos de movimento por correção quanto ao ruído na imagem; b) reduzindo a movimentação “tomada a tomada”, isto é, que ocorre entre os pulsos de 90 graus; c) reduzindo a movimentação que ocorre entre a aplicação do pulso de 90 graus e a aquisição de dados (Andrade et al., 2002).

Passaremos de seguida a breves e simples explicações de dois tipos de artefactos de movimento, o respiratório e o cardíaco.

Para além destes dois, há ainda a destacar os artefactos de movimento da pulsação vascular.

1.9.2.1. Movimento respiratório

O movimento respiratório resulta da respiração do paciente. Estes movimentos podem causar artefactos fantasmas ou em *blurring* (desfoque) que pode degradar a imagem, escurecer ou até simular lesões. Uma variedade de métodos tem sido usado para reduzir o efeito deste tipo de artefactos, a destacar o uso de Tigger (“cinta” que envia informação sobre período de menor movimento que a RM visa para adquirir

imagem. a aquisição de imagens com o doente em decúbito ventral, No entanto, estas manobras muitas vezes levam ao desconforto do doente e podem, portanto, ter efeitos contraproducentes.

Outros métodos para reduzir artefatos respiratórios consistem em técnicas de apneia e utilização de sequências ultrarrápidas resistentes ao movimento.

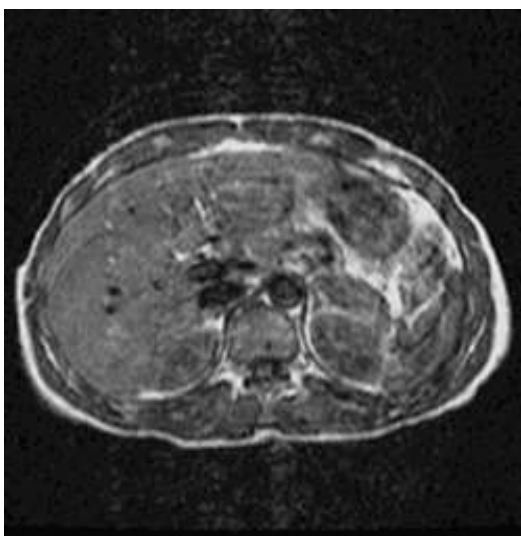


Figura 1. Imagem com artefatos de movimento respiratório.

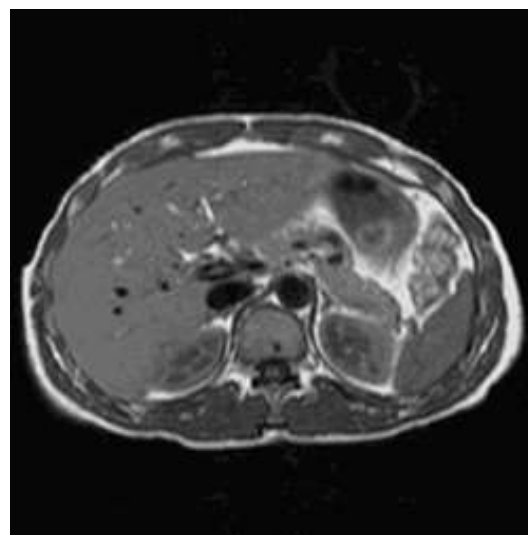


Figura 2. Imagem sem artefatos de movimento respiratório.

A imagem da esquerda (Figura 1) exhibe os movimentos respiratórios, onde é evidente esbatimento das estruturas bem como os “fantasmas” induzidos pelo movimento, em oposição Figura 2, onde a presença deste tipo de artefactos não é facilmente visível, assim como a qualidade da imagem é bastante superior, o que irá permitir uma melhor análise.

Em jeito de síntese conclusiva acerca desta temática dos artefactos de movimento da RM, importa reter que um correto entendimento das causas desses mesmos artefactos, poderá permitir fazer alterações racionais nas técnicas de imagem, ou até apostar em estratégias que diminuam os seus efeitos negativos na imagem.

Como se pode perceber, os artefatos são comuns em imagens de RM. A maioria ocorre como um resultado de interações de vários fatores, especialmente o do movimento. Os artefatos em RM causam degradação da imagem, embora possam ocasionalmente simular lesões patológicas (Francisco *et al.*, 2005).

Para evitar também os artefactos de movimentos que resultam do movimento corporal do examinado, poder-se-á trabalhar junto deste a fim de reduzir este comportamento. Com a adequada comunicação, o técnico de saúde poderá não só conseguir reduzir a ansiedade do paciente, como poderá melhor se aperceber de algumas limitações, proporcionando por exemplo posicionamentos mais confortáveis (especialmente importante em exames de longa duração).

Assim, podemos verificar que uma adequada relação entre os profissionais da saúde e os doentes, pressupondo um correto processo comunicativo com tudo o que ele engloba, poderá beneficiar a qualidade das imagens recolhidas através da RM, respeitando as necessidades de bem-estar e preservação da dignidade do doente e reduzir a possibilidade aumento da ansiedade. Esta constatação vai de encontro e reforça os objetivos a que o nosso estudo se propõe (Andrade et al., 2002).

1.9.3. Recursos Humanos

Embora este estudo incida apenas nos técnicos de radiologia e nos auxiliares que prestam serviço na Unidade de RM estudada, importa perceber para que o bom funcionamento da unidade é necessária uma equipa multidisciplinar.

Dessa equipa destacam-se médicos, técnicos de radiologia, pessoal auxiliar, pessoal administrativo e enfermeiros. No serviço onde foi efetuado o estudo, o pessoal da equipa de RM não está exclusivamente dedicado a esta, tendo outras funções subjacentes à RM. Os técnicos e auxiliares têm cerca de 80% do seu tempo dedicado à unidade de RM.

1.9.3.1. Médicos

Os médicos radiologistas devem ter obrigatoriamente inscrição no Colégio de Radiologia da Ordem dos Médicos.

As suas responsabilidades passam por: cumprir o regulamento interno da Unidade e colaborar com o seu responsável, em todos os campos da sua área, assim como com todo o restante pessoal; manter uma prática de aperfeiçoamento técnico e formação contínua na sua área de trabalho, de modo a corresponder a um nível sempre mais elevado de qualidade de serviços, conforme o esperado. Cabe ao Radiologista a otimização das estratégias de estudo, para cada situação clínica, funcionando assim como consultor especializado do clínico prescritor.

Deve ainda ser pontual nos seus períodos de execução e supervisão de exames; decidir sobre a realização ou não de certos exames, nomeadamente quando possam envolver riscos para o doente, justificando os motivos ao médico requisitante e proporcionando adequada informação ao doente. Deve ainda propor a solução considerada alternativa para esclarecer a dúvida clínica; efetuar uma adequada avaliação dos objetivos de cada exame a realizar; realizar o exame de modo a obter o maior ganho diagnóstico com o mínimo de risco ou incómodo para o doente e orientar a execução do exame segundo esses princípios; acompanhar a evolução do exame possibilitando alterações ou variantes técnicas de aperfeiçoamento durante o seu decurso; decidir sobre a sua conclusão ou interrupção, se justificável; estar apto a apoiar medidas de emergência e reanimação a praticar em reações a contrastes ou medicações administradas, ou por quaisquer outras causas; o médico deve comparar o exame com estudos anteriores, pode solicitar opiniões de colegas sempre que considere necessário (Manual de Boas Práticas em Radiologia, 2012).

Após a realização do exame, o médico deve elaborar o respetivo relatório segundo as normas aconselhadas, em tempo adequado para que possa estar dactilografado, revisto, assinado e disponível para entrega, num prazo clinicamente adequado à salvaguarda dos interesses do doente.

Sempre que a gravidade dos achados de determinado exame seja de molde a condicionar gestos terapêuticos de absoluta urgência, deverá o médico responsável pela sua execução procurar transmiti-los, de imediato, ao clínico responsável, por meios que se afigurem razoáveis.

Por fim, importa salientar que o médico deve atuar sempre segundo os princípios da ética e deontologia (Manual de Boas Práticas em Radiologia, 2012).

1.9.3.2. Técnicos de Radiologia

A Radiologia Médica, nos últimos anos sofreu um desenvolvimento muito significativo na sua aplicação, na importância no diagnóstico e na terapêutica - devido essencialmente às inovações tecnológicas, tornado este ramo da medicina alicerce fundamental e transversal à prática médica atual.,

A execução de muitos dos exames complementares de diagnóstico pela imagem, incluindo os de RM, é realizada pelos técnicos de radiologia.

Uma vez que o presente estuda se foca nestes profissionais de saúde, é importante perceber as diretrizes da sua profissão, perceber em concreto em que consistem os seus deveres e funções, e os pressupostos éticos que sustentam a sua profissão.

A carreira de técnico de radiologista ou técnico de diagnóstico e terapêutica, encontra-se regulada pelo Decreto-Lei n.º 384-B/85, de 30 de setembro, e diplomas complementares, inserindo-se nos corpos especiais da saúde instituídos pelo Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de junho. (Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro, Diário da República I Série- A N.295- 21-12-1999).

Os Técnicos de Radiologia deverão ter a qualificação obrigatória e a habilitação oficial para o exercício da profissão, segundo a legislação em vigor.

As responsabilidades dos técnicos de Radiologia passam por: cumprir o regulamento interno da Unidade e colaborar com o seu Responsável, em todos os campos da sua área, assim como com todo o restante pessoal; atuar com rigor, na base da sua formação profissional; manter uma prática de aperfeiçoamento técnico e formação contínua na sua área de trabalho, de modo a corresponder a um nível de qualidade de serviços sempre mais elevado; ser pontual nos seus períodos de trabalho; iniciar atempadamente todos os processos e operações técnicas destinadas ao pontual início dos exames, assim como, de modo inverso efetuar a preparação para o período de trabalho seguinte; alertar o médico para os riscos que certos procedimentos ou exames possam ter para o doente; estar apto a apoiar medidas de emergência e reanimação a praticar em reações a contrastes ou medicações administradas, ou por quaisquer outras causas e tal como os médicos, atuar sempre segundo os princípios da ética e deontologia da sua profissão (Manual de Boas Práticas em Radiologia, 2012).

A natureza do seu trabalho prende-se essencialmente com a execução de exames radiológicos. As suas principais funções consistem assim, na programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas utilizadas no diagnóstico, na prevenção e promoção da saúde.

1.9.3.2.1. As suas funções

As suas funções (Código Deontológico, Associação Portuguesa de Técnicos de Radioterapia, Radiologia e Medicina Nuclear (ATARP), 2002) compreendem a preparação e posicionamento do doente para a realização do exame, bem como a sua vigilância e execução dos procedimentos necessários ao esclarecimento da situação clínica dos doentes, de acordo com o protocolado pelo médico radiologista.

Pelo facto de trabalharem com radiações, estes profissionais devem manter um nível máximo de segurança na sua utilização com vista a assegurar a sua proteção e a do doente.

De seguida é apresentada uma *Checklist* que apresenta os cuidados que os técnicos devem ter na relação técnico-paciente, de acordo com a Faculty of Clinical Radiology, Royal College of Radiologists (*cit in Making your Radiology Services more patient-friendly, 2000*):

- ✓ Explicar ao doente o que vai acontecer;
- ✓ Explicar se irá sentir dor ou não;
- ✓ Perguntar se sente confortável;
- ✓ Explicar o que o pessoal médico irá fazer, caso necessário;
- ✓ Explicar o que o doente deverá fazer durante o exame;
- ✓ Dar informações acerca dos tempos de duração do exame;
- ✓ Dar informações de quem será a pessoa ou as pessoas que olharão por ele durante o processo;
- ✓ Informar acerca dos riscos do procedimento;
- ✓ Perguntar se consente a possível aplicação de medicação intravenosa, nomeadamente o contraste;
- ✓ Informar a possibilidade de regressar ao trabalho após a realização do exame;
- ✓ Perguntar se sente bem para iniciar o exame;
- ✓ Questionar acerca de eventuais dúvidas e esclarecê-las.

Pela complexidade das técnicas utilizadas e rapidez da sua execução, as Ciências Radiológicas necessitam, da parte dos seus profissionais, não somente de uma sólida formação base, mas também de uma atualização permanente dos conhecimentos, incidindo nas capacidades comunicacionais, de forma a elevar os padrões de excelência profissional.,

Tal como em qualquer área da saúde, também nesta o doente deve ser visto como a Figura central de todo o Sistema de Saúde (Faculty of Clinical Radiology, Royal College of Radiologists (*cit in Making your Radiology Services more patient-friendly, 2000*)).

De acordo com o Código Ético e Deontológico dos Técnicos de Radiologia (Código Deontológico, ATARP. 2002) no seu desempenho profissional, estes têm vários deveres onde se destacam: 1) conceber, planejar, organizar, aplicar, e avaliar o processo de trabalho com o objetivo da promoção da saúde, do diagnóstico e do tratamento, agindo sempre com o máximo de zelo em benefício do doente; 2) explicitar o exame ao doente, disponibilizando-se para clarificar qualquer procedimento, do melhor modo possível; 3) posicionar o doente e o equipamento corretamente, monitorizando-o durante os exames e/ou tratamentos, confortando-o emocionalmente sempre que necessário e garantindo toda a sua privacidade; 4) utilizar o equipamento, aplicando todo o seu conhecimento científico, assegurando que o doente, ou qualquer outra pessoa, estejam protegidos contra a radiação e ação dos campos magnéticos.

A relação com o doente, sendo a pedra angular deste estudo, assume um papel fundamental e todo o processo, podendo determinar o estado psicológico do doente antes/durante e após o exame, podendo eventualmente em causa a qualidade do exame. Assim, o técnico deve também 1) respeitar o doente, no quadro jurídico e deontológico, estabelecendo a salvaguarda dos valores fundamentais que colocam o Ser Humano acima de qualquer outra consideração, 2) deve criar as condições de prestação de cuidados de saúde adaptadas às características físicas, psicológicas e sociais do doente, expurgando qualquer tipo de discriminação (Egger, 1994).

Antes da administração de produtos farmacêuticos, o técnico deve preparar, de modo apropriado, os produtos farmacêuticos (meios de contraste, no caso da RM) de modo a proceder à sua utilização, ou pelo menos, supervisionar todo o processo, assim como deve proceder à administração oral, retal, intramuscular, endovenosa e subcutânea das substâncias farmacêuticas necessárias para a obtenção de uma imagem médica de boa qualidade (Código Deontológico, ATARP. 2002).

A nível da segurança, mais propriamente no caso da RM, o técnico deve aplicar as regras de assepsia e higiene hospitalar em todos os setores de desempenho profissional, assim como deve vigiar o bem-estar do doente, inclusive a continuidade dos cuidados *post-exame* e/ou tratamentos (Código Deontológico, ATARP. 2002).

Os técnicos de radiologia necessitam, de saber usar os programas de software que integram os equipamentos cada vez mais com mais funções (algumas com elevada complexidade), chegando alguns a participar, inclusive, na preparação desses mesmos programas.

Além dos conhecimentos técnicos e científicos, estes profissionais devem ter a capacidade de trabalhar em equipa de uma forma eficaz, uma vez que trabalham em estreita colaboração com outros profissionais: colaboram diariamente com médicos

radiologistas (bem como de outras especialidades, como cardiologistas, neurologistas, gastroenterologistas, etc.), e alguns exames têm de ser realizados por mais de um técnico. A capacidade de comunicação é determinante no sucesso de todo o processo, designadamente entre o médico que prescreve o exame e o técnico de radiologia que o realiza.

Por outro lado, devem ser capazes de uma avaliação rápida do doente, tendo sempre presente a necessidade de estabilizar a sua ansiedade, pondo-o, tanto quanto possível, a par do objetivo do exame. Neste sentido, a segurança e o rigor que transmitem são determinantes para criar um clima de confiança, facilitador de uma realização bem sucedida do exame. O conhecimento imediato dos diagnósticos menos otimistas e o facto de trabalharem frequentemente sob pressão implicam algum desgaste psicológico e exigem a estes técnicos alguma resiliência emocional (Código Deontológico, ATARP. 2002).

A maioria dos técnicos de radiologia exerce a sua atividade nos serviços de saúde públicos, designadamente estabelecimentos hospitalares e, em menor número, centros de saúde. No setor privado, podem trabalhar em clínicas e hospitais de gestão privada. Estes profissionais trabalham normalmente por conta de outrem, podendo também exercer a profissão por conta própria. Em todos os casos, o técnico de radiologia trabalha sempre em equipa com um médico.

Para se exercer esta profissão é necessário possuir um curso técnico em Radiologia. Regra geral, os cursos em Radiologia compreendem aulas teóricas e práticas e períodos de estágio. No seu início, integram normalmente nos seus planos curriculares disciplinas gerais na área da saúde, como anatomia, fisiologia, patologia, terapêutica geral e cuidados de saúde, mas à medida que prosseguem aumenta o número de disciplinas mais especificamente relacionadas com a radiologia, tais como processamento radiofotográfico, física das radiações, técnicas radiológicas, proteção e segurança radiológicas, etc. Além disso, é habitual incluírem disciplinas da área das ciências sociais e humanas, tal como a sociologia e a psicologia) e de conhecimentos complementares (por exemplo, métodos de tratamento de dados).

A evolução profissional dos técnicos de radiologia depende do tipo de entidade para a qual trabalham. Os técnicos que trabalham nos serviços públicos de saúde estão integrados na carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, progredindo de acordo com o que está legalmente estipulado (Técnico de 2.^a Classe, Técnico de 1.^a Classe, etc.). Os critérios considerados para esta evolução, dependendo da categoria em questão, incluem número de anos e qualidade do serviço prestado, avaliação curricular e prestação de provas públicas.

A formação contínua no decorrer de toda a vida profissional deve constituir uma preocupação constante para os técnicos de radiologia, quer porque os conhecimentos na área da saúde estão sempre a evoluir, quer porque os equipamentos que utilizam beneficiam regularmente de inovações tecnológicas (Código Deontológico, ATARP. 2002).

1.9.3.3. Pessoal Auxiliar

Os auxiliares de ação médica deverão estar habilitados com o nível de escolaridade necessário ao bom desempenho das suas funções.

As suas responsabilidades passam pelo cumprir do regulamento interno da Unidade e colaborar com o seu responsável, em todos os campos da sua área, assim como com todo o restante pessoal.,

Deve cumprir o seu horário de trabalho com a flexibilidade necessária para atendimento de situações imprevistas e/ou urgentes; deve respeitar escrupulosamente o sigilo em relação à situação clínica dos doentes; verificar que está assegurada a privacidade e segurança dos doentes, nomeadamente nos vestiários; manter os espaços devidamente limpos e arrumados, designadamente as salas de exames, os vestiários, e as instalações sanitárias; conhecer e aplicar com rigor as normas de proteção e segurança adequadas à manipulação de resíduos e materiais perigosos em toda a unidade e proporcionar no contacto com os doentes num atendimento afável e diligente, com espírito de ajuda (Manual de Boas Práticas em Radiologia, 2012).

Ao longo da revisão de literatura, procurou-se demonstrar a importância de um adequado processo de comunicação entre o profissional de saúde e o doente. Pretendeu-se ainda demonstrar a importância da qualidade desta relação para o bem-estar do doente e para a qualidade das imagens radiológicas recolhidas, dimensões fundamentais na aferição da qualidade do serviço prestado.

Assim, apresentam-se no próximo capítulo a operacionalização metodológica do estudo levado a cabo, que pretendeu veicular o cumprimento do nosso objectivo de investigação: conhecer e caracterizar o processo de comunicação técnico-doente, com vista à potencial do serviço prestado.

2. Método

A metodologia é o caminho próprio de abordagem da realidade, assim ocupa lugar central nas teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social do mundo veiculada na teoria (Minayo, 2003).

Considerando os objetivos propostos, bem como as questões levantadas, trata-se de um estudo descritivo simples.

Um estudo descritivo, segundo Fortin (1999), “ consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer, as características desta população” (p.164).

Ainda para a mesma autora, o estudo descritivo tem como objetivo “ discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo.” (p.164)

Trata-se de um tipo de estudo descritivo pois temos como finalidade descrever o processo de comunicação estabelecido entre técnicos e auxiliares com o doente, e o papel que este processo desempenha na qualidade dos exames realizados.

Fortin (1999), acrescenta ainda que *“as investigações inserem-se em duas grandes categorias: podem ser ou exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas (...); o nível dos conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação”* (p.164)

Quando existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre um fenómeno *“o investigador orientará o seu estudo para a descrição de um conceito ou fator, mais do que para o estudo de relações entre fatores”* (Fortin, 1999, p. 165)

Segundo a mesma autora, *“os estudos descritivos fornecem uma descrição de dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos”* (Fortin, 1999, p. 165)

Refere ainda que *“é baseado na observação de factos e objetivos, de conhecimentos e fenómenos, que existem independentemente do investigador e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e a validação dos conhecimentos”* (p. 165)

2.1. Participantes

A população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999). O elemento, de acordo com a mesma autora, é a unidade base da população próximo da qual a informação é recolhida.

De acordo com Fortin (1999), a população alvo é constituída por elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador (Fortin, 1999). Assim, o nosso alvo acessível foi constituído por alguns Técnicos de Radiologia que executam RM e pelos auxiliares de ação médica que os apoiam nessas tarefas.

Inicialmente, os elementos sobre os quais a informação foi recolhida foram os Técnicos de Radiologia do Serviço de Radiologia de um Hospital regional integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.), que desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados. Este hospital rege-se pelos valores do respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, pela excelência técnica, pela cultura da melhor gestão, pelo respeito pelas normas ambientais, pela promoção da qualidade, pela ética, integridade e transparência, pela motivação e pelo trabalho de equipa (informação retirada do site do hospital em questão).

De entre as várias valências que constituem este hospital, destacamos o Serviço de Radiologia pois foi nele que desenvolvemos o nosso estudo que mais adiante se apresenta.

Iniciadas as primeiras observações, rapidamente se constatou o importante papel informal desempenhado pelos Auxiliares de Acção Médica na preparação dos doentes para a RM. Assim, optou-se por incluir esta classe profissional na amostra de sujeitos observados.

Para que fosse possível recolher informação relativa às funções dos técnicos de radiologia/auxiliares e acerca das características da comunicação entre este e o doente, foi observado todo o processo que envolve a execução da RM, desde chamada do doente, a preparação, o posicionamento, a execução do exame e o pós exame. Assim sendo foram observados 60 exames que por conseguinte originaram o preenchimento de 60 grelhas de observação, relativas aos procedimentos de auxiliares e técnicos face a cada doente.

Foram também participantes neste estudo os doentes que voluntariamente fizeram parte da amostra. Estes participantes não foram em si mesmos objeto de estudo na investigação, mas permitiram aferir o comportamento dos técnicos de radiologia e dos auxiliares de ação médica através das ações e comportamentos de que foram objeto por parte dos primeiros.

De referir que foram excluídos deste estudo todos os casos em que os doentes que iam realizar uma RM se mostrassem debilitados ou incapacitados por algum motivo, assim como doentes com aparente falta de audição.

Importa ainda salientar que apesar dos técnicos terem sido identificados aquando da recolha dos dados, não foram realizados procedimentos estatísticos de comparação entre eles, dada a pequena dimensão da amostra e por não ser objetivo deste estudo.

Caracteriza-se de seguida os dados sócio- demográficos relativos aos doentes:

2.1.1. Caraterização da Amostra dos doentes

A amostra é constituída por um total de 60 exames observados. Na tabela 1 apresenta-se de forma resumida os resultados obtidos referentes à caracterização da amostra.

Tabela 1: Tabela resumo - Caracterização da Amostra

Sexo dos Doentes	
Feminino	75%
Masculino	25%
Idade dos Doentes	
Média	53,73
Mediana	54
Moda	50
Desvio Padrão	16,30
Máximo	15
Mínimo	83
Escolaridade dos Doentes	
Sem escolaridade	3.30%
1º ciclo	34,90%
2º ciclo	20%
3º ciclo	32%
Ensino Superior	10%
Nacionalidade dos Doentes	
Portuguesa	96%
Alemã	1,70%
Belga	1,70%

De seguida passamos a caracterizar a amostra de forma mais detalhada.

Na Figura 3 podemos constatar que, destes 60 exames observados, 75% dos doentes são do sexo feminino, correspondendo a 45 mulheres, enquanto que 25% dos doentes correspondem ao sexo masculino, com uma frequência de 15.

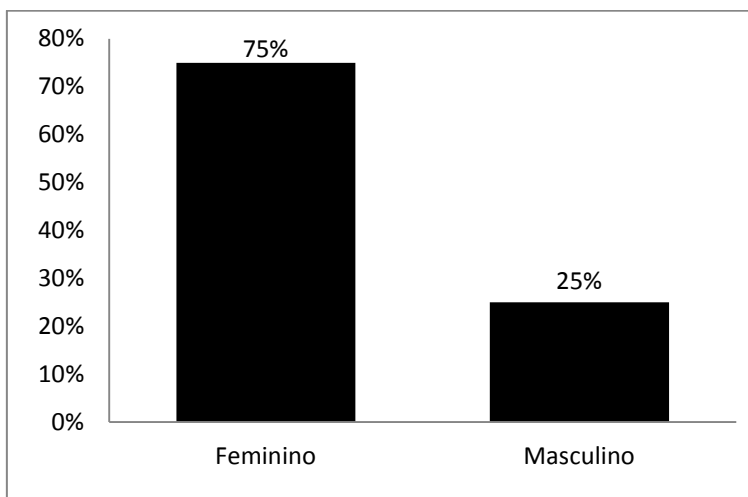


Figura3: *Sexo dos doentes*

No que concerne às idades dos 60 doentes que realizaram RM neste serviço de radiologia, podemos constatar através da Tabela 2 que estas estão compreendidas entre 15 (Min) e 83 (Máx) anos de idade, sendo que a média das idades é 53,73 ($\bar{x} = 53,73$), a moda de 50 ($Mo = 50$), a mediana de 54 ($Md = 54$) e o desvio padrão 16,30 ($SD = 16,30$).

Tabela 2: *Caracterização dos doentes por idade*

	Idade
Média	53,73
Mediana	54
Moda	50
Desvio Padrão	16,30
Máximo	15
Mínimo	83

No que concerne ao nível de escolaridade dos doentes que compõem a amostra, podemos verificar através da Figura 4 que as maiores percentagens correspondem a doentes com níveis de ensino de 1º ciclo (34,90%), seguindo-se os doentes com o 3º ciclo de escolaridade (32%). Com percentagens mais baixas, destacam-se os 3,30% atribuídos aos doentes que não frequentaram qualquer ensino formal, seguindo-se os doentes cuja escolaridade é ao nível do ensino superior (10%).

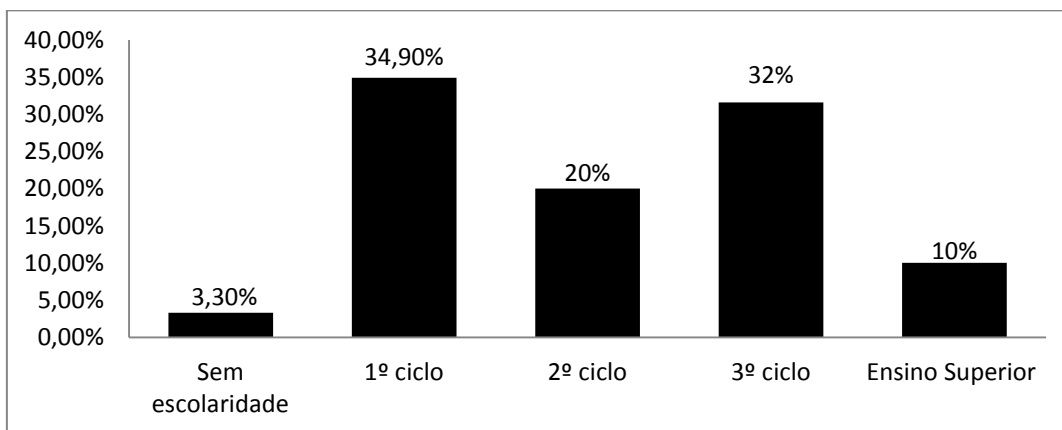


Figura4: *Escolaridade dos doentes*

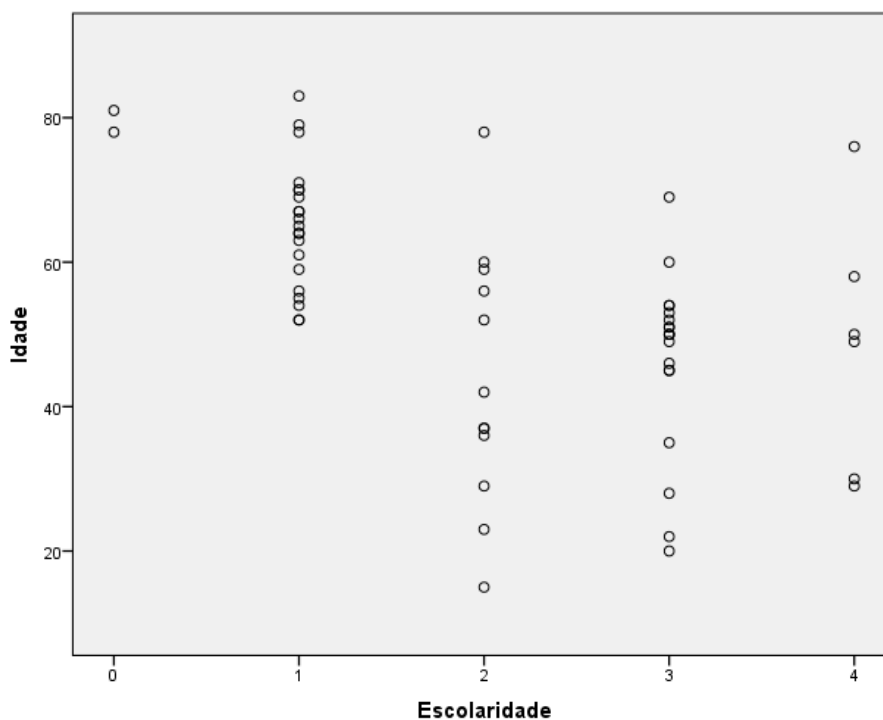


Figura 5: *Diagrama de dispersão da relação entre a idade e a escolaridade*

O diagrama de dispersão baseado na correlação bivariada de Spearman permite-nos ver a relação entre a idade e a escolaridade. Da sua análise podemos verificar que a

amostra se dispersa por todos os ciclos de ensino, no entanto verifica-se uma distribuição bastante reduzida pelo valor 0 da escolaridade, correspondente aos indivíduos sem escolaridade, e que os doentes que se enquadram nesta categoria são doentes com idades entre os 70 e os 80 anos de idade. No primeiro ciclo de escolaridade (1) verificamos também que as idades dos doentes com este nível de escolaridade são a partir dos 50 anos de idade sensivelmente. Em oposição a esta tendência, constatamos que doentes com idades inferiores, têm um nível de ensino mais elevado (2º e 3º ciclo), ainda que os doentes com um nível de ensino superior (4) sejam o segundo com menos número de casos. Ao analisar a Tabela 2 (anexo 2) verificamos que o coeficiente de correlação de Spearman é de -0,59 o que nos permite concluir que existe uma correlação negativa, com intensidade razoável e que quanto maior for a idade, menor é o nível de escolaridade.

Relativamente à nacionalidade dos doentes que compõem a amostra do nosso estudo, podemos verificar através da Figura 6 que na sua quase totalidade são de nacionalidade portuguesa (96% da amostra).

Submeteram-se ainda a RM 1 cidadão alemão e 1 belga.

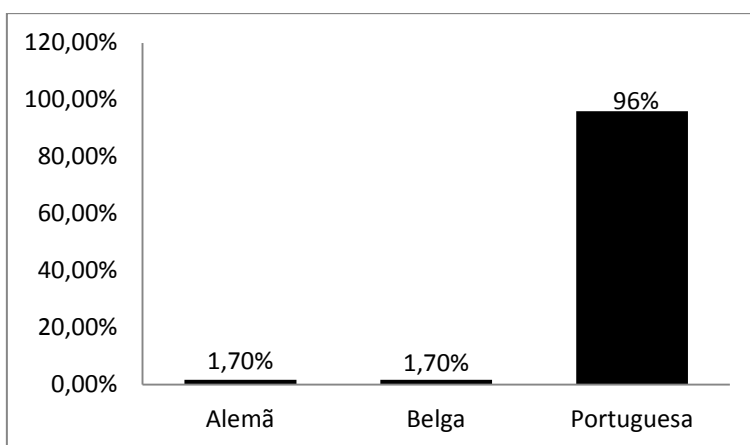


Figura 6: Nacionalidade dos doentes

Finalizada a caracterização das amostras dos técnicos de saúde e dos doentes, descrevemos de seguida a forma como o instrumento foi concebido e utilizado.

2.2. Instrumento

Por se tratar de um tema ainda muito pouco explorado e por haver pouca bibliografia que o sustente, principalmente em Portugal, não foi encontrado nenhum instrumento já construído que pudesse ser a base e assegurar a recolha dos dados.

Assim sendo, optou-se pela construção de uma grelha de observação do processo de comunicação técnico-doente, cuja construção e validação se apresenta no ponto seguinte.

2.2.1. Delineamento Metodológico

Como referido anteriormente, este é um tema ainda pouco explorado, principalmente em Portugal.

Assim sendo, e por não termos encontrado aquando da revisão de literatura um instrumento que pudesse sustentar a recolha dos dados, surgiu a necessidade de construir uma grelha de observação. Essa grelha foi construída com base naquilo que a literatura nos mostrou ser pertinente e relevante avaliar e naquilo que após uma visita inicial ao Serviço de Radiologia e duas observações livres à atividade dos técnicos e dos auxiliares, a equipa, constituída por duas psicólogas e um médico radiologista, achou importante ter em consideração, nos domínios técnico e comportamental. Através dessas observações livres, tentámos perceber: a) quais as informações que devem ser transmitidas ao doente antes, durante e após o exame; b) quais os estilos comunicacionais utilizados pelos técnicos na relação técnico-doente; c) como é a rotina laboral do técnico; d) se o técnico deveria estar presente em algum momento do processo (pois a literatura indicava que deveria estar presente); e) se existiriam outros fatores importantes para a investigação em questão.

Assim, com base neste conjunto de dados, foi-nos possível proceder à criação da grelha de observação.

Após a criação da grelha, a mesma foi testada previamente à recolha dos dados. Foi um procedimento muito útil para aferir da adequabilidade e facilidade de utilização do instrumento construído e proceder aos ajustes julgados necessários. De facto, constatou-se que a grelha de recolha de dados construída, carecia de algumas alterações. Dentro destas alterações, acrescentamos a tipologia do exame, “Neuro” (neurológico) ; Músculo-esquelético; Abdómen; Pélvis; Mama” uma vez que na primeira versão do instrumento esta estava em falta e percebeu-se que poderia ser uma variável importante a controlar, porque exames a diferentes partes do corpo são realizados de formas diferenciadas. Por exemplo, num estudo neurológico o examinado é colocado na posição “head-first”, ficando totalmente dentro do equipamento, enquanto que num estudo pélvico ou abdominal o examinado é

colocado na posição “feet-first”, exactamente inverso á anterior. Além disso, os protocolos e exigências do estudo podem ser diferentes, não só nas sequências utilizadas, como também nas técnicas de redução dos movimentos. Por exemplo, num estudo pélvico o doente tem que estar imóvel, num estudo abdominal, para além de imóvel, deverá ainda colaborar em certos períodos de apneia. Este aspeto poderá condicionar o bem-estar do doente, uma vez que permanecer totalmente dentro do equipamento poderá suscitar uma sensação de claustrofobia e originar altos níveis de stress e ansiedade, mas também afeta a comparabilidade da qualidade das imagens.

Nos ajustes decorrentes do pré-teste à grelha, agruparam-se e ordenaram-se temporalmente (antes, durante e depois do exame) os comportamentos listados, por forma a facilitar o trabalho do observador no processo de anotação dos comportamentos observados.

Finalizadas as correções e ajustes à grelha, efetuou-se um novo pré-teste onde se pretendeu verificar se o instrumento estava completo e pronto a iniciar a recolha de dados de forma a possibilitar uma recolha o mais eficaz e completa possível.

Neste pré-teste, procedeu-se a 10 observações, registadas separadamente pelas duas psicólogas. Pretendeu-se com este procedimento alcançar um elevado acordo inter-juizes quanto à categorização dos comportamentos observados, bem como, criar alguma habituação, por parte dos técnicos e auxiliares à presença dos investigadores, de forma a minimizar condicionamentos ao comportamento destes, motivados pela presença dos primeiros. Estas 10 observações não foram incluídas na amostra.

Finda esta etapa de pré-teste, verificou-se que existia um elevado acordo inter-juizes e que se poderia iniciar a recolha de dados.

Resumindo, no que diz respeito ao instrumento, a grelha(anexo 1) foi construída de forma a tornar a recolha dos dados o mais simples, rápida e eficaz possível, de forma a não perturbar o normal funcionamento e ritmo de trabalho tanto dos técnicos como dos auxiliares, e que permitisse a observação e registo de comportamentos para posteriormente poder tratar a informação recolhida. Para além do registo comportamental, foram também registados dados sócio-demográficos dos doentes (idade, género, nacionalidade e escolaridade) e características dos exames (período do dia em que foi realizado, tipo de exame efetuado e se se tratava da primeira vez que o doente se submetia a RM). A grelha de observação propriamente dita, está dividida em cinco grupos de questões correspondendo aos conjuntos de comportamentos que nos interessavam avaliar no presente estudo. Os comportamentos observados, foram assinalados na grelha com “Sim” ou “Não”, de

acordo com os comportamentos (presentes ou ausentes) dos técnicos. O grupo 1 destina-se à apresentação e acolhimento do doente, por parte do técnico. O grupo 2, denominado de “Explicação do exame” corresponde ao momento que ocorre desde que o doente é chamado para os vestiários para se preparar para o exame, até ao início do exame. Neste grupo interessa perceber se foi feita uma explicação passo a passo do exame, por exemplo, se é dito o tempo aproximado do exame, se é referido que é um exame bastante ruidoso, se é referido que é necessário permanecer imóvel durante o exame, se caso o exame assim o exigir, se é feito o treino da apneia, se é referida a possibilidade de comunicar com o técnico durante o exame, sempre que o doente assim ache necessário, se é perguntado se este percebeu todas as explicações e se é explicitamente disponibilizado tempo para que este possa colocar eventuais dúvidas.

O grupo 3, é dedicado à comunicação e às suas características. A este nível interessou-nos perceber se o técnico adequa a linguagem às características do doente, ou seja, se teve em atenção fatores como a idade, as suas limitações, físicas por exemplo, o estado emocional, entre outros, que estilo de comunicação utilizou, ou seja, tranquilizador (se o seu estilo de comunicação se pautou pela preocupação em transmitir calma e tranquilidade ao doente, utilizando um tom de voz calmo e sereno e se recorreu a outro tipo de estratégias) ou agressivo (utilizando um tom de voz mais alto e ameaçador). Procurou-se ainda verifica se se mostra atento durante a preparação e na execução do exame, se utiliza comunicação não verbal (se utiliza gestos em simultâneo com a transmissão de informações), escuta ativa (se recorre a estratégias tal como acenos de cabeça e reformulações do que o doente diz, para lhe dar a entender que está ativamente a ouvi-lo, estando portanto atento), escuta empática (se tem a capacidade de ouvir o doente e de compreender as suas duvida, medos e até eventuais limitações), se comunica regularmente com o doente durante o exame perguntando por exemplo, se sente bem e se pode continuar o exame, se fornece feedback positivo (se ressalta positivamente os comportamentos desejáveis por parte dos doentes quando estes os manifestam, através de reforços positivos e de elogios) e se informa o tempo que falta para terminar o exame.

O grupo 4, é direcionado para o momento que antecede o início do exame, em que importou observar se o técnico confirma o conforto do doente já colocado no magneto, ou seja, se pergunta explicitamente se este se sente confortável, tentando se necessário encontrar um posicionamento alternativo, que para além de aumentar o conforto, permita a execução do exame com maior eficácia. Aqui importa também perceber se é perguntado ao doente se este está preparado para iniciar o exame.

Já o grupo 5 é dedicado às interrupções por parte do doente no decurso do exame. Aqui foi tido em conta o número de interrupções, e caso houvesse desistência, perceber e assinalar qual o motivo.

Por fim, no grupo 6 o foco é no momento após o exame. Pretendeu-se verificar se o técnico se dirigiu ao doente após o exame, se lhe explicou o que irá acontecer ao exame (se teria que o levantar ou se o seu médico teria acesso a este via informática) e se foi disponibilizado tempo para colocação de dúvidas.

Por fim, importa clarificar que este estudo assenta em duas etapas de extrema importância, sendo a primeira a construção e a validação de um novo instrumento, e a segunda, a própria recolha de dados que sustentam o estudo.

Após a finalização da recolha de dados, os comportamentos registados nas grelhas de observação foram transpostos para o SPSS. A confidencialidade e anonimato dos doentes foram sempre cuidadosamente preservados.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos Formais e Éticos

Ao efetuarmos um estudo de investigação, devemos assegurar os princípios éticos a que obriga um trabalho de pesquisa com seres humanos.

Em todas as fases do processo de investigação deve ser garantido o respeito e privacidade de todos os sujeitos envolvidos no estudo.

Para Fortin (1999, p.116) “é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações” o que foi rigorosamente efetuado neste estudo.

Assim, o procedimento adotado foi o que a seguir se descreve:
O projeto de dissertação de tese (anexo 2) foi aprovado pelo Conselho Científico da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora.

Para realizar a presente investigação foi elaborado um pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital em causa, que por sua vez requereu um parecer ético à Comissão de Ética do Hospital., Esta por sua vez, solicitou um parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora, a quem os orientadores da investigação apresentaram o plano detalhado do estudo a desenvolver.

A resposta positiva da Comissão de Ética da Universidade de Évora suportou o parecer igualmente positivo da Comissão de Ética do Hospital que veio a resultar na aprovação do estudo pelo Concelho de Administração do Hospital.,

Importa referir que para garantir todas as etapas formais e éticas necessárias um estudo desta natureza, a recolha de dados só foi possível a partir de julho de 2014 tendo o seu término ocorrido no final de setembro do mesmo ano.

Como em média a realização de um exame de RM tem uma duração de 50 minutos (desde a sua preparação ao termino do exame) e como foram observados 60 exames, podemos afirmar que a recolha de dados do presente estudo demorou aproximadamente 3000 minutos, o que equivale a cerca de 50 horas.

Por se tratar de um estudo onde foi necessário observar diretamente os exames dos doentes que se dirigiam a esta Unidade de RM, e com o objetivo de garantir todos os pressupostos éticos, explicámos de forma clara as diretrizes do nosso estudo. Assim, foi explicado que seria uma participação voluntária e sigilosa que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento. Solicitámos também que lessem e assinassem um consentimento informado, caso concordassem em participar no estudo.

3. Resultados

Nesta secção iremos apresentar através da estatística descritiva, os dados tratados com recurso ao SPSS (Statistical Package for the Social Sciences para o Windows, versão 20).

A maioria dos resultados foi expressa em percentagens. Para melhor sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreremos a Tabelas e gráficos.

Relativamente à estatística descritiva efetuamos o cálculo de:

- Frequências absolutas (n) e percentagens (%);
- Medidas de tendência central, média (\bar{x}), moda (Mo), mediana (Ma);

No âmbito dos Teste Não Paramétricos:

- Teste do Qui-Quadrado;
- Coeficiente de correlação de Spearman.

Antes de iniciarmos a descrição dos comportamentos dos técnicos e auxiliares, categorizamos alguns aspetos gerais dos exames cuja realização observámos, nomeadamente o período do dia em que o mesmo foi realizado, o tipo de exame efetuado e se se tratava da primeira vez que o doente se submetia a RM.

3.1. Turno de realização da RM

A fim de controlar a variável “hora a que foi realizado o exame” face às observações realizadas, apresentamos na Figura 7 os exames realizados por turno.

Podemos verificar através da Figura 7 que 63,30% dos exames observados, foram realizados no turno da tarde, sendo que os restantes 36,70% foram realizados no período matinal.,

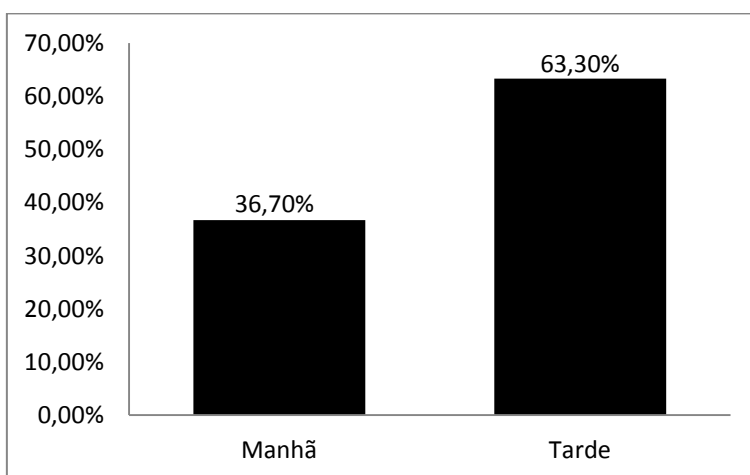


Figura 7: Turno em que se realizou a RM

3.1.1. Tipo de exame

Consideramos também importante perceber o tipo de exame que mais se realizou durante a observação / recolha de dados.

Assim, podemos confirmar através da Figura 8 que apesar de existirem percentagens muito idênticas para os tipos de exame realizados, destaca-se o exame do tipo “Msk” (musculo-esquelético) com 15% de incidência, seguindo-se o exame ao “Abdómen” com 14%, o exame à “Pélvis” com 13%, o exame do tipo “Neuro” com 12% e por fim aquele que apresenta uma percentagem mais baixa, o exame do tipo “Mama” com apenas 6% de frequência.

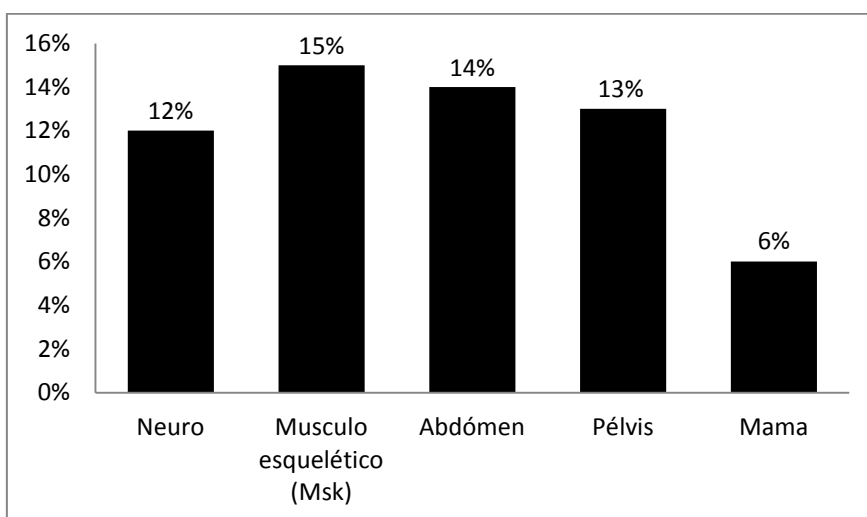


Figura 8: *Tipo de exame*

A RM da mama realiza-se apenas numa tarde por semana, o que nem sempre coincidiu com os dias disponibilizados para a observação e recolha de dados.

3.1.2. Primeira vez que realiza uma RM?

Por último, e tal como se pode confirmar na Figura 9, para 62% do total dos 60 doentes, era a primeira vez que realizavam uma RM, sendo que para 38% dos doentes já não seria a primeira vez, tendo portanto realizado anteriormente uma ou mais RM.

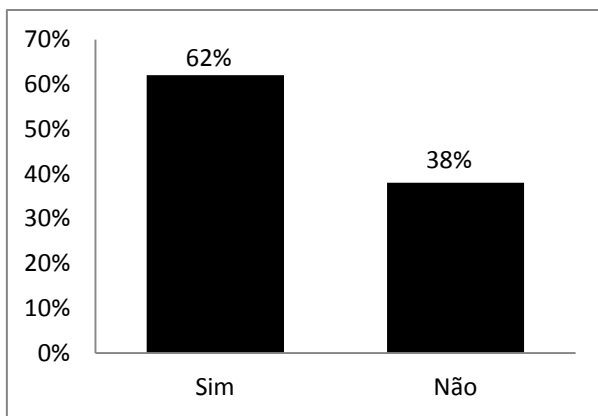


Figura 9: Primeira Rm?

Passamos a apresentar de seguida os resultados decorrentes da observação da atividade dos técnicos de radiologia e dos auxiliares de ação médica. Esta análise é feita item a item.

O primeiro item da grelha de observação (anexo 1), corresponde também à primeira questão, ou seja, tem como objetivo perceber se os técnicos, no momento em que se dirigem ao doente se se apresentam e cumprimentam.

Assim, relativamente à pergunta “**Apresentou-se/cumprimentou o doente?**”, verificam-se os seguintes resultados para os técnicos e para os auxiliares na Figura 10:

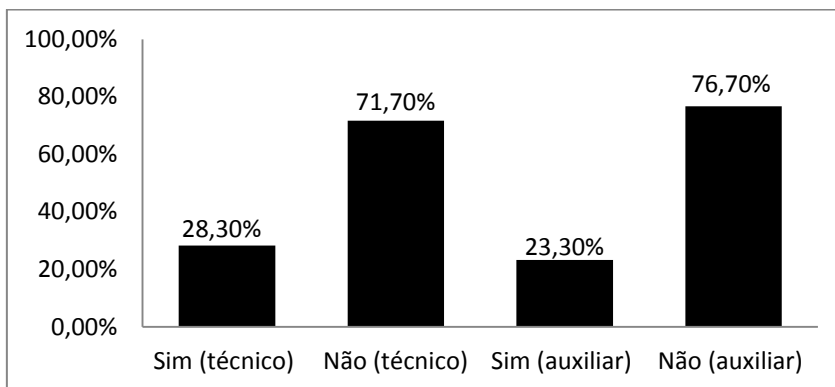


Figura 10. Item: *Apresentou-se/cumprimentou o doente?*

Como se pode constatar através da análise da Figura 10 apenas em 28,3% dos exames observados é que o técnico se apresentou e /ou cumprimentou o doente, destacando-se os 71,7% das vezes em que isso não aconteceu

Observa-se também que os auxiliares apresentam uma baixa percentagem de casos em que se apresentavam e/ou o cumprimentavam, destacando-se também os elevados 76,70% de casos em que não o fizeram.

O segundo item da grelha de observação, é o primeiro do grupo de itens destinados aos componentes do início do exame, ou seja, corresponde às funções dos técnicos no início de todo o processo que compreende uma RM. Sendo a questão **“Explicou o exame passo a passo (o que vai acontecer)?”** pretendemos perceber, se o técnico disponibiliza tempo para se dirigir ao doente e explicar todos os passos do exame dizendo, por exemplo que o exame é indolor, informando que o equipamento produz um ruído extremamente intenso e que por essa razão devem ser colocados auscultadores, etc.

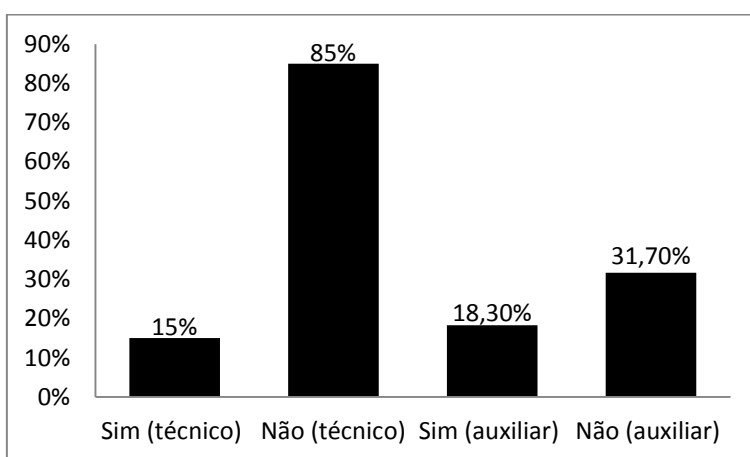


Figura 11.Item“*Explicou o exame passo a passo?*”

Através da Figura11 podemos constatar que apenas em 15% das vezes é que os técnicos discriminaram estas informações aos doentes antes de iniciar o exame, sendo que em 85% dos casos os técnicos não disponibilizaram tempo para a transmissão destas informações. Podemos verificar um ligeiro aumento em relação aos auxiliares sendo que em 18,30% das vezes, os auxiliares assumiram esta transmissão de informação, sendo que não o fizeram em 81,70% dos casos.

No item 3, **“Informa duração do exame?”** pretendemos perceber se o técnico fornece informação aos doentes acerca da duração aproximada da execução do exame. Esta informação poderá revelar-se importante, tendo em consideração que estes exames são demorados.

Na Figura 12 podemos perceber que mais uma vez as percentagens referentes ao *Sim*, são bastante baixas, e a percentagens referentes ao Não são por consequência bastante mais altas. No caso dos técnicos, apenas em 16,70% das vezes é que estes forneceram informação aos doentes acerca da duração estimada do exame que iriam realizar, sendo que no caso dos auxiliares de ação médica esta

percentagem desce para 11,70%. Assim a percentagem de vezes em que os técnicos não deram esta informação é de 83,30% enquanto que a dos auxiliares é de 88,30%.

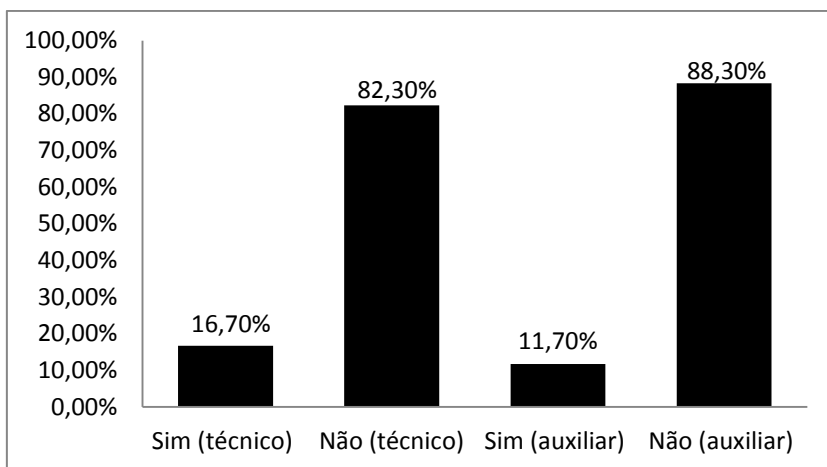


Figura 12.Item: “*Informa da duração do exame?*”

A Figura 13, refere-se ao item 4: “**Refere necessidade de permanecer imóvel?**”, questão na qual assistimos a uma maior disparidade entre técnicos e auxiliares de ação médica.

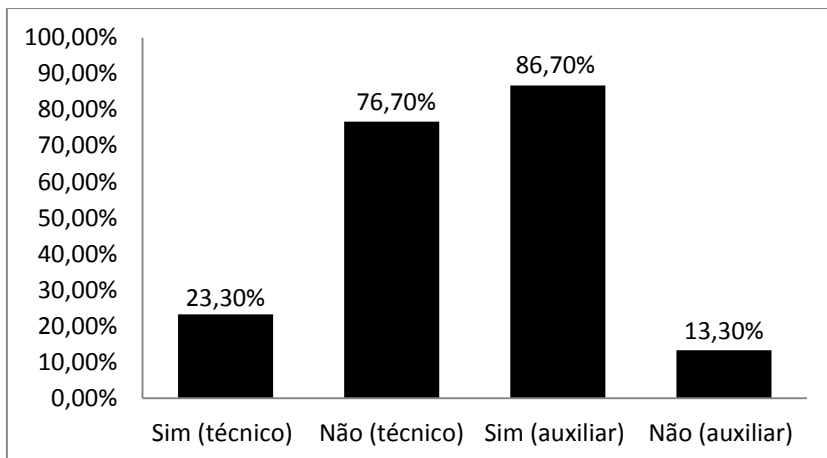


Figura 13. Item: “*Refere a necessidade de permanecer imóvel?*”

No que concerne aos técnicos, apenas em 23,30% dos exames que compõem a amostra deste estudo é que estes referiram ao doente que seria de extrema importância que permanecessem imóveis durante a realização da RM, sendo que em consequência disto, surge a alta percentagem de 76,70% relativa ao número de vezes em que os técnicos não deram esta informação.

No caso dos auxiliares, observa-se o oposto, ou seja uma elevada percentagem (86,70%) de vezes em que estes deram esta importante informação aos doentes, sendo bastante reduzida a percentagem (13,30%) das vezes em que isto não aconteceu.

A Figura 14, é relativa à 5ª questão, que aborda o ao treino da apneia: **“Faz treino da apneia?”** importa perceber que este item apenas faz sentido para os doentes que realizaram exames cuja apneia é necessária como método de diminuição de artefactos de movimento, sendo que para alguns tipos de exame não é exigido. Assim, as percentagens referentes ao “Não”, poderão ser em parte explicadas por esta particularidade.

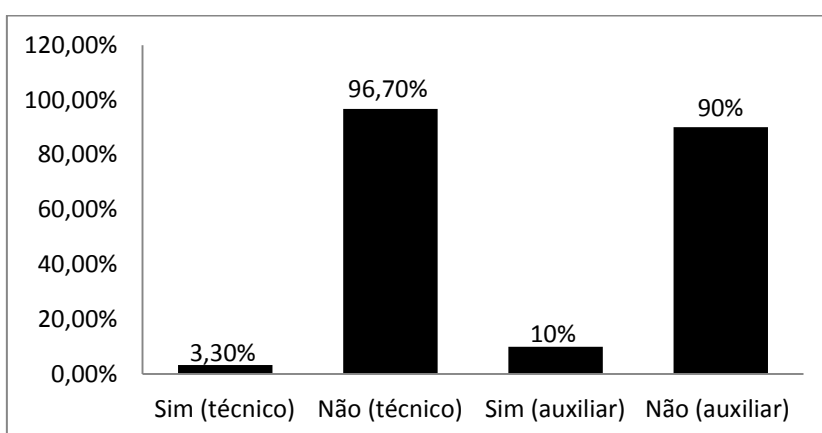


Figura 14.Item: “Faz treino da apneia?”

A Figura 14 mostra-nos as percentagens de vezes em que os técnicos despenderam tempo para dar informações acerca da necessidade de apneia e para a treinar com o doente são de 3,30%, sendo que a percentagem das vezes em que estes não o fizeram é de 96,70%. Os auxiliares apesar de apresentarem uma percentagem se “Sim” ligeiramente mais elevada em comparação aos técnicos, têm também uma percentagem relativamente baixa, 10%, sendo que os 90% se referem ao número de vezes em que não o fizeram.

O item 6 da grelha de observação, correspondente à questão: **“Refere possibilidade de comunicar com técnico durante o exame?”** pretende averiguar se é dada a informação ao doente que durante a execução do exame poderá comunicar com o técnico que está a executar o exame. Esta informação é fundamental para o doente uma vez que assim este sente-se mais acompanhado durante todo o processo. Para isso deve ser dito ao doente que terá na sua mão um sinalizador manual (“borracha”) que pode premir caso surja uma situação o justifique.

A Figura 15 reflete a percentagem de vezes em que os técnicos e os auxiliares deram essa informação ao doente.

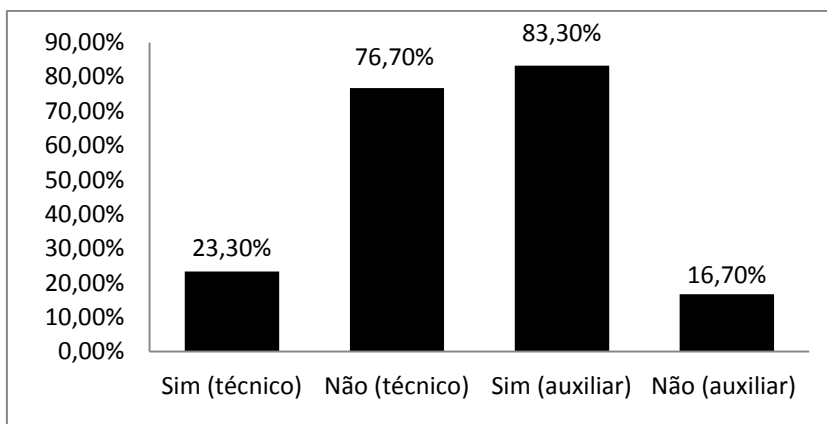


Figura 15.Item: “*Refere possibilidade de comunicar com o técnico durante o exame?*”

Podemos constatar que existe mais uma vez uma grande disparidade entre técnicos e auxiliares, uma vez que a percentagem de vezes em que se verificou que os técnicos deram esta informação ao doente é de 23,30%, sendo que a percentagem dos auxiliares é de 83,30%. Consequentemente a estes valores, verifica-se que a percentagem do número de vezes em que os técnicos não o fazem é de 76,70%, enquanto que a percentagem dos auxiliares é de 16,70%.

Ao observarmos a Figura 16, que corresponde ao item 7 da grelha, “**Informa os tempos aproximados de cada sequência?**” concluímos que raramente são transmitidas ao doente informação relativa aos tempos aproximados de cada sequência, quer pelos técnicos, como pelos auxiliares.

Assim, surge uma percentagem de 1,70% relativa ao número de vezes em que o técnico deu informações acerca do tempo das sequências, sendo a percentagem atribuída aos auxiliares de 3,30%.

Em oposição, verificam-se percentagens extremamente altas para ambos relativas ao número de vezes em que não deram esta informação, sendo que o técnico apresenta 98,30% e o auxiliar 96,70%.

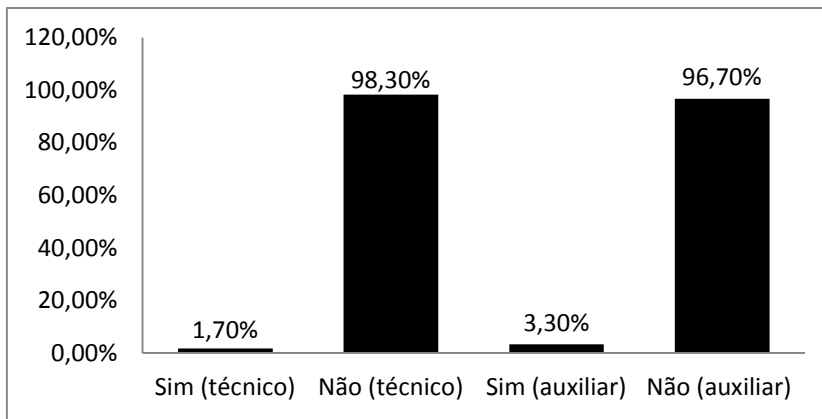


Figura 16. Item: *“Informa os tempos aproximados de cada sequência?”*

No item 8: **“Pergunta se o doente percebeu a explicação?”** pretende-se perceber se após o fornecimento de todas as informações necessárias acerca do exame, foi perguntado ao doente se percebeu estas informações, ou seja, se foi solicitado feedback ao doente.

Através da Figura17 percebemos que não é frequente os técnicos e os auxiliares colocarem esta pergunta ao doente, sendo que os técnicos apresentam uma percentagem relativamente ao numero de vezes que o fizeram de 16,70 e os auxiliares de 8,30%. Em consequência destas baixas percentagens para uma resposta afirmativa, surgem em oposição percentagens altas para o número de casos em que não o fizeram, sendo que para os técnicos surge uma percentagem de 83,30 e para os auxiliares 91,70%.

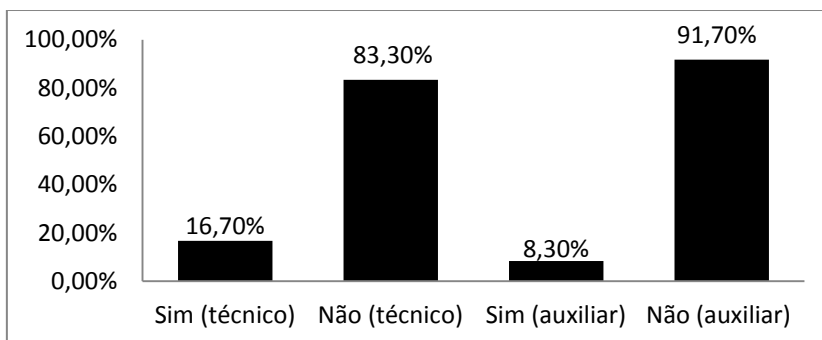


Figura 17. Item: *“Pergunta se o doente percebeu a explicação?”*

Na sequência do item anterior, o item 9 mostra-se ser importante perguntar ao doente se tem dúvidas e disponibilizar tempo especificamente para o esclarecimento dessas dúvidas, sendo essa a razão porque incluímos o item: **“Disponibiliza tempo para dúvidas?”**.

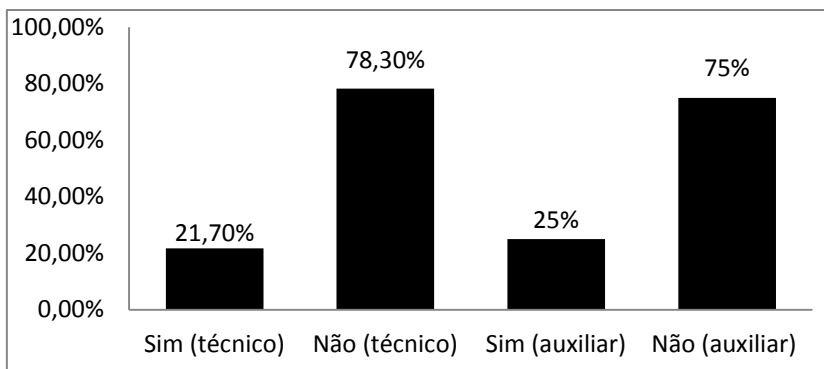


Figura 18. Item: “Disponibiliza tempo para dúvidas?”

Da análise da Figura 18 constatamos que apenas em 21,70% dos exames é que o técnico disponibilizou tempo para colocar a questão ao doente e para esclarecer as suas dúvidas, sendo que os auxiliares apresentam uma percentagem um pouco maior de 25. Destacam-se assim as percentagens das vezes em que ambos não colocaram a questão ao doente 78,30% para os técnicos e 75% para os auxiliares.

No item 10 referente à questão “**Pede para explicar exame de volta?**”, verifica-se um valor de 0% para os casos em que os técnicos não pediram este feedback aos doentes, resultando então num 100% para o número de vezes em que não o fizeram, sendo que os técnicos apresentam uma percentagem ligeiramente maior (3,30%) para o número de vezes que colocaram a questão aos doentes, em consequência surgem os também elevados 96,70% para o número que fez que não o fizeram.

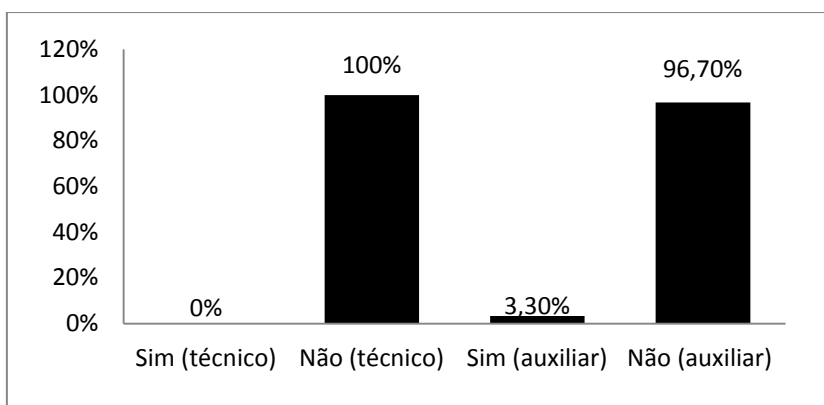


Figura 19: Item: “Pede para explicar de volta?”

No item 11, referente à questão “**Adequa linguagem às características do doente?**” tínhamos como objetivo perceber isso mesmo, se os profissionais que interagiam com os doentes se esforçavam para adequar a sua linguagem às características dos doentes. Surgem na Figura 20 os valores referentes a esta avaliação.

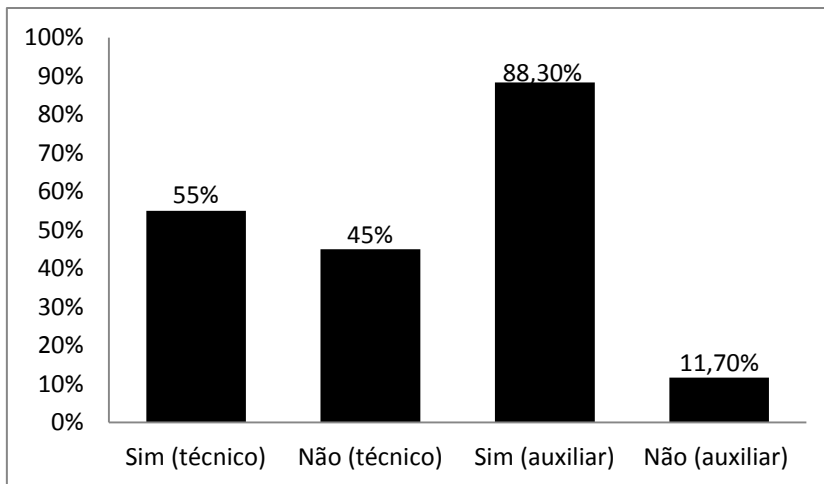


Figura 20. Item: “Adequa linguagem às características do doente?”

Como podemos verificar, nesta questão as percentagens referentes ao número de vezes que se verifica este comportamento são superiores às vezes em que não se verificou, Assim sendo, verificou-se esta adequação da linguagem dos técnicos em 55% e dos auxiliares 88,30% dos casos. Destes valores surgem os 45% do número de casos em que os técnicos não adotaram este comportamento e 11,7% no caso dos auxiliares.

Dentro dos aspetos comunicacionais, interessou-nos também perceber se estes profissionais utilizavam um estilo comunicacional mais tranquilizador ou mais agressivo. Da avaliação dos itens 12 e 13: **“Usa tom tranquilizador?”** e **“Comunicação agressiva?”** surgem dois gráficos, a Figura 21 referente à comunicação tranquilizadora e a Figura22 referente à comunicação agressiva.

Nesse sentido, podemos rapidamente verificar que o estilo comunicacional mais utilizado foi o tranquilizador, uma vez que a percentagem de vezes em que os técnicos utilizaram este estilo comunicacional foi de 61,7%, já no estilo comunicacional agressivo verificam-se os 10%.

Relativamente os auxiliares, verificamos uma maior disparidade entre o estilo tranquilizador e o agressivo, sendo que estes utilizaram o tranquilizador em 81,70% dos casos e apenas 5% o estilo agressivo.

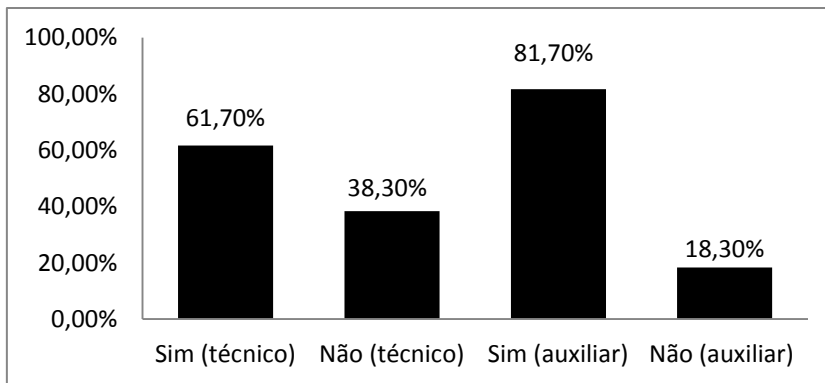


Figura 21. Item: “Usa tom tranquilizador?”

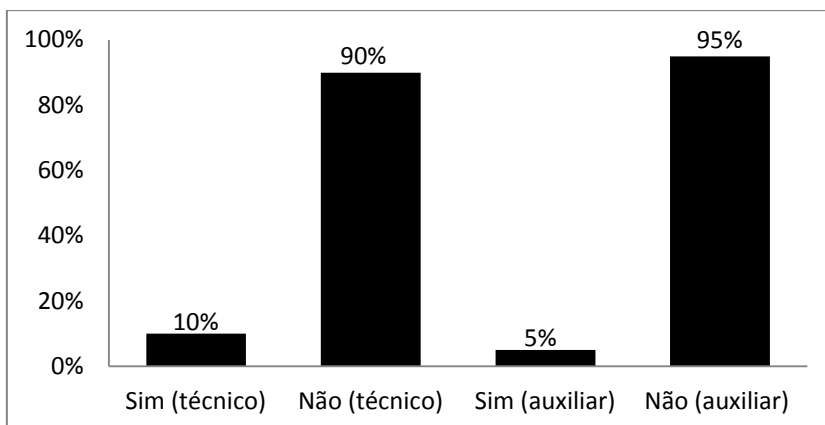


Figura 22. Item: “Comunicação agressiva?”

Relativamente ao item 15: “**Comunicação não-verbal?**”, assistimos ao fenómeno de termos percentagens idênticas para ambos, técnicos e auxiliares, tal como podemos comprovar na Figura 23.

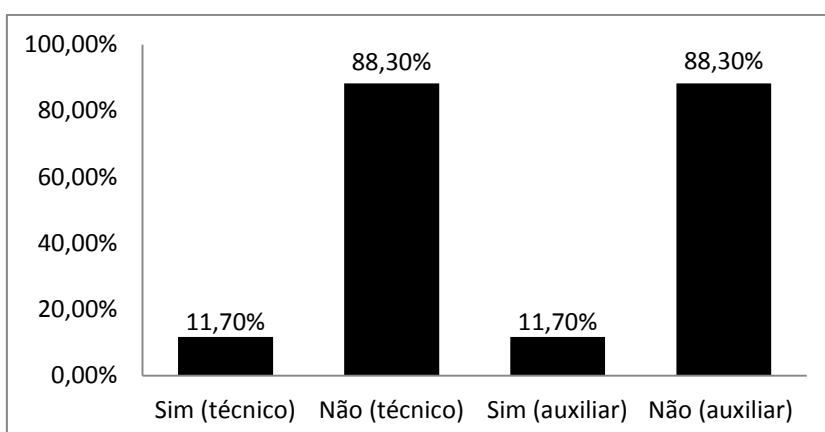


Figura 23. Item: “Comunicação não-verbal?”

Verificamos que tanto técnicos como auxiliares só utilizaram a comunicação não verbal na relação com o doente em 11,70% dos exames observados.

Destaca-se assim os 88,30% dos casos em que ambos não a utilizaram.

Na Figura 24 que se refere ao item 16, referente à “**Escuta ativa?**” e à utilização desta por parte quer dos técnicos quer dos auxiliares na relação com o doente, constatamos que o que mais ressalta são as percentagens de vezes em que ela não foi utilizada, quer por um quer por outro. Nesse sentido importa referir que a percentagem de vezes em que os técnicos utilizaram a escuta ativa é de 36,70 e os auxiliares de 38,30%. O que nos mostra que apesar de relativamente baixas, os auxiliares detêm uma percentagem ligeiramente maior do que os técnicos.

No item 17 que corresponde a “**Escuta empática?**”, verificamos os seguintes valores presentes na Figura 25.

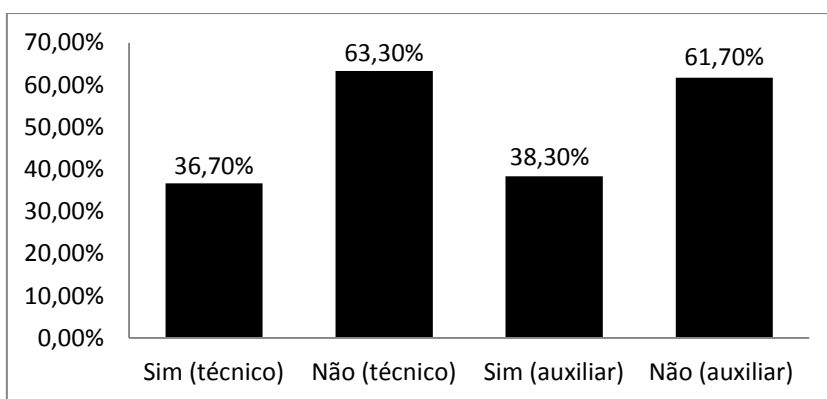


Figura 24. Item: “*Escuta ativa?*”

Mais uma vez ressaltam os valores dos casos em que o comportamento não se verificou, sendo que 68,30% se referem aos técnicos e 58,30% aos auxiliares. Das percentagens referentes à observação da utilização da escuta empática por parte destes, 31,70% refere-se aos técnicos e 41,70% aos auxiliares.

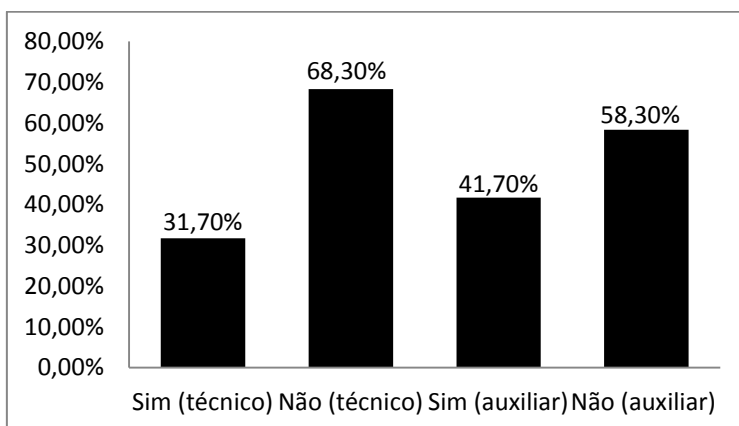


Figura 25. Item: “*Escuta empática?*”

No item 18, “**Comunica regularmente com o doente durante o exame?**”, para além da solicitação da apneia ao doente, sempre que o tipo de exame o exigia, pretendemos verificar se o técnico que executa o exame comunica com o doente durante o exame, perguntando por exemplo se este se está a sentir bem se podem continuar o exame, etc., mostrando ao doente que apesar de estar sozinho na sala onde se encontra o equipamento da RM, não está sozinho e que está a ser acompanhado durante todo o exame.

Na Figura 26 são apresentados os dados referentes a este item. Importa referir que durante o exame, apenas o técnico pode comunicar com o doente através do microfone, sendo que não é suposto que o auxiliar tenha esta função. Este facto resulta no 0% que surge no número de vezes em que os auxiliares o fizeram.

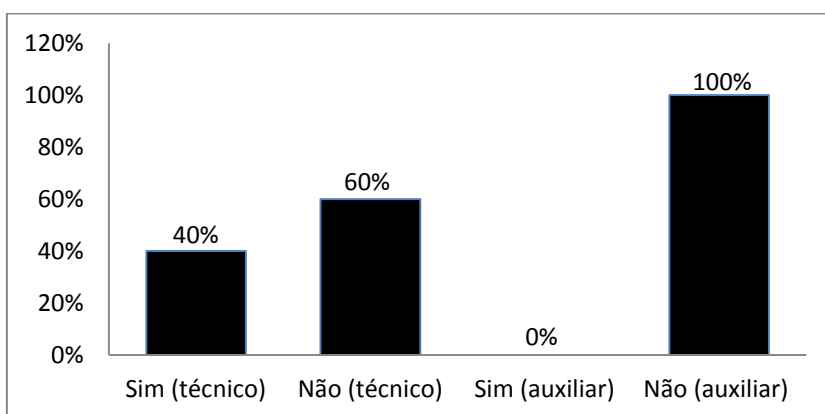


Figura 26. Item: “*Comunica regularmente com o doente durante o exame?*”

Podemos então verificar que só em 40% dos exames é que os técnicos comunicaram com o doente durante o exame, sendo que em 60% não o fizeram.

Na sequência do item anterior, tentámos também perceber se os profissionais forneciam feedback construtivo aos doentes, tanto durante o exame como no final deste.

Assim sendo, do item19 que corresponde à questão: “**Dá feedback construtivo?**” resultam os valores presentes naFigura27.

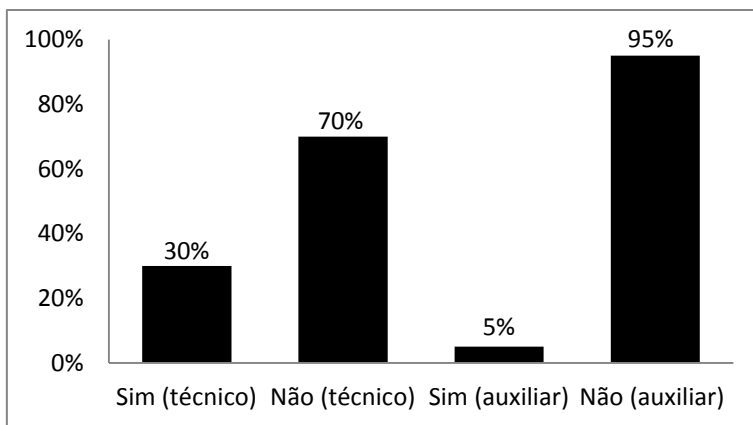


Figura 27. Item: “Dá feedback construtivo?”

Constatamos que os técnicos forneceram feedback construtivo aos doentes em 30% dos exames, destacando-se os 70% em que isso não se verificou.

Relativamente aos auxiliares, verifica-se uma percentagem de apenas 5 para as vezes em que estes forneceram feedback construtivo aos doentes, sendo que a percentagem das vezes em que não o fizeram é de 95. Mais uma vez importa lembrar que é função apenas dos técnicos comunicar com os doentes durante a execução do exame, portanto os auxiliares não têm possibilidade, sendo que as vezes em que forneceram feedback foi antes ou após o exame.

No item 20 que diz respeito à questão “**Esclarece dúvidas do doente?**” pretendemos verificar se estes profissionais esclarecem as possíveis dúvidas que os doentes podem colocar. Nesse sentido surgem-nos os dados da Figura 28.

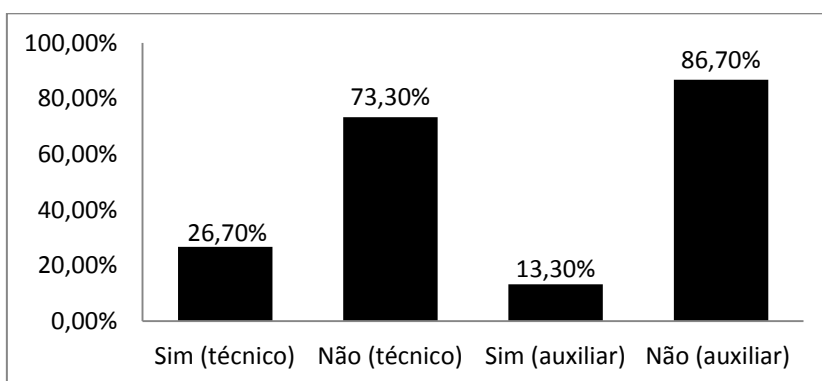


Figura 28: “Esclarece dúvidas do doente?”

Em 26,70% dos casos os técnicos esclareceram estas dúvidas, destacando-se os 73,30% em que isso não aconteceu. De referir que nem sempre os doentes colocaram dúvidas. No caso dos auxiliares, podemos perceber que estes esclareceram as dúvidas colocadas em 13,30% dos casos em que os doentes as colocaram. Esta baixa

percentagem pode dever-se também ao facto de os auxiliares solicitarem aos técnicos que respondessem, uma vez que estes saberiam responder de forma mais precisa e correcta.

O item 21 que referente à questão **“Refere o tempo que falta para terminar o exame?”** correspondia à informação que era dada ao doente durante a execução do exame, fosse por microfone pelo técnico ou presencialmente quando um exame era interrompido por algum motivo, por este também ou pelo auxiliar.

Nesse sentido surgem as seguintes percentagens contidas na Figura 29.

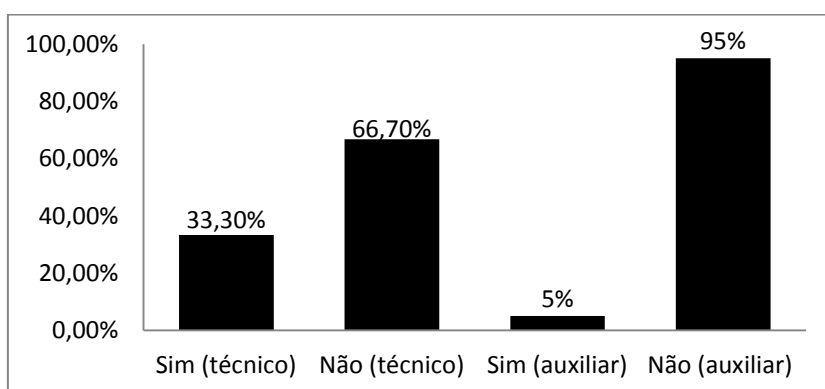


Figura 29. Item: *“Refere tempo que falta para terminar o exame?”*

Podemos verificar que em 33,30% dos casos, os técnicos forneceram informação aos doentes sobre o tempo que faltaria para o término do exame, sendo que em 66,70% das vezes não o fizeram. O facto de o auxiliar não ter possibilidade de comunicar com o doente por microfone durante o exame, e uma vez que só tinha acesso ao doente quando por algo motivo o exame era interrompido e este tinha que se dirigir a ele, condiciona a baixa percentagem de 5 destinada aos casos em que lhe deu informação acerca do tempo que faltaria para finalizar.

O item 22, **“Confirmou posicionamento e conforto do doente?”**, corresponde à fase que antecede imediatamente o início do exame, em que se pretende perceber se os profissionais se dirigem ao pé do doente a fim de verificar se estes estão posicionados confortavelmente de forma a iniciar o exame.

Apesar de ser uma etapa fundamental para o arranque do exame, verificamos através da Figura 20 que existe uma disparidade bastante grande e evidente no que concerne a quem verifica o conforto do doente uma vez que se trata de um exame longo e o conforto do doente é fundamental para a realização de um exame com qualidade e bem estar.

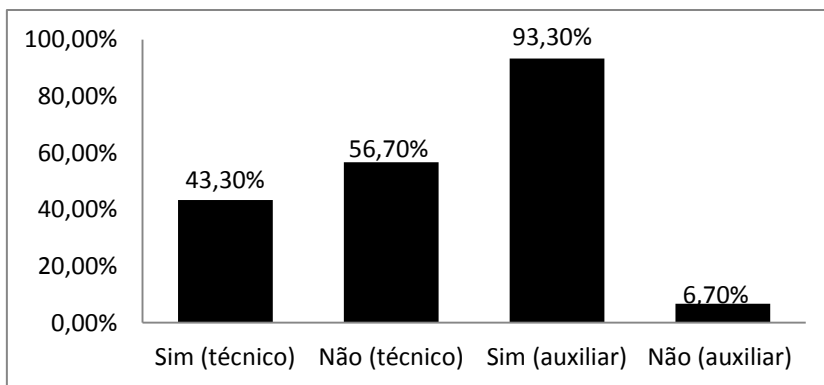


Figura 30. Item: “Confirmou posicionamento e conforto do doente?”

A Figura 30 mostra-nos que os técnicos confirmaram o conforto e posicionamento dos doentes 43,30% das vezes, sendo que os auxiliares o fizeram em 93,30% dos casos. Destaca-se então a percentagem de 56,70 referente às vezes em que não o fizeram. No item 23, que se refere a “**Confirmou posicionamento do equipamento?**”, a ação deve ser feita em simultâneo com o item anterior, uma vez que se referem ambas ao momento em que os técnicos e/ou auxiliares se dirigem ao doente antes de iniciar o exame. Nesse sentido com este item pretendemos verificar se o equipamento está bem posicionado e se está em condições para se iniciar o exame.

A partir da interpretação da Figura 31 podemos concluir mais uma vez que na sua maioria, são os auxiliares que asseguram esta etapa do processo, detendo uma percentagem de 90, sendo que os técnicos apenas manifestaram este comportamento em 46,70% dos exames observados, sendo que em consequência surgem os 53,30% associados às vezes em que não o fizeram e apenas 10% para os casos em que os auxiliares não demonstraram este comportamento.

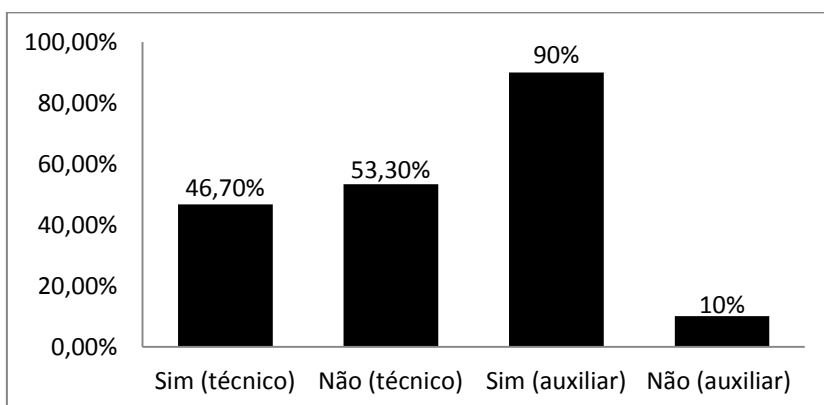


Figura 31: “Confirmou posicionamento do equipamento?”

Após a verificação dos aspetos básicos para proceder o início do exame tal como a conformação do posicionamento e conforto do doente e a confirmação do

posicionamento do equipamento, surge o item 24: **“Pergunta se está preparado para fazer o exame e/ou se podem iniciar o exame?”**.

Este é o momento em que o equipamento e os profissionais estão prontos para iniciar o exame, e perguntam ao doente se este também se sente preparado para tal., Da observação desta questão, resultam os valores presentes na Figura 32.

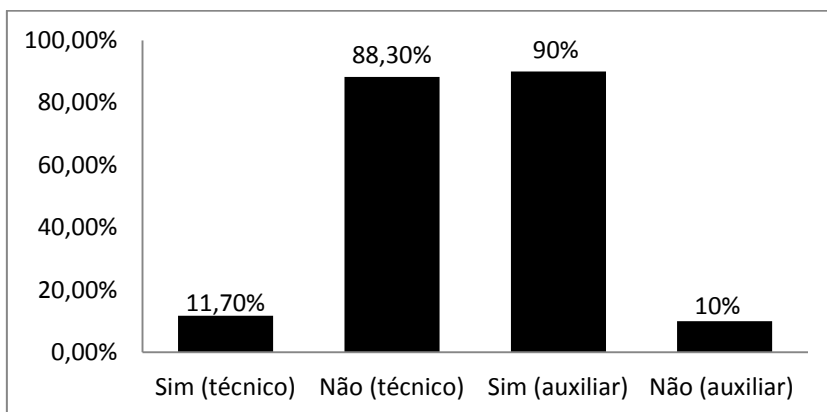


Figura 32.Item: *“Pergunta se está preparado para fazer o exame e/ou se podem iniciar o exame?”*.

Podemos concluir que também neste item, existe uma grande disparidade entre técnicos e auxiliares, uma vez que em 90% dos casos os auxiliares colocam a questão ao doente, e em apenas 10% dos casos não o fazem, por outro lado, os técnicos apenas colocaram a questão ao doente em 11,70% dos casos, destacando-se os 88,30% dos casos em que não o fizeram.

Após a conclusão do exame, consideramos importante perceber se o técnico foi ter com o doente. Nesse sentido, do item 25: **“Após o exame, o técnico foi ter com o doente?”** surgem os valores da Figura 33.

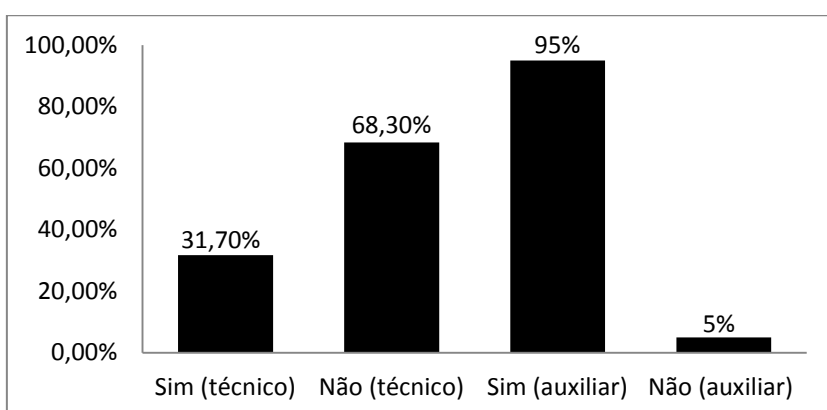


Figura 33. Item: *“Após o exame, o técnico foi ter com o doente?”*

Da observação do gráfico, ressaltam à vista os 95% atribuídos aos auxiliares no que concerne ao ter-se dirigido ao doente após o término do exame, e os 68,30%

atribuídos aos técnicos pelo número de vezes que não o fizeram, sendo que apenas o fizeram em 31,70% das vezes.

Relativamente ao item 26: “**É explicado o que acontecerá ao exame?**” que se refere ao facto de serem dadas informações ou não ao doente acerca do destino do exame, ou seja, se o deve levantar no hospital, se o médico terá acesso directo a ele, etc., podemos verificar através da Figura 34 que estas não são informações privilegiadas quer por técnicos como por auxiliares.

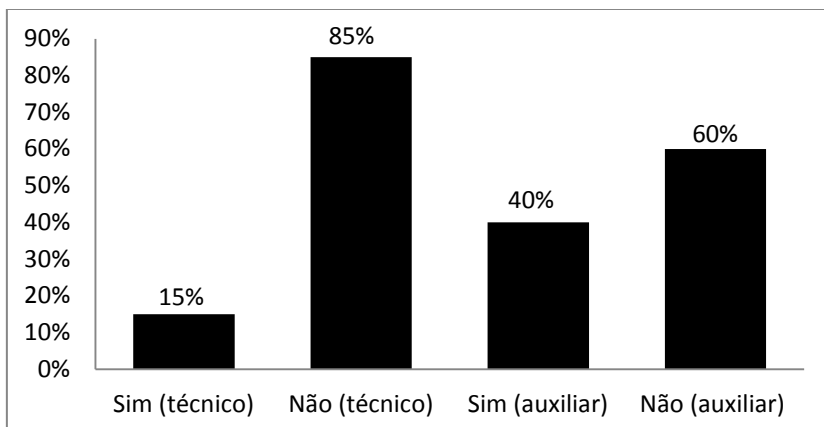


Figura 34. Item: “*É explicado o que acontecerá ao exame?*”

Podemos constatar que em apenas 15% dos casos é que os técnicos forneceram este tipo de informação, e das observações feitas, podemos acrescentar que estas informações, na sua grande maioria só eram dadas quando e se os doentes colocassem a questão.

Destacam-se assim os 85% das vezes em que os técnicos não tiveram iniciativa de dar estas informações. Já no caso dos auxiliares, concluímos que a percentagem de vezes em que dão informações é maior, 40% e que a perceberam de vezes em que não o fazem é de 60.

Feita a apreciação comparativa dos comportamentos de técnicos de radiologia e auxiliares de ação médica, considerámos necessário verificar estatisticamente se essas diferenças eram significativas. Para esse efeito, recorreremos ao teste não-paramétrico do Qui-Quadrado, cujos resultados se dão conta de seguida, na Tabela 3.

Tabela 3 . Tabela-resumo de comparação de proporções de respostas entre técnicos e auxiliares

Variável	Técnicos (Sim) %	Auxiliares (Sim) %	p-value (sig)	GI
“Apresentou-se/cumprimentou o doente?”	28,30	23,30	0,400	1
“ Explicou o exame passo a passo?”	15	18,30	0,744	1
“Informa duração do exame?”	16,70	11,70	0,369	1
“Refere necessidade de permanecer imóvel?”	23,30	86,70	0,055	1
“Faz treino da apneia?”	3,30	10	0,632	1
“Refere possibilidade de comunicar com técnico durante o exame?”	23,30	83,30	0,003	1
“Informa os tempos aproximados de cada sequência?”	1,70	3,30	0,851	1
“Pergunta se o doente percebeu a explicação?”	16,70	8,30	0,296	1
“Disponibiliza tempo para dúvidas?”	21,70	25	0,856	1
“Pede para explicar exame de volta?”	0	3,30	0,910	1
“Adequa linguagem às características do doente?”	55	88,30	0,492	1
“Usa tom tranquilizador?”	61,70	81,70	0,404	1
“Comunicação agressiva?”	10	5	0,167	1
“Comunicação não-verbal?”	11,70	11,70	0,306	1
“Escuta ativa?”	36,70	38,30	0,910	1
“ Escuta empática?”	31,70	41,70	0,606	1
				1
“Comunica regularmente com o doente durante o exame?”	40	0	0,692	1
“Dá feedback construtivo?”	30	5	0,897	1
“Esclarece dúvidas do doente?”	26,70	13,30	0,109	1

“Refere tempo que falta para terminar o exame?”	33,30	5	1,000	1
“Confirmou posicionamento e conforto do doente?”	43,30	93,30	0,781	1
“Confirmou posicionamento do equipamento?”	46,70	90	0,490	1
“Pergunta se está preparado para fazer o exame e/ou se podem iniciar o exame?”	11,70	90	0,081	1
“Após o exame, o técnico foi ter com o doente?”	31,70	95	0,181	1
“É explicado o que acontecerá ao exame?”	15	40	0,658	1

A análise da Tabela 3 permite-nos concluir que para um nível de significância de 5% ($\alpha=0.05$), na maioria dos comportamentos observados, não existem diferenças estatisticamente significativas no comportamento dos dois grupos observados (técnicos e auxiliares), sendo que apenas na variável “Refere possibilidade de comunicar com técnico durante o exame?” observamos um $p\text{-value} = 0.003 < \alpha = 0.05$. Este valor mostra-nos que neste comportamento existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

4. Discussão

Para efetivar a discussão dos resultados, ter-se-á em conta a fundamentação teórica efetuada para o estudo, bem como a experiência enquanto investigador que resultou da observação realizada no local para a recolha dos dados que sustentam o estudo. Depois de apresentados os dados, percebemos que existem lacunas no processo comunicacional e conseqüentemente na relação entre técnicos e auxiliares e os doentes que se dirigem ao Serviço de Radiologia para realizar o exame de RM, de acordo com aquilo que a literatura nos indica serem os comportamentos desejáveis destes profissionais para com os doentes, onde podemos destacar por exemplo *Making your Radiology Services more patient-friendly.*, (2000) e o Código Deontológico (ATARP. Lisboa, Julho 2002) e os valores enunciados pela própria instituição.

Ainda que este estudo surja no âmbito do mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações, é importante realçar também a importância da Psicologia Clínica. A Psicologia Clínica, mostra-nos também que as principais meta-análises sobre os agentes contribuidores para o sucesso da relação entre profissionais de saúde e doentes se prendem comunicação. Assim o principal fator explicativo deste sucesso terapêutico é a qualidade da relação criada entre o profissional de saúde e o doente (Horvat & Symonds, 1991; Martin *et al.*, 2000).

Antes de prosseguir para a discussão dos resultados obtidos, importa relembrar e frisar que:

a) se assume a “qualidade” como um conceito onde se incluem todos os procedimentos de uma RM, desde o acolhimento do doente até ao resultado do seu exame, quer de acordo com os modernos conceitos definidos pelas Sociedades Radiológicas (que promovem a prestação de serviços e cuidados de saúde), quer pelos valores do hospital enunciados pelo próprio;

b) tanto técnicos como auxiliares não têm formação específica na área comportamental, nomeadamente, em aspetos relacionados com a comunicação, assim como também não existe um “protocolo” que lhes indique/mostre especificamente como devem comunicar e o que devem dizer ao doente ficando este aspeto apenas dependente da sensibilidade de cada profissional.,

4.1. Dados Sócio Demográficos

Relativamente à caracterização da amostra, verificam-se evidentes diferenças estatísticas entre géneros. O sexo feminino representa 75 % (n=45) do total da

amostra (n=60), e o sexo masculino apenas 25% (n=15), demarcando uma clara predominância de doentes do sexo feminino.

Esta predominância, poderá ser explicada baseada num estudo de Ferreira (2003), onde este concluiu ser o sexo feminino quem mais se dirige/utiliza os serviços de saúde em Portugal.,

Por outro lado, e ainda que pouco significativo, por representar uma pequena percentagem, esta predominância do sexo feminino pode ser ainda parcialmente explicada pelos tipos de exame de RM observados, isto porque para além dos exames que são comuns a ambos os sexos, existe ainda a RM da Mama que representa 6% da amostra.

As idades dos sujeitos da amostra são bastante heterogéneas uma vez que estas estão compreendidas entre os 15 (Min) e os 83 (Máx) anos de idade, sendo que a média (\bar{x}) é de 54 anos.

A acrescentar ainda que esta tem uma moda de 50 e a sua mediana é 54 e um desvio padrão de 16,302.

Por haver uma amplitude considerável entre a idade mínima e a idade máxima, percebemos que a amostra é constituída por um número algo significativo de idosos. Esse facto, poderá ser explicado pelo aumento da esperança média de vida, uma vez que é um dos principais contribuidores para o envelhecimento populacional., A par deste fator, o avanço tecnológico no diagnóstico e tratamento de doenças (onde incide o presente estudo), o gradual relevo da saúde pública na prevenção e promoção da saúde, a melhoria das condições sociais e dos hábitos de saúde e, em alguns países, a redução acentuada da fecundidade parecem ser responsáveis igualmente pelo aumento da proporção de idosos em relação às outras faixas etárias (Ferreira, 2003).

Relativamente à análise do grau de escolaridade dos doentes que realizaram RM neste Serviço de Radiologia, verificou-se que os resultados estão distribuídos entre os diferentes ciclos de ensino, mostrando que também aqui existe uma grande amplitude uma vez que se verificou existirem doentes sem qualquer grau de escolaridade (sem saber ler nem escrever), representando 3,3% até aos doentes com algum grau do ensino superior (20%). Os graus de escolaridades onde verificam uma maior frequência de doentes são o 1º e 3º ciclo, que surgem com valores de 34.90% e 32% respetivamente.

Ao analisar a Figura5 (pág. 60), que cruza a escolaridade com a idade dos doentes que constituem a amostra, verificamos que na categoria “sem escolaridade”

se inserem os doentes com as idades mais elevadas, entre 70 e 80 anos, ainda que seja a categoria com menor número de incidência.

Na categoria do 1º ciclo, verificamos um considerável aumento de casos, ainda que as idades estejam também compreendidas entre os 70 e os 83 anos (Máx). Já no 2º ciclo, assistimos uma maior dispersão de idades, entre os 15 (Min) e os 80 anos. No 3º ciclo, as idades variam entre os 20 e os 70 anos (aproximadamente), sendo a maior concentração entre os 40 e os 60 anos. Por fim, na categoria 4 que corresponde ao ensino superior, verifica-se que existem poucos casos, ainda que dispersos entre os 40 (aproximadamente) e os 70 (aproximadamente).

Desta análise, podemos concluir que existem efetivamente diferenças estatísticas no cruzamento destes dois tipos de dados (escolaridade e idade), sendo notório que quanto maior é a idade, menos é o nível de escolaridade e quanto menos for a idade, maior é o nível de escolaridade o que vai de acordo com o que seria esperado.

Apesar da crença de que a diferença de idades e a escolaridades de técnicos e auxiliares poderá condicionar a forma como estes comunicam com os doentes, dos cálculos efetuados, verifica-se o oposto, que não existem diferenças entre os dois grupos face à idade e à escolaridade. No entanto, importa ter em consideração a reduzida dimensão da amostra, e que isso poderá ter influência nos resultados.

Este facto, facilmente nos poderá remeter para possíveis inferências sociais que podem influenciar fortemente a comunicação destes profissionais com o doente, podendo explicar assim algumas das lacunas nessa relação.

Segundo Nunes (2010), estas interferências resultam da diferença sociocultural entre o doente e o profissional de saúde. Tratar um doente de uma origem socioeconómica diferente poderá levar o profissional a uma menor sintonia emocional, menor aplicação no processo comunicacional, e conseqüentemente aprestar menos informação ao doente.

O autor acrescenta ainda o provérbio: “a quem menos tem, menos se lhe dá”, ou seja, aqueles que mais necessitam de informação são aqueles que menos a recebem.

Isto acontece porque o profissional de saúde poderá considerar uma perda de tempo informar o doente com baixa escolaridade, pois não acredita nas suas capacidades e, assim, a sua profecia de que o doente é incapaz, poderá ser confirmada com a manutenção dessa mesma incapacidade, por nada ser feito que lhe forneça instrumentos que o capacitem (Nunes, 2010).

No que concerne ao turno em que os exames foram realizados, verificamos uma maior

percentagem atribuída aos exames realizados no turno da tarde, sendo esta percentagem de 63,30 e a percentagem atribuída aos exames realizados no turno da manhã de 36,70.

Passaremos se seguida à discussão dos resultados dos 5 grupos de itens que compõem a grelha de observação (anexo 1).

Os resultados do primeiro item revelam que em 55% dos casos os técnicos a adequam a sua linguagem às características individuais e linguísticas do doente, sendo o valor de 45% atribuído às vezes em que não o fizeram. Aqui importa referir que foram assinaladas como “não adequou a linguagem às características do doente” todas as vezes em que efetivamente na relação com o doente estes não o fizeram, assim como todas as vezes em que estes não se dirigiram ao doente em momento algum do processo.

No caso dos auxiliares, são notórios os 88,3% atribuídos às vezes em que este efetivamente adequaram a sua linguagem às características dos doentes com que se relacionaram, sendo que resultou em 11,7% o número de vezes em que não o fizeram.

Estes valores, nitidamente mais positivos da ação dos auxiliares podem ser explicados pelo que se constatou a partir da observação no local, pois é inequívoco que a participação mais ativa e constante junto do doente é da parte dos auxiliares

Para reforçar esta ligação entre este item e os dados sócio demográficos, Aguiar (2001) diz-nos que é fundamental estar atento às particularidades linguísticas: cada pessoa utiliza no decorrer da comunicação como que uma linguagem própria, com determinado tipo de vocabulário e referências culturais particulares. É então importante que os profissionais da saúde consigam detetar rapidamente essas particularidades e responder, utilizando referências semelhantes, uma vez que isso irá facilitar bastante o processo comunicativo, que poderá conduzir ao sucesso de todo o processo.

Como referido anteriormente na apresentação dos resultados, interessou-nos perceber também com este estudo se era ou não a primeira vez que os doentes realizavam uma RM.

Do tratamento de dados desta questão resultam 61,7% (n=37) atribuídos aos doentes para os quais aquela seria a primeira vez que realizavam uma RM, em oposição aos 38,3% (n=23).

O item que corresponde ao turno/horário em que o exame é realizado apresenta os seguintes resultados: 63,30% dos exames observados foram realizados

no turno da tarde, sendo que os restantes 36,70% foram realizados no período matinal. Estes resultados podem estar enviesados, pela disponibilidade do investigador aquando da recolha dos dados. Para além deste facto, tanto a percentagem dos doentes internados como a distribuição pelos turnos não é homogénea.

Do tratamento dos dados relativos ao primeiro grupo da grelha de observação, composto apenas por um item: "Apresentou-se/cumprimentou o doente?" ressaltam os valores das vezes em que nem técnicos nem auxiliares o fizeram, 71,7% relativo aos técnicos e 76,70% no caso dos auxiliares.

Estes resultados são o oposto daquilo que a literatura nos mostra que deve ser a primeira abordagem ao doente, pois um bom acolhimento é imprescindível ao receber/atender qualquer doente, logo é necessário ter uma boa abordagem, assim a apresentação é algo a não ser dispensado (Aguiar, 2001).

O segundo grupo que compõe a grelha de observação é dedicado à explicação do exame, por parte dos profissionais de saúde ao doente, que como se pode verificar no anexo 1, é composto por 8 itens distintos, mas que ainda assim fazem parte de um momento fundamental de todo o processo que envolve uma RM.

Do item: "Explicou o exame passo a passo (o que vai acontecer)" ressaltam à vista as baixas percentagens atribuídas às vezes que, quer técnico quer auxiliar, se disponibilizaram para explicar clara e detalhadamente o exame ao doente.

Assim, observamos que os técnicos o fizeram 15% das vezes, em oposição aos 85% em que não o fizeram.

No caso dos auxiliares surge um valor de 18,30% atribuído à observação deste comportamento, sendo que em 81,30% das vezes o comportamento não se verificou.

Desta explicação do exame destacam-se pertinência da partilha de informação relativa à duração total do exame e de cada sequência, à necessidade de permanecer imóvel durante e realização da RM, informações relativas à necessidade de apneia e como esta se faz e se é dito ao doente que lhe é dada a possibilidade de comunicar com o técnico que realiza o exame, sempre que assim o entender.

Relativamente ao item "Informa duração do exame?", obtiveram-se os seguintes valores: 17,70% atribuído às vezes em que se verificou que os técnicos forneceram esta informação aos doentes, e no caso dos auxiliares, apenas 11,70% o fez.

Também neste item se destacam as percentagens relativas às vezes em que este comportamento foi verificado por parte de ambos, sendo que 83,39% se referem aos técnicos e 88,30% a auxiliares.

Existe ainda outro item destinado à partilha de informação, desta vez da duração de cada sequência do exame. Deste item, surge uma percentagem de 1,70% relativa ao número de vezes em que o técnico deu ao doente esta informação, sendo a percentagem atribuída aos auxiliares de 3,30%. Por serem percentagens extremamente baixas, ressaltam as altas percentagens relativas às vezes em que estes profissionais não o fizeram, ou seja, 98,30% para o técnico e 96,70% para o auxiliar.

Da análise destes dois itens destinados á partilha de informações relativas ao exame, podemos concluir que não é de facto uma preocupação por parte de técnicos e auxiliares, daí se destacarem as percentagens extremamente altas resultantes das vezes em que o comportamento não se verificou.

Passando ao item: “Refere necessidade de permanecer imóvel?”, podemos verificar os seguintes valores, 23,30% destinado às vezes em que o técnico explicou que seria de máxima importância que o doente permanecesse imóvel durante toda a execução do exame, a fim de possibilitar uma captação de imagens com qualidade, evitando assim artefatos de movimento. Por outro lado, comprovamos que em oposição aos técnicos, os auxiliares partilharam esta informação, bastantes mais vezes, surgindo então o valor de 86,70%.

Da experiência adquirida através da observação direta destes comportamentos neste serviço de radiologia em concreto, pôde-se perceber que apesar de os técnicos terem bem presentes que os doentes devem permanecer imóveis durante a execução do exame, estes poucas vezes se dirigiram ao doente partilhando a informação e explicando que caso se movimentem durante o exame, haverá a necessidade de repetir as sequências que ficarem com demasiados artefatos de movimento, pois isso poderia interferir na leitura das imagens.

Por outro lado, e pela consciência e conhecimento pratico que os auxiliares demonstraram na preparação do doente, observou-se que a maioria das vezes todo o processo de receção, preparação e de partilha de informações e explicações sobre o exame ficava a cargo do auxiliar, uma vez que os técnicos pouco se dirigiram ao doente neste sentido, contrariando aquilo que a literatura nos mostrou serem as funções do técnico nesta etapa do exame.

Passando ao item: “Faz treino da apneia?”, importa clarificar mais uma vez que a necessidade de apneia, só se verifica em alguns tipos de exame, tal como o do abdómen. Assim sendo, nos outros tipos de exame, não era solicitado ao doente que o fizesse, dada a diferente natureza do seu exame.

Ainda que no caso dos exames que a requerem, esta tenha a máxima importância no que se refere à captação de imagens com qualidade, verificamos que

apenas em 3,30% dos casos é que os técnicos fizeram um treino prévio com os doentes, explicando-lhe o que deveriam fazer quando lhes fosse solicitado durante o exame. Já no caso dos auxiliares, estes fizeram-no em 10% das vezes, mostrando uma discrepância com provável transferência de funções dos técnicos para os auxiliares.

No item seguinte deste grupo de itens relativos á explicação do exame, “Refere possibilidade de comunicar com técnico durante o exame?”, podemos constatar que os técnicos deram esta informação ao doente 23,30%, sendo que a percentagem dos auxiliares é de 83,30%. Consequentemente a estes valores, verifica-se que a percentagem do número de vezes em que os técnicos não o fazem é de 76,70%, enquanto a percentagem dos auxiliares é de 16,70%.

Este momento é muito importante para o doente, uma vez que com ele lhe é conferido o poder de comunicar com o técnico durante o exame sempre que este se sinta desconfortável ou indisposto, contudo verificou-se que ele foi assegurado.

Relativamente a todos estes itens que se referem à partilha de informação e explicação do exame, podemos perceber que mais uma vez a literatura nos leva de encontro á influência que a escolaridade e o estatuto social pode ter na relação dos profissionais da saúde com os doentes, isto porque alguns estudos são consistentes em demonstrar que a relação entre os profissionais de saúde e os doentes de classes sociais menos favorecidas é caracterizada por uma menor carga emocional, é mais diretivas, com estilo de consulta menos participativo (Adelman, Greene, & Orgy, 2000).

Em média, estas relações tendem a ser descritas pelo menor número de informação prestada pelo profissional de saúde e dos serviços sociais, menor apoio emocional, menor orientação terapêutica e menores índices de empatia e relação terapêutica entre o idoso e profissional de saúde (Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & Maeseneer, 2005).

Por seu lado, os doentes de classes sociais menos favorecidas, devido à sua baixa escolaridade e conhecimento sobre os procedimentos de saúde, estão por vezes em desvantagem devido às dificuldades dos profissionais de serviços sociais e de saúde em compreender o desejo e necessidade de informação destes doentes, bem como a sua capacidade de fazer parte do processo dos cuidados de saúde (Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & Maeseneer, 2005).

No item que se refere á questão “Mostra-se atento?”, onde pretendíamos observar se efetivamente os profissionais estavam atentos ao doente, às suas necessidades, às suas dúvidas, às suas limitações e às suas particularidades, obtiveram-se os seguintes resultados: os técnicos mostraram-se atentos em 45% dos casos, sendo que os auxiliares obtiveram 58,30%.

O valor mais elevado por parte de auxiliares pode ser explicado pelo facto de estes serem a presença mais assídua junto ao doente, em oposição aos técnicos.

Este facto vai contra aquilo que Aguiar (2001) nos afirma fazer parte das competências do técnico de radiologia, pois estar atento ao doente e ao seu bem estar é algo que deve fazer parte das competências de um técnico superior de saúde.

Nunes (2010) refere ainda que muitas vezes os problemas e preocupações dos doentes não são percebidos ou compreendidos pelos profissionais de saúde, por diversos motivos que residem em pensamentos automáticos que estes profissionais podem ter cristalizado ao longo do seu percurso profissional.,

No item “Comunicação não-verbal?” tínhamos como objetivo perceber se os profissionais utilizavam a comunicação não verbal na sua relação com o doente, onde verificamos que os técnicos e auxiliares só recorreram à comunicação não verbal em 11,70% dos casos. Destaca-se assim os 88,30% dos casos em que ambos não a utilizaram.

Pela experiência da observação pudemos compreender que a baixa percentagem do técnico se deve mais uma vez ao facto deste se dirigir ao doente poucas vezes e estar num espaço físico diferente do do doente. Por outro lado a baixa percentagem de auxiliares, pode dever-se ao facto deste estar ocupado a fazer outras coisas enquanto comunica com o doente, ou seja, enquanto lhe fornecia instruções ou lhe esclarecia as dúvidas, preparava o equipamento para poder iniciar o exame.

Acerca deste tema, a literatura mostrou-nos que os elementos basilares de comunicações efetivas e que respondem eficazmente aos seus objetivos são a conversa social, cortesia a comunicação verbal e não-verbal, os comportamentos de encorajamento e empatia, a emissão efetiva de informação e o envolvimento do doente (Nunes (2010).

Um outro estudo de Ambady, Koo, Rosenthale Winograd (2002), mostrou-nos que os padrões de comunicação não-verbal utilizados por fisioterapeutas prediziam a eficácia terapêutica.

Assim sendo, podemos confirmar que existem falhas a nível da comunicação não verbal, sendo esta tão importante no contexto em que se enquadra o presente estudo.

No item que se refere á utilização de escuta ativa por parte destes profissionais de saúde, podemos constatar que os técnicos a utilizaram em 36,70% dos casos observados, e os auxiliares em 38,30%.

A escuta ativa tal como o item já analisado sobre o facto de os profissionais estarem atentos ao doente, fazem parte de um conjunto de ações que mostram ao

doente a real preocupação destes com o seu bem estar, daí a sua máxima importância em contextos de saúde.

Na relação entre os profissionais e o doente, importa perceber que o recetor tem uma posição ativa na comunicação interpessoal com o doente, pois da qualidade da sua escuta depende igualmente o sucesso ou insucesso deste processo.

A escuta ativa tem dois objetivos: entender o melhor possível o pedido efetuado pelo doente (as dúvidas colocadas, por exemplo) e demonstrar a este a disponibilidade e interesse para resolver ou clarificar a situação Aguiar (2001).

Ainda que se tenha verificado este comportamento por parte dos profissionais, verificámos que de acordo com o que nos mostra a literatura, este deveria assumir percentagens mais elevadas, pois só beneficia a relação.

No item que pretende avaliar a utilização da escuta empática por parte de técnicos e auxiliares voltamos a constatar a predominância de valores elevados para as vezes em que o comportamento não se verificou, sendo que os técnicos não o fizeram 68,30% dos casos observados, e os auxiliares 58,30%. Das percentagens referentes à observação da utilização da escuta empática por parte destes, 31,70% refere-se aos técnicos e 41,70% aos auxiliares.

Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & Maeseneer (2005), afirmam que as relações entre os profissionais de saúde e os doentes que se pautam pela falta de apoio emocional, menor orientação terapêutica e menores índices de empatia tendem a ter consequências negativas tanto no doente como na relação terapêutica.

Assim sendo, facilmente se percebe a existência de incongruências entre aquilo que a teoria nos mostra ser o correto e aquilo que na prática é a ação destes profissionais em concreto.

No que concerne ao item “Dá feedback construtivo?”, obtiveram-se os seguintes resultados: os técnicos forneceram feedback construtivo aos doentes em 30% dos exames, destacando-se os 70% em que isso não se verificou.

Relativamente aos auxiliares, verifica-se uma percentagem de apenas 5 para as vezes em que estes forneceram feedback construtivo aos doentes, sendo que a percentagem das vezes em que não o fez é de 95.

Estes valores poderão representar mais uma lacuna no processo comunicacional entre doentes e profissionais de saúde, uma vez que a investigação demonstra que este envolvimento dos doentes no seu processo clínico é tão mais importante e relevante, quanto maior for o encorajamento dos profissionais de saúde para tal (Jackson, Chamberlin, & Kroenke, 2001).

Este estímulo é interpretado pelos doentes como uma preocupação real autêntica na participação do processo de diagnóstico e intervenção terapêuticas.

Assim, é condição *sine qua non* para que os doentes respondam eficazmente aos objetivos, a utilização de comportamentos de encorajamento e a emissão efetiva de informação ao doente por parte dos profissionais da saúde (Jackson, Chamberlin, & Kroenke, 2001).

Na grelha de observação, surgem 5 itens distribuídos pelos diferentes grupos que representam as diferentes fases da RM, e que surgem para nos ajudar a perceber se os doentes colocam as suas dúvidas aos profissionais, e a preocupação e percepção por parte dos técnicos e auxiliares acerca da possibilidade de o doente não ter compreendido as explicações que lhe foram dadas acerca do processo.

Relativamente aos resultados obtidos nestes itens, observamos no primeiro item, "Pergunta se o doente percebeu a explicação?" que esta não é uma prática usual destes profissionais de saúde, uma vez que os técnicos só o fizeram em 16,70% dos casos observados e os auxiliares em apenas 8,30%, destacando-se assim os valores elevados resultantes das vezes em que este comportamento não se verificou, 83,30% e 91,70%, respetivamente. Assim, facilmente se conclui que não houve a preocupação por parte dos profissionais de se certificarem que de que os doentes estavam cientes de todo o processo da RM.

No item seguinte "Disponibiliza tempo para dúvidas?" assistimos a uma percentagem semelhante á anterior, atribuída ao número de vezes que o técnico se disponibilizou para esclarecer as dúvidas do doente, 21,70%, sendo que mais uma vez se destaca a elevada percentagem de 78,30% para as vezes em que este não o fez. No caso dos auxiliares, neste item apresentam uma percentagem mais elevada quando comparada com a do técnico, referente às vezes que manifesta o comportamento, ou seja, 25% e uma percentagem de 75 atribuída às vezes em que não o faz.

No grupo seguinte, que se destina á comunicação, existem três itens que abordam novamente a questão da existência de dúvidas por parte do doente, assim como a disponibilidade dos profissionais para as esclarecer e, a preocupação destes em perceber se de facto os doentes perceberam as informações que estes lhe deram, ou deveriam ter dado.

Neste sentido surge o item: "Esclarece dúvidas do doente?", onde se verificou que os técnicos se disponibilizaram para perguntar se o doente tem dúvidas e para as esclarecer apenas em 26,70% das vezes, enquanto que os auxiliares fizeram-no em 13,30% dos casos. Onde mais uma vez se percebe que as percentagens atribuídas ao número de vezes em que os profissionais se disponibilizaram para as esclarecer é bastante baixa.

No seguinte item acerca das dúvidas do doente, questiona-se os profissionais após fornecerem informação sobre todo o processo da RM, pedem ao doente que lhes explique de volta o que lhe foi dito, ou seja, que reproduza por palavras suas a explicação, comprovando que efetivamente perceber e não tem dúvidas.

Desse item, destacam-se os valores extremamente baixos das vezes em que quer técnicos, quer auxiliares o pediram ao doente, ou seja 0% no caso dos técnicos e 3,30% no caso dos axilares. Estes valores mostram de forma inequívoca que não houve preocupação por parte os profissionais de se assegurarem que de facto os doentes perceberam as explicações.

No ultimo grupo da grelha de observação, que se destina aos momentos após a realização do exame, existe um ultimo item destinado a esta questão: “Tempo explicitamente disponibilizado para o doente colocar dúvidas?”, onde se mantém um padrão de resultados extremamente baixos para as vezes em que os técnicos o fizeram, 21,70% e 35% no caso dos auxiliares.

A destacar que ainda assim, os auxiliares demonstraram estes comportamentos desejáveis mais vezes que os técnicos, ainda que não seja função direta destes.

A teoria diz-nos que o facto de os técnicos ou os auxiliares se prontificarem a disponibilizar tempo para que o doente esclareça as suas dúvidas, causará uma enorme satisfação e uma melhor fidelização ao processo.

Nesta linha, uma melhor relação comunicacional está correlacionada, noutros estudos, com melhor adesão terapêutica, satisfação com os cuidados de saúde e recuperação dos doentes. De uma forma global, a comunicação efetiva está articulada a uma melhor saúde física, maior bem-estar psicológico, a melhores e duradouros resultados terapêuticos e a um melhor suporte social prestado pela família (Weitzman & Weitzman, 2003), o que nos leva a concluir que quanto mais os profissionais se envolverem na relação, mais consequências positivas isso trará ao doente.

Estes valores extremamente baixos, podem ser explicados pela teoria das interferências sociais, ou muitas vezes os problemas e preocupações dos doentes não são percebidos ou compreendidos pelos profissionais de saúde, por diversos motivos que residem em pensamentos automáticos que estes profissionais podem ter cristalizado ao longo do seu percurso profissional (Nunes, 2010).

O mesmo autor, afirma que podem ocorrer aos profissionais acessões acerca da sua relação com os doentes que podem ser indicadores de interferências cognitivas, tal como os pensamentos de que o seu dever é descartar doenças orgânicas, e só depois abordar os problemas psicossociais, os problemas psicossociais nada terem a ver com os problemas propriamente médicos, ou até que

apenas se devem preocupar com problemas orgânicos, uma vez que face aos psicossociais nada podem fazer. Outro tipo de interferências podem ocorrer, sendo estas apenas exemplos de possíveis esquemas de pensamento adotados pelos profissionais.

Por outro lado, estas lacunas podem também ser resultantes da falta de iniciativa do doente para colocar as suas dúvidas, por vergonha, o que pode ser explicado a partir do nível de escolaridade, uma vez que, doentes de classes sociais elevadas tendencialmente com mais anos de escolaridade e com maior acesso aos bens culturais – comunicam mais ativamente, demonstram mais expressividade verbal e não-verbal e mais competência para expor sentimentos e dúvidas, solicitando, assim, mais informação pormenorizada sobre o processo terapêutico aos profissionais de saúde (Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & Maeseneer, 2005), uma vez que os doentes de classes sociais menos favorecidas, devido à sua baixa escolaridade e conhecimento sobre os procedimentos de saúde, estão por vezes em desvantagem devido às dificuldades dos profissionais de serviços sociais e de saúde em compreender o desejo e necessidade de informação destes doentes, bem como a sua capacidade de fazer parte do processo dos cuidados de saúde.

No que concerne aos estilos comunicacionais utilizados pelos profissionais na relação com o doente, destacamos os itens “Comunicação afetiva” e “comunicação agressiva”.

Da avaliação destes estilos comunicacionais, resultam os seguintes valores: 61,7%, dos técnicos utilizou um estilo comunicacional tranquilizador, sendo 81,70% o valor atribuído ao auxiliar.

Em oposição a este estilo, verifica-se que 10% dos técnicos adotou um estilo comunicacional agressivo, e apenas 5% dos auxiliares utilizou o mesmo.

Podemos perceber que o estilo comunicativo mais utilizado por estes profissionais é o tranquilizador, que aposta numa comunicação mais afetiva com o objetivo de tranquilizar o doente.

Ao contrário daquilo que seria desejável verifica-se que embora com baixas percentagens de frequência, foi utilizado o estilo agressivo.

A teoria mostra-nos que a relação entre o doente e o profissional de saúde é interativa, e ambos influenciam e mantêm os estilos de comunicação do outro. Há consistência empírica que demonstra que o estilo comunicacional do profissional de saúde e dos serviços sociais é influenciado, em larga medida, pelos padrões de comunicação do doente, em que há uma correlação positiva entre o nível sócio-económico elevado do doente e a qualidade da relação comunicacional (Deveugele, Derese&Maeseneer (2002).

Ainda que com valores baixos, a utilização do estilo agressivo utilizado por técnicos e auxiliares pode ser explicado e justificado pelo grande número de doentes com baixa escolaridade.

De acordo com Taylor (1998) estilos comunicacionais agressivos, assim como atitudes negativas e desfavoráveis dos técnicos de saúde e dos doentes em relação à comunicação podem conduzir a problemas comunicacionais na sua interação. As consequências dos problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e os doentes podem ser variadas, como por exemplo, a insatisfação com a qualidade dos cuidados de saúde, comportamentos de adesão e cooperação insatisfatórios.

Para justificar os elevados valores da utilização de um estilo de comunicação afetivo, baseamo-nos naquilo que são os conhecimentos destes técnicos para a obtenção de resultados positivos e eficazes no processo da RM. Tal como nos diz a teoria, a relação profissionais/doentes e expressão de afeto positivo durante os cuidados de saúde são importantes fatores na satisfação do doente.

Deveugele, Derese & Maeseneer (2002), por exemplo, mostraram ainda que a utilização de uma comunicação mais afetiva com os idosos aumentava a eficácia terapêutica, o que nos remete diretamente para o significativo número de idosos que compõem a amostra do presente estudo.

Por último, no item que concerne à questão “Pergunta se está preparado para fazer o exame e/ou se podem iniciar o exame?” obtiveram-se os valores de 11,70% que correspondem ao número de vezes em que auxiliares fizeram a pergunta ao doente, destacando-se os 88,30% das vezes em que não o fizeram. Por sua vez, verifica-se mais uma vez a presença preponderante dos auxiliares também nesta etapa, sendo que colocaram a questão aos doentes 90% das vezes, em oposição dos 10% das vezes em que não o fizeram.

Mais uma vez, importa referir que através da observação realizada, pode-se explicar esta baixa percentagem atribuída a técnicos no que respeita a perguntar ao doente se está preparado para iniciar pelo facto de estes poucas vezes se dirigirem ao doente em todo o processo sendo que a presença constante, é a do auxiliar.

Para comprovar que existem lacunas também nesta etapa, por parte dos técnicos, a literatura mostra-nos que a investigação parece apontar para a importância que os doentes apresentam quanto à proatividade genuína no cuidado demonstrado pelos profissionais. Num estudo qualitativo recorrendo à metodologia de *focusgroup*, os doentes apontaram o interesse demonstrado pelos profissionais com o seu bem-estar, (questionando o seu bem estar e a sua disposição para iniciar o processo) o diálogo respeitoso e a partilha de informação e do processo de decisão terapêutico,

como as dimensões que mais valorizam nos prestadores de cuidados de saúde (Calvin, Frazier, & Cohen, 2007).

O cálculo do Qui-Quadrado permitiu-nos verificar que para um nível de significância de 5% ($\alpha=0.05$), na maioria dos comportamentos observados, não existem diferenças estatisticamente significativas no comportamento dos dois grupos observados (técnicos e auxiliares), sendo que apenas na variável “Refere possibilidade de comunicar com técnico durante o exame?” observamos um $p\text{-value}=0.003 < \alpha= 0.05$. Este valor mostra-nos que neste comportamento existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que poderá ser explicado pelo facto de na grande maioria dos casos, ter sido o auxiliar a dar esta informação (83,30%) em oposição ao técnico (23,30%).

Verificou-se também que o Modelo Centrado no Doente é pouco evidente nesta amostra. Em oposição verifica-se que o modelo é sim centrado na técnica, uma vez que o técnico dá prioridade à realização do exame propriamente dito, centrando-se nas técnicas e protocolos que irá seguir, descurando a relação e a comunicação com o doente.

Da análise dos resultados dos cálculos da comparação de médias para amostras emparelhadas podemos verificar que alguns dos comportamentos estão mais sistematizados nos técnicos; contudo, como foi possível observar pela comparação de frequências, apesar destes assumirem as suas funções, os auxiliares têm um papel muito presente em toda a relação com o doente. Este facto, conduz-nos para a constatação de que existe a necessidade de uma formação que abranja estes dois grupos de profissionais para os sensibilizar e capacitar de ferramentas para uma comunicação mais eficaz na relação profissional/doente.

Tal como em qualquer outra interação humana, a comunicação em contexto de saúde assume-se como uma dimensão de relevo na explicação do sucesso dos objetivos dessas interações. Rompendo as visões tradicionalistas do modelo biomédico – em que a recuperação e o processo terapêutico são conceptualizados como dependentes de variáveis bioquímicas e das tecnologias, descurando o impacto das variáveis interpessoais na explicação dos processos de saúde – a investigação recente tem sublinhado elementos que interferem na relação profissional de saúde e de doentes (Lamela & Bastos, 2012).

5. Conclusões

A humanização dos cuidados de saúde, incluindo a participação do doente no seu próprio processo diagnóstico e terapêutico, têm vindo a tornar-se critério fundamental da boa prática médica e do respeito pela dignidade e integridade da pessoa doente. Para além do consentimento informado, a participação activa e informada do doente, nesta perspetiva aqui referida, tem como alicerce fundamental o processo de comunicação com o pessoal de saúde

Tal como em qualquer outra interação humana, a comunicação em contexto de saúde assume-se como uma dimensão de relevo na explicação do sucesso dos objetivos dessas interações (Lamela& Bastos, 2012).

Relembrando que o presente estudo tem como objetivo conhecer o processo comunicacional entre os profissionais de saúde e os doentes, e tendo em consideração os resultados anteriormente apresentados, é-nos possível destacar algumas conclusões bastante pertinentes acerca do tema.

A primeira conclusão é a de que existem lacunas na operacionalização da comunicação do pessoal de saúde com o doente. Independentemente da forma, não são transmitidos ao doente de uma forma consistente e sistematizada as informações sobre a duração e destino do exame, sobre o espaço físico e experiência sensorial que o doente poderá sentir. Não foi igualmente procurada a participação ativa do examinado, como por exemplo procurando feedback da informação prestada. Pelo contrário, notou-se uma maior consistência na transmissão da informação que diretamente condiciona a qualidade das imagens obtidas, pela redução de artefactos de movimento (a necessidade de apneia e de imobilização). Observou-se de facto um modelo centrado na técnica, uma vez que a preocupação destes profissionais recai mais na produtividade e na operacionalização do tempo disponível para a realização da RM, focando-se essencialmente na qualidade deste.

A segunda conclusão foi a de que na prática encontrada, o principal contacto do doente é com o auxiliar, se bem que não foi encontrada nenhuma forma sistematizada de coordenação deste por parte do técnico.

Por fim, a terceira conclusão que retiramos do presente estudo é a que de apesar de existirem lacunas no processo comunicacional entre técnicos de radiologia e auxiliares de ação médica, verifica-se uma menor percentagem da utilização da comunicação agressiva destes profissionais com os utentes.

Estas conclusões indicam que não existe no Serviço em estudo uma prática de acordo com o Modelo Clínico centrado no doente, Existe igualmente evidente discrepância em relação aos valores enunciados pela instituição, mas não

sistematizados, por exemplo em manual de procedimentos ou formação específica do pessoal de saúde enquadrado no estudo.

Conscientes de que este trabalho representa apenas um passo de uma longa caminhada, consideram importante que se desenvolvam mais estudos desta natureza que em tudo podem beneficiar, quer a instituição, quer os profissionais de saúde, quer os doentes, pelo que damos conta, de seguida, de algumas limitações identificadas na presente investigação.

6. Limitações do Estudo

A avaliação da comunicação dos técnicos e auxiliares pode ser vista sob diferentes perspetivas, pois como foi referido ao longo deste estudo, o conceito comunicação envolve múltiplas dimensões, o que só por si já representa uma limitação, visto não ser exequível um estudo que possa abordar todas as dimensões da comunicação, uma vez que se tornaria num estudo extremamente complexo e exaustivo, sendo o oposto do que se pretende neste estudo exploratório, encarado como o ponto de partida para estudos futuros.

Assim sendo, as limitações/constrangimentos que se identificam neste estudo poderão constituir-se como desafios para investigação futura. Importa destacar que a bibliografia existente é bastante diminuta e em muitos aspetos não foi possível fazer comparação com outros estudos, devido ao facto de ser um tema muito pouco explorado na área Radiológica. As características da comunicação como preditoras da qualidade da Ressonância Magnética, é um tema com muito por explorar.

Por se tratar de um estudo com uma temática muito direcionada para a área da medicina, envolveu um grande investimento por parte do investigador na pesquisa e revisão de literatura para que houvesse uma melhor compreensão e familiarização com toda a temática da Radiologia, e de todo o processo que envolve a Ressonância Magnética, para que a recolha de dados se tornasse mais ágil e eficaz e compreensível, o que apesar do esforço, pode não ter sido sempre conseguido.

A referir também que a inexistência de um instrumento que pudesse avaliar o objeto deste estudo, conduziu à necessidade de criar um que contemplasse as principais variáveis necessárias para a levar a cabo o estudo desejado.

Considera-se que outra das principais limitações deste trabalho está relacionada com a demora para o início da recolha de dados, devido a todo o processo ético de solicitação de autorizações. Apesar do tempo despendido, a recolha de dados foi bastante demorada, considerando que cada exame (desde a sua preparação ao seu término) decorre entre aproximadamente 40 a 60 minutos o que envolve igual tempo de observação. Tal resultou numa média de uma hora despendida para cada exame, no total de 60 horas para a recolha de dados, condicionando a dimensão da amostra. A referir que, previamente à realização do pré-teste, no serviço houve uma apresentação à equipa de Técnicos de Radiologia que executam as RM, nos diferentes turnos, na qual foi exposto, de forma resumida, o âmbito do trabalho a realizar, reforçando que a minha presença tinha como intenção, observar como se desenvolvia todo o processo envolvente da RM, desde a sua preparação ao seu

término, perceber que funções desempenham os técnicos, observar a relação destes com os doentes, observar possíveis reações dos doentes neste processo e se as características desta relação influenciavam o normal funcionamento e a conclusão do exame. Os técnicos tiveram oportunidade de colocar as suas dúvidas. Apesar disto, notou-se alguma resistência à presença do investigador por parte de alguns deles, dificultando o entendimento das suas funções, ainda que outros se preocupassem em explicar procedimentos à medida que os executavam, clarificaram conceitos técnicos utilizados em todo o procedimento para facilitar a compreensão de todo o processo e ainda responder às questões por mim colocadas. Importa referir ainda que a par disto, foi sempre tida em consideração a preocupação por parte do investigador de não interferir no normal ritmo de trabalho de auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos, pessoal administrativo e todo o restante pessoal que assegura o normal funcionamento do serviço hospitalar.

7. Estudos Futuros

Tal como referido anteriormente na caracterização geral do presente estudo, este teve como principal objetivo conhecer e perceber o funcionamento do processo comunicativo entre técnicos e auxiliares do Serviço de Radiologia de um Hospital Regional.,

Da observação levada a cabo, foi possível perceber que apesar de se tratar de uma amostra reduzida, e de ter sido possível retirar conclusões bastante pertinentes e claras acerca do objetivo do estudo, sugere-se que estudos futuros, disponham de mais recursos, que possam abranger amostras mais alargadas.

As leituras realizadas para fundamentar teoricamente o presente estudo, conduziram também a algumas reflexões sobre possíveis estudos futuros.

Nesse sentido, como pistas de investigação futuras propomos, na sequência das considerações feitas anteriormente acerca da comunicação consideramos importante que se avalie a perceção do examinado em todo o processo, para além da aplicação de métricas da ansiedade experienciada pelos doentes no decorrer de todo o processo que envolve uma RM.

Será também importante conhecer a escala de valores, no que à sua atuação profissional diz respeito, do pessoal de saúde envolvido no cuidado dos doentes numa Unidade de RM, e sua discrepância com os valores da Instituição, com o intuito de detetar eventuais falhas processuais na geração, transmissão e/ou aplicação dos valores enunciados pela instituição, mas não sistematizados, por exemplo em manual de procedimentos ou formações específicas.

Futuros estudos serão pertinentes, de acordo com os resultados agora apresentados, para o desenvolvimento de ferramentas, atualmente não existentes, que permitam sensibilizar e apoiar o pessoal de saúde numa prática centrada no doente.

Será também necessário o desenvolvimento de métricas de qualidade, por exemplo pela reavaliação dos parâmetros estudados após formação específica e desenvolvimento de manual de procedimentos adequado.

Os resultados apresentados no presente estudo, ao demonstrar que existem lacunas na comunicação entre pessoal de saúde e os doentes, e ao parametrizar essas lacunas, apontam caminhos para a necessária operacionalização de uma prática centrada no doente.

Parece-nos também pertinente, em trabalhos futuros, realizar estudos nesta mesma área, mas sob a perspectiva das representações sociais, isto é, compreender em que medida é que estas influenciam a forma como os profissionais de saúde, consoante por exemplo os seus estereótipos, e como isso pode influenciar ou não o desempenho das suas funções. Não obstante das limitações enunciadas, estamos crentes que a investigação realizada se constitui como um importante ponto de partida para o estudo mais detalhado da relação entre profissionais de saúde e doentes e para a qualidade da prestação de serviços na área da saúde.

8. Referências

Adelman, R., Greene, M., & Orgy, M. (2000). Communication between older patients and their physicians. *Clinicsin Geriatric Medicine*, 16, 11-24.

Aguiar, A. H. (2001). *Gerir a Farmácia do próximo milênio*. (2ª ed). AJE

Ambady, N., Koo, J., Rosenthal, R., & Winograd, C. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*, 17, 443-452.

Andrade, J. (2002) Artefatos em ressonância magnética do abdome: ensaio iconográfico. *RadiolBras*, 3, 371-376.

Anzieu, D. & Martin, J.Y. (1971). La dinâmica de los grupos pequeños. Kapelusz: Buenos Aires, 111-128.

Argyle M. (2002). The role of non-verbal communication in relationships, hapiness and religion. In *Aquém e Além do Cérebro*, Porto, (pp.7387). 4º *Simpósio da FundaçãoBial*: FundaçãoBial.

Batista, V., Santos, R., Santos, P., & Duarte, J. (2010).NurseSatisfaction: comparativestudyontwoModelsof Hospital Management. *Revista Refererência.II Série - n.º12*, pp-57-69.

Borrel C. F., Suchaman L.,& Epstein R (2004). The Biopsychosocial Model 25 years later: Psinciples, pratice and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*,576-82.

Calvin, A., Frazier, L., & Cohen, M. (2007). Examining older adults' of health care providers: Identifying important aspects relationships with physicians perceptions of older adults' and nurses. *Journal of Gerontological Nursing*, 33,6-12.

Cardoso, M. (1980).Componentes não-verbais da relação médico-paciente. *Psiquiatria Clínica*, 55, 65-78.

Depla, M. F., Have, M. L., vanBalkom, A. J., & de Graaf, R. (2008). Specific fears and phobias in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 43(3), 200-208.

Diário da República_ I Série- A N.295- 21-12-1999. p. 9083- 9100

Código Deontológico de Técnicos de Radiologia.(2002). *ATARP*. Lisboa, Julho.

Egger, J. (1994).Health psychology in Austria.*European Review of Applied Psychology*, 44 (3), 197-203.

Engel, G. L. (1997). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. BioScience*, 137, 535-544.

Epstein, R., Alper, B., & Quill, T. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA*, 291, 2359-2366.

Ferreira, P.L. & Raposo, V. (2003). A voz dos doentes dos Centros de Saúde. *Revista Qualidade em Saúde*, 7, 23-26.

Fiske J. (1999).Introdução ao estudo da comunicação. Edições ASA.

Fortin, M., F. (1999).O processo de investigação: da concepção à realização. *Lisboa: Lusociência*, ISBN 972-8383-10-X.

Francisco, J. (2005). Prevalência de artefatos em exames de Ressonância Magnética do abdome utilizando a sequência Grase: Comparável com as melhores sequências rápidas? *RadiolBras*, 38(5),323-328.

Freitas & Costa, M. (2005). Dicionário de termos médicos. (3ªed). CLIMEPSI Editores.

Harris, L. M., Robinson, J., & Menzies, R. G. (1999). Evidence for fear of restriction and fear of suffocation as components of claustrophobia. *Behav Res Ther*, 37(2), 155-159.

Horvat, A. & Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 139-149.

Hunt, C. & Wide, A. (2011). Short bore magnetic resonance at 1.5 T: Reducing the failure rate in claustrophobic patients. *ClinNeuroradiol*, 21,141-144.

Kilborn, L. C., & Labbe, E. E. (1990). Magnetic resonance imaging scanning procedures: development of phobic response during scan and at one-month follow-up. *J BehavMed*, 13(4), 391-401.

Lamela, D. & Bastos, A. (2012). Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 684-690.

Landini, L., Positano, V., & Santarelli, M. (2005). Advance Image Processing in Magnetic Resonance Imaging. *Taylor & Francis Group, LLC*, 11,4-16.

Lukins, R., Davan, I. G., & Drummond, P. D. (1997). A cognitive behavioural approach to preventing anxiety during magnetic resonance imaging. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28 (2), 97–104.

Making your Radiology Services more patient-friendly. (2000). *Clinical Patients' Liaison Group*. Board of the Faculty of clinical Radiology. Royal College of Radiologists.

Manual de Boas Práticas na Radiologia, (2012). Disponível em:
<http://www.sprmn.pt/pdf/MBPVERSAOFINALCOLEGIOOM.pdf>

Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. ReportNumber Lda.

Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about Burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Josseybass Publishers.

Minayo, M. C. S, Gomes, R. & Neto, O. C. (2003). Ciência:Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social., *In: DeslandesS Petrópolis: Vozes*, pp. 16-27.

Murphy, K. J. & Brunberg, J. A. (1997). Adult claustrophobia, anxiety and sedation in MRI. *Magnetic Resonance Imaging*, 15,51-68.

Penedo, J. P. (2006). *Meios de Diagnóstico – Como preparar-se, em que consistem e para que servem?*. (1ª ed.), Deco Proteste.

Pisco, J. & Lidel, A. (1999). Noções fundamentais de Imagiologia. *Jalles Tavares* (pp 75-81).

Queirós, G.C.P. (2011). *Análise Computacional de Imagens de Ressonância Magnética Funcional*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto- Faculdade de Engenharia, Portugal.

Rego, A. (2013). *Comunicação Pessoal e Organizacional- Teoria e Prática*. (3ª edição). Edições Sílabo.

Ribeiro, P. O. (2005). *Satisfação dos profissionais de saúde*. Lisboa: ISCTE. Dissertação de Mestrado.

Stewart, M., Meredith, L., Brown, J., & Galajda, J. (2000). The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16, 25-36.

Suchaman, A., Markakis, K., Beckman, H., & Frankel, R. (1997). A model of empathic Communication in the Medical Interview. *Patient Education and Counseling*, 27, 67-82.

Taylor, S. & Field, D. (1997). *Sociology of Health Care*. Blackwell Science, 85-99.

Taylor, S. E (1998). Patient- practitioner interaction. In S. Taylor, New York, (pp.341-377).

Teixeira, J.A.C. (1996). *Comunicação em saúde: Relação Técnicos de saúde - Doentes*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Watzalawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. (2001). *A Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Editora Cultrix.

Weitzman, P. & Weitzman, E. (2003). Promoting communication with older adults: Protocols for resolving interpersonal conflicts and for enhancing interactions with doctors. *Clinical Psychology Review*, 23, 523-535.

Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56, 139-146.

9. Anexos

Paciente _____ Data ___/___/___ Turno: Manhã ___ Tarde ___ Hora do Exame ___:___ Tipo de exame: Neuro, MSK, Abdómen, Pélvis, Mama

Idade do Paciente ___ Género _____ Nacionalidade _____

1. Acolhimento/Apresentação	SIM	NÃO
Apresentou-se/cumprimentou o doente?		

2. Explicação do exame	SIM	NÃO
Explicou o exame passo a passo (o que vai acontecer:		
Informa duração do exame?		
Refere necessidade de permanecer imóvel?		
Faz treino da apneia?		
Refere possibilidade de comunicar com técnico durante o exame?		
Informa os tempos aproximados de cada sequência?		
Pergunta se o doente percebeu a explicação?		
Disponibiliza tempo para dúvidas?		

3. Comunicação	Sim	Não	D
Pede para explicar exame de volta?			
Adequa linguagem às características do doente?			
Usa tom tranquilizador?			
Comunicação agressiva?			
Mostra-se atento?			
Comunicação não-verbal?			
Escuta ativa?			
Escuta empática?			
Comunica regularmente com o doente durante o exame?			
Dá feedback construtivo?			
Esclarece dúvidas do doente?			
Refere tempo que falta para terminar o exame?			

4. Início do exame	SIM	NÃO
Confirmou posicionamento e conforto do doente?		
Confirmou posicionamento do equipamento?		
Pergunta se está preparado para fazer o exame e/ou se podem iniciar o exame?		

Interrupções no decurso do exame	SIM	NÃO
Há interrupções por parte do doente?		
• Quantas?		
Há desistência?		
Porque motivo?		

5. Após o exame	SIM	NÃO
Após o exame, o técnico foi ter com o doente?		
É explicado o que acontecerá ao exame?		
Tempo explicitamente disponibilizado para o doente colocar dúvidas?		

Anexo 2

Tabela 3: Tabela referente ao diagrama de dispersão da relação entre idade e escolaridade (página 66)

Correlations

			Escolaridade	Idade
Spearman's rho	Escolaridade	Correlation Coefficient	1,000	-,591**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	60	60
	Idade	Correlation Coefficient	-,591**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	60	60

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).