

• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

LEONOR MARQUES CAETANO CARREIRA

***Influência do uso de bata branca na comunicação durante a
consulta de Medicina Geral e Familiar***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

DOUTORA LILIANA RUTE ANTÓNIO CONSTANTINO

ABRIL DE 2019

Influência do uso de bata branca na comunicação durante a consulta de Medicina Geral e Familiar

Leonor Marques Caetano Carreira¹

Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{2,1}

Doutora Liliana Rute António Constantino^{3,1}

1.Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

2.Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

3.Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Anadia I, Portugal

leonorcarreira@msn.com

inesrcs@gmail.com

ÍNDICE

Abreviaturas	3
Resumo	4
Abstract	6
1. Introdução	8
2. Metodologia	9
2.1 - Caracterização da Investigação	9
2.2 - População, amostra e critérios de exclusão	9
2.3 - Instrumento de colheita de dados	10
2.4 - Recolha de dados	11
2.5 - Procedimentos prévios à recolha de dados	11
2.6 - Variáveis	11
2.7 - Análise estatística	12
3. Resultados	12
4. Discussão	16
5. Conclusão	21
Agradecimentos	22
6. Referências Bibliográficas	23
Anexos	26
Anexo I – Questionário dirigido ao doente	27
Anexo II – Pedido e autorização aos autores das escalas	30
Anexo III – Questionário dirigido ao médico	33
Anexo IV – Consentimento Informado	34
Anexo V – Pedido de autorização para a recolha de dados	35
Anexo VI – Autorização da ARS Centro	36

Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

JSPPPE – Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VP – Versão Portuguesa

RESUMO

Introdução: A bata branca é um vestuário usado pelo médico desde o tempo da antiguidade. Vários estudos em outros países demonstraram que esta tem influência na relação médico-doente e que existe algum tipo de preferência sobre qual deve ser o vestuário médico. Em Portugal não existem dados publicados relativos a este tema, nomeadamente em contexto de cuidados de saúde primários.

Objetivos: Investigar qual a influência do uso de bata branca ao nível da satisfação, confiança e empatia na relação com os doentes. Secundariamente, o seu impacto no que os doentes percecionam acerca dos conhecimentos médicos, a opinião dos doentes quanto ao vestuário médico e qual o nível de satisfação e conforto dos médicos em consulta com ou sem uso de bata branca.

Métodos: Estudo de intervenção com avaliação após exposição ao uso de bata branca ou não, numa amostra quase-aleatória representativa da população que frequenta os centros de saúde pertencentes à ARS Centro, constituída por 286 participantes. Colaboraram 16 médicos de ambos os sexos e diferentes idades, que habitualmente usavam bata branca nas suas consultas. Foram incluídos o primeiro e último pacientes em consulta em cada dia durante 10 dias consecutivos, sendo que em dias alternados o médico fez consulta com uso de bata branca ou sem uso de bata branca. No final da consulta foi distribuído um questionário ao doente com, para além de variáveis sociodemográficas e perguntas simples com resposta em escala de Lickert, a escala "Trust in physician" para avaliar a confiança no médico, na relação com o doente e nas suas competências, e a escala JSPPE-VP para avaliar a empatia. Foi também distribuído um questionário ao médico em que este indicava qual a sua satisfação e conforto no decorrer da consulta. Foi feita estatística descritiva da amostra e foram comparados os grupos através de estatística inferencial.

Resultados: Os grupos da amostra de doentes em consultas com e sem bata branca foram homogéneos em termos de variáveis sociodemográficas, exceto que o grupo de consultas com bata branca tinha mais doentes que faziam toma de medicação ($p=0,040$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível da satisfação, confiança, empatia e conhecimentos percecionados pelos doentes. Já na opinião dos doentes quanto à bata branca verificaram-se diferenças, nomeadamente quando o médico estava vestido com bata, esse grupo de doentes tendia a achar que este era o único vestuário aceitável para este ($p<0,001$), mas quando este se encontrava em consultas sem bata, esse grupo de doentes tendia a concordar com o facto de haver mais facilidade na comunicação dessa forma ($p=0,001$). Ambos os grupos de doentes tenderam a concordar com a ausência de bata branca tornar o ambiente mais relaxado. Ao nível do questionário

dos médicos, a sua satisfação e conforto com o decorrer da consulta não diferiu significativamente com as alterações no vestuário.

Conclusões: Na região centro de Portugal não parece haver grande influência do uso de bata branca na satisfação, confiança e empatia percebida pelo paciente, em contexto de cuidados de saúde primários. Como principais limitações desta investigação temos o facto de o questionário ter sido entregue pelos médicos aos doentes, algo que poderá ter induzido algum viés nas respostas e ainda o ter sido colhido apenas nesta região e em cuidados de saúde primários, o que impossibilita a sua generalização para a realidade do nosso país e inferir resultados para o contexto hospitalar.

Palavras-chave: “Bata Branca”, “Comunicação”, “Relação Médico-Doente”, “Satisfação”, “Confiança”, “Competência”, “Empatia”, “Conhecimentos”.

ABSTRACT

Introduction: The white coat is a physician attire worn since the antiquity time. Several studies in other countries have shown that it influences doctor-patient's relationship and that there is some kind of preference over what a doctor should wear. In Portugal there are few data on this subject.

Objectives: Investigate the influence of the white coat on satisfaction, confidence and empathy in relation to patients. Secondly, its impact on what patients perceive about medical knowledge, patients' opinions about medical clothing, and the level of satisfaction and comfort of physicians in consultation with or without the use of a white coat.

Methods: An interventional study with a quasi-randomized representative sample of the population attending the health centers belonging to ARS Centro, consisting of 286 participants. We collaborated with 16 doctors, male and female and of different ages which usually wore white coat in their medical appointments. We included the first and last patients in consultation every day for 10 consecutive days, and every other day the doctor consulted with the use of a white coat or without the use of a white coat. At the end of the consultation, a questionnaire was distributed to the patient. This questionnaire had simple questions with a Lickert scale response, the portuguese version of the scale "Trust in physician" to assess the trust in the physician, both globally and in the medical-patient's relationship and their medical competences, and the JSPPPE-VP scale to evaluate empathy. A questionnaire was also distributed to the physician in which the doctor indicated what type of attire he used on that appointment and how satisfied and comfortable he was with the consultation.

Results: Patient sample groups in consultations with and without white coat were homogeneous in terms of sociodemographic variables, except that the white coat group had more patients taking medication ($p=0.040$). Afterwards, concerning the goals there were no statistically significant differences between the groups in terms of satisfaction, trust, empathy and knowledge perceived by the patients. However, there were differences in the opinion of the patients about the white coat, especially when the doctor was dressed with the white coat, this group of patients tended to think that this was the only acceptable attire for the physicians ($p<0.001$). But, when he was in consultations without the white coat, this group of patients tended to agree that communication was easier ($p=0.001$). Finally, both groups of patients tended to agree that the absence of white coat made the consultation more relaxed. Concerning the physicians' questionnaire, their satisfaction and comfort with the consultation did not differ significantly with different clothing.

Conclusions: In the central region of Portugal there is no significant impact of the white coat in empathy, satisfaction and confidence in doctor. As the main limitations of this investigation we have the fact that the questionnaire has been delivered by the doctors to the

patients, that may have induced some bias in the answers and, additionally, it has been collected only in the central region primary care which implies the impossibility of its generalization to the reality of our country and to hospital care.

Keywords: "White Coat", "Communication", "Physician - Patient Relationship", "Satisfaction", "Trust", "Competence", "Empathy", "Knowledge".

1. INTRODUÇÃO

A utilização de branco pelos médicos teve início na antiga Grécia, em que os sacerdotes do templo de Asclépio, o deus grego da Medicina, se vestiam com roupas brancas que indicavam a sua pureza espiritual¹; já dizia Hipócrates que este deve “estar limpo, bem vestido e com um cheiro doce que não levante suspeitas”². A bata surgiu no final da Idade Média a fim de proteger os médicos europeus da peste negra e era acompanhada de luvas, chapéu e máscara com um bico para proteger o nariz. Nesta época o vestuário médico era feito de tecidos escuros e o médico tinha mais credibilidade quanto mais manchado fosse, pois indicava que este já tinha tratado muitos doentes. No entanto, no século XIX, chegou-se à conclusão que muitas das doenças derivavam da falta de cuidados de assepsia e, por questões de higiene, a bata branca passou a ser uma norma³.

Havendo alguma controvérsia sobre como deve estar vestido um médico, nos últimos anos foram realizados vários estudos em diferentes países relativamente ao vestuário médico nas várias áreas da medicina, desde Medicina Geral e Familiar às especialidades médico-cirúrgicas e cuidados agudos, e o modo como este é percecionado pelos pacientes, estudos estes, onde foi possível concluir que, em cerca de 60% dos casos, os vestuários de eleição são a bata branca e o uso de roupa formal. Contudo, numa parte significativa destas investigações não foi demonstrada qualquer preferência⁴. Além disto, foi possível concluir que as escolhas de cada doente foram condicionadas por fatores como idade, contexto dos cuidados de saúde, localização geográfica e pela população em que o doente se enquadra. Um exemplo disto é o facto de a preferência por roupa formal ser bem mais notória em estudos realizados em países Europeus e Asiáticos, comparativamente com os dos Estados Unidos da América⁴. Com isto, podemos afirmar que as variáveis sociodemográficas do doente e a cultura em que ele se enquadra são variáveis importantes no modo como ele perceciona o vestuário médico e a que a expressão “*one-size-fits-all*” não pode ser aplicada neste contexto, sendo o vestuário médico um ponto passível de ser alterado ao nível da relação médico doente⁴.

Em Portugal, atualmente, não existem dados publicados quanto à preferência dos doentes relativamente ao vestuário médico, nomeadamente em contexto de cuidados de saúde primários, algo que objetivamos com este trabalho. A confiança, tanto ao nível da relação com médico como nas competências deste, a empatia e a satisfação do doente, são os 3 principais pontos que pretendemos avaliar comparativamente com ou sem a presença de bata branca. Para além destes, pretendemos perceber quais as opiniões sobre o vestuário médico e se estas diferem com a idade e escolaridade dos doentes, ou conforme o sexo do médico que os recebe e qual o impacto que o modo de vestir poderá ter nos

conhecimentos médicos percecionados pelos pacientes. Por último, pretende-se avaliar a satisfação e conforto dos próprios médicos com ou sem uso de bata branca.

2. METODOLOGIA

2.1 - Caracterização da investigação

Foi realizado um estudo de intervenção com avaliação após exposição ao uso de bata branca ou não, numa amostra quase-aleatória em população de doentes que frequentava as unidades de cuidados de saúde primários envolvidas da ARS Centro.

Para esta investigação foi utilizado um questionário criado pelas autoras após revisão bibliográfica do tema e de outros estudos semelhantes, com perguntas simples de respostas em escala tipo Lickert, em que se incluíram duas escalas validadas em Portugal, sendo uma para avaliar a confiança do doente no seu médico, versão portuguesa da escala “Trust in physician”⁵, e outra para a empatia percecionada pelo doente, a escala JSPPE-VP⁶, também com respostas em escala tipo Lickert.

O questionário foi entregue pelo médico no final da consulta, após concordância do paciente em participar no estudo, ao assinar um Consentimento Informado.

2.2 - População, amostra e critérios de exclusão

Foi aplicado o questionário a uma amostra populacional calculada para representar, com um intervalo de confiança de 90% e uma margem de erro de 5%, a população frequentadora das consultas, a partir de dados de 2016 da Administração Central do Sistema de Saúde⁷. Determinou-se, assim, que a amostra teria de ter um total de 271 doentes, utilizando a fórmula acessível em www.raosoft.com/samplesize.html.

Foi estudada uma amostra de 286 doentes, de ambos os sexos, com diferentes idades e provenientes de unidades de saúde tanto de localidades urbanas como rurais.

Os médicos colaboradores totalizaram um número de 16 voluntários convidados pelos investigadores, de ambos os sexos e com diferentes idades e tempo de permanência com o mesmo ficheiro de utentes, de 10 unidades de cuidados de saúde primários pertencentes à ARS Centro, nomeadamente USF Pulsar, USF Coimbra Centro, USF Fernando Namora, UCSP Porto de Mós-Pólo Mira de Aire, UCSP Vouzela, USF VitaSaurium, UCSP Anadia I, USF Esgueira +, USF Marquês de Marialva e USF Briosas.

Os doentes foram selecionados de forma semi-aleatória como o primeiro e o último pacientes em consulta em cada dia durante 10 dias consecutivos de consultas (de forma a

evitar o viés de ter sempre o mesmo tipo de pessoas), sendo que em dias alternados o médico fazia consulta com uso de bata branca ou sem uso de bata branca.

Foram considerados como critérios de exclusão: idade menor que 18 anos (podendo nestes casos o questionário ser respondido pelo seu acompanhante), doentes analfabetos e também doentes cujo estado geral não lhes permitisse responder corretamente ao questionário apresentado. Sendo que, nos casos acima mencionados, ou em caso de recusa, o médico poderia passar o questionário ao doente seguinte (caso se tratasse do primeiro do dia) ou o primeiro do dia a seguir (caso se tratasse do último do dia), mantendo as condições acima mencionadas.

2.3 - Instrumento de colheita de dados

O questionário dirigido ao doente (Anexo I) era composto por 6 partes e continha 2 escalas devidamente traduzidas e validadas para a língua portuguesa, cujo os autores deram a devida autorização para uso neste estudo (Anexo II).

Na primeira parte, cada consulente foi questionado acerca da sua idade, o sexo, a toma regular de medicamentos, se sabia ler e escrever, o nível de instrução e o grupo de atividade profissional. Na segunda parte, foi questionado quanto à sua satisfação com a consulta, usando uma escala tipo Lickert de 0 a 4 pontos (sendo 0=mau e 4=excelente). Na terceira parte, foi aplicada a escala “Trust in physician” – Versão Portuguesa⁵, em que foram apresentados 11 itens, usando novamente uma escala tipo Lickert de 0 a 4 pontos (sendo 0=discordo muito e 4=concordo muito). Esta última permite-nos avaliar a confiança em 3 vertentes: a confiança total do médico, a que correspondem os 11 itens perguntados, a confiança na relação com o médico a que corresponde apenas 6 itens (1, 4, 5, 7, 10 e 11) e por último a confiança na competência do médico à qual correspondem 5 itens (2,3,6,8 e 9). Na quarta parte, foi aplicada a escala JSPPPE-VP⁶ que, através de 5 itens para classificar de 1 a 7 numa escala tipo Lickert (em que 1 significa pleno desacordo e 7 pleno acordo), pretendia avaliar a empatia médica. Na quinta parte, o paciente foi questionado quanto aos conhecimentos médicos percecionados por si no decorrer da consulta, usando novamente uma escala tipo Lickert de 0 a 4 pontos (sendo 0=mau e 4=excelente). Por último, a sexta parte pretendia avaliar a opinião do doente quanto ao vestuário médico através de 3 frases: “1. A roupa normal vestida pelo médico torna o ambiente mais relaxado relativamente à bata branca.”, “2. Seria mais fácil comunicar com um médico vestido com roupa normal.” e “3. A bata branca é o único vestuário aceitável para um médico.”, com uma escala igual à anterior, mas em que 0 significava pleno desacordo e 4 pleno acordo.

Relativamente ao questionário dirigido ao médico (Anexo III) baseava-se em 2 perguntas simples de sim/não sobre o facto de ter usado bata e de a usar habitualmente e 2

itens relativos à sua satisfação e conforto com o decorrer da consulta numa escala de 0 a 4 tipo Lickert (em que 0 equivalia a muitíssimo insatisfeito e 4 a completamente satisfeito e 0 equivalia a totalmente desconfortável e 4 a um conforto pleno, respetivamente).

2.4 - Recolha de dados

A recolha de dados decorreu de novembro de 2018 a fevereiro de 2019, num período de 10 dias consecutivos, escolhido pelo médico colaborador.

O questionário foi entregue pelo médico no final da consulta, após assinatura do Consentimento Informado (Anexo IV) e preenchido pelo utente em autopreenchimento, com ajuda do médico em caso de dúvidas ou dificuldades.

2.5 - Procedimentos prévios à recolha de dados

O estudo foi autorizado pelo responsável de cada unidade de saúde (Anexo V), e pela Comissão de ética da ARS do Centro (Anexo VI).

2.6 - Variáveis

As variáveis em estudo nesta investigação, definidas em protocolo e não alteradas após o estudo de campo, correspondem a:

A) Variáveis Nominais:

- Sexo do doente;
- Sexo do médico;
- Toma regular de medicação;
- Grupo de atividade profissional;
- Uso de bata branca na consulta atual.

B) Variáveis Ordinais:

- Grau de formação académica.

C) Variáveis Quantitativas:

- Grupo etário;
- Satisfação do doente – outcome principal;
- Confiança total percecionada pelo doente – outcome principal;
- Confiança na relação médico-doente – outcome principal;
- Confiança nas competências do médico – outcome principal;
- Empatia percecionada pelo doente – outcome principal;

- Conhecimentos percebidos pelo paciente – outcome secundário;
- Satisfação do médico – outcome secundário;
- Conforto do médico – outcome secundário.

2.7- Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados colhidos foi efetuado com o auxílio do *software* SPSS, Statistical Package for the Social Science - SPSS (versão 22.0).

Após análise descritiva, foi testada a normalidade da distribuição das variáveis numéricas através do teste Kolmogorov–Smirnov. Como a distribuição da maioria das variáveis não era normal, foram utilizados os testes não-paramétricos U de Mann-Whitney para comparar as variáveis numéricas entre os grupos. O teste X^2 foi utilizado para comparar as variáveis nominais. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

Foram obtidos 286 questionários, 50,7% com a utilização de bata branca na consulta (n=145) e 49,3% sem bata (n=143), que foram todos incluídos, uma vez que nenhum apresentava critérios de exclusão ou preenchimento incompleto.

A idade média dos pacientes foi de $49,92 \pm 16,24$ anos, com uma idade mínima de 18 anos e uma idade máxima de 85 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (63,6%, n=182) e tomavam regularmente medicamentos (66,4%, n=190). Relativamente à escolaridade, na maior parte dos casos tinham o 12º ano ou o Ensino Superior (21,7%, n=62 e 21,3%, n=61, respetivamente), seguindo-se o 4º ano de escolaridade (19,2%, n=55). A atividade profissional mais frequente (24,8%, n=71) era “outra”, seguindo-se “reformado” (17,8%, n=51), e depois “serviços” (16,4%, n=47) (Tabela1).

Na comparação entre os 2 grupos de pacientes cujas consultas foram feitas com e sem bata branca, foi possível concluir que não existia uma diferença significativa entre as médias das idades. Também não houve diferença significativa entre os sexos, escolaridade e atividade profissional. Já na toma regular de medicamentos pudemos constatar diferença significativa ($p=0,04$), sendo que o grupo de doentes com o qual foram realizadas consultas com bata tinha maior percentagem de toma regular de medicação (72,4%), comparativamente com os sem bata (60,3%) (Tabela1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das amostras, sendo comparadas as distribuições das variáveis idade, sexo do doente, grau de escolaridade, toma regular de medicação e atividade profissional das amostras com e sem bata branca.

		Consulta com bata branca		Consulta sem bata branca		p	Total de consultas	
		n	Percentagem (%)	n	Percentagem (%)		n	Percentagem (%)
Idade do Doente	18 a 40 anos	44	30,3	47	33,3	0,556	91	31,8
	41 a 65 anos	66	45,5	66	46,8		132	46,2
	Mais de 65 anos	29	20,0	24	17,0		53	18,5
Sexo do doente	Feminino	88	60,7	94	66,7	0,325	182	63,6
	Masculino	55	37,9	46	32,6		101	35,3
Toma regular de medicação	Sim	105	72,4	85	60,3	0,040	190	66,4
	Não	37	25,5	51	36,2		88	30,8
Grau de Escolaridade	Inferior ao 4º ano	12	8,3	10	7,1	0,335	22	7,7
	4º ano	31	21,4	24	17,0		55	19,2
	6º ano	15	10,3	13	9,2		28	9,8
	9º ano	21	14,5	30	21,3		51	17,8
	12º ano	36	24,8	26	18,4		62	21,7
	Ensino superior	26	17,9	35	24,8		61	21,3
Atividade Profissional	Agricultura	2	1,4	4	2,8	0,194	6	2,1
	Comércio	10	6,9	8	5,7		18	6,3
	Desempregado	14	9,7	10	7,1		24	8,4
	Doméstica	10	6,9	6	4,3		16	5,6
	Estudante	4	2,8	7	5,0		11	3,8
	Indústria	16	11,0	15	10,6		31	10,8
	Reformado	31	21,4	20	14,2		51	17,8
	Serviços	21	14,5	26	18,4		47	16,4
	Outro	30	20,7	41	29,1		71	24,8
	Vários	7	4,8	1	0,7		8	2,8

Quanto aos 16 médicos participantes, todos eles usavam bata branca habitualmente nas suas consultas e a maioria eram do sexo feminino (n=9, 56,6%). O seu grau de satisfação com as consultas teve um valor médio de $3,68 \pm 0,53$ pontos (mínimo de 2 e máximo de 4), numa escala de 0 a 4 pontos. Ao nível do conforto, a média foi de $3,60 \pm 0,62$ pontos (mínimo de 1 e máximo de 4), numa escala de 0 a 4 pontos (Tabela 2).

Relativamente às respostas dos pacientes, na Confiança Total no Médico, a média dos resultados foi de $36,98 \pm 6,58$ pontos (Tabela 2), rondando valores entre os 16 e 44 pontos, sendo 0 o mínimo e 44 o máximo possível nesta vertente. Na escala usada para avaliar a Empatia médica, em que o mínimo possível era de 5 e o máximo de 35, obtivemos um valor médio de $30,76 \pm 4,72$ pontos (Tabela 2), com um mínimo e máximo obtidos de 14 e 35 pontos, respetivamente. Quanto ao grau de satisfação dos doentes estes, no geral, apresentaram níveis positivos e o mesmo se verificou nos conhecimentos médicos percecionados. No entanto quando analisamos as suas opiniões relativas à bata branca, verificou-se uma concordância geral com a frase “A roupa normal vestida pelo médico torna o ambiente mais relaxado relativamente à bata branca.”, já nas frases “Seria mais fácil comunicar com um médico vestido com roupa normal.” e “A bata branca é o único vestuário aceitável para um médico.” a tendência da maioria dos doentes foi discordar das mesmas.

Analisando a resposta aos principais objetivos deste estudo (satisfação com a consulta, confiança e empatia com o médico) nos 2 grupos de doentes, em consultas com e sem bata branca, não foi verificada uma diferença significativa entre os dois, tendo existido nos 3 objetivos tendência para valores superiores no caso de a consulta ter sido realizada sem bata branca, comparativamente às com bata (Tabela 2).

Quanto aos objetivos secundários, não houve diferença significativa entre os grupos de consulta com e sem bata branca ao nível das variáveis de conhecimentos do médico percecionados pelo doente nem na opinião quanto à frase: “A roupa normal vestida pelo médico torna o ambiente mais relaxado relativamente à bata branca.”, tendo também tendido para opiniões mais positivas no grupo de doentes que frequentou consultas sem bata branca. Também não houve diferença significativa relativamente à satisfação e conforto dos médicos com ou sem bata branca, que em regra tenderam para uma satisfação superior nas consultas em que estes não vestiram bata, já o conforto revelou-se superior quando realizavam consultas com bata branca.

Na concordância com a frase: “Seria mais fácil comunicar com um médico vestido com roupa normal.”, obteve diferença significativa entre os grupos ($p=0,001$), sendo superior nas consultas feitas sem bata. Também a concordância com a frase: “A bata branca é o único vestuário aceitável para um médico.” obteve uma diferença significativa entre os grupos ($p<0,001$), sendo a concordância obtida nas consultas com bata superior ao das consultas sem bata (Tabela 2).

Tabela 2: Comparação das respostas do doente acerca da satisfação com os cuidados médicos, confiança total, confiança na relação médico-doente, confiança nas competências do médico, percepção de conhecimentos médicos e opinião sobre o vestuário médico e das respostas do médico acerca da sua Satisfação e do seu Conforto com a Consulta.

	Consulta com bata branca			Consulta sem bata branca			p	Total de Consultas		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		n	Média Total	Desvio Padrão
Satisfação do Doente	143	3,85	±0,37	141	3,86	±0,35	0,981	284	3,86	±0,36
Confiança Total no Médico	132	36,46	±7,01	125	37,54	±6,08	0,321	257	36,98	±6,58
Confiança na Relação com o Médico	136	18,24	±5,64	130	19,02	±5,01	0,365	266	18,62	±5,35
Confiança nas Competências do Médico	137	18,23	±2,64	132	18,33	±2,40	0,882	269	18,28	±2,52
Empatia Médica	138	30,60	±5,06	136	30,92	±4,35	0,997	274	30,76	±4,72
Conhecimentos Médicos Percecionados	143	3,88	±0,37	140	3,84	±0,37	0,213	283	3,86	±0,37
“A roupa normal vestida pelo médico torna o ambiente mais relaxado relativamente à bata branca.”	142	2,80	±1,34	141	2,98	±1,31	0,241	283	2,89	±1,33
“Seria mais fácil comunicar com um médico vestido com roupa normal.”	141	1,65	±1,37	141	2,23	±1,44	0,001	282	1,94	±1,43
“A bata branca é o único vestuário aceitável para um médico.”	142	2,37	±1,58	141	1,58	±1,57	<0,001	283	1,98	±1,62
Satisfação do Médico	144	3,63	±0,54	141	3,72	±0,52	0,084	285	3,68	±0,53
Conforto do médico	144	3,65	±0,55	140	3,54	±0,69	0,244	284	3,60	±0,62

Analisámos as opiniões relativas à frase “A bata branca é o único vestuário aceitável para um médico.” em diferentes grupos etários dos doentes e apercebemo-nos que estas opiniões variam com a idade ($p=0,018$), sendo que até aos 65 anos, inclusive, a tendência foi discordar, enquanto que as pessoas com 65 ou mais anos, tenderam a concordar com a afirmação. Se compararmos as opiniões da mesma frase, mas em pessoas com diferentes níveis de escolaridade notamos também que a discórdia é superior quando falamos em pessoas com mais do que o 12º ano ($p=0,011$). Por último, ao comparar entre doentes que tiveram consultas com médicos de sexo diferentes do seu, apercebemo-nos que não há variação significativa entre os grupos (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação das respostas à afirmação “A bata branca é o único vestuário aceitável para um médico.”, dependendo da idade e grau de escolaridade do doente e sexo do médico.

		n	Média	Desvio Padrão	p
Idade do doente	18 a 65 anos	222	1,83	±1,57	0,018
	Mais de 65 anos	53	2,43	±1,74	
	Total	275	1,95	±1,62	
Grau de Escolaridade do doente	Até ao 12º ano	216	2,09	±1,63	0,011
	Mais que o 12º ano	60	1,48	±1,48	
	Total	276	1,96	±1,62	
Sexo do Médico	Feminino	159	1,84	±1,64	0,128
	Masculino	124	2,15	±1,59	
	Total	283	1,98	±1,62	

4. DISCUSSÃO

Apesar de existirem múltiplos estudos anteriores em várias áreas da medicina e em outros países que comprovam que o vestuário médico tem influência no que é percecionado pelos doentes relativamente aos seus cuidados de saúde⁴, neste estudo verificou-se que a satisfação dos pacientes não teve diferenças significativas entre os doentes que realizaram consultas com ou sem a utilização de bata branca, tal como tinha sido verificado no estudo de Kersnik *et al.*⁸ e outros⁹⁻¹². Isto provavelmente é justificado pela elevada empatia e confiança percecionada nos cuidados que são prestados (que pudemos constatar nesta amostra) estar acima do modo como se veste quem os presta, sendo a aparência um fator não tão importante para os doentes. O mesmo aconteceu com a confiança: verificou-se que

a bata branca não a afetava, tanto na sua globalidade, como, especificamente, a nível das competências médicas e relação médico-doente, algo que já tinha sido reportado por doentes americanos num estudo de Cha *et al.*¹³, tal como em outros trabalhos^{14,15}. Neste caso, tal como na satisfação, os resultados levam-nos a crer que a aparência não é para os nossos doentes o principal e que a confiança é algo que dependerá mais das pessoas envolvidas na relação, ou seja, do médico e do doente, do que propriamente do modo como o médico se apresenta. No entanto, há estudos que nos indicam que a bata branca leva a maiores níveis de confiança¹⁶⁻²⁸, o que pode ser atribuído ao facto de os mesmos terem sido realizados em outras áreas da medicina, nomeadamente: cuidados intensivos²⁸, dermatologia²⁴, medicina interna²³ e pediatria¹⁷, ou até mesmo em várias áreas em simultâneo^{18,19,22}, o que poderá levar a diferentes contextos e um tipo de relação médico-doente completamente distinta da que existe com o médico de família em Portugal que, pelo seguimento longitudinal da pessoa e sua família, terá uma relação mais próxima em termos de confiança. Também se poderiam justificar as diferentes conclusões por não existir encontro médico-doente em alguns destes estudos^{17,19-28}, o que difere da metodologia da nossa investigação que acaba por centrar a opinião no médico de família em específico e, ainda, pelo facto de serem estudados diferentes países, com diferentes culturas, o que nos poderá levar a diferentes pontos de vista em cada um deles e poder eventualmente não haver uma preocupação tão grande com a aparência e vestuário na cultura portuguesa.

Ao nível da empatia médica, o resultado foi diferente do que tinha sido obtido por Chung *et al.*, que, num estudo realizado em 2012, concluiu que o uso de bata branca levava a scores mais elevados na escala “CARE (Consultation and Relational Empathy)”, comparativamente ao uso de roupa casual¹⁶. No nosso estudo não se verificou diferença significativa entre os scores do questionário JSPPE-VP dos grupos em consultas com e sem bata branca. Esta diferença de conclusões obtidas poderá dever-se não só aos diferentes contextos culturais como foi referido anteriormente, mas também ao facto de terem sido utilizadas diferentes escalas e, no estudo de Chung *et al.*, se selecionarem apenas participantes que estavam numa 1ª consulta com aquele médico.

O vestuário médico não demonstrou igualmente afetar a perceção de conhecimentos médicos pelos doentes participantes, contrariamente ao referido em 2013 por Au *et al.*²⁸, em que os doentes consideravam que a bata branca era sinal de um médico mais experiente. Esta diferença pode dever-se, mais uma vez ao se ter tratado de um estudo sem encontro médico-doente, ou seja, sem uma verdadeira confrontação dos conhecimentos do médico, tendo em vez disso uma apreciação hipotética e abstrata, a partir do aspeto físico em fotografias. A bata branca ser sinal de um médico mais experiente também foi assumida como a razão pela qual os médicos a usariam, segundo um estudo australiano¹⁸, a diferença aqui pode residir na diferença de pontos de vista pois diz-nos que os pacientes acham que

os médicos usam bata por ficarem com uma aparência mais experiente e não que os próprios doentes acham que estes têm um aspeto mais experiente quando a utilizam.

Nas opiniões relativas ao vestuário a tendência geral foi a concordância com a frase “A roupa normal vestida pelo médico torna o ambiente mais relaxado relativamente à bata branca.”, não existindo diferenças significativas entre quem realizou a consulta com um médico de bata ou de roupa casual. Esta semelhança de opiniões pode dever-se ao facto de alguns doentes considerarem a bata branca como símbolo de profissionalismo, cientificidade e autoridade¹⁸, algo que poderá gerar ainda mais tensão num meio em que os pacientes estão mais vulneráveis. Já na frase seguinte, “Seria mais fácil comunicar com um médico vestido com roupa normal.”, apesar da tendência geral ser a discordância, as opiniões divergiram entre os 2 grupos com diferença significativa, havendo uma maior concordância no caso de ter sido um doente que participou numa consulta em que o médico se encontrava sem bata ($p=0.001$). A bata branca pode servir como elemento identificador, facilitando a comunicação médico-doente, pois a sua presença permite que o doente saiba a quem se dirigir e isso pode justificar a tendência para, na generalidade, os doentes discordarem da frase. Esta diferença entre grupos pode ter sido devida aos utentes do grupo atendido por médico com bata não ter experienciado uma consulta com ele sem bata, ao contrário do outro grupo, e não ter tido hipótese de responder após experiência concreta, o que sugere que essa experiência poderá ter influenciado a perceção da facilitação da comunicação com um médico sem bata, ainda que depois não tenha sido suficiente para levar a diferenças na confiança e empatia, pelas razões já elencadas acima. Por último, na 3ª afirmação, “A bata branca é o único vestuário aceitável para um médico.”, a concordância foi superior quando o médico se apresentava de bata ($p<0,001$), mas, apesar disso, a tendência geral foi discordar desta frase, o que não significa que os doentes discordem com o facto de a bata branca ser considerada o vestuário preferido, algo que tinha sido concluído em grande parte estudos anteriores^{4,8-10,13,14,16-20,22,24,25,27-31}, mas sim que não concordam que não exista outro vestuário médico apropriado para além desta. Mais uma vez será natural que o grupo que nunca teve oportunidade de contactar com uma consulta feita pelo seu médico de família sem bata concorde mais que a bata seja o único vestuário aceitável. Contudo, a divergência de opiniões nas 2 últimas frases nos 2 diferentes grupos de doentes, com e sem bata branca, leva-nos a pensar que, apesar de o vestuário médico poder ter a sua importância na relação médico-doente, isto não significa que este tenha de ser rígido e inalterável³². Ao aprofundarmos mais as opiniões quanto à última frase concluímos que, ainda que a tendência na generalidade dos doentes seja discordar desta, quando falamos em doentes com mais de 65 anos isto já não se verifica, ou seja, os doentes idosos tendem a ter uma maior preferência pela bata branca, o que é semelhante ao que se encontra em vários estudos realizados previamente^{20,23,27,30,31}. Não sabemos exatamente a que é que isto

se deve, se à influência dos media³¹ ou até à familiaridade, pois se um doente estiver desde sempre habituado a ver os médicos constantemente de bata branca, é isso que se poderá tornar aceitável para este. Além disso, denotou-se que doentes com um maior nível de escolaridade (ensino superior, neste caso) têm menor preferência pela bata branca, tal como já tinha sido verificado anteriormente²³. Uma possível explicação para tal é o facto de os doentes com ensino superior terem uma maior noção de que nem sempre é um canudo que dita quem é melhor profissional, extrapolando isto para o nosso estudo, não é apenas o modo de vestir que dita quem é melhor ou pior médico e, portanto, a bata branca deixa de ter tanta importância para estes indivíduos. Além disso, podem sentir-se mais próximos das habilitações do médico e aceitar bem que os vestuários sejam também igualados no seu encontro. Isto foi contrário ao que tinha sido verificado por Hartmans *et al.*²⁰, no entanto, mais uma vez, as diferenças entre estes 2 estudos podem dever-se não só às diferentes metodologias como aos diferentes contextos socioculturais pois tratam-se de 2 países distintos, Portugal e Bélgica. Quanto ao sexo do médico, comprovou-se que não tem influência na preferência de vestuário médico, algo vai contra ao que foi reportado, em 2005, por Rehman *et al.*²³. Uma provável justificação para este facto é que, com o passar dos anos, tem vindo a haver uma fomentação da igualdade entre géneros e uma perda do pensamento sexista de que a apresentação física da mulher seja mais importante que a do homem. Além disso, também pelo facto da maioria dos médicos de família em Portugal serem mulheres e portanto se esbater um pouco a diferença³³ que poderia haver na imagem pouco emancipada da mulher como médica e tendo de se apresentar de forma diferente para se afirmar.

No que toca à opinião dos médicos, não se verificaram grandes diferenças na satisfação e conforto dos mesmos consoante o vestuário da consulta, algo que se pode explicar por a satisfação e conforto no decorrer da consulta terem muitas outras variáveis que os afetam além do vestuário, pois fatores como a personalidade do doente, o tipo de relacionamento que mantêm com este ou até mesmo o seu estado de humor nesse dia os poderão influenciar. Ainda assim, a tendência foi para se sentirem mais satisfeitos quando não tinham bata branca e confortáveis quando a tinham, isto poderá dever-se à chamada “força do hábito” pois como estão, todos os médicos incluídos neste estudo, habituados a usar bata, sentiam-se mais confortáveis e protegidos com ela mas, no entanto, também tinham um nível de satisfação superior ao experimentarem fazer consulta sem esta, talvez por o perceberem como uma experiência mais aproximadora do paciente ou por terem expectativas inferiores nessa consulta pelo facto de não terem a sua tão típica bata. Seria interessante aprofundar este tema e perceber se a satisfação dos médicos com as consultas e com o seu trabalho se poderá modificar com alterações no seu vestuário ou até na disposição do gabinete favorecedora da aproximação com o paciente.

A metodologia utilizada nesta investigação permitiu-nos uma perspetiva mais válida e real da opinião dos doentes comparativamente aos estudos em que são apresentadas fotografias, pois referia-se ao médico que tinham à frente e não a médicos para eles desconhecidos. Outro ponto que favorece esta investigação foi a sua realização em várias unidades de saúde, possibilitando-nos uma maior diversidade sociocultural. Além do mais, a nossa amostra teve um número superior ao calculado como necessário para ser representativa da população da ARS Centro. E ainda, tal como na população frequentadora de unidades de saúde da ARS Centro, a maioria dos utentes era do sexo feminino e do escalão etário dos 41 aos 65 anos³⁴. Contudo, este estudo foi realizado apenas em unidades de saúde pertencentes à ARS Centro, o que nos pode permitir extrapolar resultados nesta região, no entanto não nos permite tirar conclusões acerca da realidade no nosso país. Tendo sido feito apenas em cuidados primários, não podemos também generalizar os resultados para o meio hospitalar.

Durante a realização dos questionários, e apesar destes utilizarem escalas validadas na população portuguesa, verificou-se dificuldade na interpretação das frases da escala “Trust in physician” por alguns dos doentes, devido à sua baixa literacia, o que pode ter resultado em erros nas respostas e nos faz questionar a pertinência de simplificar e adaptar estas escalas para populações com uma literacia mais baixa. Para além disso, o facto de serem os médicos a entregar o questionário aos doentes no final das consultas poderá ter induzido um viés nas respostas. As respostas podem ter sido influenciadas também por nem todos os médicos se encontrarem com o respetivo ficheiro de doentes desde a mesma altura e não termos medido quantas vezes nem há quanto tempo estes o conheciam, ou seja, uma vez que a confiança e empatia são particularidades de uma relação que por vezes necessitam de tempo para serem construídas, é difícil compará-las quando determinados médicos se relacionam com o doente há mais tempo que outros. Ainda assim, incluímos médicos que estavam há menos e mais tempo com os mesmos utentes. Além disso, sendo este um estudo feito apenas após uma consulta, não nos permite avaliar se esta preferência poderá variar com o tempo nem qual era a perceção dos pacientes antes da consulta ter sido feita. Para além disto, as próprias personalidades, tanto do médico como do doente podem influenciar a interação na relação médico-doente e consecutivamente os resultados deste estudo, ao não ter sido possível tê-las em conta, estas podem funcionar como um fator confundidor dos resultados obtidos.

5. CONCLUSÃO

Posto isto, podemos concluir que o vestuário médico não foi considerado uma barreira na relação médico doente, não tendo demonstrado, neste estudo, influência significativa na satisfação, confiança, empatia e conhecimentos médicos percebidos pelo doente, nem na satisfação e conforto do médico, em contexto de cuidados primários. Quanto à opinião dos doentes sobre o vestuário médico, não se verificou nenhuma tendência geral para favorecer o uso de bata branca e acaba por se tornar difícil definir quão importante é para os doentes o vestuário quando comparado com a elevada confiança, empatia, prestabilidade, delicadeza, capacidade de ouvir e de se fazer entender pelos doentes. Ainda assim, parece importante aprofundar esta investigação já que o vestuário, mesmo que não seja o mais importante na relação médico-doente, seria mais facilmente alterável do que personalidade e até a capacidade de empatia de um médico. Este estudo poderá ser um ponto de partida para muitos outros tanto numa perspetiva de generalizar os resultados aqui obtidos para a realidade do nosso país, como fazer uma avaliação em estudos com exposição cruzada, ou seja o mesmo grupo de doentes serem avaliados numa consulta com bata e numa sem bata branca, e ainda abordar o tema em outras áreas da medicina, nomeadamente áreas que se enquadrem em cuidados hospitalares.

Agradecimentos

Agradeço a todos os doentes das unidades de saúde que se disponibilizaram para preencher o questionário e que, com a sua colaboração inestimável, permitiriam a realização desta investigação.

Agradeço a todos os médicos que colaboraram, nomeadamente Doutor António Correia, Doutor António Pereira, Doutora Catarina Matias, Doutora Conceição Maia, Doutor David Brito, Doutor Diogo Abreu, Doutor Gil Correia, Doutora Inês Madanelo, Doutor Luís Monteiro, Doutora Raquel Sousa, Doutora Regina Belo, Doutora Rita Gomes, Doutora Sara Dinis e Doutor Tiago Marques, cuja cooperação foi também fulcral para que o estudo fosse realizado.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Inês Rosendo e à minha coorientadora Doutora Liliana Constantino, profissionais de excelência por quem tenho profunda gratidão e admiração. Agradeço por toda a disponibilidade, empenho e acima de tudo por todos os ensinamentos ao longo deste projeto.

Agradeço à minha família, amigos e namorado por serem a minha base, o meu apoio inestimável, por estarem sempre presentes e que por isso, têm um papel tão importante em todo o meu percurso e em tudo o que estou a construir.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braga K. Por que os profissionais da saúde vestem branco? Revista Decifra-me. 2010 Aug; Available from: <https://revistadeciframe.com/2010/08/09/por-que-os-profissionais-da-saude-vestem-branco/>
2. Horstmanshoff M. Hippocrates and Medical Education. Hippocrates and Medical Education. Leiden: Brill; 2010. 564 p.
3. Passos P. Por que os médicos usam jaleco branco? Superinteressante. 2011.
4. Michael Petrilli C, Mack M, Janowitz Petrilli J, Hickner A, Saint S, Chopra V. Understanding the role of physician attire on patient perceptions: A systematic review of the literature - Targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. *BMJ Open*. 2015;5(1).
5. Pereira M da G, Pedras S, Machado JC. Adaptação do questionário de confiança no médico em pacientes com diabetes tipo 2 e seus companheiros. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2013;26(2):287–95.
6. Guerra J. A empatia na consulta. Tese de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2016.
7. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa; 2016. Available from: www.acss.min-saude.pt
8. Kersnik J, Tusek-Bunc K, Glas KL, Poplas-Susiè T, Vodopivec-Jamsek V. Does wearing a white coat or civilian dress in the consultation have an impact on patient satisfaction? *Eur J Gen Pract*. 2005;11:35–6.
9. Baevsky RH, Fisher AL, Smithline HA, Salzberg MR. The influence of physician attire on patient satisfaction. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 1998. p. 82–4.
10. Ikusaka M, Kamegai M, Sunaga T, Narita N, Kobayashi H, Yonenami K, et al. Patients' attitude toward consultations by a physician without a white coat in Japan. *Intern Med*. 1999;38:533–6.
11. Fischer RL, Hansen CE, Hunter RL, Veloski JJ. Does physician attire influence patient satisfaction in an outpatient obstetrics and gynecology setting? *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196:186.e1-186.e5.
12. Li SF, Haber M. Patient attitudes toward emergency physician attire. *J Emerg Med*. 2005;29:1–3.
13. Cha A, Hecht BR, Nelson K, Hopkins MP. Resident physician attire: Does it make a difference to our patients? *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1484–8.

14. Al-Ghobain MO, Al-Drees TM, Alarifi MS, Al-Marzoug HM, Al-Humaid WA, Asiry AM. Patients' preferences for physicians' attire in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2012;33:763–7.
15. Niederhauser A, Turner MD, Chauhan SP, Magann EF, Morrison JC. Physician attire in the military setting: does it make a difference to our patients? *Mil Med*. 2009 Aug;174:817–20.
16. Chung H, Lee H, Chang D-S, Kim H-S, Lee H, Park H-J, et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient–doctor relationship. *Patient Educ Couns*. 2012 Dec;89:387–91.
17. Budny AM, Rogers LC, Mandracchia VJ, Lascher S. The physician's attire and its influence on patient confidence. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2006;96:132–8.
18. Gooden BR, Smith MJ, Tattersall SJ, Stockler MR. Hospitalised patients' views on doctors and white coats. *Med J Aust*. 2001 Aug 20;175:219–22.
19. Yonekura CL, Certain L, Karen SKK, Alcântara GAS, Ribeiro LG, Rodrigues-Júnior AL, et al. Impressões de pacientes, médicos e estudantes de Medicina quanto a aparência dos médicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2013 Sep;59:452–9.
20. Hartmans C. The Doctor's New Clothes: Professional or Fashionable? *Prim Heal Care Open Access*. 2014;03:145.
21. Chang D-S, Lee H, Lee H, Park H-J, Chae Y. What to Wear When Practicing Oriental Medicine: Patients' Preferences for Doctors' Attire. *J Altern Complement Med*. 2011 Aug;17:763–7.
22. Gherardi G, Cameron J, West A, Crossley M. Are we dressed to impress? A descriptive survey assessing patients' preference of doctors' attire in the hospital setting. *Clin Med*. 2009 Dec;9:519–24.
23. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med*. 2005 Nov;118:1279–86.
24. Maruani A, Léger J, Giraudeau B, Naouri M, Le Bidre E, Samimi M, et al. Effect of physician dress style on patient confidence. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2013;27:333–7.
25. McNaughton-Filion L, Chen JS, Norton PG. The physician's appearance. *Fam Med*. 23:208–11.
26. Kocks JWH, Lisman-van Leeuwen Y, Berkelmans PGJ. [Clothing make the doctor--patients have more confidence in a smartly dressed GP]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2010;154:A2898.

27. McKinstry B, Wang JX. Putting on the style: what patients think of the way their doctor dresses. *Br J Gen Pract.* 1991 Jul;41:270, 275–8.
28. Au S, Khandwala F, Stelfox HT. Physician Attire in the Intensive Care Unit and Patient Family Perceptions of Physician Professional Characteristics. *JAMA Intern Med.* 2013 Mar 25;173:465–7.
29. Gallagher J, Waldron Lynch F, Stack J, Barragry J. Dress and address: patient preferences regarding doctor's style of dress and patient interaction. *Ir Med J.* 101:211–3.
30. Kurihara H, Maeno T, Maeno T. Importance of physicians' attire: factors influencing the impression it makes on patients, a cross-sectional study. *Asia Pac Fam Med.* 2014 Jan 8;13:2.
31. Sotgiu G, Nieddu P, Mameli L, Sorrentino E, Pirina P, Porcu A, et al. Evidence for preferences of Italian patients for physician attire. *Patient Prefer Adherence.* 2012 Apr;6:361.
32. Brandt LJ. On the Value of an Old Dress Code in the New Millennium. *Arch Intern Med.* 2003 Jun 9;163:1277–81.
33. Instituto Nacional de Estatística. Médicas/os especialistas por Local de residência, Sexo e Especialidade, subespecialidade ou competência. 2017. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008465&contexto=bd&seITab=tab2
34. Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários 2019. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/Pages/default.aspx>

Anexos

Anexo I – Questionário dirigido ao doente

Anexo II – Pedido e autorização aos autores das escalas

Anexo III – Questionário dirigido ao médico

Anexo IV – Consentimento Informado

Anexo V – Pedido de autorização para a recolha de dados

Anexo VI – Autorização da ARS Centro

Anexo I – Questionário dirigido ao doente



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

INFLUÊNCIA DO USO DA BATA BRANCA NA COMUNICAÇÃO DURANTE A CONSULTA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Questionário dirigido ao doente:

Parte I – Características Sociodemográficas

Idade: _____ Anos		
Género:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
Toma medicamentos regularmente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sabe ler e escrever?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se respondeu sim na questão anterior, assinale o máximo nível de escolaridade completo que possui.	<input type="checkbox"/> Inferior à 4ª Classe	<input type="checkbox"/> 4ª Classe (1º Ciclo)
	<input type="checkbox"/> 6ºano (2º Ciclo)	<input type="checkbox"/> 9ºano (3º Ciclo)
	<input type="checkbox"/> 12ºAno (Secundário)	<input type="checkbox"/> Ensino Superior
Atividade profissional:	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio
	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Doméstica
	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Indústria
	<input type="checkbox"/> Reformado	<input type="checkbox"/> Outro
	<input type="checkbox"/> Serviços	

Parte II – Satisfação

Instruções: Gostaríamos de saber qual o seu grau de satisfação com esta consulta de Medicina Geral e Familiar, por favor use a escala de 0 a 4 pontos para a classificar e anote a sua avaliação entre 0 e 4 assinalando o número no quadrado depois do mesmo (sendo 0=mau e 4=excelente).

Itens relativos à satisfação	0 (Mau) → 4 (Excelente)
1. Quão satisfeito se sentiu com o decorrer desta consulta de medicina geral e familiar?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Parte III – Confiança

Instruções: Avalie as frases seguintes relativas à confiança que tem no seu Médico de Família na escala de 0 a 4 sendo 0=discordo muito e 4=concordo muito.

Itens relativos à Confiança no Médico	0 (Discordo Muito) → 4 (Concordo Muito)
1 - Eu duvido que o meu médico se interesse realmente por mim como pessoa.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2 - Habitualmente, o meu médico tem em consideração as minhas necessidades e coloca-as em primeiro plano.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3 - Eu confio tanto no meu médico que tento sempre seguir os seus conselhos.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4 - Se o meu médico me diz alguma coisa, eu acredito que seja verdade.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
5 - Por vezes não confio na opinião do meu médico e gostaria de uma segunda opinião.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
6 - Eu confio nos juízos do meu médico sobre os meus cuidados de saúde.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
7 - Eu sinto que o meu médico não faz tudo o que está ao seu alcance pelos meus cuidados médicos.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
8 - Eu acredito que o meu médico coloca as minhas necessidades médicas acima de tudo quando está a tratar os meus problemas de saúde.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
9 - O meu médico é um especialista em tratar problemas médicos como o meu.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
10 - Eu confio que o meu médico me conte se algum erro foi cometido durante o meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
11 - Algumas vezes preocupo-me que o meu médico não mantenha as informações discutidas nas nossas conversas confidenciais.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Parte IV – Empatia

Instruções: Gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca da sua relação com o seu médico de família. Por favor use a escala em sete pontos e anote a sua avaliação entre 1 e 7 assinalando o número com que mais se identifica para cada frase no espaço antes de cada frase. Na escala 1 significa que esta em pleno desacordo e 7 que está em pleno acordo.

Itens relativos à relação médico-doente	1 (Pleno Desacordo) → 7 (Pleno Acordo)
1 - Conseguo compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

2 - Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
3 - Parece preocupado acerca de mim e da minha família.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
4 - Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
5 - É um médico que me compreende.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

Parte V – Competência e conhecimento percecionado

Instruções:

Avalie as 2 seguintes frases na escala de 0 a 4, novamente em que 0=mau e 4=muito bom.

Itens relativos à competência e conhecimentos do médico	0 (Mau) → 4 (Muito Bom)
1. Durante esta consulta qual o grau de conhecimentos que atribui ao médico sobre os temas tratados.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. Que grau de competência atribui ao seu médico a exercer as suas funções.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Parte VI – Vestuário

Instruções:

Por último classifique as 3 últimas frases na escala de 0 a 4, novamente em que 0=discordo muito e 4=concordo muito.

Itens relativos ao vestuário do médico durante a consulta	0 (Discordo Muito) → 4 (Concordo Muito)
1. A roupa normal vestida pelo médico torna o ambiente mais relaxado relativamente à bata branca.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. Seria mais fácil comunicar com um médico vestido com roupa normal.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3. A bata branca é o único vestuário aceitável para um médico.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Anexo II - Pedido e autorização aos autores das escalas

Exma. Sra. Dra. Maria Graça Pereira,

O meu nome é Leonor Marques Caetano Carreira, sou estudante do 6º ano do mestrado integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

De momento estou a desenvolver um estudo para a minha Tese de Mestrado cujo tema é: *"Influência do uso da bata branca na comunicação durante a consulta de medicina geral e familiar"*, tutorado pela Professora Doutora Inês Rosendo.

O objetivo principal é perceber a influência do uso de bata branca na comunicação médico-doente no decorrer da consulta de medicina geral e familiar. Avaliar especificamente a confiança, empatia percebida, perceção de competência, conhecimentos e satisfação dos pacientes e a satisfação dos médicos, através de um questionário distribuído aos doentes no final da consulta.

Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização para a utilização da Versão Portuguesa da escala "Trust in Physician", por si validada no artigo *"Adaptação do Questionário de Confiança no Médico em Pacientes com Diabetes Tipo 2 e seus Companheiros"*.

Muitíssimo obrigada,

Os melhores cumprimentos,

Leonor Marques Caetano Carreira

(aluna de 6º ano da Faculdade e Medicina da Universidade de Coimbra)

Bom dia

Tem sim autorização para usar o referido questionário.

Atentamente

M.Graça Pereira

M.Graça Pereira, PhD

School of Psychology/Escola de Psicologia

Associate Professor with Aggregation/Professora Associada com Agregação

University of Minho/ Universidade do Minho

Campus de Gualtar

4710-057 Braga - Portugal

email:gracep@psi.uminho.pt

Research Group: Family Health & Illness

http://escola.psi.uminho.pt/unidades/saude_doenca

Exmo Sr. Dr. Luiz Santiago.,

O meu nome é Leonor Marques Caetano Carreira, sou estudante do 6º ano do mestrado integrado em Medicina da

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

De momento estou a desenvolver um estudo para a minha Tese de Mestrado cujo tema é: “Influência do uso da bata branca na comunicação durante a consulta de medicina geral e familiar”, tutorado pela Professora Doutora Inês Rosendo.

O objetivo principal é perceber a influência do uso de bata branca na comunicação médico-doente no decorrer da consulta de medicina geral e familiar. Avaliar especificamente a confiança, empatia percebida, perceção de competência, conhecimentos e satisfação dos pacientes e a satisfação dos médicos, através de um questionário distribuído aos doentes no final da consulta.

Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização para a utilização da escala "JSPPPE-VP"

("Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy" – Versão Portuguesa), por si validado juntamente com o Dr.

João Pedro Guerra no Artigo Científico "A Empatia na Consulta"?

Muitíssimo obrigada,

Os melhores cumprimentos,

Leonor Marques Caetano Carreira

(aluna de 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra)

Leonor:

Esteja à vontade. Será um prazer ver um artigo nosso ser citado.

Luiz Miguel Santiago

MD, PhD

Professor Associado com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Consultor, Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>

Researcher - ID: P-9545-2018

Scopus Author - ID: 7006027550

Anexo III – Questionário dirigido ao médico



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Questionário dirigido ao médico:

Instruções:

Responda as duas primeiras questões (a) e b)) de Sim/Não e classifique as 2 últimas frases na escala de 0 a 4.

Na alínea c), 0 equivale a muitíssimo insatisfeito e 4 equivale a completamente satisfeito.

Na alínea d), 0 equivale a totalmente desconfortável e 4 equivale a um conforto pleno.

a) Nos últimos meses, teve por hábito usar bata branca durante as consultas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b) Usou bata branca no decorrer desta consulta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
c) Qual o seu grau de satisfação relativamente a comunicação e empatia percebidas nesta consulta?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
d) Qual o grau de conforto que sentiu ao exercer a sua função no decorrer desta consulta?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Anexo IV – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: “Influência do uso da bata branca na comunicação durante a consulta de medicina geral e familiar”

Enquadramento: Estudo transversal, multicêntrico realizado na região Centro, no âmbito do trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra de Leonor Marques Caetano Carreira, orientada pela Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano.

Explicação do estudo: Com este estudo, espera-se perceber a influência do uso de bata branca na comunicação médico-doente no decorrer da consulta de medicina geral e familiar. Avaliar especificamente a confiança, empatia percebida, perceção de competência e conhecimentos e satisfação dos pacientes e a satisfação dos médicos. Perceber a influência das características sociodemográficas do paciente, médico e características locais nestas variáveis.

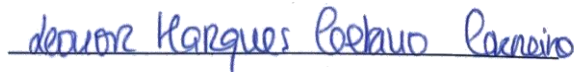
Tratar-se-á de um estudo transversal com amostra quase-aleatória com inclusão do primeiro e último pacientes em consulta em cada dia durante 10 dias de 25 médicos da região centro, sendo que em dias alternados o médico fará consulta com uso de bata branca ou sem uso de bata branca. Os médicos serão voluntários, divididos entre médicos que habitualmente usam bata branca e habitualmente não usam bata branca e de ambos os sexos e diversas localidades urbanas e rurais. As variáveis avaliadas pelo paciente em questionário a aplicar no final da consulta serão a empatia médica percebida pelo paciente, satisfação com a consulta, confiança no médico, perceção de competência e conhecimentos, medidas com questionários validados ou perguntas simples de resposta em escala de Lickert. O médico avaliará também a sua satisfação com a consulta. Serão colhidas variáveis sociodemográficas do paciente e médico.

Condições e financiamento: O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo teve a aprovação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e da Comissão de Ética da ARS Centro.

Confidencialidade e anonimato: Toda a informação recolhida nos questionários deste estudo será de carácter anónimo.

O investigador:

Assinatura:



Data: 02/11/2018

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome do utente:

Assinatura:

__/__/__

Data:

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: _____ **assinatura:** _____ **parentesco:** _____

Nome: _____ **assinatura:** _____ **parentesco:** _____

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO: 1UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Anexo V – Pedido de autorização para a recolha de dados



Pedido de autorização para a recolha de dados

Exmo(a). Sr(a).

O meu nome é Leonor Marques Caetano Carreira, sou estudante do mestrado integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. De momento estou a desenvolver um estudo cujo tema é: “Influência do uso da bata branca na comunicação durante a consulta de medicina geral e familiar”, que vai decorrer a partir de Outubro/Novembro de 2018 e vai consistir em colheita de 2 questionários por dia, sendo que serão colhidos na consulta do primeiro e último doente do dia, em 10 dias consecutivos de consultas nesses meses, sendo que se usará bata em dias alternados nessas consultas.

O objetivo principal é perceber a influência do uso de bata branca na comunicação médico-doente no decorrer da consulta de medicina geral e familiar. Avaliar especificamente a confiança, empatia percebida, percepção de competência e conhecimentos e satisfação dos pacientes e a satisfação dos médicos. Perceber a influência das características sociodemográficas do paciente, médico e características locais nestas variáveis.

Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização e colaboração para recolha de dados nesta Unidade de Saúde de Medicina Geral e Familiar.

Saliento ainda que o estudo não envolve qualquer alteração no decorrer da consulta e que o pedido de colaboração dos utentes será feito mediante consentimento informado e após autorização de comissão de ética da ARS Centro.

Certa de que o seu contributo me irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

AUTORIZAÇÃO AO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO/UNIDADE

Eu _____, responsável da unidade _____, autorizo a recolha de dados no âmbito do estudo de investigação supracitado.

O(A) Responsável:

_____, ____ de _____ de 20____

Anexo VI – Autorização da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável	DESPACHO: <i>Heuligra un teiam</i> <i>F. Fontes</i> <i>22.11.2018</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
--	---

ASSUNTO: 77/2018 - "Influência do uso da bata branca na comunicação durante a consulta de medicina geral e familiar"

[Signature]
Dr.ª Rosa Reis Morais
[Signature]
Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cabral
Vogal,
[Signature]
Dr. Maria Bulwo
Vogal,

Pela análise do questionário apresentado o tratamento dos dados será feito de forma anónima. Ou seja, não serão tratados dados pessoais, o que é correto e o que implicaria (mesmo que o atual Regulamento não estivesse em vigor) que não haveria necessidade de notificação à CNPD. Caso, efetivamente, não exista a mobilização de quaisquer dados pessoais não verificamos a existência de ~~quaisquer~~ outros pontos que possam causar quaisquer constrangimentos à realização da presente investigação.

Coimbra, 21 de Novembro de 2018

O Relator:
[Signature]
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES
[Signature]
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)