

ROSÂNGELA CURVO LEITE DOMINGUES

**COMPORTAMENTOS COMUNICATIVOS DOS MÉDICOS
E SATISFAÇÃO DAS MULHERES EM CONSULTA POR
INFERTILIDADE CONJUGAL**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. MARIA YOLANDA MAKUCH
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA**

**UNICAMP
2004**

ROSÂNGELA CURVO LEITE DOMINGUES

**COMPORTAMENTOS COMUNICATIVOS DOS MÉDICOS
E SATISFAÇÃO DAS MULHERES EM CONSULTA POR
INFERTILIDADE CONJUGAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas.

**ORIENTADORA: Prof^{fa}. Dr^a. MARIA YOLANDA MAKUCH
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA**

**UNICAMP
2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

D713c Domingues, Rosângela Curvo Leite
Comportamentos comunicativos dos médicos e
satisfação das mulheres em consulta por
infertilidade conjugal / Rosângela Curvo Leite
Domingues. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador: Maria Yolanda Makuch, Carlos
Alberto Petta

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. *Relações médico-paciente. 2. *Satisfação
do paciente. I. Maria Yolanda Makuch. II. Carlos
Alberto Petta. III. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: ROSÂNGELA CURVO LEITE DOMINGUES

Orientadora: Prof^a. Dr^a. MARIA YOLANDA MAKUCH

Co-Orientador: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 10/02/2004

Dedico este trabalho...

*...aos meus pais,
pelo exemplo e amor insubstituível,
presenças fundamentais e eternas em minha vida.*

*...à minha querida filha Paloma,
pelo carinho e compreensão
nos momentos que estive ausente.*

*...ao meu marido e companheiro Rodnei,
pela paciência, amor, incentivo e apoio, fazendo da minha felicidade, a sua.*

*...ao meu irmão Cássio e à minha irmã Rita,
pelas sugestões valiosas.*

Agradecimentos

À Profª Drª Maria Yolanda Makuch, que com dedicação, orientou minhas idéias durante a elaboração dessa pesquisa.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Petta pelo apoio a esta linha de pesquisa.

Às Profªs Drªs Sophie Françoise Mauricette Derchain, Maria José Duarte Osis e Lúcia Helena Simões Costa Paiva pelas valiosas sugestões e comentários.

Às amigas Jéssica Matheus e Gabrieli Navarro pela colaboração na coleta de dados, permitindo um trabalho em equipe.

À amiga Silma Ramos Coimbra Mendes, pelas cuidadosas revisões de texto, feitas com extrema competência.

Às estatísticas Sirlei Siani Morais e Gislaine Aparecida Fonsechi Carvasan pelas valiosas orientações, feitas com dedicação e carinho.

À enfermeira Ximena Espejo, pelo carinho e auxílio durante a coleta de dados.

Aos médicos residentes do Ambulatório de Reprodução Humana, pela colaboração na observação de suas consultas.

Aos docentes responsáveis pelo Ambulatório de Reprodução Humana pelo apoio durante a coleta de dados.

Ao pessoal da ASTEC, especialmente à Sueli Chaves, pela colaboração na formatação do trabalho.

À Margarete Souza Donadon, secretária da pós-graduação, pelo carinho e disposição de ajudar durante todo o curso.

Às mulheres que confiaram em nós.

Este trabalho foi parcialmente financiado por:

Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa
(FAEP)
Processo nº 065/03.

Sumário

Resumo	
Summary	
1. Introdução	13
2. Objetivos.....	20
2.1. Objetivo geral	20
2.2. Objetivos específicos	20
3. Sujeitos e Métodos	21
3.1. Tipo de estudo	21
3.2. Tamanho da amostra	21
3.3. Rotina do Ambulatório de Reprodução Humana	22
3.4. Seleção das mulheres.....	23
3.5. Critérios de inclusão.....	23
3.6. Critérios de exclusão.....	23
3.7. Critério de exclusão a posteriori.....	23
3.8. Seleção dos médicos	24
3.9. Critérios de inclusão.....	24
3.10. Instrumentos para coleta de dados.....	24
3.10.1. Da mulher	24
3.10.2. Do médico	25
3.10.3. Tradução e pré-teste dos instrumentos.....	26
3.11. Coleta de dados	28
3.11.1. Da mulher	28
3.11.2. Do médico	29
3.12. Variáveis	30
3.12.1. Dependente	30
3.12.2. Descritivas da mulher	31
3.12.3. Descritivas do médico	32
3.12.4. De controle	33
3.12.5. Independentes	33
3.13. Processamento e análise de dados	36
3.14. Aspectos Éticos.....	38
4. Publicação.....	40

4.1. A comunicação médico-paciente em uma consulta por infertilidade conjugal.....	40
4.2. Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation.....	55
5. Conclusões.....	77
6. Referências Bibliográficas.....	78
7. Bibliografia de Normatizações.....	87
8. Anexos.....	88
8.1. Anexo 1 – Questionário de Satisfação da Mulher.....	88
8.2. Anexo 2 – Guia de Observação da Consulta.....	92
8.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Mulher.....	94
8.4. Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Médico.....	95

Resumo

Objetivo: avaliar o grau de satisfação das mulheres em relação aos comportamentos comunicativos dos médicos residentes, em consulta por infertilidade em Ambulatório de Reprodução Humana de um serviço universitário. **Sujeitos e métodos:** para este estudo descritivo observacional foram selecionadas 124 mulheres que compareceram ao Ambulatório de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para um atendimento que visava à continuidade do tratamento de infertilidade. Essas consultas, feitas por sete médicos residentes, foram observadas e os dados registrados no Guia de Observação da Consulta. Ao sair do consultório, cada mulher foi entrevistada em relação à sua percepção sobre a comunicação estabelecida entre ela e o médico; suas notas foram marcadas no Questionário, de Satisfações da Mulher. Os dois instrumentos utilizados foram pré-testados. A análise fatorial foi a ferramenta estatística selecionada para detectar as variáveis latentes nos dados obtidos do Questionário de Satisfação da Mulher e para construir o escore de satisfação geral. A seguir, esse escore foi estudado e

correlacionado com os itens do Guia de Observação da Consulta, com as variáveis sociodemográficas e de história reprodutiva das mulheres e com a duração da consulta. Utilizaram-se métodos não paramétricos, como o coeficiente de correlação de Spearman e teste de diferença de médias de Wilcoxon e de Kurskal Wallis. Assumiu-se o nível de significância de 5%. Para análise estatística foi utilizado o programa SAS versão 8.2. **Resultados:** A mediana do escore de satisfação geral das mulheres foi 9,4, em uma escala de 0 a 10. Foram quatro os comportamentos comunicativos dos médicos que apresentaram diferença significativa no escore geral de satisfação das mulheres: *apresentar-se, identificar o motivo da consulta, explicar os procedimentos de tratamento e questionar a mulher sobre dúvidas e/ou perguntas adicionais*. Não foi encontrada diferença significativa no escore de satisfação geral para as variáveis sociodemográficas, para as relativas à história reprodutiva das mulheres estudadas e para as diferentes categorias da duração da consulta. **Conclusão:** em geral, as mulheres ficaram satisfeitas com a comunicação entre elas e seus médicos. A comunicação médico-paciente exerceu uma importante influência sobre a satisfação geral das mulheres, sendo um elemento chave para a eficiência da interação. Aspectos relacionados ao tratamento e às habilidades interpessoais foram igualmente valorizados pelas pacientes. Uma consulta breve pode perfeitamente ser considerada eficaz se o médico tiver sensibilidade e conseguir responder às necessidades mais urgentes da mulher.

Summary

Objective: to assess women's satisfaction with the communication of medical residents during an infertility consultation at a Human Reproductive Unit, in a university service. **Subjects and methods:** in this observational descriptive study, the follow-up visits of 124 women, attended by 7 medical residents at the Human Reproduction Unity of the Gynecology and Obstetrics Department of the School of Medicine of Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, were observed. Data were registered on a structured, pre-tested observation checklist guide. After consultation, women were interviewed about their reaction to physicians' communication behaviors. Their ratings were recorded on a structured, pre-tested questionnaire. Factor analysis was used to define the underlying structure in our data matrix, and to build a satisfaction score, which was then correlated with physicians' communicative behaviors and with control variables through Spearman correlation coefficient, Wilcoxon and Kruskal Wallis tests. Significance level was set as $p < 0.05$. All statistical analyses were performed using SAS software, version 8.2. **Results:** Median satisfaction score was 9.4, in a 0 to 10 scale. Doctors who got the highest satisfaction scores were those who *introduced*

themselves, set the main reason for visit, provided information about treatment procedures and asked whether patient had other issues or concerns. No significant differences were found in satisfaction score for women's socialdemographic characteristics, reproductive history, nor for duration of consultation.

Conclusions: in general, women were satisfied with their communication with clinicians. Physician-patient communication had an important influence on women's general satisfaction in infertility consultations, being a key element for the efficiency in the interaction. Both the technical and caring aspects of physician communication were valued by the women. A short visit may be considered effective, if the doctor is sensitive to the patient's most urgent needs.

1. Introdução

A figura do médico ao longo da História tem estado associada a diversos conceitos, tais como, semideus, curandeiro, filósofo, justiceiro, herói, conselheiro, técnico. A partir de meados do século XIX, com o surgimento do positivismo, a medicina passou a fazer parte das ciências dos números, das populações, das estatísticas e, com isso, perdeu-se o espaço da subjetividade. Mas, apesar dos enormes avanços tecnológicos, marcas da nossa era, os conhecimentos e as habilidades do médico continuam sendo a base de sua atividade profissional. Com a tendência de se exercer uma medicina menos paternalista, mais centrada no paciente, renova-se a atenção ao estudo das sutilezas envolvidas na complexa comunicação estabelecida no binômio médico-paciente (ISMAEL, 2002).

A História também apresenta várias concepções de comunicação humana. No presente estudo, optou-se por abordá-la como uma atividade lingüística, a capacidade do ser humano de interagir socialmente por meio da linguagem, de diversas formas e com distintos propósitos e resultados. Os elementos constitutivos dessa atividade englobam um enunciado, manifestação concreta de uma idéia,

um locutor que inicia a mensagem e que tem um determinado propósito, um ouvinte, para quem essa mensagem é dirigida e as condições de produção, base para construção do sentido do enunciado, associadas ao tempo, lugar, papéis sociais desempenhados pelos interlocutores e imagens recíprocas (KOCH, 1992).

Locutor e ouvinte são chamados, indiferentemente, de interlocutores, trocam de papéis de forma dinâmica na interação; essa alternância de turnos reflete a natureza essencialmente dialógica e bilateral da comunicação. Quando os interlocutores interagem, normalmente o fazem com perguntas, respostas, asserções e réplicas e voltam sua atenção para uma tarefa comum. Para produzir e sustentar uma interação os interlocutores devem partilhar um mínimo de conhecimentos comuns. O locutor deve utilizar um código – sistema de símbolos com significação convencional - que assegure ao ouvinte a possibilidade de reconhecer, compreender e interpretar o enunciado, usando, para isso, atividades lingüísticas como repetir, parafrasear, completar, resumir, exemplificar, corrigir. Ao ouvinte cabe decodificar a mensagem recebida e expressar sua reação em relação a ela (KOCH, 1992).

Mesmo entre falantes da mesma língua materna, codificação e decodificação só são realizadas mediante um código compartilhado, conhecido dos interlocutores. Quanto mais amplo o sistema de símbolos de uma pessoa, maiores possibilidades ela terá de se expressar e compreender não só o que está explícito, mas também o que está implícito na mensagem. Esse processo por meio do qual pelo menos um dos falantes tenta adotar um padrão de linguagem semelhante ao

do outro, promovendo maior inteligibilidade e sinergia interpessoal, é denominado estratégia da convergência (BOURHIS et al., 1989).

A tentativa de convergência reduz a incerteza entre os falantes durante a interação, pois, comumente, uma comunicação face a face não é um fenômeno aleatório, mas organizado, que apresenta pelo menos três seções distintas estruturalmente, a saber: uma abertura, um desenvolvimento e um fechamento. A abertura é caracterizada normalmente pelo contato inicial, com cumprimentos, apresentações e rituais sociais; o desenvolvimento do tópico vem a seguir e, finalmente, as despedidas ou saídas do tema principal marcadas por uma conclusão ou resumo, formam a seção de fechamento. Durante todo o tempo de interação, os interlocutores devem agir com atenção tanto para o fato lingüístico como para os paralingüísticos, também denominados marcadores conversacionais, que servem como elo entre as unidades comunicativas e como orientação para os interlocutores. Podem ser subdivididos em três tipos de evidências: (a) verbais, tais como “mm”, “ahã”, “ué”, entre outros, (b) não verbais, como gestos, olhares, movimentos do corpo, sorriso e (c) supra-segmentais como entonação da voz e pausas (MARCUSCHI, 1991).

Durante uma consulta médica, as três seções estruturais descritas ocorrem com os seguintes propósitos, respectivamente: construir relacionamento, coletar informações e orientar o paciente. A construção de relacionamento, ou *rapport*, pode ser classificada como a habilidade comunicativa mais importante do médico, pois determina o curso da interação (PARTICIPANTS IN THE BAYER-FETZER CONFERENCE, 2001). Nos primeiros momentos da interação

é conveniente que médico e paciente fiquem atentos às pistas fornecidas pelo outro com o objetivo de alinharem-se, de ajustarem suas mensagens à situação de comunicação. Esse princípio básico de interação social engloba o conceito de enquadre, também denominado *footing*, que indica como se sinaliza o que se diz ou faz, e como se interpreta o que é dito e feito. Os ajustes ou enquadres podem ser de ordem lingüística ou paralingüística, devendo ser captados o mais rapidamente possível, a fim de que os interlocutores possam decidir o que fazer a seguir (GOFFMAN, 1981; BARRIER et al., 2003).

A etapa de coleta de informações prevê que o médico tente conhecer o problema e as preocupações do paciente, saiba formular perguntas adequadamente, ouça ativamente, mantendo contato visual e demonstrando interesse, estruture e resuma informações, explore os fatores contextuais e estimule o paciente a se expressar. Quando essas habilidades estão presentes, o paciente sente-se valorizado e estimulado a ampliar sua participação na consulta. A última fase, de orientar o paciente, caracteriza-se por ser um processo complexo, por meio do qual o médico explica o diagnóstico, tratamento e prognóstico. Para tanto, deve utilizar uma linguagem acessível ao paciente, procurando evitar barreiras comunicativas e garantir, assim, a compreensão das informações (BARRIER et al., 2003).

Aspectos relacionados a falhas na comunicação médico-paciente parecem ser um importante motivo de insatisfação das mulheres ao longo do tratamento de infertilidade (MALIN et al., 2001). Como parte de um sistema cultural, a infertilidade acontece dentro de um modelo biológico no qual a fertilidade é a

norma. A reprodução é uma expectativa pessoal e social, uma vez que dar à luz uma criança significa a recriação do seu próprio eu, a marca das gerações, a renovação da vida, a continuidade da família. A habilidade de engravidar, portanto, está diretamente relacionada à identidade da mulher, à sua auto-estima, sexualidade e auto-imagem. A consulta por infertilidade ocorre em um cenário no qual a vida do casal praticamente gira em torno da reprodução. No entanto, durante o tratamento, mulheres inférteis não são sujeitos passivos; ao contrário, constituem um grupo singular, pois desejam participar ativamente da consulta, empenhando-se em obter mais informações sobre seu problema particular do que outros tipos de pacientes (BECKER e NACHTIGALL, 1991; HALMAN et al., 1993; SYME, 1997).

Conseqüentemente, uma grande parte da satisfação da mulher no tratamento por infertilidade parece estar relacionada às atitudes e habilidades comunicativas do médico durante o dinâmico processo interacional que ela mantém com ele a cada consulta, pois esse é o momento em que o profissional ouve suas expectativas, esclarece dúvidas, explica o problema, discorre sobre suas chances de engravidar e fornece orientações técnicas (SOUTER et al., 1998; MALIN et al., 2001).

Estudos prévios na área de Reprodução Humana concluíram que o aprimoramento de habilidades comunicativas por parte dos médicos é desejável, para que se possa obter altos padrões de satisfação dos pacientes e melhor qualidade de atendimento (LIPKIN, 1996; LALOS, 1999; MALIN et al., 2001). Os resultados de um estudo qualitativo realizado na rede pública da cidade de

Campinas, Estado de São Paulo, reforçam essa necessidade. Foi apontado que médicos e pacientes têm percepções bastante distintas sobre a qualidade da informação fornecida, pois enquanto os médicos julgaram que sua comunicação com as mulheres havia sido eficaz, as pacientes referiram que as informações recebidas pareceram incompletas, inadequadas e pouco claras (MAKUCH et al., 2000).

De fato, o distanciamento entre essas percepções evidencia que a prática médica requer não só uma sólida formação científica e tecnológica do profissional, mas também conhecimentos e habilidades que possibilitem o estabelecimento de uma relação entre a pessoa do ser-que-cura com a do ser-que-sofre (DEL GLIGIO, 2003). Nesse sentido, a atitude que deve ser assumida durante a consulta médica é aquela dialógica, de encontro entre dois seres na reciprocidade e na confirmação mútua, em que se veja o outro como um ser igual, com as mesmas estruturas e funcionamentos internos, desconfianças, temores, desejos, em contraposição à atitude monológica, objetivante, de utilização, conforme a ontologia da relação EU e TU, desenvolvida por MARTIN BUBER (1974; 1982).

A literatura atual relacionada à comunicação médico-paciente aponta para um crescente consenso de se focar a consulta no paciente, estabelecendo-se uma relação de parceria com ele e com seus acompanhantes, aumentando, assim, sua participação nos processos decisórios (FORD, et al., 2000, MEAD e BOWER, 2000, LITTLE et al., 2001, ZOPPI e EPSTEIN, 2002, GUIMOND et al., 2003, ROTER, 2003). Inúmeros estudos comprovaram que cursos que tinham

como objetivo aprimorar as habilidades comunicativas dos médicos, desenvolvendo atitudes humanistas em relação aos pacientes, resultaram em uma mudança positiva no estilo de consulta e levaram à melhoria significativa do desempenho comunicativo dos profissionais (NOVACK et al., 1992, BROWN et al., 1999; CEGALA et al., 2000; FALLOWFIELD et al., 2002; WEST, 2002).

Após criterioso levantamento bibliográfico, constatou-se uma escassez de estudos locais relacionados ao entendimento de como funciona a interação médico-paciente durante uma consulta por infertilidade, na qual a mulher recebe o diagnóstico, conhece suas possibilidades de engravidar e a proposta de tratamento. Assim, seguindo a tendência de se estabelecer uma comunicação mais simétrica entre médico e paciente e de se construir um modelo participativo de interação, a satisfação de mulheres inférteis e sua correlação com habilidades comunicativas dos médicos, objetos deste estudo, são discutidas de forma mais detalhada nos dois artigos que se seguem. Os resultados encontrados poderão contribuir para sensibilizar e orientar médicos que lidam com infertilidade nas questões que envolvem sua comunicação com os pacientes e também permitir uma reflexão sobre estratégias de capacitação dos profissionais.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar o grau de satisfação das mulheres em relação aos comportamentos comunicativos dos médicos residentes, em consulta em Ambulatório de Reprodução Humana de um serviço universitário.

2.2. Objetivos específicos

1. Avaliar o grau de satisfação das mulheres em relação aos comportamentos comunicativos dos médicos: de relacionamento, para explicar, orientar e para incentivar a participação da paciente.
2. Verificar se o grau de satisfação das mulheres varia segundo fatores sociodemográficos, de história reprodutiva e tempo de duração da consulta.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo observacional.

3.2. Tamanho da amostra

Levando-se em consideração que a principal ferramenta estatística para a interpretação dos dados foi a análise fatorial, poder-se-ia estimar o tamanho da amostra por meio de um dos seguintes critérios: (a) cinco replicações para cada variável a ser avaliada, o que neste estudo daria o total de 45 sujeitos, ou (b) um mínimo de 100 observações (JOHNSON e WICHERN, 1992; HAIR et al., 1998). Neste estudo, o tempo para a coleta dos dados foi de quatro meses, iniciando-se a partir do segundo semestre de 2002. Estimou-se que o Ambulatório de Reprodução Humana atenderia, por mês, 80 mulheres que preencheriam os critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa, perfazendo o total de 320 pacientes em quatro meses (cinco mulheres elegíveis sendo atendidas por dia). Como a coleta de dados aconteceria dois dias por semana, poderia ser

observado um total de 160 consultas. No entanto, nesse período, sabia-se que algumas mulheres - cujas consultas já haviam sido observadas e para quem os questionários já haviam sido aplicados - poderiam retornar para outra consulta, mas não poderiam ser incluídas novamente no estudo. Portanto, considerando o número de mulheres atendidas diariamente no ambulatório, os dias previstos para as observações, o período estabelecido para coleta dos dados e prevendo-se uma proporção de evasão ou de não aderência ao estudo de pelo menos 10%, obteve-se o tamanho de amostra de 124 mulheres.

3.3. Rotina do Ambulatório de Reprodução Humana

No Ambulatório de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) são atendidos, desde 1987, casais que buscam compreender e solucionar seu problema de infertilidade conjugal. A primeira atividade do casal nesse ambulatório é a realização de consulta e exames diagnósticos. Tendo os resultados dos exames, o casal ou somente a mulher volta ao serviço várias vezes para dar continuidade ao seu tratamento por infertilidade. Nesse ambulatório, quatro dias na semana, atendem médicos que estejam cursando o segundo ou terceiro ano de Residência Médica em Tocoginecologia, supervisionados por um corpo docente. Cada médico residente permanece aproximadamente um mês no serviço.

3.4. Seleção das mulheres

Foram separados os prontuários das mulheres que compareceram ao serviço para uma consulta de retorno por infertilidade. Em seguida, aquelas que preenchiam os critérios de inclusão foram selecionadas.

3.5. Critérios de inclusão

- Ser paciente do Ambulatório de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da FCM da Unicamp;
- Comparecer à consulta de retorno previamente agendada.

3.6. Critérios de exclusão

- Comparecer grávida à consulta de retorno;
- Comparecer ao Ambulatório de Reprodução Humana apenas para realizar exames (ultra-sonografia ou biópsia de endométrio);
- Ter respondido ao questionário em uma consulta anterior.

3.7. Critério de exclusão a posteriori

- Duas mulheres não se dispuseram a participar da entrevista, mesmo tendo consentido, previamente, que suas consultas fossem observadas, alegando que estavam com pressa e por isso não tinham tempo de responder ao Questionário de Satisfação da Mulher. Por esse motivo,

os dados obtidos das observações dessas consultas foram excluídos da pesquisa.

3.8. Seleção dos médicos

Foram selecionados sete médicos que atenderam os casos de retorno, nos dias de coleta de dados, no Ambulatório de Reprodução Humana.

3.9. Critérios de inclusão

- Estar cursando o segundo ou terceiro ano de Residência Médica no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

3.10. Instrumentos para coleta de dados

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, assim denominados: Questionário de Satisfação da Mulher (Anexo 1) e Guia de Observação da Consulta (Anexo 2).

3.10.1. Da mulher

O Questionário de Satisfação da Mulher era composto de duas seções:

- a) A primeira seção constava de dez perguntas relativas a dados de caracterização sociodemográfica e história reprodutiva;

b) A segunda seção era composta de dezenove perguntas. Quatorze delas solicitavam a opinião da mulher sobre diferentes aspectos do comportamento comunicativo do médico, e cinco referiam-se ao atendimento recebido pelo médico. Nove perguntas eram em forma de escala de valor. Para essas perguntas, a mulher deveria apontar no questionário uma nota entre 1 e 9, nota essa que foi marcada com um **X**, pela assistente de pesquisa, no número correspondente. As dez perguntas restantes foram respondidas de forma aberta, e transcritas literalmente pela assistente de pesquisa, nos espaços correspondentes (Anexo 1).

Esse instrumento, elaborado com base no questionário *The Art of Medicine Survey* e apresentado em BROWN et al. (1999), usou o método de pontuação tipo *Likert*, concebido para permitir que os entrevistados respondam, com graus variados de satisfação, a cada um dos itens perguntados. Nesse procedimento de graduação a escala mostra um contínuo bipolar, na qual a extremidade inferior representa uma resposta negativa, enquanto que a extremidade superior uma positiva (HAYES, 2001).

3.10.2. Do médico

O Guia de Observação da Consulta era composto de cinco seções:

- a)** Na primeira seção foram preenchidos os dados pessoais e de caracterização profissional do médico observado;
- b)** Na segunda, terceira e quarta seções foram registrados alguns aspectos relacionados às habilidades verbais e não verbais do médico. Na presença de uma determinada habilidade, a pesquisadora fez um **X** no

espaço determinado para SIM (S); na sua ausência, a pesquisadora fez um **X** no espaço determinado para NÃO (N).

- c) Na quinta seção havia um espaço para observações adicionais que a pesquisadora julgasse importantes para o estudo (Anexo 2).

Esse instrumento, elaborado com base no *Rhode Island Hospital Resident Interview Checklist* e apresentado em OH, 2001 é do tipo *checklist* e permite a quantificação das respostas positivas e negativas (HAYES, 2001).

- **Observação:**

- Antes da primeira seção do Guia de Observação da Consulta, havia um espaço para o registro dos horários de início e término da visita e do tempo total da consulta.

3.10.3. Tradução e pré-teste dos instrumentos

Após serem traduzidos, conforme os critérios explicitados a seguir, ambos os instrumentos foram pré-testados em doze mulheres e dois médicos, no Ambulatório de Reprodução Humana do Departamento de Tocoginecologia da Unicamp, com sujeitos que pertenciam à população a ser estudada.

Os textos originais foram, primeiramente, traduzidos pela pesquisadora responsável, que é proficiente na língua inglesa e familiarizada com o conteúdo do material na linguagem-fonte. Isto, segundo BRISLIN (1970), é condição indispensável para uma tradução adequada. Uma segunda tradução foi realizada pela orientadora do projeto, que também é proficiente na língua inglesa. Os dois

trabalhos foram revisados por outro pesquisador bilíngüe (GARYFALLOS et al., 1991), e que, ao examinar item por item, auxiliou na escolha das expressões que melhor reproduziam o sentido original. Assim, chegou-se a uma tradução de consenso, na qual cada afirmação trouxe o significado mais aproximado do questionário em inglês.

Um cuidado considerável foi necessário para assegurar que a tradução atingisse um nível de uso habitual de linguagem que fosse, ao mesmo tempo, equivalente à fonte inicial e compatível com a linguagem usada pelos sujeitos que se têm em perspectiva.

Durante o pré-teste do Questionário de Satisfação da Mulher, pôde-se verificar a compreensão das perguntas por parte das mulheres e também treinar a maneira pela qual as questões deveriam ser apresentadas, sem induzir a resposta. De modo geral, as questões foram consideradas de fácil entendimento pelas participantes. Como resultado do pré-teste, foram feitas três alterações nesse instrumento: na pergunta II.1, a palavra *gentileza* foi substituída por *educação*; na pergunta II.13, a palavra *tem* foi substituída por *sentiu*, na frase: em relação à confiança que a senhora tem no médico; na pergunta II.15, os termos *satisfação da senhora* foram substituídos por *sua satisfação*, na frase em relação à satisfação da senhora.

Para o pré-teste do Guia de Observação da Consulta, todas as doze visitas médicas foram observadas simultaneamente por duas pesquisadoras, para que pudessem, depois, confrontar e discutir as anotações feitas. No entanto, como

não houve dificuldade no preenchimento desse instrumento e nem divergência nos registros feitos pelas duas pesquisadoras, nenhuma alteração fez-se necessária.

Nesse período foi possível, também, avaliar e treinar a melhor forma de obter os termos de consentimento dos médicos e das mulheres, cujos conteúdos foram compreendidos sem dificuldade.

3.11. Coleta de dados

3.11.1. Da mulher

Os dados foram coletados dois dias por semana, por meio de entrevista individual com as mulheres. Primeiramente, os prontuários de possíveis participantes do estudo foram separados. Após conferir os prontuários, uma das pesquisadoras chamava a mulher para explicar-lhe o motivo de sua inclusão, a finalidade do estudo e em que consistiria a sua participação. Caso a mulher concordasse, ela assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) e retornava à sala de espera. Quando a paciente era chamada pelo médico, a pesquisadora responsável ou uma das assistentes de pesquisa a acompanhava até o consultório e entrava na sala juntamente com ela. Imediatamente após a consulta, em uma sala reservada, foi aplicado o Questionário de Satisfação da Mulher por outra assistente de pesquisa, sempre alguém diferente de quem havia observado a consulta.

Uma das assistentes de pesquisa tinha formação em fonoaudiologia e outra em psicologia, e ambas foram especialmente capacitadas para as tarefas.

3.11.2. Do médico

Os dados foram obtidos por meio de observação em tempo real de uma consulta de retorno. Sistemáticamente, dois médicos atendiam as pacientes em um mesmo dia. Foram observadas todas as consultas de retorno dos médicos que cumpriram os critérios de inclusão, que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4).

Primeiramente, a pesquisadora responsável fazia algumas perguntas para obter os dados pessoais e profissionais dos dois médicos que estavam atendendo naquele dia. Essas perguntas foram feitas a cada médico separadamente, na sala de consulta, e as respostas registradas na primeira seção do Guia de Observação da Consulta. Em seguida, a pesquisadora acompanhava um dos médicos até a sala de espera, onde a paciente era chamada, e de volta até o consultório. A pesquisadora sentava-se em um local em que podia ter uma visão total tanto do médico quanto da mulher, facilitando, assim, a observação, procurando manter, porém, uma distância mínima de um metro e meio de ambos. A pesquisadora não falava nada e nem mostrava nenhuma reação verbal e/ou não verbal durante a consulta, apenas registrava os dados nas segunda, terceira, quarta e quinta seções do guia de observação.

Sistematicamente, a consulta da primeira mulher a ser chamada era observada pela pesquisadora responsável e, quando coincidia de outra paciente ser chamada pelo segundo médico enquanto a pesquisadora responsável ainda estava na sala com o primeiro, uma das assistentes de pesquisa, que foi especialmente capacitada para essa tarefa, fazia a observação. Esse procedimento foi adotado após a segunda semana de coleta, pois se notou que só desta forma as consultas de todas as mulheres que haviam assinado o consentimento livre e esclarecido poderiam ser observadas.

- **Observações:**

- Quando o mesmo médico foi observado por várias consultas consecutivas no mesmo dia, ou em dias alternados, os dados da primeira seção foram repetidos, sem haver necessidade de perguntá-los novamente.
- O tempo da consulta começava a ser cronometrado sempre a partir do momento em que o médico e a mulher entravam no consultório.

3.12. Variáveis

3.12.1. Dependente

- **Satisfação da mulher com a consulta:** reação relativa ao atendimento recebido durante a consulta de retorno. Essa variável foi avaliada a partir da percepção expressa pela mulher em relação a sete comportamentos comunicativos do médico, obtidos do *The Art of Medicine Survey*, apresentados em BROWN et al., (1999). Além disso, pediu-se que as mulheres avaliassem sua satisfação em relação ao tratamento

recebido pelo médico e o que havia faltado naquela consulta em particular. Os itens foram classificados da seguinte forma:

- Educação do médico
- Entendimento do problema por parte do médico
- Explicações dadas
- Palavras usadas
- Habilidade de ouvir
- Tempo gasto
- Confiança no médico
- Satisfação com o atendimento
- O que faltou na consulta

A variável que corresponde à satisfação da mulher pode ser considerada uma variável latente, isto é, não é possível medi-la diretamente; supõe-se que esteja relacionada a outras variáveis chamadas declaradas ou acessíveis. Neste estudo, as variáveis declaradas correspondem aos aspectos específicos levantados nos itens do questionário. Para esta pesquisa, cada item foi classificado de 0 a 9, e a variável satisfação foi definida segundo um escore.

3.12.2. Descritivas da mulher

- **Idade:** número de anos completos por ocasião da entrevista, referido pela mulher.

- **Escolaridade:** última série completada na escola, obtida no prontuário da mulher, classificada em – até 4ª série, 5ª a 8ª série, 2º grau, técnico, superior.
- **Estado marital:** situação conjugal referida pela mulher no momento da entrevista, classificada em – solteira, casada, vive junto, separada, divorciada, viúva.
- **Paridade:** número total de gestações até o momento da entrevista, independentemente da forma de término da gestação, obtida no prontuário da mulher.
- **Número de abortos:** perdas conceptuais antes de 20 semanas, obtido no prontuário da mulher.
- **Número de filhos com o parceiro atual:** número total de filhos atualmente vivos da mulher com o parceiro atual, obtido no prontuário da mulher.
- **Número de filhos da mulher com outro(s) parceiro(s):** número de filhos atualmente vivos da mulher, resultantes de uniões anteriores, obtido no prontuário da mulher.
- **Tempo de infertilidade:** tempo, em anos completos, que o casal mantém relações sexuais sem uso de métodos anticoncepcionais e sem obter concepção, obtido no prontuário da mulher.

3.12.3. Descritivas do médico

- **Idade:** número de anos completos no dia da consulta, referido pelo médico.

- **Especialização:** ano de residência médica, classificado em segundo ano (R2) ou terceiro ano (R3).
- **Sexo:** classificado em masculino ou feminino, segundo observação da pesquisadora.

3.12.4. De controle

- **Tempo da consulta:** minutos transcorridos entre o momento em que a mulher entrava na sala até que saía dela. O tempo total de consulta foi cronometrado, descontando-se as interrupções e saídas da sala por parte do médico. Foram registrados os horários de início e de término da consulta.

3.12.5. Independentes

- **Habilidades de relacionamento do médico:** capacidade do médico para estabelecer, verbal ou não verbalmente, uma boa relação com a mulher ao longo da consulta, segundo avaliado pela pesquisadora, durante a observação do encontro:
 - Cumprimentou a mulher: disse bom dia/ boa tarde, como vai, olá, e/ou sorriu, olhou nos olhos, deu um aperto de mão: sim ou não.
 - Apresentou-se: disse seu nome à mulher, e/ou sua função e/ou seu papel naquele momento: sim ou não.
 - Chamou a mulher pelo nome/ perguntou o nome da mulher: perguntou o nome da mulher e/ou dirigiu-se a ela usando seu nome, no decorrer da consulta: sim ou não.

- Mostrou concordância ou entendimento (verbal e/ou não verbal): emitiu frases do tipo: “é verdade”, “eu compreendo”, “eu entendo”, “eu concordo com a senhora”, ou fez sinais não verbais que concordavam com a mulher, tais como: balançar a cabeça: sim ou não.
- Buscou conhecer os sentimentos da mulher: fez perguntas abertas para investigar como a mulher estava se sentindo, em qualquer momento da consulta, como por exemplo: “como a senhora se sente sobre...”: sim ou não.
- **Habilidades do médico para explicar e orientar:** capacidade do médico para fornecer esclarecimentos à mulher, verbal ou não verbalmente e solucionar dúvidas ao longo da consulta, segundo avaliado pela pesquisadora, durante a observação do encontro:
 - Identificou o motivo da consulta: explicou / esclareceu à mulher o propósito daquele encontro, em algum momento da consulta: sim ou não.
 - Explicou o problema/ diagnóstico: mencionou e explicou o problema ou o diagnóstico, em qualquer momento da consulta: sim ou não.
 - Explicou os procedimentos de tratamento: forneceu informações detalhadas sobre os procedimentos terapêuticos que deveriam ser seguidos: sim ou não.
 - Usou palavras adequadas à mulher: deu informações utilizando palavras simples, do vocabulário cotidiano, sem mencionar termos técnicos, e/ou usou termos técnicos e os explicou, em seguida: sim ou não.

- Usou apoio visual para explicar/ esclarecer: mostrou fotos, material ilustrativo ou fez um desenho/ esquema, para explicar ou esclarecer, em qualquer momento da consulta: sim ou não.
 - Confirmou a compreensão da mulher: pediu para a mulher repetir algumas informações-chave e/ou fez perguntas de aprofundamento para conferir a compreensão da mulher, ou para saber se ela tinha dúvidas ou perguntas adicionais: sim ou não.
 - Resumiu: retomou informações-chave e fez uma síntese delas: sim ou não.
 - Esclareceu as dúvidas levantadas: respondeu às dúvidas da mulher, certificando-se, por meio de perguntas abertas, que ela tenha entendido bem a resposta dada: sim ou não.
- **Habilidades do médico para incentivar a participação:** capacidade do médico para estimular a mulher a falar, ao longo da consulta, sobre sua história, queixas, dúvidas ou dificuldades com o tratamento, segundo avaliado pela pesquisadora, durante a observação do encontro:
 - Estimulou verbalmente a mulher a falar: fez perguntas predominantemente abertas, e/ou deixou a mulher falar sem interromper constantemente, e/ou pediu para a mulher continuar falando: sim ou não.
 - Olhou para a mulher: manteve contato visual direto com a mulher e/ou não realizou outra atividade paralela: sim ou não.
 - Manteve postura corporal adequada: inclinou-se para frente, manteve uma postura física e expressões faciais que demonstravam atenção, tais como: olhar para a mulher, balançar a cabeça: sim ou não.

- Questionou a mulher sobre dúvidas e/ou perguntas adicionais: incentivou a mulher a expressar suas dúvidas, ou a fazer perguntas de esclarecimento, após ter recebido as informações: sim ou não.
- Discutiu o tratamento: perguntou sobre as possibilidades/ dificuldades que a mulher tinha para seguir o tratamento proposto: sim ou não.

3.13. Processamento e análise de dados

Os dois instrumentos utilizados neste estudo, a saber, o Questionário de Satisfação da Mulher e o Guia de Observação da Consulta, foram organizados em ordem crescente de numeração e revisados pela pesquisadora responsável, a fim de analisar-se a legibilidade e a qualidade das informações. As respostas foram pré-codificadas e os dados coletados foram digitados duplamente e inseridos em meio eletrônico com o auxílio do programa Excel. A planilha de dados, assim obtida, foi exportada para o programa SAS versão 8.2 para a tabulação, consistência e interpretação estatística.

Neste estudo houve diversas variáveis que poderiam medir a resposta desejada (satisfação geral da mulher). Como se desejava medir a variável latente nos dados do questionário, que exibem escalas de valor, mediante as quais as mulheres manifestam avaliações positivas, negativas ou mesmo neutras sobre os diversos atributos, utilizou-se a técnica multivariada de análise fatorial, que é uma ferramenta estatística que se aplica à busca da identificação de fatores em um conjunto de medidas realizadas. A vantagem da utilização da análise fatorial

é a habilidade de relacionar múltiplas variáveis em um único conceito para entender a relação complexa entre elas (HAIR et al., 1998).

Em uma análise fatorial considerando nove variáveis declaradas – como é o caso neste estudo - poder-se-ia ter até nove fatores, correspondentes aos itens do Questionário de Satisfação da Mulher. Um fator é a combinação das variáveis declaradas, é uma dimensão não evidente, com a mínima perda de informações. A determinação da quantidade de fatores pode levar em conta diversos critérios. No presente estudo foi utilizado o “Critério do Autovalor”, também conhecido como “Região de Latência”, que sustenta que somente os fatores que possuam autovalor maior ou igual a um devem ser considerados, uma vez que eles explicam a maior parte da variabilidade dos dados. Todos os outros fatores com autovalor menor que um são considerados irrelevantes e devem, portanto, ser descartados (JOHNSON e WICHERN, 1992; HAIR et al., 1998).

Neste estudo, somente um fator obteve autovalor maior que um, sendo denominado escore de satisfação geral. Os valores encontrados do escore de satisfação geral das mulheres foram transformados linearmente em uma escala de 0 a 10, com o objetivo de facilitar seu entendimento. Esses escores foram, então, estudados e correlacionados com os itens do Guia de Observação da Consulta (aspectos que refletem as habilidades comunicativas dos médicos), com as variáveis sociodemográficas e de história reprodutiva das mulheres e também com a variável de controle, em relação às médias e medianas. Utilizaram-se métodos não paramétricos, como coeficiente de correlação de

Sperman e teste de diferenças de médias de Wilcoxon e Kruskal Wallis, já que eles não se modificam perante as transformações lineares. Dessa forma, os resultados com base no escore transformado (de 0 a 10) foram os mesmos do escore em escala original (ALTMAN, 1990). Assumiu-se o nível de significância de 5%.

3.14. Aspectos Éticos

Esta investigação exigiu a colaboração da paciente, que permitiu a presença da pesquisadora em sua consulta e, logo em seguida, submeteu-se a uma entrevista, e do médico residente, que permitiu que suas consultas fossem observadas. No entanto, tal cooperação, que possibilitou a coleta dos dados da pesquisa, não colocou nem a mulher e nem o médico sob risco. Os sujeitos foram esclarecidos sobre o sigilo em relação à fonte das informações, sendo-lhes garantido o direito a não participação no estudo. A não aceitação em participar do estudo não implicou para a mulher a perda dos direitos iniciais, rotineiramente oferecidos pelo ambulatório. Para o médico, não implicou notas ou represálias por parte dos docentes e preceptores dos residentes. Tanto o médico quanto as mulheres leram (ou foi lido para eles) um termo de consentimento e receberam explicações sobre o caráter da pesquisa. A participação de ambos teve início somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 3 e 4). O consentimento do médico foi obtido pela pesquisadora responsável, antes do início dos atendimentos de um determinado dia de coleta de dados. Cada médico assinou um só termo de consentimento, mesmo tendo várias de suas consultas observadas - em um mesmo dia ou em dias distintos.

O consentimento da mulher foi obtido pela assistente de pesquisa, antes de sua consulta médica. Tanto o médico quanto a mulher receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Os nomes da mulher e do médico só apareceram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Houve um caderno de registro para anotação dos nomes dos sujeitos, número de pesquisa e número do prontuário (no caso da mulher). A pesquisadora e as assistentes de pesquisa foram as únicas pessoas a terem acesso aos dados contidos nesse caderno de registro.

Conforme a Resolução número 196/96 do Ministério da Saúde, referente a pesquisa com seres humanos, os questionários serão guardados por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora. Após esse período, serão destruídos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Foram cumpridas as recomendações da ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, referentes à DECLARAÇÃO DE HELSINQUE (1990), com as diversas modificações já ocorridas, sendo a última a de Edimburgo, 2000. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

4. Publicação

(Artigo aceito pela revista FEMINA, em lista para publicação)

4.1. A comunicação médico-paciente em uma consulta por infertilidade conjugal

Rosângela Curvo Leite (1)

Maria Yolanda Makuch (2)

Carlos Alberto Petta (3)

(1) Aluna de Mestrado, Departamento de Tocoginecologia da FCM UNICAMP.

(2) Pesquisadora do Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas, Cemicamp

(3) Professor Livre Docente do Departamento de Tocoginecologia da FCM UNICAMP

Endereço para correspondência:

Rosângela Curvo Leite

Rua Luciano Venere Decourt, 858

Cidade Universitária

CEP 13083-740

Campinas – SP

Fone: (19) 3289-2192 Fax: (19) 3289-8338

E-mail: rosangela@cpdec.com.br

Resumo

Desde os tempos dos Gregos, defende-se a idéia de que médicos e pacientes devem manter uma relação próxima. Ocorreram enormes avanços tecnológicos na área médica nos últimos 50 anos, mas parece que a comunicação médico-paciente não acompanhou esses avanços, havendo ascendência da bioquímica e fisiopatologia sobre a pessoa do paciente. Assim, o crescente interesse no campo da comunicação médico-paciente resultou em grande número de estudos. Alguns elementos – chave da comunicação médico-paciente, tais como (1) construção de boa interação, (2) obtenção de informações e (3) orientação ao paciente devem ser considerados. Os processos comunicativos, verbais e não verbais, condicionam a qualidade das interações entre médicos e pacientes. A comunicação inadequada pode afetar negativamente a eficiência da consulta, os resultados, a aderência, a compreensão do problema por parte do paciente e sua satisfação em relação ao tratamento. Uma vez que os tratamentos de infertilidade são altamente tecnológicos, e conseqüentemente, difíceis de serem avaliados pelo paciente, o componente afetivo das interações é geralmente citado como a experiência mais importante em consultas satisfatórias. As correntes atuais defendem abordagem mais humanista durante as consultas, centrada no casal, na qual haja mais troca de informação e maior participação do paciente.

Palavras-chave: comunicação médico-paciente; interação médico-paciente; satisfação do paciente e infertilidade.

Summary

Since the times of the Greeks, it has been suggested that physicians and patients should keep a close relationship. A dramatic explosion of medical knowledge has taken place over the last 50 years, but it seems that physician-patient communication has not kept up with technological developments; there has been an ascendancy of the biochemical and pathophysiology over the person of the patient. The growing interest in the field of patient-doctor communication has resulted in a great number of studies. Some of the key elements of physician-patient communication, as (1) relationship building, (2) information gathering and (3) patient education need to be considered. Communication processes, both verbal and nonverbal, condition the quality of physicians' interactions with patients. Poor communication may negatively affect the efficiency in the encounter, outcome, compliance, patient understanding of the problem, and satisfaction with treatment. Since infertility treatments are highly technological, and thus, often difficult for the patients to access, the affective component of the interaction is often cited as the most important experience in satisfactory encounters. The current trends advocate a more humanistic approach in medical encounters, centered in the couple, with greater information sharing and patient participation.

Key words: physician-patient communication; physician-patient interaction; patient's satisfaction and infertility.

A comunicação médico-paciente em consulta por infertilidade conjugal

Introdução

A medicina ocidental tem suas raízes históricas na Antigüidade, época na qual predominava uma filosofia sobrenatural que explicava o aparecimento das doenças e suas curas; portanto, o que a figura benigna e mística do médico podia oferecer a um paciente enfermo restringia-se ao conforto espiritual. Progressista e polêmico, surgiu Hipócrates, determinado a negar qualquer espécie de causa sagrada e de punição divina às enfermidades. A Escola Hipocrática, que defendia o estabelecimento de uma relação mais próxima com a pessoa doente e enfatizava a necessidade do médico observar e ouvir o paciente influenciou a ciência médica de maneira significativa (Ismael, 2002).

Com o avanço tecnológico e o maior acesso a conhecimentos biológicos, foi-se perdendo o espaço da subjetividade, e a comunicação entre médico e paciente ficou relegada a uma posição de menor importância. Assim, as décadas de 70 e 80 foram marcadas por enfoque demasiadamente científico, centrado na fisiopatologia e pouco preocupado com a pessoa do paciente (Balint, 1999). As extraordinárias possibilidades de prolongamento da vida e a introdução de técnicas reprodutivas revolucionárias passaram a exercer fascínio sobre os médicos. Entretanto, apesar do melhor entendimento dos mecanismos das doenças e de possibilidades mais amplas de alteração de sua evolução, a comunicação entre o clínico e seu paciente continua sendo uma das atividades centrais da complexa relação médico-paciente, e um dos capítulos mais intrigantes da comunicação humana (Charles et al., 2000).

Comunicação médico-paciente

Até meados dos anos 80, poucas pesquisas haviam sido realizadas com o objetivo de avaliar, por meio de gravações ou observações diretas, o processo comunicativo estabelecido nas consultas médicas e seus impactos sobre os resultados obtidos (Inui & Carter, 1985). Na última década esse número aumentou e diversos estudos foram desenvolvidos em várias partes do mundo, no sentido de se estabelecer possíveis relações entre a comunicação médico-paciente e fatores como: a formulação do diagnóstico, o estabelecimento de procedimentos terapêuticos, a determinação do grau de compreensão, a satisfação e o comprometimento do paciente, sua percepção sobre a competência do médico e sua intenção em mover ações legais por má prática médica (Moore et al., 2000).

A comunicação é uma constante no exercício da medicina (Baeza & Bueno, 1997). Os elementos constitutivos do processo de comunicação¹ são o locutor, aquele que enuncia, e o ouvinte, aquele a quem é dirigido o enunciado; ambos são chamados, indiferentemente, interlocutores. Os componentes da comunicação como atividade lingüística de interação englobam um enunciado, motivado por intenção do locutor de atingir um determinado objetivo, produzido dentro de certas condições, e reação do ouvinte (as conseqüências) que reflete a compreensão, ou seja, o reconhecimento e a interpretação da intenção inserida naquele enunciado. Pode-se definir enunciado como um conjunto sistemático de símbolos e regras de combinação, do qual o locutor se utiliza para realizar a operação de codificação. O ouvinte, por sua vez, lança mão de operadores de decodificação para poder identificar o sistema de signos usado pelo locutor (Berlo, 1989).

¹ O estudo etimológico do verbo “comunicar” remonta ao latim *communicare*, significando “pôr em comum”, revelando que seu conceito está relacionado à convivência, acordo, compreensão, entendimento entre pessoas. Utilizada nesse sentido, a comunicação estabelece íntima correlação com a figura do outro, considerado um dos

Na comunicação médico-paciente, o papel do locutor é desempenhado, predominantemente, pelo médico e, o de ouvinte, pelo paciente. Se, por um lado, o paciente usa principalmente sua língua materna como código, o médico é bilíngüe, isto é, expressa-se na língua materna e na linguagem médica, ou jargão médico, lançando mão, assim, de um código geralmente desconhecido pelo paciente. A falta de familiarização do paciente com a terminologia médica cria uma barreira comunicativa entre ele e seu clínico. Médicos e pacientes conversam entre si usando vozes diferentes (Bourhis et al., 1989).

Nessa duplicidade de códigos, há uma diferenciação entre linguagem digital e linguagem analógica. A linguagem digital, característica da espécie humana, é intencional, explícita, precisa, lógica e racional. O médico pode fazer uso dela para nomear os sintomas, dar o diagnóstico, fazer recomendações. Já a linguagem analógica é mais primária, mais antiga, menos exata, periférica à consciência. Pode ser representada pela maneira como os seres se comunicam sem palavras, não verbalmente, sendo uma forma de expressão de sentimentos e crenças, por meio de movimentos corporais, olhares, expressões faciais, gestos e atitudes (Baeza & Weil, 1998).

Em situações de interação, esses dois tipos de linguagem são utilizados, porém deve-se buscar uma coerência entre eles, para que as palavras sejam validadas e a expressão enriquecida, para que haja uma sinergia entre o que se pensa, o que se sente e o que se diz, gerando maior confiança entre os interlocutores (Baeza & Weil, 1998). Ademais, para que isso ocorra, é preciso levar em conta que os conceitos de locutor e ouvinte são interdependentes, uma vez que a existência de um depende da existência do outro (Berlo, 1989).

elementos de maior importância no processo comunicativo (PENTEADO, 1976). Os termos “comunicação” e “interação” serão utilizados como sinônimos neste estudo, significando encontros face-a-face entre indivíduos.

Um outro nível de interdependência essencial ao campo das relações humanas é denominado de ação e reação ou *feedback*, o qual impõe uma característica de bilateralidade à comunicação. É por meio da apurada capacidade de observar as reações do outro e de ouvir com atenção o que é dito, que locutor e ouvinte conseguem verificar a eficácia de sua comunicação e orientar as mensagens futuras (Berlo, 1989).

O nível de interdependência mais complexo na interação médico-paciente é o das expectativas mútuas, as quais envolvem previsões feitas tanto pelo locutor, quanto pelo ouvinte, em relação à forma como o outro irá responder ou reagir à mensagem. Tais previsões são feitas a partir do contexto sociocultural ao qual cada um pertence e são influenciadas pelas imagens que cada um faz de si mesmo e do outro. Esse processo, por meio do qual acredita-se ser capaz de entender em parte o que ocorre dentro de outra pessoa, denomina-se empatia (Berlo, 1989). A comunicação empática, verbal e não verbal, representa uma tentativa de conjugar os interlocutores, de reforçar a inter-relação entre seus papéis sociais (Becker & Nachtigall, 1991).

Aparentemente, médico e paciente, como locutor e ouvinte, constituem-se em um par de opostos, formado de um lado, pelo médico-que-cura e do outro, pelo paciente-que-precisa-ser-curado. O paciente tem a expectativa de se comunicar com um médico que saiba ouvi-lo, que procure compreender suas queixas e que o respeite e o veja como pessoa. O médico, por sua vez, deve procurar apresentar-se, criar um clima inicial favorável, obter informações sobre a pessoa do paciente e fazer perguntas que identifiquem a maior preocupação e o motivo pelo qual aquele problema fez o paciente procurar um serviço, naquele momento de sua vida (Roter, 2000).

Durante a consulta médica, há a necessidade de construção de uma parceria entre médico e paciente, o que representa envolvimento e comprometimento, e acontece quando o médico vai além da transmissão da informação e tenta elevar o *status* do paciente na relação, aumentando, desse modo, sua probabilidade de interagir. Tal parceria pressupõe a existência de certos elementos no desenrolar da interação, tais como, um cumprimento, um sorriso, senso de humor, atenção, gentileza, demonstração de interesse, desejo de ajudar, suspensão de julgamentos e comentários pessoais. Estas certamente não são habilidades fáceis, pois apresentam riscos: da relação se tornar muito próxima (porosa), ou muito distante (impermeável). O desafio, portanto, está em encontrar o ponto de equilíbrio, para poder criar-se uma relação emocional semipermeável (Marcus, 1999).

Esse equilíbrio é alcançado quando se assume uma atitude dialógica, o que pressupõe o estabelecimento de uma comunicação individualizada, menos estereotipada e rígida, que satisfaça a necessidade de todo ser humano de se sentir valorizado e único. Se essa for a intenção do médico e do paciente, certamente a relação será mais humana, mais rica. Se, por outro lado, ambos forem encarados como um “isso”, não haverá empatia, a relação tornar-se-á parcial e impessoal, a comunicação será vertical - de cima para baixo - repleta de frases feitas, o que poderá causar sentimentos mútuos de descontentamento e insatisfação. Haverá uma redução científica do paciente e o médico se apresentará como racional e distante, estabelecendo, assim, uma relação com o “problema” e não com a pessoa (Baeza & Bueno, 1997; Baeza & Weil, 1998).

Os elementos-chave no estabelecimento de uma interação adequada entre médico e paciente são: (1) construção de um bom relacionamento, (2) obtenção de informações

e (3) orientação (Barrier et al., 2003). O que ocorre é que, na interação médico-paciente, a comunicação é condicionada pela força da presença de seus papéis sociais. O médico - consciente ou inconscientemente - troca o conhecimento pela subordinação do paciente. Este, por sua vez, vê fragilizado seu direito à informação, pois aceita o estilo comunicativo dominante do médico, assumindo um papel passivo durante a consulta; reluta em fazer perguntas, esclarecer dúvidas, demonstrar incertezas, discordar, por vergonha, diferença de *status*, ou com receio de parecer inconveniente e de estar ocupando muito o tempo do médico (Street, 1991; Baeza & Bueno, 1997). O problema de tempo é sempre crucial na atividade médica. Entretanto, a quantidade de tempo disponível não parece ser tão importante quanto a qualidade e a intensidade da relação, e a atenção que o clínico dispensa ao paciente. Consultas mais longas não são necessariamente percebidas como melhores; uma visita breve pode ser considerada eficaz. Portanto, a dimensão tempo reforça que os médicos necessitam desenvolver uma maior sensibilidade para demonstrar interesse e empatia, perceber a ansiedade dos pacientes e para encorajá-los a falar abertamente sobre suas preocupações (Pollock & Grime, 2002).

O encontro entre médico e paciente pode apresentar barreiras, que, eventualmente, estejam relacionadas às características pessoais e estilo de comunicação verbal e não verbal tanto do médico, quanto do paciente, dependendo ainda de aspectos particulares do contexto social e cultural no qual a interação acontece (Ruussuvuori, 2001). Um estudo feito por Britten et al. (2000) concluiu, por exemplo, que quando há desinformações no que tange a decisões de prescrição, estas podem ser parcialmente decorrentes da falta de participação do paciente durante a consulta. Levando-se em consideração o diferencial de poder entre médico e paciente, acrescido de possíveis experiências prévias negativas

vividas pelo paciente e do contexto muitas vezes intimidador no qual algumas interações são realizadas, é improvável que o paciente estabeleça uma relação espontânea de parceria com o clínico, a menos que este realmente se esforce. Por isso, é comum os médicos confundirem falta de participação com desinteresse. Essa questão de falta de interesse e participação do paciente, porém, precisa ser relativizada na medida em que em algumas áreas da atenção à saúde, os pacientes, ao procurarem o atendimento médico, estão ávidos por informação, orientação e esclarecimento, uma vez que disso depende sua decisão de tratamento e, conseqüentemente, seus planos futuros.

A relação médico-paciente na consulta por esterilidade conjugal

É importante entender que a comunicação médico-paciente em uma consulta por infertilidade conjugal ocorre em contexto bastante particular. A legitimidade do desejo de dar à luz uma criança é culturalmente quase inquestionável, uma vez que à maternidade se associa a idéia de uma dádiva divina, de uma verdadeira exigência social. A infertilidade geralmente provoca crise na vida do casal, que pode envolver perda de auto-estima, deterioração da auto-imagem e problemas de sexualidade (Sabourin et al., 1991).

O surgimento de novos tratamentos para infertilidade, como, por exemplo, novas drogas e técnicas de reprodução assistida, têm gerado novas expectativas e possibilidades terapêuticas para muitos casais inférteis. O perfil dos casais que são submetidos a extensos procedimentos diagnósticos e longos tratamentos é o de pessoas que adquiriram um certo conhecimento sobre “o problema” e desenvolveram critérios particulares de monitoramento da eficácia do serviço. Casais inférteis invariavelmente têm a expectativa de participar ativamente da consulta, pois estão ávidos por

compreenderem claramente a grande quantidade de informações que recebem sobre testes, medicamentos, prognóstico, orientações para a reprodução, e também anseiam obter auxílio profissional em seu processo de tomada de decisão.

Os casais que estão tentando engravidar geralmente estão sob forte estado de ansiedade e preocupação. Muitas de suas atividades diárias estão focadas na possibilidade de gravidez, uma vez que a investigação médica inclui constantes visitas de retorno ao serviço médico, coleta de material, exames de ultra-sonografia freqüentes, intervenções cirurgias e ingestão de drogas. O ciclo de esperança que ressurgue a cada mês pode ser seguido de frustração e depressão. As reações individuais à infertilidade são variadas, pois dependem da estrutura da personalidade, do significado da maternidade e de como o casal consegue lidar com o problema. Sentimentos de surpresa, choque, revolta, negação e ira, e seus conseqüentes efeitos sobre a auto-imagem da mulher, são, em geral, parte do quadro de infertilidade (Batterman, 1985).

Dessa maneira, os profissionais que atendem esses casais inférteis, e, de forma particular, os médicos, são geralmente alvos de grande expectativa; as mulheres têm o desejo de encontrar um profissional atencioso, compreensivo, dedicado e, acima de tudo, sensível. Torna-se de grande valia que o médico apresente comportamentos que demonstrem que ele sabe ouvir, está comprometido com a compreensão do paciente, portanto se esforça para transmitir informações completas e claras, está sensível para perceber se o paciente solucionou suas dúvidas, portanto questiona o paciente sobre elas e deseja estabelecer parceria com o paciente (Batterman, 1985). No entanto, muitas vezes, enquanto os médicos superestimam a quantidade, completitude e eficácia das

informações fornecidas, os casais queixam-se de não receberem informações suficientes, o que gera dúvidas, medos e incertezas (Lipkin, 1996).

No cenário da infertilidade conjugal, médicos e pacientes apresentam, pelo menos, duas expectativas culturais em comum. A primeira delas, que trata o potencial biológico de reprodução como uma dádiva, gera uma enorme esperança de superação do problema. A segunda, que a medicina aliada à tecnologia tem o poder de curar, reforça a idéia de que o homem consegue dominar a natureza. Por isso, o médico que fez o diagnóstico, agora precisa atuar no sentido de tratar a infertilidade, e o casal, que tem o “problema”, deve conhecê-lo, envolver-se com ele e aderir totalmente ao tratamento. A gravidez depende, portanto, de ações conjuntas do médico e do paciente (Becker & Natchtigall, 1991).

Assim, pacientes e médicos precisam interagir em ambiente de compreensão cooperativa, no qual os médicos devem mostrar-se capazes de e empenhados em explicar e discutir informações relacionadas às características específicas das investigações, às diferentes opções de tratamento, às taxas de sucesso esperadas e aos riscos potenciais. Em contrapartida, o casal deve seguir cuidadosamente as prescrições, comparecer às consultas de retorno e compreender todas as complexas regras e orientações que acompanham as novas tecnologias reprodutivas (van Balen & Gerrits, 2001).

Do ponto de vista da mulher, sua satisfação ou insatisfação em relação ao tratamento por infertilidade parecem estar relacionadas a aspectos médicos, sociais, culturais e econômicos. No entanto, como os tratamentos são altamente tecnológicos e, por isso, difíceis de serem avaliados por ela, o componente afetivo ganha uma importância ainda maior. A maneira como a mulher é vista e atendida por seu médico, na situação de interação face-a-face, torna-se questão fundamental - e parece ser um

componente importante de seu grau de satisfação - podendo significar que o médico realmente se preocupa com ela e está pronto a lhe dar todo o apoio necessário. A qualidade da consulta, a comunicação empática, a cortesia, o respeito e atenção dos médicos durante os encontros são geralmente os fatores mais citados como elementos de uma experiência positiva de tratamento (Malin et al., 2001).

Para a manutenção dessa experiência positiva e aumento da satisfação das mulheres, os médicos poderiam: (a) procurar diminuir a distância que os separa das mulheres, apresentando-se e tratando a mulher pelo nome, (b) prover todos os esclarecimentos necessários, questionando a mulher sobre dúvidas ou perguntas adicionais (c) deixar claro o objetivo do encontro, identificando o motivo daquela consulta em particular e (d) e dar uma visão de futuro, explicando os procedimentos e o tratamento.

A tendência da medicina moderna de adotar uma abordagem centrada no paciente, que facilite sua participação, lhe conceda mais autonomia e atenda às suas expectativas, caminha para uma comunicação clínico-paciente mais humanista, consistentemente apontada como um dos fatores determinantes da satisfação do paciente e merecedora de atenção renovada, tanto por parte de pesquisadores, quanto de instituições e organizações ligadas à saúde, e principalmente dos próprios profissionais das áreas biomédicas (Ford, 2003).

Leituras Suplementares

- Baeza HR, Bueno, G. Características generales de la comunicación médico-paciente. Rev Méd Chile 1997; 125: 346-50.
- Baeza HR, Weil KP. Dificultades en la comunicación durante la entrevista médica. Rev Méd Chile 1998; 126: 1255-61.
- Balint JA. Brief Encounters: Speaking with Patients. Ann Intern Med 1999; 131: 231-4.
- Barrier PA, T.-C Li J, JENSEN NM. Two Words to Improve Physician-Patient Communication: What Else? Mayo Clin Proc 2003; 78: 211-4.
- Batterman RA. A comprehensive Approach to Treating Infertility. Health Soc Work, 1985; 10: 46-54
- Becker G, Nachtigall R. Ambiguous Responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility. Soc Sci Med 1991; 32: 875-85.
- Berlo D. O Processo da Comunicação: introdução à teoria e à prática. 6.ed. Tradução Jorge Arnaldo Fontes. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Bourhis RY, Roth S, Macqueen G. Communication in the Hospital Setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. Soc Sci Med 1989; 28: 339-46.
- Britten N, Stevenson FA, Barry CA, et al. Misunderstanding in prescribing decisions in general practice: qualitative study. BMJ 2000; 320: 484-8.
- Charles C, Gafni A, Whelan, T. How to improve communication between doctors and patients. BMJ 2000; 320: 1221-2.
- Ford S, Schofield T, Hope T. What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation? A qualitative study. Soc Sci Med 2003; 56: 589-623.
- Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. Med Care 1985; 23: 521-38.

- Ismael JC. O médico & o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T.A. Queiroz; 2002.
- Lipkin MJr. Physician-Patient Interaction in Reproductive Counseling. *Obstet Gynecol* 1996; 88 (supplement): 31S-40S.
- Malin M, Hemminki E, Räikkönen O, et al. What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Soc Sci Med* 2001; 53: 123-33.
- Marcus ER. Empathy, Humanism, and the Professionalization Process of Medical Education. *Acad Med* 1999; 74: 1211-15.
- Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical Malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med* 2000; 173: 244-50.
- Penteado WJR. A Técnica da Comunicação Humana. 5ed. São Paulo: Pioneira, 1976.
- Pollock K., Grime J. Patient's perceptions of entitlement to time in general practice consultation for depression: qualitative study. *BMJ* 2002, 325: 687-90
- Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 5-15.
- Ruusuvuori, J. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Soc Sci Med* 2001; 52:1093-108.
- Sabourin S, Wright J, Duchese C, Belisle, S. Are consumers of modern fertility treatment satisfied? *Fertil Steril* 1991; 56:1084-90.
- Street RL Jr. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med* 1991; 21: 541-48.
- van Balen F, Gerrits T. Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Hum Reprod* 2001; 16: 215-19.

(Paper submitted to *Patient Education Counseling*)

Type of paper: Original Article

4.2. Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation

Rosângela Curvo Leite, MSc ^{(a)*}, Maria Yolanda Makuch, PhD ^(a, b), Carlos Alberto Petta, MD, PhD ^(a) Sirlei Siani Morais, BSc ^(c)

(a) Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, State University of Campinas, Campinas; (b) Center for Mother and Child Research of Campinas (CEMICAMP), Campinas; (c) Department of Obstetrics and Gynecology (Statistics), School of Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil.

Corresponding author:

Rosângela Curvo Leite

Rua Luciano Venere Decourt, 858 – Cidade Universitária

(13083-740)- Campinas – SP – Brazil

Telephone / Fax: (55 19) 3289-8338

E-mail: rosangela@cpdec.com.br

Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation

Abstract

The communication process affects patient satisfaction. The purpose of this study was to assess women's satisfaction with the communication of medical residents in obstetrics and gynecology during an infertility consultation. The follow-up visits of 124 women consulting with 7 physicians in a public university clinic in Brazil were observed. After the consultations, women were interviewed regarding physician's communicative behaviors. Factor analysis was used to build a satisfaction score, which was then correlated with the physicians' communicative behavior controlling variables, through Spearman coefficient and the Wilcoxon and Kruskal Wallis tests. Median satisfaction score was 9.4 in a 0 to 10 scale. Doctors with the highest satisfaction scores were those who *introduced themselves, set the main reason for the visit, provided information about treatment procedures, and asked whether patient had other issues or concerns*. No significant differences were found in satisfaction scores for women's socialdemographic characteristics, reproductive history or duration of consultation.

Key words: physician-patient communication; physician-patient interaction; patient satisfaction and infertility.

Introduction

Communication is a core clinical skill, an important factor at all times in medical practice, one which constitutes a main ingredient in the complex physician-patient relationship and one of the most intriguing chapters in human communication [1, 2]. The etymological study of the verb “to communicate” goes back to the Latin *communicare*, meaning “to make common”. Its concept is related to mutuality, sociability, agreement, understanding, and comprehension among people. Used in this sense, communication reflects the strengths of each participant, establishing an intimate correlation with the other interlocutor, considered one of the foremost elements in this process. Information transfer occurs on multiple levels: the content level of communication is usually transmitted linguistically; the relationship level may be transmitted either linguistically, paralinguistically (tone of voice, gestures, etc.), or may be derived from the context [3]. In this study the terms “communication” and “interaction” will be used as synonyms to refer to face-to-face encounters between individuals.

There is strong evidence that physician-patient communication is a good predictor of patient compliance, adherence to treatment, clinical outcomes and general patient satisfaction [1, 2, 4, 5]. The way the physician and the patient relate to each other may lead to the creation of shared meaning between these two interlocutors [6]. Dialogical attitude, partnership building, relational reciprocity and mutual understanding presuppose a less rigid and stereotyped communication, which may fulfill the need of human beings to feel unique and valued [7].

The increasing number of women seeking infertility treatment makes it essential to critically evaluate the communicative approach adopted by physicians during appointments. For the women, these consultations have a context of uncertainty, disbelief, anxiety and stress as a backdrop, establishing a series of emotional ups and downs, waves of hope and euphoria, often followed by feelings of inadequacy, frustration and depression [8].

Infertile women are a unique population. Over the course of time, they undergo a learning process, in which they become better informed about their particular health problems than other types of patients. They desire to assume an active role in the interaction in order to clearly understand the great amount of information received about tests, medication, prognosis and education concerning reproduction [9]. The individual reactions to infertility are varied depending on personality structure, social attributes, the cultural and personal significance of motherhood, and coping mechanisms. Most women trying to conceive undergo various psychological experiences: feelings of surprise, shock, revolt, denial, loss, grief, self-pity, guilt, despair and anger are common. A disturbed body image and low self-esteem may also be present during infertility treatment. Many of the patient's daily activities are focused on the possibility of pregnancy, and they include routine visits to physicians, sample collection, frequent exams, drug ingestion and even surgical interventions. Thus, infertility treatment is usually described as a time and energy-consuming process [10].

Consequently, medical personnel who attend these patients, particularly the doctors, are often targets of great expectations, since they are seen as problem solving agents. The doctor and the couple form a relational triangle. Physicians are expected to provide professional help in the couple's decision-making process and to have not only

in-depth knowledge of the most advanced reproductive technologies but also to be considerate, understanding, dedicated, sensitive and, above all, genuinely involved with their problem. In addition, they should be perceived as able and willing to explain and discuss issues such as the specific characteristics of the investigation, the different treatment options, the expected success rates, and the potential risks. Patients have to comply carefully with medication schedules, attend appointments and follow all the other intricate rules demanded by reproductive technologies [8]. Therefore, patients and doctors need to interact within a context of reciprocal trust and co-operative understanding, since they have a common goal and complementary roles [11]. This paper presents the results of a study that evaluated the relationship between the communicative behavior of resident physicians and women's satisfaction with an infertility consultation at a public university clinic.

Subjects and Methods

This was a descriptive, observational study conducted between August and December 2002. Participants were selected from native Portuguese-speaking patients and resident physicians during follow-up consultations at the Human Reproduction Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil. The project was reviewed and approved by the Ethical and Research Committees of the university. Written informed consent was obtained from physicians and patients.

Taking into account that the main statistical tool for data interpretation was factor analysis, and the numbers of variables in factor analysis was nine, the sample size was estimated at a minimum of 100 observations [12, 13]. All consultations were observed

and notes were taken by the same researcher. Another member of the research team conducted an individual interview with all the women immediately after the medical appointment.

Two instruments were used for data collection. The first was the Consultation Observation Guide, based on the *Rhode Island Hospital Resident Interview Checklist* [14], which consisted of three questions related to the doctor's personal and professional data, and an eighteen-item checklist including aspects of physician's three main communication skills: *relationship skills*, *patient education skills*, and *facilitation skills*. During consultation, the researcher (observer) sat in a position in which she could have a direct view of both the physician and the patient, while trying to maintain a minimum distance of one and a half meters from both, refraining from speaking or showing any verbal and/or non-verbal reactions, merely recording the presence or absence of specific behaviors listed in the Observation Guide.

To measure patient satisfaction with the physicians' communicative behavior, the Patient Satisfaction Questionnaire was applied immediately after the woman left the doctor's office, never by the same researcher who had observed the medical visit. This assessment instrument, based on the questionnaire *The Art of Medicine Survey* [15], was divided into two sections. The first section looked at the woman's sociodemographic characteristics and reproductive history. The second elicited ratings on seven aspects of the physician's communicative behavior: *courtesy and respect*, *understanding of the patient's problem*, *explanations given*, *words used*, *listening skills*, *time spent with patient* and *patient's perceived confidence in physician's competence*. In addition, the survey asked patients to rate their *overall satisfaction with the service received from the physician* and *whether they felt there was anything lacking during that specific*

consultation. The Patient Satisfaction Questionnaire was a nine-point Likert-type response scale with higher numbers representing greater satisfaction. Both instruments were translated, revised and pre-tested before data collection.

A general satisfaction score was created based on the women's answers to the Patient Satisfaction Questionnaire, using the multivariate technique of factor analysis. This statistical technique was used to define the underlying structure in the set of variables examined (our data matrix). In order to determine the number of factors to be derived, latent root criterion was used [12,13]. In this study, factor analysis extracted only one factor, which was viewed as the single best summary of linear relationships exhibited in the data, labeled as general satisfaction score. By means of the same technique, the manifest variables that most closely reflected this score were identified. In order to facilitate interpretation of the results, the values found for the general satisfaction score were linearly transformed into a scale ranging from 0 to 10.

Data were analyzed using Spearman rank order correlations, the Wilcoxon rank sum test and Kruskal Wallis test to examine the relationship between the items of the Consultation Observation Guide, patients' sociodemographic characteristics, reproductive history, the controlling variables and patient satisfaction. The results of these nonparametric methods are not affected by linear transformation. Significance level was set as $p < 0.05$ [16]. All statistical analyses were performed using SAS software, version 8.2.

Results

Follow-up infertility consultations of 124 women attended by 7 medical residents were observed. Women ranged in age from 19 to 39 years; their educational level varied, with half of them having completed at least elementary school. All of them were in a

stable union with their partners; two-thirds were married; 42% had already conceived at least once, 59% had already had at least one miscarriage, 70% had at least one living child and 51% had been attempting to conceive for at least five years (Table 1). Physicians ranged in age from 25 to 28 years. Four of them were in the third year of residency in Obstetrics and Gynecology and three were in the second year. Five of them were women (data not shown).

Since scores were not distributed normally, we categorized them at the median. Median satisfaction score was 9.4 (8.6 - 9.9, 25 and 75% percentiles respectively). Variables regarding sociodemographic data or the reproductive history of the women did not significantly influence the general satisfaction score (Table 1). Median satisfaction score per physician was calculated. The doctor with the highest rate had a minimum score of 6.3 and a maximum of 10, while the others received minimum scores ranging from 0.0 to 5.6 and maximum of 10 (data not shown).

Factor analysis showed that the manifest variables: *overall satisfaction with the service received from physician*, *perception that nothing was lacking in that specific consultation*, *perceived confidence in the physician's competence* and *explanations given* had the highest standardized scoring coefficients, indicating that they were closely representative of the general satisfaction score (Table 2).

With regard to relationship skills, only the behavior *introduced himself/herself* showed a significant difference in the general satisfaction score ($p < 0.01$). Among physicians' skills at providing patient education, two showed significant differences in the general satisfaction score: *set the main reason for the visit* ($p < 0.03$) and *provided information about treatment procedures* ($p < 0.02$). Concerning physicians' facilitation skills, the only significant variable was *asked whether patient had other issues or*

concerns ($p < 0.04$) (Table 3). Time of consultation was defined in terms of length of interview in minutes. As shown in Table 4, no significant difference was found in women's general satisfaction score for the different categories of duration of consultation.

Discussion

Our results clearly show that women were generally satisfied with the communication established with the physicians during follow-up infertility consultations. The items that explained general satisfaction score were: *overall satisfaction regarding communication with the physician during the consultation, perception that nothing was lacking, explanations given by the physician and confidence in the physician*. No significant difference was found in the general satisfaction score for the sociodemographic or reproductive history-related variables of the women studied. This finding is consistent with previous studies on the satisfaction of couples with infertility treatment, which showed no association between the woman's satisfaction and her age, marital status, length of infertility, number of tests performed during treatment and costs involved [17,18].

The items that comprised the general satisfaction score demonstrate the importance of looking separately at the *technical* and *caring* aspects of physician communication: one emphasizes medical information related to treatment, while the other addresses patients' emotional needs and concerns. However, both were valued by the women interviewed and perceived as complementary. Since the patient and the physician react to each other emotionally and cognitively, it has been demonstrated that merely supplying biomedical information does not predict patients' satisfaction [11, 19-22].

According to our study, the doctor's behaviors: *introduced himself/herself*, *set the main reason for the visit*, *provided information about treatment procedures*, and *asked whether patient had other issues or concerns* were significantly related to women's general satisfaction. These behaviors relate to three of the most important categories of talk: rapport-building, partnership-building and information-giving. The same behaviors were highlighted as essential skills for a clinician to maintain a successful patient-centered consultation in a qualitative study carried out by Ford *et al.*, in a hospital setting in the UK [23].

The quality of interaction is greatly determined by the physician's behaviors of *introducing himself/herself*, saying his name, looking at the patient, shaking hands with her which transmit dynamism and expressiveness at the beginning of the consultation [24]. The actions of greeting and introducing oneself are important elements of rapport building, listed as first among the essential communicative skills by the Kalamazoo Consensus [2]. These skills form a linguistic bridge from the social opening to the business of the visit, and may be seen as an opportunity for the physician to establish the social tone of the consultation and to help dissipate worries. Our results are consistent with previous studies that showed that a good relationship with the doctor was the most positive and satisfactory aspect of infertility care, and that personal happiness transmitted by the doctor during a medical appointment increased patient satisfaction [11, 25].

Setting the main reason for the visit and *asking whether patient had other issues or concerns* are essential behaviors, as they pave the way for the physician to help the patient understand the course of treatment, legitimate the role of the woman in the process and consequently contribute to the development of an active partnership. Our

results are consistent with those of Halman *et al.* [17], which showed that the stress experienced by women undergoing infertility treatment may interfere with their ability to retain information and ask all the questions they have in mind. Also, due to the number of follow-up visits and the great amount of frequently detailed or technical information, women may be unsure of the reason for the appointment. This situation may lead to uncertainty. As a way of encouraging patients to share their concerns, Barrier [24] suggested that doctors should develop the habit of using the linguistic expression “*What else?*” Visits that are facilitative in helping patients express their feelings, opinions, concerns and questions produce better outcomes [26].

An important function of the medical consultation is to provide patient education about diagnosis, further testing, treatment procedures and prognosis [24]. Patients want as much information as possible from their physicians as this helps them cope with the overwhelming uncertainty and anxiety caused by the problem and contributes towards directing their actions. [26]. However, the most common complaint patients have of physicians is that they do not provide enough information during infertility treatment [4]. In the present study, *to provide information about treatment procedures* was perceived as an important communication skill by respondents, a result that coincides with that of Halman *et al.* [17], which showed that *explaining options or treatment plans better* was the second most commonly mentioned advice suggested by women to infertility specialists. Our finding is also consistent with other studies that have shown that providing technical information and expertise in an understandable manner is a powerful communication function clearly linked to health outcomes, since it reduces patients’ psychological distress [2, 26].

Surprisingly, no significant difference was observed in the general satisfaction score for the different categories of duration of consultation. Longer consultations were not *a priori* felt to be better; a short visit may be considered effective if the doctor is sensitive and able to understand and respond to the patient's most urgent needs [27]. Halman *et al.* [17] reported that the amount of time spent with patients being treated for infertility was mentioned as the seventh most significant item in a list of ten. It is possible that the preoccupation with the length of consultation is misplaced in these times of patient-centered medicine, which defends the patient's involvement in the decision-making process and respects their preferences. Knowing patients' perceptions and reactions, encouraging expression of their concerns, increasing their understanding of the problem and negotiating treatment options may help physicians conduct a much more effective consultation. Therefore, doctors' ability to allocate time flexibly, creatively, according to individual needs actually seems to be the crux of the matter [27].

The growing interest in the field of physician-patient communication has triggered a corresponding increase in the number of communication assessment instruments [28]. Although both instruments used in this study attempted to take into account the most relevant dimensions of interpersonal communication mentioned in other investigations, this was not an easy task, since the enormous richness of human encounters cannot easily be reduced to a set of principles [2].

As in all observational studies, methodological limitations should be considered. Doctor-patient interactions were assessed by a trained observer in real-time. Patient perception of physician's communication skills, however, may not be an unbiased measure of what actually happened during the medical encounter. On the one hand, in-person observation can produce more objective information [21] since it is one of the

few strategies that allow a simultaneous evaluation of the linguistic and paralinguistic elements of communication, and avoid missing a significant part of the interaction [29]. On the other hand, the presence of an observer in the consultation room may somehow influence the behavior of both physician and patient [14].

Another limitation of this study was that our data cannot confirm whether these results are specific to infertility consultations in a free of charge tertiary university hospital, or whether they could be generalized to other clinical settings, private clinics and other hospitals. Up to this moment, most of the studies related to physician-patient communication have been carried out in an outpatient clinic environment [18, 23].

Our results cannot establish causal connections between patient satisfaction and aspects of physician–patient communication; it is not clear whether physician-patient communication is the cause or the result of patient satisfaction. Nevertheless, the results of the present study have been suggestive, illuminating and largely helpful in providing evidence on the impact of specific physician communicative behaviors on patient satisfaction during an infertility consultation.

Conclusions and implications

An important part of patient satisfaction derives from a dynamic interactional process with medical personnel. Although physician-patient communication is acknowledged as a key determinant of a successful medical consultation, the interlocutors are not always prepared to make the most of these moments of interaction.

Therefore, it is suggested that an educational program be developed, aimed at maximizing communication within the patient-physician dyad, since communication skills do not reliably improve from mere experience. A range of studies has shown that

core communication skills may be developed and /or improved through continuing medical education characterized by caring attitudes, greater perception, empathy, and comprehensive treatment information [14, 21, 30-33]. There is an urgent need to teach medical students to communicate clearly, sensitively and effectively with patients and relatives [23], since training in communication skills may also contribute to personally and professionally more rewarding consultations [31]. Recognizing that medical residents at the infertility clinic need additional training encompassing all aspects involved in infertility with emphasis on the psychosocial field would be a crucial step towards greater patient satisfaction [22].

In an effort to improve outcomes, patients could be previously prepared for visits so that they would come armed with information and questions. Clearly written educational material, illustrated aids, or even a video – all matching the patient’s literacy level - could be tentative strategies to encourage the individual to have a more active role in the consultation and not to leave the office with unanswered questions. New technologies for education and communication could be used in the waiting room, before the visit, to provide guidance and to teach patients how to explain their problem clearly, to ask questions, seek clarification and make sure they understood what had been communicated [20, 34-36]. Such initiatives could serve as starting points for improving physician-patient interaction. After all, patients do deserve good quality health information to enable them to become more involved in their own medical care [23]. Such attempts to improve the social interaction of the interlocutors involved in a medical consultation have been the object of innumerable investigations in different parts of the world and could represent a great benefit to health care services in Brazil.

References

- [1] Ong, LML, de Haes, JCJM, Hoos, AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 1995; 40:903-18.
- [2] Participants in the Bayer-Fetzer conference on physician-patient communication in medical education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*, 2001; 76:390-3.
- [3] Penteadó, WJR. *A técnica da comunicação humana*. São Paulo: Pioneira, 1976.
- [4] Lipkin, M. Physician-patient interaction in reproductive counseling. *Obstet & Gynecol*, 1996; 88: 31S-40S.
- [5] Moore, PJ, Adler, NE, Robertson, PA. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med*, 2000; 173:244-50.
- [6] Hall, JA, Roter, DL, Katz, NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical-encounters. *Med Care*, 1988; 26:657-72.
- [7] Baeza, H, Weil, KP. Dificultades en la comunicación durante la entrevista médica. *Rev Méd Chile*, 1998; 126:1255-61.
- [8] Lalos A. Breaking bad news concerning fertility, 1999, *Hum Reprod*, 14:581-5
- [9] Becker, G, Nachtigall, RD. Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility. *Soc Sci Med*, 1991; 32:875-85.
- [10] Oddens, JB, Den Tonkelaar, I, Nieuwenhuyse, H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Hum Reprod*, 1999; 14:255-61.
- [11] Malin, M, Hemminki, E, Räikkönen, O, Sinikka, S, Perälä M-L. What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Soc Sci Med*, 2001, 53:123-33.

- [12] Hair JFJ; Anderson, RE; Tatham, RL, Black, WC. *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
- [13] Hatcher, L. *A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling*. North Carolina: SAS Institute Inc., 1994.
- [14] Oh, J, Segal R, Gordon, J, Boal, J, Jotkowitz, A. Retention and use of patient-centered interviewing skills after intensive training. *Acad Med*, 2001; 76:647-50.
- [15] Brown, JB, Boles, M, Mullooly, JP, Levinson, W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A Randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 1999; 131:822-9.
- [16] Altman, DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall, 1990.
- [17] Halman LJ, Abbey, A, Andrews, FM. Why are couples satisfied with infertility treatment? *Fertil Steril*, 1993; 59:1046-54.
- [18] Sabourin, S, Wright, J, Duchesne, C, Belisle, S. Are consumers of modern fertility treatments satisfied? *Fertil Steril*, 1991; 56: 1084-90.
- [19] Coulter, A. Patients' view of the good doctor. Doctors have to earn patients' trust. *BMJ*, 2002; 325:667-8.
- [20] Delbanco, TL, Daley, J. Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception. *Obstet & Gynecol*, 1996; 88:41S-47S.
- [21] Liang, W, Brunett, CB, Rowland, JH, Meropol, NJ, Eggert, L, Yi-Ting, H, Silliman, RA, Weeks, JC, Mandelblatt, JS. Communication between physicians and older woman with localized breast cancer: implications for treatment and patient satisfaction. *J Clin Onco*, 2002; 20:1008-16.

- [22] Schmidt, L, Holstein, BE, Boivin, J, Sangren, H, Tjørnhøj-Thomsen, T, Blaabjerg, J, Hald, F, Rasmussen, PE, Andersen, AN. High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Hum Repro*, 2003; 18:2638-46.
- [23] Ford, S, Schofield, T, Hope, T. What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. *Soc Sci Med*, 2003; 56:589-623.
- [24] Barrier, PA, Li, T-CJ, Jensen, NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc*, 2003; 78:211-4.
- [25] Wagner, PJ, Moseley GC, Grant, MM, Gore, JR, Owens, C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med*, 2002; 34:750-4.
- [26] Roter, D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns*, 2000; 39:5-15.
- [27] Pollock, K, Grime, J. Patient's perceptions of entitlement to time in general practice consultation for depression: qualitative study. *BMJ*; 2002, 325:687-90.
- [28] Boon, H, Stewart, M. Patient-physician assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns*, 1998;35:161-76.
- [29] Wasserman, RC, Inui, TS. Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Med Care*, 1983; 21:270-93.
- [30] Buyck, D, Lang, F. Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *Fam Med*, 2002; 34:337-43.
- [31] Fallowfield, L, Jenkins, V, Farewell, V, Saul, J, Duffy, A, Eves, R. Efficacy of a cancer research in UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2002; 359:650-6.

- [32] Jenkins, V, Fallowfield, L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol*, 2002; 20:765-9.
- [33] Maguire, P, Pitceathly, C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 2002; 325:696-700.
- [34] Cegala. DJ, McClure, L, Marinelli, TM, Post, DM. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Educ Couns*, 2000; 42:209-22.
- [35] Kim, MY, Putujuk, F, Basuki, E, Kols, A. Increasing patient participation in reproductive health consultations: an evaluation of "Smart Patient" coaching in Indonesia. *Patient Educ Couns*, 2003; 50:113-22.
- [36] Cegala, DJ. Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Educ Couns*, 2003; 50:91-4.

Table 1 – Comparison of women’s general satisfaction score with sociodemographic and reproductive characteristics

Women’s Characteristics	%	Women’s general satisfaction score	
		Median (range)	p Value
<i>Age (years)</i>			
19-26	25	9.8 (5.5 - 10)	0.07**
27-30	25	9.4 (5-10)	
31-34	31	9.3 (1.8-10)	
35-39	19	9.1 (0-10)	
<i>Education</i>			
Elementary	50	9.1 (0 - 10)	0.30**
High School	43	9.5 (5-10)	
College	6	9.6 (7.2-10)	
none	1	10 (10-10)	
<i>Marital Status</i>			
married	66	9.4 (0 - 10)	0.88*
lives with partner	34	9.2 (1.8 - 10)	
<i>Have you ever been pregnant?</i>			
No	58	9.5 (0 - 10)	0.57*
Yes	42	9.4 (1.8-10)	
<i>Have you ever had a miscarriage?</i>			
No	41	9.3 (1.8-10)	0.62*
Yes	59	9.4 (5-10)	
<i>Number of living children</i>			
None	30	9.2 (5-10)	0.53 **
1 or 2	49	8.9 (1.8-10)	
3 or more	21	9.5 (3.6-10)	
<i>Duration of infertility</i>			
< 1 year	6	8.8 (0-9.6)	0.32**
≥ 1 year - < 3 years	17	9.5 (5-10)	
≥ 3 years - < 5 years	26	9.2 (3.6-10)	
≥ 5 years	51	9.5 (1.8-10)	

Total n = 122 (2 questionnaires with incomplete data)

* Wilcoxon test

** Kruskal-Wallis test

Table 2 – Ranking of manifest variables according to standardized coefficient values of the satisfaction score generated by factor analysis

Ranking	Manifest variables	Standardized scoring coefficients
1st	Overall satisfaction with the service received from physician	0.17671
2nd	Nothing was lacking in this specific consultation	0.16267
3rd	Perceived confidence in physician's competence	0.15997
4th	Explanations given	0.15508
5th	Time spent with patient	0.14709
6th	Listening skills	0.14604
7th	Understanding of the problem	0.14201
8th	Physician's courtesy and respect	0.12472
9th	Words used	0.10310

Table 3 – Comparison of women’s general satisfaction score with physicians’ communication skills

Physicians’ communication skills	%	Women’s general satisfaction score	
		Median (range)	p Value*
Relationship skills			
Greeted the woman	83	9.5 (0 -10)	0.48
Introduced himself/herself	47	9.6 (5.5-10)	<0.01
Used patient’s name, asked patient’s name	77	9.4 (0-10)	0.49
Showed approval or agreement	34	9.6 (5.0-10)	0.10
Elicited feelings	11	9.1 (6.5-10)	0.49
Patient education skills			
Set the main reason for the visit	69	9.5 (1.8-10)	<0.03
Explained the problem / diagnosis	89	9.5 (0-10)	0.77
Provided information about treatment procedures	96	9.5 (0-10)	<0.02
Used plain language / non-technical jargon	96	9.4 (0-10)	0.99
Used visual aids to explain	11	9.1 (6.4-10)	
Checked patient understanding	53	9.6 (3.6-10)	0.09
Summarized	35	9.6 (5.6-10)	0.06
Clarified patient’s unclear statements	85	9.4 (0-10)	0.26
Facilitation skills			
Encouraged the woman to speak / to keep talking	76	9.5 (0-10)	0.99
Used good eye contact	80	9.5 (0-10)	0.83
Used open posture	98	9.4 (0-10)	0.72
Asked whether patient had other issues or concerns	33	9.8 (3.6-10)	<0.04
Discussed treatment options	51	9.4 (0-10)	0.73

Total n = 122 (2 questionnaires with incomplete data)

* Wilcoxon test

Table 4 – Comparison of women’s general satisfaction score with duration of consultation

Duration of consultation (minutes)	n	%	Women’s general satisfaction score	
			Median (range)	p Value
2 - 5	35	29	9.3 (3.6-10)	0.17*
5.1 - 8	40	33	9.0 (0-10)	
8.1 - 10	23	19	9.6 (5.8-10)	
> 10	24	20	9.5 (6.0-10)	

Total n = 122 (2 questionnaires with incomplete data)

* Kruskal-Wallis test

5. Conclusões

1. Foi encontrada diferença significativa no escore de satisfação geral nos seguintes comportamentos comunicativos específicos dos médicos: *apresentou-se, identificou o motivo da consulta, explicou os procedimentos/tratamento e questionou a mulher sobre dúvidas e/ou perguntas adicionais.*
2. Não foi encontrada diferença significativa no escore de satisfação geral para as variáveis sociodemográficas, para as relativas à história reprodutiva das mulheres estudadas e nem para as diferentes categorias de duração da consulta.

6. Referências Bibliográficas

ALTMAN, D. G. **Practical statistics for medical research**. London: Chapman & Hall, 1990. 611p.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, **Declaracion de Helsinki – Princípios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos**. 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, outubro, 2000. Disponível na World Web: <http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html

BAEZA, H.; BUENO, G. Características generales de la comunicación médico-paciente. **Rev Med Chile**, 125:346-50, 1997.

BAEZA, H.; WEIL, K. P. Dificultades en la comunicación durante la entrevista médica. **Rev Med Chile**, 126:1255-61, 1998.

BALINT, J. A. Brief encounters: speaking with patients. **Ann Intern Med**, 131:231-4, 1999.

BARRIER, P.A.; Li, T.-C. J.; JENSEN, N. M. Two words to improve physician-patient communication: What else? **Mayo Clin Proc**, 78:211-4, 2003.

BATTERMAN, R. A comprehensive approach to treating infertility. *Health Soc Work*, 10:46-54, 1985.

BECKER, G.; NACHTIGALL, R.D. Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility. *Soc Sci Med*, 32:875-85, 1991.

BERLO, D. **O Processo da Comunicação: introdução à teoria e à prática.** Tradução de Jorge Arnaldo Fortes. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 296p.

BOON, H.; STEWART, M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns*, 35:161-76, 1998.

BOURHIS, R. Y.; ROTH, S.; MACQUEEN, G. Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Soc Sci Med*, 28:339-46, 1989.

BRISLIN, R.W. Back translation for cross cultural research. *J Cross Cultural Psychology*, 1:185-216, 1970.

BRITTEN, N.; STEVENSON, F. A.; BARRY, C. A.; BARBER, N.; BRADLEY, C. P. Misunderstanding in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*, 320:484-8, 2000.

BROWN, J. B.; BOLES, M.; MULLOOLY, J. P.; LEVINSON, W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 131:822-9, 1999.

BUBER, M. **Eu e Tu.** Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. 5ª ed. São Paulo: Centauro Editora, 1974. 170p.

BUBER, M. **Do diálogo e do dialógico**. Tradução de Marta Ekstein de Souza Queiroz e Regina Weinberg. São Paulo: Editora Perspectiva, 1982. 171p.

BUYCK, D.; LANG, F. Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. **Fam Med**, 34:337-43, 2002.

CEGALA D. J.; McCLURE, L.; MARINELLI, T. M.; POST, D. M. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. **Patient Educ Couns**, 42:209-22, 2000.

CEGALA, D.J. Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. **Patient Educ Couns**, 50:91-4, 2003.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. How to improve communication between doctors and patients. Learning more about the decision making context is important. **BMJ**, 320:1220-1, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, 4:15-25, 1996.

COULTER, A. Patients' view of the good doctor. Doctors have to earn patients' trust. **BMJ**, 325:667-8,2002.

DELBANCO, T. L., DALEY, J. Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception. **Obstet Gynecol**, 88(3 supplement): 41S-7S, 1996.

DEL GLIGIO, A. A relação médico-paciente sob uma perspectiva dialógica. In: LOPES, A. C. **Tópicos em clínica médica**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 2003. p. 22-4.

FALLOWFIELD, L.; JENKINS, V.; FAREWELL, V.; SAUL, J.; DUFFY, A.; EVES, R. Efficacy of a cancer research in UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet*, 359:650-6, 2002.

FORD, S.; HALL, A.; RATCLIFFE, D.; FALLOWFIELD, L. The medical interaction process system (MIPS): an instrument for analysing interviews of oncologists and patients with cancer. *Soc Sci Med*, 50: 553-66, 2000.

FORD, S.; SCHOFIELD, T.; HOPE, T. What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. *Soc Sci Med*, 56: 589-623, 2003.

GARYFALLOS, G. K.; KARASTERGIOU, A.; ADAMOPOULOU, A.; MOUTZOUKIS, C.; ALAGIOZI, E.; MALA, D. et al. Greek version of the general health questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Psych Scand*, 84:371-8, 1991.

GOFFMAN, E. **Forms of talk**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. p.124-59, 1981.

GUIMOND, P.; BUNN, H.; O'CONNOR, A.M.; JACOBSEN, M.J.; TAIT, V.K.; DRAKE, E.R. et al. Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills. *Patient Educ Couns*, 50: 235-45, 2003.

HALL, J. A.; ROTER, D. L.; KATZ, N. R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical-encounters. *Med Care*, 26:657-72, 1988.

HALMAN L. J.; ABBEY, A.; ANDREWS, F. M. Why are couples satisfied with infertility treatment? *Fertil Steril*, 59:1046-54, 1993.

HAIR J.F.J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L., BLACK, W.C. **Multivariate data analysis**. New Jersey: Prentice Hall, 1998. 730p.

HATCHER, L. **A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling.** North Caroline: SAS Institute Inc., 1994. 587p.

HAYES, B.E. **Medindo a satisfação do cliente. Desenvolvimento e uso dos questionários.** Tradução de Luiz Liske. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2001, 228p.

INUI, T. S.; CARTER, W. B. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Med Care*, 23:521-38, 1985.

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada.** São Paulo: T. A. Queiroz, 2002.

JENKINS, V.; FALLOWFIELD, L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Onc*, 20:765-9, 2002.

JOHNSON, R.A.; WICHERN, D.W. Factor analysis and inference for structured covariance matrices In: JOHNSON, R.A.; WICHERN, D.W. **Applied multivariate statistical analysis.** 3^a ed. New Jersey: Prentice Hall International, 1992. p.396-457.

KIM, Y.M.; PUTUJUK, F.; BASUKI, E.; KOLS, A. Increasing patient participation in reproductive health consultations: an evaluation of "Smart Patient" coaching in Indonesia. *Patient Educ Couns*, 50:113-22, 2003.

KOCH, I. V. **A inter-ação pela linguagem.** São Paulo: Contexto, 1992. 115p.

LALOS A. Breaking bad news concerning fertility. *Hum Reprod*, 14:581-5, 1999.

LIANG, W.; BRUNETT, C. B.; ROWLAND J. H.; MEROPOL, N. J.; EGGERT, L.; HWANG, Yi-T, et al. Communication between physicians and older women with localized breast cancer: implications for treatment and patient satisfaction. **J Clin Oncol**, 20:1008-16, 2002.

LIPKIN Jr, M. Physician-Patient Interaction in Reproductive Counseling. **Obstet Gynecol**, 88:31S-40S, 1996.

LITTLE, P.; EVERITT, H.; WILLIAMSON, I.; WARNER, G.; MOORE, M.; GOULD, C. et al. Preferences of patients for patient-centred approach to consultation in primary care: observational study. **BMJ**, 322:468-72, 2001.

MAGUIRE, P., PITCEATHLY, C. Key communication skills and how to acquire them. **BMJ**, 325:696-700, 2002.

MAKUCH, M. Y.; BOTEAGA, N. J.; BAHAMONDES, L. Physician-patient communication in the prevention of female reproductive tract infections: some limitations. **Cad Saúde Pub**, 16:249-53, 2000.

MALIN, M.; HEMMINKI, E.; RÄIKKÖNEN, O.; SIHVO, S.; PERÄLÄ, M-L. What do women want? Women's experiences of infertility treatment. **Soc Sci Med**, 53: 123-33, 2001.

MARCUS, E. R. Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education. **Acad Med**, 74:1211-5, 1999.

MARCUSCHI, L.A. **Análise da conversação**. 2ª ed. São Paulo: Editora Ática; 1991, 94p.

MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. **Soc Sci Med**, 51:1087-110, 2000.

MOORE, P. J.; ADLER, E.N.; ROBERTSON, P. A. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. **West J Med**, 173:244-50, 2000.

NOVACK, H. D.; DUBÉ, C.; GOLDSTEIN, M. G. Teaching medical interview -a basic course on interviewing and the physician-patient relationship. **Arch Intern Med**, 152:1814-20, 1992.

ODDENS, J. B.; TONKELAAR, I. Den; NIEUWENHUYSE, H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems-a comparative survey. **Hum Reprod**, 14:255-61, 1999.

OH, J.; SEGAL, R.; GORDON, J.; BOAL, J.; JOTKOWITZ, A. Retention and use of patient-centered interviewing skills after intensive training. **Acad Med**, 76:647-50, 2001

ONG, L. M. L.; DE HAES, J. C. J. M.; HOOS, A. N.; LAMMES, F. B. Doctor-patient communication: a review of the literature. **Soc Sci Med**, 40:903-18, 1995

PARTICIPANTS IN THE BAYER-FETZER CONFERENCE ON PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION IN MEDICAL EDUCATION. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. **Acad Med**, 76:390-3, 2001.

PENTEADO, W. J. R. **A Técnica da Comunicação Humana**. 5ª ed. São Paulo: Pioneira, 1976. 332p.

POLLOCK, K.; GRIME, J. Patient's perceptions of entitlement to time in general practice consultation for depression: qualitative study. **BMJ**, 325:687-90, 2002.

ROTER, D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. **Patient Educ Couns**, 39:5-15, 2000.

ROTER, D.L. Observations on methodological and measurement challenges in the assessment of communication during medical exchanges. *Patient Educ Couns*, 50:17-21, 2003.

RUUSUVUORI, J. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Soc Sci Med*, 52:1093-108, 2001.

SABOURIN, S.; WRIGHT, J.; DUCHESNE, C.; BELISLE, S. Are consumers of modern fertility treatments satisfied? *Fertil Steril*, 56:1084-90, 1991.

SCHMIDT, L.; HOLSTEIN, B.E.; BOIVIN, J.; SANGREN, H.; TJØRNHØJ-THOMSEN, T.; BLAABJERG, J. et al. High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Hum Reprod*, 18:2638-46, 2003.

SOUTER, V. L.; PENNY G.; HOPTON, J. L.; TEMPLETON, A. A. Patient satisfaction with the management of infertility. *Hum Reprod*, 13:1831-6, 1998.

STREET Jr., R. L. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med*, 21:541-8, 1991.

SYME, G. B. Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. *Hum Reprod*, 12 Natl Suppl., JBFS 2:183-7, 1997.

VAN BALEN, F.; GERRITS, T. Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Hum Reprod*, 16:215-9, 2001.

ZOPPI, K.; EPSTEIN, R. M. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med*, 34:319-24, 2002.

WAGNER, P. J.; MOSELEY G. C.; GRANT, M. M.; GORE, J. R.; OWENS, C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med*, 34:750-4, 2002.

WASSERMAN, R. C.; INUI, T. S. Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Med Care*, 21:279-89, 1983.

WEST, M. How can good performance among doctors be maintained? *BMJ*, 325: 669-70, 2002.

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2002).

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Questionário de Satisfação da Mulher

Nº Pesquisa : _____

Data de entrevista: _____

Nome do Entrevistador: _____

I - Dados Pessoais

I.1. Quantos anos completos a senhora tem?

|_|_| anos

I.2. Qual a última série da escola que a senhora completou ?

_____.

I.3. Qual é o seu estado marital?

() solteira () casada () vive junto () separada () divorciada () viúva

I.4. A Sra. já engravidou alguma vez?

() SIM () NÃO
(passe a I.10)

I.5. Quantas vezes no total a senhora já engravidou?

|_|_| vezes

I.6. A senhora já teve algum aborto?

() SIM () NÃO
(passe a I.8)

I.7. Quantos abortos a senhora já teve no total?

|_|_| abortos

I.8. Quantos filhos vivos a senhora tem com o parceiro atual?

|_|_| filhos

I.9. Quantos filhos vivos a senhora tem com outro(s) parceiro(s)?

|_|_| filhos

I.10. Há quantos anos o casal está tentando engravidar, sem usar nenhum método para evitar?

|_|_| anos

II – A consulta

a) **Instrução para a mulher:** Entrevistador diga: Agora eu vou fazer algumas perguntas para conhecer sua opinião sobre a conversa que o médico e a senhora tiveram, durante a consulta que acabou de acontecer.

b) **Instrução para a entrevistadora:** Você deve ler as perguntas abaixo e prosseguir da seguinte forma:

- Para as perguntas com escala, peça para a mulher apontar o número que expresse a opinião dela, lendo antes os itens que estão nas extremidades da escala. Faça uma marca **X** no número correspondente.
- Para as perguntas abertas, escreva literalmente a resposta dada.

<p>II.1. Em relação à educação do(a) médico(a), que nota a senhora dá, de 1 a 9?</p> <p>II.2. Por que a senhora achou isso?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>nada muito educado</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>II. 3. Em relação ao entendimento do seu problema por parte do(a) médico(a), que nota a senhora dá, de 1 a 9 ?</p> <p>II.4. Por que a senhora achou isso?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>não entendeu entendeu nada muito bem</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>II. 5. Em relação às explicações que o(a) médico(a) lhe deu, que nota a senhora dá, de 1 a 9 ?</p> <p>II.6. Por favor, diga por que a senhora deu essa nota.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>não explicou explicou nada muito bem</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>II.7. Em relação às palavras usadas pelo(a) médico(a), que nota a senhora dá, de 1 a 9 ?</p> <p>II.8. Por favor, conte-me o que o médico falou.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>usou palavras usou palavras muito difíceis muito fáceis</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>II. 9. Em relação ao(à) médico(a) ouvir suas preocupações e perguntas, que nota a senhora dá, de 1 a 9?</p> <p>II.10. Explique por que a senhora acha isso.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>não ouviu ouviu nada muito bem</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

8.2. Anexo 2 – Guia de Observação da Consulta

Nº Pesquisa: _____

Data de entrevista: _____

Nome do Entrevistador: _____

Horário de início da consulta:

Horário de término da consulta:

Tempo total da consulta: minutos

I. DADOS DO OBSERVADO

I.1. Qual é a sua idade?

anos

I.2. Que ano de Residência Médica você está cursando?

(1) 2º ano - R2

(2) 3º ano - R3

I.3. Sexo (segundo observação da pesquisadora)

(1) Masculino

(2) Feminino

II. HABILIDADES DE RELACIONAMENTO

S

N

II.1. Cumprimentou a mulher (verbal e não verbal)

I.2. Apresentou-se

II.3. Chamou a mulher pelo nome/ perguntou o nome

II.4. Mostrou concordância / entendimento (verbal e não verbal)

II.5. Buscou conhecer os sentimentos

III. HABILIDADES PARA EXPLICAR E ORIENTAR	S	N
--	----------	----------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| III.1. Identificou o motivo da consulta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III.2. Explicou o problema / diagnóstico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III.3. Explicou os procedimentos de tratamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III.4. Usou palavras simples /adequadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III.5. Usou apoio visual para explicar / esclarecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III.6. Confirmou a compreensão da mulher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III.7. Resumiu informações-chave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III.8. Esclareceu as dúvidas levantadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. HABILIDADES PARA INCENTIVAR A PARTICIPAÇÃO	S	N
---	----------	----------

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| IV.1. Estimulou a mulher a falar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV.2. Olhava para a mulher enquanto ela falava | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV.3. Manteve postura corporal adequada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV.4. Questionou a mulher sobre dúvidas e /ou perguntas adicionais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV.5. Discutiu o tratamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. Observações adicionais:

8.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Mulher

Estudo: *Comunicação médico-paciente.*

N.º Pesquisa _____

Pesquisadora responsável: Rosângela Curvo Leite Domingues

Nome da participante : _____

Idade: _____ **RG:** _____

Eu, _____, fui convidada a participar de uma pesquisa que tem com o objetivo estudar a comunicação entre médicos e pacientes no Ambulatório de Reprodução Humana da FCM – UNICAMP.

Minha participação consistirá em permitir que a consulta que eu farei a seguir seja observada pela pesquisadora, que fará algumas anotações, e em ser entrevistada individualmente após essa consulta, por aproximadamente 10 minutos, quando responderei perguntas relativas a minha opinião sobre a comunicação do(a) médico(a) comigo.

Fui informada de que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje, sem que isso prejudique ou interfira no meu atendimento nesse serviço.

Também me foi garantido que as informações que eu darei serão confidenciais e que meu nome será mantido em sigilo.

Li ou leram para mim as informações acima e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer perguntas sobre o estudo. Sei que se eu quiser mais informações sobre a pesquisa, poderei ligar para (19) 3289-8338 no horário comercial e falar com Rosângela ou Alice. Em caso de dúvida quanto à maneira como o presente estudo está sendo conduzido, poderei contatar a secretaria da Comissão de Ética no telefone: (19) 3788-8936.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

8.4. Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Médico

Estudo: *Comunicação médico-paciente.*

Pesquisadora responsável: Rosângela Curvo Leite Domingues

Nome da participante : _____

Idade: _____ **RG:** _____

Fui convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem com o objetivo estudar a comunicação entre médicos e pacientes no Ambulatório de Reprodução Humana da FCM – UNICAMP.

Minha participação consistirá em fornecer alguns dados de identificação pessoal e em permitir que minhas consultas sejam observadas pela pesquisadora, que preencherá, durante a observação, um formulário pré-estruturado, contendo perguntas sobre as características da comunicação que eu manterei com a mulher.

Fui informado(a), também de que tenho o direito de não aceitar participar da pesquisa, sem que isso acarrete qualquer consequência negativa em minha atividade profissional. Foi-me garantido que os dados colhidos serão utilizados somente para os fins desta pesquisa e que meu nome será mantido em absoluto sigilo.

Estou ciente de que minha colaboração neste estudo não representará nenhum benefício pessoal, a não ser a satisfação de contribuir para a pesquisa.

Li as informações acima e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer perguntas sobre o estudo. Sei que se eu quiser mais informações sobre a pesquisa, poderei ligar para (19) 3289-8338 no horário comercial e falar com Rosângela ou Alice. Em caso de dúvida quanto à maneira como o presente estudo está sendo conduzido, poderei contatar a secretaria da Comissão de Ética no telefone: (19) 3788-8936.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____