



SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Sociologia

---

**O elefante na sala: a influência do computador na relação médico-doente em contexto de consulta**

Andreia Isabel Benedito Vieira

Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação

Orientadora: Doutora Rita Maria Espanha Pires Torrado da Silva, Professora Auxiliar com Agregação, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2020



*Para a minha filha Maria,  
como prova de que a curiosidade é a força maior que nos move  
e a ânsia de responder a perguntas é o que nos leva sempre além.*



## Agradecimentos

Qualquer percurso é feito com apoio, amparo e incentivo e este caminho que me traz aqui não é exceção. Sou profundamente grata à minha filha, que, aos 10 anos, me deu a mão para que eu nada temesse. Ao Nelson, que me pegou na outra mão e me sorriu. Ambos foram os que ao longo do último ano mais se viram privados da minha atenção, mas foram também os que mais cuidaram para que eu nunca hesitasse.

Agradeço a toda a minha família, a minha retaguarda. Sabê-los presentes, mesmo na ausência, permite-me dar os passos de que preciso para avançar. Agradeço aos meus amigos, aos que estão sempre lá, nomeadamente à Sónia e ao Pedro, por todo o apoio e estímulo.

Um agradecimento muito especial e destacado à professora Rita Espanha, que desde o primeiro momento, sem me conhecer, aceitou orientar-me, fazendo-o sempre com total disponibilidade, generosidade, atenção e empenho. O seu forte conhecimento na área que decidi pesquisar aliado ao pragmatismo que sempre manteve e me transmitiu foram absolutamente determinantes para que eu seguisse em frente. Num ano marcado pela pandemia de Covid-19 – com todas as implicações que se conhecem – foi crucial o seu apoio para que eu não me perdesse nas dificuldades que surgiram, impelindo-me a encontrar soluções sem hesitar.

Sou ainda grata a todos os que, ao longo de anos, me ajudaram a estruturar o pensamento sobre a temática que aqui investigo. Enquanto jornalista de saúde, muitas foram as conferências a que assisti, assim como as entrevistas que realizei, em que este tema foi abordado, contribuindo para aprofundar o meu interesse sobre o assunto e despertando-me para a importância decisiva da relação médico-doente e da sua implicação em dimensões que não se esgotam - embora se reflitam enormemente - nos resultados em saúde.

A minha profunda gratidão ainda a todos os que aceitaram ser entrevistados para esta pesquisa. Sem a perspetiva e a reflexão de cada um não teria sido possível chegar a conclusões.



## Resumo

As tecnologias de informação e comunicação têm vindo a assumir uma crescente relevância no sector da saúde. Como consequência, o computador é presença cada vez mais assídua e até obrigatória nos consultórios médicos. Com esta investigação pretendeu-se perceber se o computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente e, em caso afirmativo, determinar se a mesma é positiva. Procurou-se também averiguar se os níveis de literacia digital dos médicos e doentes afetam a forma como a relação médico-doente é estabelecida e percecionada. Para tal, recorreu-se a metodologia qualitativa assente no estudo de caso, entrevistando-se nove especialistas de medicina geral e familiar a exercer em unidades de cuidados de saúde primários (CSP) no país, bem como 30 utentes de CSP. Concluiu-se que o computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente, a qual pode ser considerada positiva, com as vantagens identificadas a sobreporem-se às desvantagens. Ficou patente que é mais a forma como o computador é utilizado e até posicionado durante a consulta – e não o computador propriamente dito – assim como o desenho dos sistemas informáticos e a sua interconexão, que parece interferir na relação médico-doente, com diversos entrevistados a chamarem a atenção para estas questões e até a apresentarem sugestões para as ultrapassar. Entre estas contam-se, por exemplo, a redução do tempo em que o computador é utilizado durante a consulta. Quanto à influência da literacia digital de médicos e doentes na forma como ambos estabelecem e percecionam a relação, concluiu-se pela necessidade de aprofundar a investigação.

Palavras-chave: Relação médico-doente, comunicação médico-doente, computador no consultório médico, influência do computador, encontro clínico, literacia digital



## **Abstract**

Information and communication technologies are becoming increasingly important in the healthcare sector. As a result, the computer assumes an increasingly frequent and even mandatory presence in medical offices. This investigation aimed to understand whether the presence of the computer influences the doctor-patient relationship and, if so, to verify whether it exerts a positive influence. It was also sought to ascertain whether the levels of digital literacy of physicians and patients affect the way the doctor-patient relationship is established and perceived. A qualitative methodology based on case study was used, which comprised interviewing nine familiar physicians working in several Portuguese primary health care (PHC) units, as well as 30 users of PHC. It was concluded that the presence of the computer in medical offices has an influence on the doctor-patient relationship, which can be considered positive, with the identified advantages prevailing over the disadvantages. It became clear that the doctor-patient relationship seems to be more affected by how the computer is used and even located during consultations, as well as by the computer systems design and interconnection, than by the computer itself, with several interviewees drawing attention to these issues and even making suggestions to overcome them. These suggestions include, for example, reducing the time the computer is used during consultation. As for the influence of physicians and patients' digital literacy in the way they both establish and perceive the relationship, it was concluded that there is a need to deepen the investigation.

Keywords: Doctor-patient relationship, doctor-patient communication, computer in the medical office, computer influence, clinical encounter, digital literacy



## ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução .....	1
1 A Relação Médico-Doente.....	3
1.1 Essência e Características da Relação .....	3
1.2 A Tecnologia e a Relação .....	5
1.3 O Computador no Consultório – A Percepção dos Médicos .....	6
1.4 O Computador no Consultório – A Percepção Dos Doentes .....	9
1.5 A Personalidade do Médico Como Determinante da Relação .....	10
1.6 Atitude do Médico Face à Tecnologia e Influência na Relação .....	12
1.6.1 Literacia e saúde digital – a aceitação da tecnologia .....	12
1.6.2 A literacia digital dos médicos e a sua atitude face à tecnologia.....	13
1.7 Favorecer Atitudes Positivas Face à Tecnologia.....	14
1.8 Preparação Para Uma Nova Relação Médico-Doente.....	16
2 Metodologia de Investigação – Estudo de Caso .....	17
2.1 Desenho da Pesquisa.....	18
2.2 Seleção da Amostra .....	19
3 Apresentação e Discussão de Resultados .....	21
3.1 A Perspetiva do Doente.....	21
3.1.1 Vantagens e desvantagens .....	21
3.1.2 Impacto na relação médico-doente .....	23
3.1.3 Usar ou não usar – e se a decisão fosse do doente?.....	25
3.1.4 Literacia digital como condicionante de usos e percepções .....	26
3.2 A Perspetiva do Médico .....	28
3.2.1 Usos, vantagens e desvantagens.....	29
3.2.2 Impacto na relação médico-doente .....	31
3.2.3 Literacia digital e uso de computador na consulta .....	34
4 Notas Finais .....	37
BIBLIOGRAFIA .....	41
ANEXOS .....	47

## **Glossário de siglas**

CSP – Cuidados de saúde primários

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

MGF – Medicina geral e familiar

NHS - National Health Service

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SI - Sistema de informação

TIC - Tecnologias de informação e comunicação

## INTRODUÇÃO

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) desempenham um papel central nas sociedades contemporâneas, contribuindo não só para as significativas alterações de índole tecnológica, mas também sociais, dando origem ao que Castells (2002) designa por “sociedade em rede”. Com as TIC a permearem as várias dimensões do mundo, a informação e o conhecimento assumem uma relevância extrema, tendo Castells constatado o surgimento de uma nova estrutura social - a economia informacional, ou informacionalismo - uma vez que os modelos de produtividade e competitividade passaram a depender da capacidade de gerar, processar e aplicar com eficiência a informação (Castells, 2002).

Uma das dimensões em que tal se torna amplamente visível neste novo modelo de sociedade é a da prestação de cuidados de saúde, onde a utilização de TIC é omnipresente e inevitável, tendo em conta os muitos benefícios que daí podem decorrer. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico<sup>1</sup> aponta como potenciais vantagens da implementação das TIC no sector da saúde a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e eficiência - com destaque para o aumento de aspectos relacionados com a segurança do doente - a redução de custos operacionais dos serviços clínicos e administrativos, além da possibilidade de aplicação de novos modelos de cuidados (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2010). Desde o surgimento da chamada medicina moderna, no século XVIII, a prática médica foi-se tornando cada vez mais dependente do uso de tecnologia para prestação de cuidados. Hoje, sem recurso à tecnologia, nenhum médico consegue estar atualizado, tomar decisões informadas ou ser capaz de praticar a medicina legalmente (Meskó, 2017). Numa revisão de literatura publicada em 2011, a maioria (62%) dos artigos considerados apontava para a relação positiva existente entre a tecnologia de informação em saúde e a melhoria de pelo menos uma dimensão dos cuidados de saúde prestados (Buntin *et al.*, 2011).

Para o funcionamento articulado e em rede das TIC, nomeadamente na saúde, assumem grande relevância os sistemas de informação (SI), entendidos como uma inter-relação de componentes, tais como equipamento, *software*, telecomunicações, bases de dados e outras tecnologias de processamento de informação, com o objetivo de recolha, processamento, armazenamento e distribuição de informação para apoiar na tomada de decisão e controlo nas organizações (Laudon e Laudon, 1998). Recuperando uma palestra realizada 20 anos antes por Peter Reichertz sobre o passado, presente e futuro dos SI hospitalares, Haux (2006) conclui que a moderna metodologia de

---

<sup>1</sup> A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) é uma organização internacional destinada a contribuir para a boa governação dos sectores público e privado, contribuindo para a adoção de políticas que promovam a prosperidade e o bem-estar de todos.

processamento de informação e as TIC influenciaram fortemente as nossas sociedades, incluindo os cuidados de saúde. Reconhece que os SI anteriormente centrados nos hospitais estão a desenvolver-se, assumindo dimensões regionais e até globais, com novas e amplas funcionalidades. Em resultado disso, defende que a informática médica é cada vez mais uma necessidade para o desenvolvimento eficaz e para a gestão estratégica dos novos SI da saúde.

São inúmeras as formas que os SI e as TIC vão adquirindo no sector da saúde – e as velocidades a que são implementadas também - com o computador a corporalizar uma presença permanente e inevitável. No novo modelo organizativo e social da rede, onde as TIC permitem fluxos de imagens e sons, entre outros (Castells, 2002), novas janelas se abrem para a prática da medicina. Nesse processo, entremetem-se entre o doente e o médico, e igualmente entre este e os demais profissionais de saúde, e ainda entre aquele e as instituições de saúde (Cardoso, Espanha e Puga, 2007), com consequências que têm vindo a ser estudadas.

O computador é, portanto, ubíquo na prestação de cuidados de saúde, assumindo-se obrigatoriamente - por imposição administrativa e até legal - como um terceiro elemento dentro do consultório. Importa, pois, perceber como é que o clínico lida com a presença de um ecrã - que lhe exige a atenção antes inteiramente dedicada à pessoa sentada à sua frente - e com um teclado - que o reclama para verter em registo eletrónico o que ouve, vê e sente. Numa altura em que se estima que o número de médicos em exercício considerados nativos digitais<sup>2</sup> tenha já ultrapassado o de imigrantes digitais<sup>3</sup> (LBI Health, 2014; Prensky, 2001), pretende-se com este trabalho responder a três perguntas: i) O computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente? ii) A haver influência do computador na relação médico-doente, pode considerar-se uma influência positiva? iii) Os níveis de literacia digital dos médicos e dos doentes afetam a forma como a relação médico-doente é estabelecida e perfeccionada?

Saliente-se que ao longo de todo o trabalho optou-se por usar a expressão “relação médico-doente”, por ser assim que esta interação é comumente referida. No entanto, a designação “doente” compreende aqui não apenas a pessoa que padece de uma doença, mas também aquela que procura cuidados preventivos da mesma ou recorre ao clínico em busca de informação ou qualquer tipo de apoio. Usam-se indistintamente como sinónimos as palavras “utente”, “paciente” “cidadão” e até “consulente”.

---

<sup>2</sup> Termo cunhado por Prensky (2001) para designar os indivíduos que nasceram durante o advento da internet e com acesso a tecnologia digital, o que, segundo o autor, terá influência na sua forma de pensar e agir, diferenciando-os da geração anterior, os imigrantes digitais.

<sup>3</sup> Termo igualmente criado por Prensky (2001) para se referir aos indivíduos que nasceram antes do advento da internet e sem acesso à tecnologia digital, logo, diferentes da geração seguinte – a dos nativos digitais – no que diz respeito a formas de pensar e agir.

# 1 A Relação Médico-Doente

## 1.1 Essência e Características da Relação

O texto do Juramento de Hipócrates – aquele que todos os médicos proclamam aquando da formatura – mudou há não muito tempo (Parsa-Parsi, 2017) para albergar a necessária evolução que se vai registando na medicina e no mundo e, desta forma, acomodar o ser humano do presente. Ainda assim, por mais alterações que sofra, o conteúdo continua a ser fiel aos princípios que, há cerca de 2500 anos, aquele que é considerado o pai da medicina ocidental apontou à profissão médica, caracterizando-a como uma missão de serviço que junta ao saber da anatomia e biologia humanas uma inesgotável dimensão filantrópica. O novo texto do compromisso médico foi atualizado para se centrar mais no doente, com garantia explícita da sua autonomia e dignidade, bem como da salvaguarda máxima do respeito pela vida humana (Parsa-Parsi, 2017). Em concreto, o Juramento agora reformulado acompanha as evoluções que a relação médico-doente tem vindo a apresentar, mas cuja essência se mantém inalterada e que é resumida em toda a sua complexidade por Germano de Sousa (2019: 28), antigo bastonário da Ordem dos Médicos:

“A relação médico-doente é assim e por excelência uma relação empática que implica compreender a dor física e psíquica do doente. É saber ouvi-lo e saber fazer-lhe sentir que se compreende inteiramente o seu sofrimento. Ou melhor: é fazê-lo sentir que partilha esse sofrimento. (...) Só assim se cria a confiança necessária e fundamental do doente no seu médico, a qual caracteriza a relação em que a cura resulta do equilíbrio entre as terapêuticas e técnicas da medicina científica e o efeito placebo dessa confiança.” (Sousa, 2019: 28)

Kaba e Sooriakumaran (2007) analisaram a forma como esta relação tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, desde quando os doentes eram considerados demasiado ignorantes para tomar decisões sobre a sua saúde – e informá-los sobre as incertezas e limitações do ato médico apenas contribuiria para minar a fé tão necessária ao sucesso terapêutico – passando por um longo período em que a distância entre ambos era tão grande que a relação se tornou impessoal, remota e baseada numa transação financeira. Potter e McKinlay (2005) não hesitam em apelidar de paternalista a relação médico-doente de então, considerando-a uma visão idealizada, prenhe de conceções culturais dos séculos XIX e XX. Se a metáfora do paternalismo era a que melhor descrevia a relação médico-doente até meados do século XX, esta vai deixando de servir, sobretudo à medida que a autoridade do clínico perde terreno e observa-se a construção de uma “nova aliança entre o médico

e o paciente, baseada mais em cooperação do que em confronto”<sup>4</sup> (Kaba e Sooriakumaran, 2007: 64-65).

Mas ainda que a preponderância do médico pareça diminuir, com a conseqüente emersão de relações menos assimétricas, diversos autores insistem não só na grande importância deste relacionamento para a prestação de cuidados de saúde como também na maior responsabilização do clínico para a boa manutenção do mesmo. Dhingra, Anand e Prasad (2014) apontam como ingredientes essenciais para uma boa relação médico-doente a comunicação, o respeito, a confidencialidade, a honestidade e a confiança; e ainda que a ambos (médico e doente) cumpra a corporalização destes princípios, defendem que a maior responsabilidade cabe ao médico, porque este é o profissional, o perito, o que está a ser procurado e pago para diagnosticar, tratar ou aconselhar.

Balint (1998) aprofundou ao longo de anos a temática da relação entre médico e doente e a sua influência no sucesso terapêutico, defendendo que o médico é a substância mais prescrita em medicina geral e familiar, ou seja, “não era apenas o frasco de remédio ou a embalagem de comprimidos que tinham significado, mas a forma como o médico os receitava ao seu paciente – na verdade, a atmosfera em que a substância era dada e tomada” (Balint, 1998: 21).

A comunicação entre médico e doente é destacada como uma componente principal no processo de prestação de cuidados de saúde também por Ha, Anat e Longnecker (2010), que numa revisão de literatura concluíram que a comunicação eficaz entre clínico e doente pode ser uma fonte de motivação, garantia e apoio, contribuindo para uma visão positiva do estado de saúde do doente, o que pode influenciar os resultados de saúde obtidos. De igual modo, Chandra, Mohammadnezhad e Ward (2018) encontraram também uma correlação positiva entre comunicação e confiança, revelando-se sobretudo na satisfação do doente e na percepção da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Segundo estes investigadores, a comunicação centrada no doente – bidirecional e usando perguntas abertas - conduz a uma melhor relação.

Estas conclusões suportam a teoria de Macnamara (2019), para quem a sociedade precisa de mais comunicação - através da audição e escuta – sobretudo se em causa estão “organizações que desempenham um papel central nas sociedades contemporâneas”<sup>5</sup> (Macnamara, 2019: 5197). Organizações como os hospitais, centros de saúde e clínicas – acrescenta-se, com recurso àquele autor -, onde “ouvir é um conjunto de atividades essenciais para alcançar a compreensão dos outros e partilhar significados.”<sup>6</sup> (Macnamara, 2019: 5197) Até porque, como salienta Antunes (2016), “na clínica toda a narrativa deveria ter a oportunidade de ser contada e ouvida”. Sobretudo porque “não

---

<sup>4</sup> Tradução da autora.

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Idem.

é possível reduzir a doença a uma questão solúvel apenas por esta tecnociência hegemónica, que reduz cada doente a um caso, e ignora a dimensão psicológica, espiritual e até religiosa (...) do sofrimento”. (Antunes, 2012: 11)

Também só através da comunicação será possível aos médicos corporalizarem outra das características frequentemente apontadas à relação que devem estabelecer com quem os procura – a empatia. De acordo com Larson e Xin Yao (2005), os médicos são mais eficazes na tarefa de curar, e até beneficiam de maior satisfação profissional, quando se deixam envolver no processo da empatia, que inclui as dimensões afetiva, cognitiva e comportamental, o que pode – aliás, deve - ser treinado e ensinado nas escolas médicas, nos internatos e ao longo da prática clínica. Segundo aqueles autores, tal será uma valiosa ajuda, tanto para os médicos como para os doentes, que enfrentam as consequências de uma medicina cada vez mais fragmentada e tecnológica.

## 1.2 A Tecnologia e a Relação

Mais do que as características anteriormente enunciadas e que fazem da relação médico-doente o que ela é – ao ponto de ser proposta pela Organización Médica Colegial de España e pela Ordem dos Médicos portuguesa como Património Cultural Imaterial da Humanidade segundo os critérios da UNESCO (Fernandes, 2019; Guimarães, 2019) - considere-se a relação médico-doente como fez Richard Zaner (2006), que amplamente se dedicou ao estudo da ética e da fenomenologia daquilo que designa por encontro clínico. Segundo este filósofo, tanto o médico como o doente devem ser encarados como seres únicos, que se inter-relacionam reflexivamente um com o outro (Zaner, 2006). Não só o doente experiencia e interpreta a sua própria situação como também experiencia e interpreta as experiências e interpretações do médico. Se dúvidas houvesse, conclui-se, pois, que a relação médico-doente “é complexa, intersubjetiva e reflexiva”<sup>7</sup> (Zaner, 2006: 287). E se a esta complexidade imanente lhe juntarmos um terceiro elemento – como o computador que o médico usa durante as consultas para o Registo de Saúde Eletrónico (RSE), por exemplo – notar-se-ão alterações substanciais?

As mudanças motivadas pela crescente utilização de SI e TIC na saúde têm uma influência direta na forma como se estabelece (e mantém e progride) a relação entre o médico e o doente. O lugar inalcançável onde antes se encontrava o clínico foi substituído por um espaço onde este e o cidadão se encontram agora, contribuindo ambos para a relação que estabelecem, a qual é caracterizada pela partilha de informação sobre saúde e utilização mútua de tecnologia. A tomada de decisão é cada vez mais partilhada, amplamente discutida por ambos e a gestão da saúde e da doença feita em equipa (Meskó e Gyórfy, 2019; Meskó *et al.*, 2017).

---

<sup>7</sup> Tradução da autora.

As mudanças trazidas pela difusão das TIC com impacto nas relações económicas e sociais observam-se, pois, como defendido por Castells (2002), num sentido igualitário, com cidadãos mais autónomos agora. A tecnologia ajudou a deslocar a base em que antes assentava a relação médico-doente do paternalismo para a autonomia, nomeadamente ao fazer transitar o *locus* da autoridade do clínico para o cidadão (Wehbe *et al.*, 2015).

A possibilidade de o doente/cidadão aceder a fluxos de informação sobre saúde que antes lhe eram vedados confere-lhe agora maior responsabilidade sobre a sua saúde, mas não exclui a relevância do encontro clínico (Kivits, 2006). Os recursos disponíveis *online* encorajam abordagens pluralistas da saúde, em vez de modelos de consumerismo mediado, nos quais os indivíduos se desligariam das dimensões emocionais e humanas habitualmente associadas aos cuidados de saúde (Hardey, 1999).

O novo paradigma traz doentes com maior autonomia (Akerkar e Bichile, 2004), mas também médicos empoderados (Meskó e Gyórfy, 2019). Os primeiros – agora mais informados, cientes dos seus direitos e necessidades - procuram segundas opiniões, decidem que prestadores de cuidados de saúde consultar e envolvem-se em grupos de doentes (Meskó *et al.*, 2017). Os segundos - em vez de continuarem inalcançáveis - vão assumindo o papel de guias dos seus doentes e utentes, orientando-os não só nos meandros cada vez mais complexos dos cuidados de saúde, mas também por entre o manancial de informação sobre saúde disponível (Wehbe, *et al.*, 2015; Meskó e Gyórfy, 2019). Machado (2019:259) salienta que “no futuro, o médico tem de ser mais informativo, conselheiro e orientador”. Em relação a este último aspecto, uma vez que nem todas as pessoas dispõem de suficiente literacia em saúde ou de literacia digital (Klecun, 2010; Cushman e Klecun, 2006), torna-se necessário alguém que as ajude a aceder ao conhecimento sobre saúde disponível, a compreendê-lo e a usar as TIC existentes neste domínio. Espanha (2009) destaca que, apesar de ser crescente esta procura de informação sobre saúde por parte dos doentes, nomeadamente através da internet, as figuras tradicionais do médico e do farmacêutico enquanto fontes de informação continuam a ser privilegiadas. Na investigação que levou a cabo sobre o caso português, a mesma autora conclui que a maior parte dos médicos (cerca de dois quintos) considera que a consulta de informação pelos pacientes sobre saúde na internet melhora, de alguma forma, a relação médico-doente (Espanha, 2009).

### **1.3 O Computador no Consultório – A Perceção dos Médicos**

Sobretudo no mundo ocidental, o computador integra o equipamento considerado essencial num consultório médico (Noordman *et al.*, 2010), resultando do pressuposto de que contribui para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde (Buntin *et al.*, 2011). Se, por um lado, a sua utilização

requer tempo e atenção por parte do médico, podendo interferir na comunicação – e por conseguinte na relação estabelecida com quem se encontra do lado de lá da secretária - por outro, a informação que permite registar – e aceder com rapidez – pode também contribuir para melhorar essa comunicação, potenciando a relação. Ainda assim, são vários os relatos que encontramos, alguns com origem nos próprios clínicos, a dar conta das desvantagens da presença do computador durante a consulta. O atual bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães (2019: 16-17), diz que:

“O espaço vital entre o médico e o doente está reduzido a quase 20-30% da secretária, invadido por monitores, impressoras e um conjunto de acessórios que limitam a comunicação. Uma medicina excessivamente informatizada e burocratizada, em que o computador ocupa o espaço central do consultório, enquanto o médico divide o tempo entre umas breves trocas de palavras com os doentes e o preenchimento de inúmeras aplicações informáticas, nas quais regista o nome do doente, a história clínica, o exame físico, preenche o formulário para prescrever exames e/ou receitar medicamentos... Pelo meio, fica a verdadeira humanização subjacente à história clínica e ao exame físico rigoroso. (...) Nos nossos consultórios os algoritmos analisam sintomas e doenças, mas continuam sem poder dar resposta aos contextos e singularidades do ser humano.” (Guimarães, 2019: 16-17)

Já Walter Osswald (2019:69) entende que “as tecnologias só prejudicam a relação médico-doente quando mal utilizadas, o que infelizmente acontece com frequência”, nomeadamente quando “o ecrã do computador passa a ser o centro de atenção do clínico e a face do doente é relegada para segundo plano”, ou quando “não há contacto das mãos do curador com o corpo que sofre”. Nestes casos, o clínico e bioeticista considera que “não se pode falar de relação médico-doente, mas antes de uma entrevista”.

Reticências idênticas são partilhadas por João Lobo Antunes (2016), neurocirurgião que muito aprofundou a relevância da relação médico-doente:

“Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.” (Antunes, 2016: 33-34)

Também o cirurgião norte-americano Atul Gawande chamou a atenção para o tema num artigo com o sugestivo título “Why Doctors Hate Their Computers”<sup>8</sup>. Aqui o especialista revela como o objetivo de digitalizar todos os registos e processos do hospital onde trabalha, fazendo convergir tudo numa só plataforma, teve como resultado um aumento exponencial do trabalho do clínico, inclusive para fora da hora de expediente, assim como a redução do tempo dedicado ao doente durante a consulta.

Por seu turno, Sofia Couto da Rocha, elemento do Conselho Nacional para as Tecnologias de Informática na Saúde da Ordem dos Médicos, opõe-se à demonização da tecnologia: “A ameaça à relação médico-doente não é tecnológica. Na realidade, e perdoem-me a frontalidade, mas é da ignorância: nas decisões, na forma como se avaliam custos, na desvirtuada economia de saúde e na visão da própria tecnologia.” (Rocha, 2019: 1271)

O tema é polémico e a investigação sobre o tópico abundante. Diversos estudos levados a cabo sobre a tríade médico-computador-doente reconhecem que o computador funciona como um participante na interação, ao requerer utilização e gestão, com o médico a ter de dividir a sua atenção entre a máquina e o doente, levando ambos a sentir essa presença como potencialmente negativa (Ellis e May, 1999; Noordman *et al.*, 2010; Pearce *et al.*, 2011). A introdução do computador na consulta limita o tempo de relação direta, olhos nos olhos, dificultando a atenção atribuída pelo clínico à linguagem não verbal dos doentes. Por exemplo, várias pesquisas mostraram que os médicos que trabalham com RSE olham durante menos tempo para os doentes do que aqueles que usam um registo em papel (Noordman *et al.*, 2010; Asan, Smith e Montague, 2014).

Em contrapartida, o uso de computador na consulta poderá contribuir para aumentar o tempo da mesma entre 48 a 90 segundos (Sullivan e Mitchell, 1995) - o que poderá não ser o melhor do ponto de vista organizativo, mas será com certeza vantajoso em termos relacionais -, além de que esta pesquisa corroborou ainda que o uso de um computador na consulta pode ajudar a melhorar o desempenho do médico.

Segundo algumas investigações, quando o computador é usado durante as consultas, há um impacto significativo na comunicação estabelecida entre clínico e doente, com os tópicos conversados a mudarem frequentemente e os médicos a usarem o computador como um álibi para interromperem o diálogo e ganharem tempo para pensar ou orientar a conversa para outro tópico (Als, 1998). O computador é também usado pelo médico para apresentar factos clínicos, planos terapêuticos ou sustentar uma decisão, sendo que quando os médicos se observam em consulta (através de vídeos realizados para pesquisa, por exemplo) não raramente ficam surpreendidos com a postura que assumem face ao computador, mostrando a intenção de mudar o comportamento de

---

<sup>8</sup> Gawande, Atul (2018), “Why Doctors Hate Their Computers”, *The New Yorker*, data de edição: 05/11/2018, disponível em: <https://www.newyorker.com/magazine/2018/11/12/why-doctors-hate-their-computers>.

futuro (Als, 1998). Também Greatbatch *et al.* (1995) detetaram alterações significativas na forma como o médico comunica durante a consulta quando utiliza o computador, nomeadamente, permanecendo em silêncio ou restringindo a conversação enquanto digita, retomando depois o diálogo; interrompendo o tema em debate para olhar para o ecrã ou mudando abruptamente de tópico para obter a informação de que necessita para introduzir no computador. Todavia, conclui-se também que os SI e o RSE nem sempre cumprem o objetivo para o qual foram criados, havendo quem encare que a difícil manuseabilidade característica dos registos em papel foi transposta para os registos eletrónicos, com a agravante de o clínico perder, desta forma, a imagem de conjunto relativa ao doente, tendo em conta que apenas consegue visualizar um ecrã de informação de cada vez (Thimbleby, 2013).

Mas é possível que alguns destes aspectos negativos tenham vindo a ser corrigidos ao longo do tempo, à medida que a utilização do computador durante a consulta se generalizou. Essa é uma das hipóteses colocadas por Noordman *et al.* (2010), que estudaram a relação entre a comunicação médico-doente e o uso de computador em dois períodos, tendo concluído que, em 2008, os clínicos usaram menos vezes o computador em consulta do que o fizeram em 2001. Os investigadores admitem como possibilidade que, sete anos decorridos, os médicos façam um uso mais eficiente do computador e que este apareça melhor integrado no processo de comunicação ou, ainda, que o computador seja mais usado antes ou depois das consultas e menos durante o encontro com o doente.

#### **1.4 O Computador no Consultório – A Perceção Dos Doentes**

Da parte dos doentes, as perceções relativamente à presença de um terceiro elemento no consultório são diversas. Um dos primeiros estudos a ser desenvolvido sobre o tema (Rethans, Hoppener e Wolfs, 1988) quis saber como é que 390 pessoas seguidas num hospital reagem ao computador dez meses após a instalação deste nos consultórios, tendo concluído que para mais de 96% o contacto com o médico foi tão fácil como antes, sem prejuízo da relação estabelecida previamente. A maioria afirmou que o computador não influenciou a duração da consulta e o único receio manifestado relacionou-se com a eventual perda de privacidade.

Também a pesquisa levada a cabo por Ridsdale e Hudd (1994) mostrou que a maioria dos doentes veem o computador como uma ferramenta útil e eficiente, que permite acesso rápido à informação e poupa tempo ao médico, com alguns a apontarem as vantagens do computador contrapondo com as desvantagens das notas escritas. Nesta investigação ficou também patente que os médicos que usavam computador eram percecionados pelos utentes como estando mais atualizados.

Outros estudos corroboram a atitude positiva dos doentes face à utilização do computador, atestando a inexistência de qualquer interferência da tecnologia na relação que estabelecem com o clínico (Brownbridge, Herzmark e Wall, 1985; Pringle, Robins e Brown, 1985; Legler e Oates, 1993; Aydin *et al.*, 1995; Solomon e Dechter, 1995; Callen, Bevis e McIntosh, 2005). Na revisão de literatura sobre o tema que levou a cabo, Brown (1998) conclui que, em geral, os doentes apoiam o uso do computador, encarando-o como algo que permite poupar tempo ao médico e aliviar-lhe a pressão. De igual modo, no questionário aplicado imediatamente após consulta médica por Chan e McGlade (2003) para aferir o impacto do computador na relação médico-doente, metade dos inquiridos sentia que o tempo passado pelo clínico a usar o computador era o adequado e quase todos diziam saber a razão por que o médico recorreu ao computador. Apenas 1% sentiram que o computador os distraiu e 3% que distraía o médico. Todos se mostraram satisfeitos com a forma como o médico usou o computador e 99% com o facto de os seus registos clínicos ficarem armazenados.

Já a investigação de Greatbatch *et al.* (1995) indicou que o comportamento dos doentes se altera face à utilização do computador pelo médico, nomeadamente, mostram tendência a sincronizar a conversa com a utilização do computador pelo clínico para não o interromperem no processo. Por seu turno, Legler e Oates (1993), que estudaram três formas de registo em consulta - papel e caneta, computador com introdução de dados através de teclado e computador com introdução de dados por voz – concluíram pela não existência de diferenças significativas na satisfação apresentada pelos doentes em relação ao encontro clínico, ainda que se tenha notado uma tendência para maior confiança nos médicos que recorriam ao teclado. As consultas com recurso a computador, independentemente do método de registo, tenderam a ser mais curtas do que as realizadas apenas com notas escritas. Todavia, quando os doentes desconhecem as funções do computador e a razão por que o médico o usa, este pode originar algum incómodo e impacto na relação (Als, 1998).

## **1.5 A Personalidade do Médico Como Determinante da Relação**

Dowrick (1997) considera que as percepções acerca da relação médico-doente dependem sobretudo da perspetiva de quem a observa e do contexto em que esta pessoa se encontra, concluindo que os doentes parecem ter menos expectativas quanto àquela relação do que os médicos, os quais parecem manter uma visão mais utilitária, encarando a relação como um meio de ajudar no diagnóstico e na gestão da doença. Para aquele autor, a diferença de percepção pode levar a que não haja coerência sobre as dimensões do encontro que cada um considera mais satisfatórias.

Com efeito, o que diversas pesquisas atestam é que não é exatamente o uso do computador durante a consulta que afeta a relação médico-doente, mas outros aspectos que estão, afinal,

sempre presentes – com ou sem tecnologia. Segundo Rethans, Hoppener e Wolfs (1988), os doentes têm pouca dificuldade em aceitar a presença de um computador no consultório, considerando que não é este facto que faz a relação parecer menos pessoal. O que o determina é a personalidade do médico e não o computador. A conclusão semelhante chegaram Ridsdale e Hudd (1994) numa investigação em que a maioria dos doentes (26 em 30) disseram não notar grande diferença se o médico regista os dados da consulta à mão ou num computador, muitos salientando mesmo que o computador não é intrusivo desde que o clínico olhe para eles quando entram no consultório, converse mantendo contacto visual e não pareça demasiado preocupado com o computador. Anos antes, já Brownbridge, Herzmark e Wall (1985) haviam percebido que a reação dos doentes estava mais dependente de saber qual o médico que os consultava do que da utilização, ou não, de computador. Numa pesquisa levada a cabo por Rouf *et al.* (2007) foi encontrada uma combinação destes dois elementos, com os doentes consultados por médicos internos – por comparação com médicos especialistas - a considerarem que a utilização do computador durante a consulta afetou o tempo que o clínico passou a conversar com eles, bem como a olhá-los e a examiná-los, sentindo que aquela tecnologia fez a consulta parecer menos pessoal.

A personalidade – e até o nível de especialização - do médico, por um lado, e a forma como este usa o computador e o integra na relação, por outro, parecem, pois, desempenhar uma dimensão determinante, tendo Ventres *et al.* (2005) concluído que existem diversos estilos de exercício da prática clínica e a forma como cada médico de família usa o computador que tem disponível no consultório corresponde ao estilo que adota, independentemente da tecnologia. Desta forma, o uso do computador pode acentuar lacunas ou evidenciar talentos na relação estabelecida, com impacto na comunicação.

Também Makoul, Curry e Tang (2001), que visualizaram gravações de vídeo de consultas e avaliaram a forma como o RSE foi usado, concluíram que os clínicos que usaram computador pareciam mais proativos ao longo da consulta na clarificação de informação junto do paciente, o que pode dever-se ao facto de seguirem um formato digital semiestruturado. Mas ao mesmo tempo pareciam ter mais dificuldade em posicionarem-se fisicamente de frente para o doente e de forma a manterem contacto visual, o que é crucial para a manutenção de uma boa comunicação (Duggan e Parrott, 2001). De igual forma, na revisão de literatura que Shachak e Reis (2009) levaram a cabo sobre o tema, observa-se que o uso de RSE tem uma influência positiva no que diz respeito à partilha de informação entre médico e doente, mas negativa devido à falta de foco do médico no paciente, o que tem impacto emocional e psicológico na comunicação. Todavia, concluem que parte desta interferência negativa pode ser ultrapassada se o médico possuir ou desenvolver conhecimentos informáticos e adotar um estilo adequado à integração do computador na consulta e, ainda, através da organização espacial do consultório.

## 1.6 Atitude do Médico Face à Tecnologia e Influência na Relação

Se é verdade que são muitos os estudos disponíveis a atestar que a presença do computador não interfere na relação médico-doente, é também verdade que vários alertam para o facto de essa influência poder verificar-se de acordo com a atitude que os próprios clínicos revelam face ao computador. Na pesquisa que levaram a cabo, Lelievre e Schultz (2010) referem que a maior parte dos doentes não demonstra preferência relativamente à utilização, ou não, do computador pelo médico, tendo esta tecnologia tido até um efeito positivo na satisfação demonstrada após as consultas. Mas o que aqui ficou também patente foi que os doentes que perceberam nos médicos atitudes negativas face ao computador foram os que maioritariamente disseram preferir não ter um computador no consultório. Justifica-se, pois, investigar a ligação entre literacia digital e aceitação da tecnologia, já que esta dimensão, sim, parece ter impacto na relação médico-doente.

### 1.6.1 Literacia e saúde digital – a aceitação da tecnologia

Para a maior parte dos indivíduos, o recurso a TIC faz parte da rotina diária, tanto na vida pessoal como profissional. Resulta daqui que a literacia digital se torna indispensável para que se possa corresponder como um todo ao que é esperado de cada um, funcionando num mundo cada vez mais assente em tecnologia e em que não dominá-la poderá significar ser-se excluído (Bhatt, 2016; Roberto, Fidalgo e Buckingham, 2015; Herreros, 2009).

É possível definir-se literacia digital recorrendo à proposta da Health Education England (2018:2) como “aquelas capacidades que se adequam para alguém viver, aprender, trabalhar, participar e prosperar numa sociedade digital”<sup>9</sup>. Mas encontrar consenso para esta definição é tarefa complexa, como salientam Pinto *et al.* (2011), que apontam os inúmeros sinónimos usados, como educação para os média, literacia mediática ou educação para a comunicação. Fixe-se a definição de Gilster (1997:1), que em *Digital Literacy* apresenta o conceito de literacia digital como “a capacidade de compreender e usar informação em múltiplos formatos a partir de uma variedade de fontes, quando esta é apresentada através de computadores”<sup>10</sup> e complete-se com a proposta de Fu e Pow (2011), que se referem às competências básicas para o uso da tecnologia digital.

Outro conceito que importa explorar é o de aceitação da tecnologia, que, segundo Davis (1993), se refere à adoção intencional ou voluntária por parte de um utilizador, observando que a falta de aceitação por quem usa constitui um obstáculo ao sucesso de novos SI. Sezgin e Özkan-Yildirim (2014) confirmam que o nível de sucesso dos SI da saúde depende do nível de aceitação e adoção

---

<sup>9</sup> Tradução da autora.

<sup>10</sup> Idem.

por parte dos utilizadores. Quanto maior for a aceitação de uma nova TIC por parte dos utilizadores, tanto mais dispostos estes estarão a fazer mudanças nas suas práticas, de forma a adotar e integrar essa nova tecnologia nas suas tarefas profissionais diárias (Walter e Lopez, 2008).

### **1.6.2 A literacia digital dos médicos e a sua atitude face à tecnologia**

São muitos os estudos disponíveis a atestar a influência da literacia digital dos profissionais de saúde na forma como estes usam a tecnologia. O pouco domínio de questões informáticas e a fraca experiência na utilização do computador são questões que parecem influenciar as atitudes face aos SI e às TIC em geral, constituindo uma das principais barreiras à utilização de RSE, por exemplo (Kuek e Hakkennes, 2019; Dall, 2014; Boonstra e Broekhuis, 2010). Diversos autores concluem que atitudes negativas em relação aos SI têm um impacto negativo no envolvimento dos profissionais na utilização desses mesmos SI, acabando por afetar a segurança dos doentes e os cuidados de saúde prestados (Hillestad *et al.*, 2005). Também Frankel *et al.* (2005) concluíram que os conhecimentos de informática dos médicos vão condicionar o uso adequado do computador durante a consulta, com efeitos que podem ser amplificados positiva ou negativamente na relação médico-doente. Fica claro que o crescente uso de tecnologia em todas as áreas da saúde torna a literacia digital dos profissionais do sector como crucial para que possam desempenhar – hoje e no futuro – as suas tarefas convenientemente (EIT Health e McKinsey & Company, 2020; Topol, 2019; Dall, 2014).

Existem algumas revisões de literatura sobre os fatores que condicionam as atitudes dos profissionais de saúde face à utilização de tecnologia, com Huryk (2010) a referir que uma maior experiência na utilização do computador é o principal indicador de atitudes positivas, enquanto as atitudes negativas parecem ser determinadas por fatores dependentes da tecnologia, nomeadamente, sistemas mal desenhados, lentos ou com falhas de funcionamento. Outras pesquisas revelam receios de que o uso de tecnologia possa contribuir para uma desumanização dos cuidados (Huryk, 2010).

As competências informáticas, os aspectos técnicos relacionados com os SI e os fatores organizacionais que possam afetar o uso de SI são também apontados como preocupações (Ayatollahi, Bath e Goodacre, 2009). Por seu turno, Kuek e Hakkennes (2019) concluem que os médicos e os profissionais de saúde em geral com mais de 50 anos de idade são os que tendem a reportar ansiedade em relação à utilização de SI, em comparação com os restantes elementos, ou seja, os não médicos e os que têm idade igual ou inferior a 50 anos. Leung *et al.* (2003) chamam a atenção para dois tipos de desafios relativamente à implementação de SI, a saber, os que são relacionados com custos (tempo e dinheiro) e os que se prendem com conhecimentos e atitudes por parte do utilizador.

Outros fatores que condicionam a adoção de tecnologia por parte dos profissionais de saúde e a sua conciliação com a prática profissional diária foram elencados por Gagnon *et al.* (2016), incluindo a interoperabilidade dos sistemas e a experiência prévia com a tecnologia em causa, bem como o suporte, formação e os recursos materiais e humanos disponibilizados. A formação e o apoio técnico são também fatores determinantes na adoção de tecnologias relacionadas com a e-saúde segundo Grood *et al.* (2016).

Já os médicos que desenvolvem atividades rotineiras sem grande necessidade de recurso à tecnologia em geral tendem a olhar para as TIC na saúde como pouco relevantes para o desenvolvimento do seu trabalho. No mesmo sentido, os médicos generalistas mostram menos intenção de uso destes recursos do que os médicos especialistas (Dünnebeil *et al.*, 2012).

Conclui-se, pois, com Katz e Rice (2002), que a compreensão da utilização de SI e TIC na saúde deve ser alargada, não se limitando ao uso específico que é levado a cabo por cada um, mas incluindo variantes relacionadas com o interesse do utilizador, as suas condicionantes pessoais – e sociais e culturais – e também as dinâmicas que afetam cada sistema enquanto elemento de algo mais vasto. Numa espécie de “sintopia”, como lhe chamam os autores, assim recusando visões utópicas e distópicas da utilização das TIC, preferindo realçar a forma como cada indivíduo – ou profissional – usa (ou não) a tecnologia de maneira que lhe faça sentido.

## **1.7 Favorecer Atitudes Positivas Face à Tecnologia**

Entre as várias recomendações e estratégias para favorecer a adoção de tecnologia por parte dos profissionais de saúde encontramos a familiarização com as TIC e SI antes da sua introdução, com maior foco nos clínicos com mais de 50 anos (Kuek e Hakkennes, 2019). Investir em formação de diversos tipos (individual, em grupo, *online* ou com recurso a *roleplay*) são também fatores determinantes para o sucesso na implementação de SI, bem como a existência de instruções claras sobre como utilizar o sistema (Kuek e Hakkennes, 2019). Disponibilizar formação prática e informação sobre o propósito das TIC na saúde constitui uma solução para favorecer atitudes positivas face à tecnologia, com Dünnebeil *et al.* (2012) a justificá-lo com o facto de parecer haver uma menor perceção de esforço para integrar a tecnologia na saúde quando os utilizadores possuem um conhecimento maior acerca das TIC.

Além de formação prática, destacam-se ainda como fatores a ter em conta a flexibilidade e a usabilidade do sistema, bem como a necessidade de este ser desenhado para responder às necessidades de quem o vai usar, razão por que as características dos utilizadores e dos serviços devem ser tidos em conta no momento do planeamento (Ward *et al.*, 2008; Ayatollahi, Bath e Goodacre, 2009).

Envolver os utilizadores, sobretudo os que têm maior experiência em TIC, é outra recomendação, assim como incluir matérias relacionadas com a informática médica, as TIC e os SI nos programas de formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, tendo em conta que as suas atitudes vão acabar por influenciar, na prática, a aceitação e a eficácia da utilização da tecnologia (Ridsdale e Hudd, 1994; Ward *et al.*, 2008). Ayatollahi, Bath e Goodacre (2009) chamam ainda particular atenção para a necessidade de maior investimento em cursos de informática, especialmente em contextos em que o uso do computador é limitado e os utilizadores pouco experientes. A uniformização de processos com vista à implementação de TIC na prática clínica é também uma recomendação com o objetivo de vencer as barreiras iniciais (Dünnebeil *et al.*, 2012). Por seu turno, Safi *et al.* (2018) sugerem o envolvimento dos profissionais de saúde e dos pacientes, não só na fase de desenho e desenvolvimento das novas tecnologias, mas também antes de estas serem introduzidas, com formação e explicação das vantagens que permitem.

Numa pesquisa levada a cabo recentemente, a European Medical Students' Association (2019a) concluiu que a maioria dos estudantes de medicina classifica as suas competências em e-saúde como pobres ou muito pobres, deixando claros o desejo e a necessidade de maior literacia digital nesta área e expondo a lacuna existente nos programas dos cursos de medicina europeus. Isto levou a mesma associação a concluir pela necessidade urgente de sensibilizar para o tema e a apelar à ação no sentido de se integrar a literacia digital na educação e formação dos profissionais de saúde (European Medical Students' Association, 2019b).

Estima-se que, dentro de 20 anos, cerca de 90% de todos os empregos no National Health Service (NHS), o serviço nacional de saúde inglês, venham a implicar algum tipo de competência em termos digitais. Os colaboradores irão trabalhar num contexto de prestação de cuidados de saúde com inúmeros dados disponíveis e todos irão necessitar de literacia digital e até de conhecimentos de genómica (Topol, 2019). Espera-se que a medicina digital, a inteligência artificial, a robótica e a genómica venham a afetar cerca de 80% da força de trabalho da área da saúde no NHS, em 2040 (Topol, 2019).

Uma das questões que este panorama levanta é a formação adequada dos profissionais de saúde afetos ao NHS para este desafio, com os médicos a acreditarem que essa preparação não existe ou ainda está longe do necessário (British Medical Association, 2019; Hassan, 2019). Quanto à situação portuguesa, desconhece-se a realidade no que diz respeito à preparação dos profissionais de saúde em geral para lidar diariamente com robótica, inteligência artificial ou genómica, mas percebe-se que a utilização de SI é – ou deve ser – crucial entre nós, tendo em conta que atualmente estão a ser usados, no nosso país, mais de 60 SI nos cuidados de saúde primários e hospitalares (Ministério da Saúde, 2018). Para a utilização diária de cerca de seis dezenas de plataformas – entre outras tecnologias, dispositivos e algoritmos - é importante que os clínicos nacionais dominem as TIC,

sobretudo se tivermos em conta que os médicos constituem o grupo de profissionais de saúde em Portugal que mais resistência oferece à introdução de TIC (Espanha, Mendes e Fonseca, 2013a). Tal é também observado noutros estudos internacionais (Kuek e Hakkennes, 2019), com a idade a ser identificada como um fator determinante na utilização das TIC na prática profissional, ou seja, os mais jovens são considerados mais competentes nesta área, mostrando maior facilidade no seu uso (Espanha, Mendes e Fonseca, 2013a; Kuek e Hakkennes, 2019).

## **1.8 Preparação Para Uma Nova Relação Médico-Doente**

A redefinição do lugar do médico é uma dimensão que resulta da crescente introdução de tecnologia em todas as etapas da prestação de cuidados de saúde. Hoje importa que os clínicos tenham possibilidade de usar o seu vasto conhecimento, visão única e experiência para ajudar quem os procura a tomar as melhores decisões - e isso é diferente de serem substituídos por tecnologia (Meskó e Györffy, 2019). Antecipando a importância que a internet e as TIC viriam a assumir na prestação de cuidados de saúde, Bader e Braude (1998), defendem a necessidade de preparar os médicos para as mudanças futuras, nomeadamente através da alteração dos programas de formação pré-graduada, não só para que os estudantes aprendam a lidar com a tecnologia emergente, mas também para que consigam melhor destringir a informação disponível e saibam como encaminhar o doente por entre a quantidade de dados que este tem hoje à disposição.

Quanto à situação portuguesa, de acordo com Espanha, Mendes e Fonseca (2013b), integrar competências relativas ao uso das TIC/SI nos perfis dos profissionais de saúde tem sido uma preocupação do Ministério da Saúde, que exige este requisito para desempenhar funções médicas ou de enfermagem, havendo um reconhecimento da necessidade de integrar estas áreas na formação dos futuros profissionais, ainda enquanto estudantes.

A conceção dos programas de educação médica passa, pois, a assumir um papel importante, com vista a preparar os futuros clínicos para o digital, bem como para que estes sejam treinados a usar a tecnologia de maneira a dispor de mais tempo para ouvir os seus pacientes com empatia (Meskó e Györffy, 2019; Meskó *et al.*, 2017; Meskó, Györffy e Kollár, 2015). Até porque a existência de uma boa relação médico-doente continuará a ser parte essencial do processo de cura (Meskó, 2017). Tendo em conta que a presença do computador no consultório é uma realidade inevitável, Ventres *et al.* (2005) defendem que deve ser dada mais atenção à forma como cada médico - de acordo com o seu estilo de prática clínica - integra a tecnologia na consulta sem prejuízo da comunicação médico-doente. Meskó e Györffy (2019) acreditam mesmo que ao compreender a forma como as tecnologias da saúde podem apoiar ou aumentar as suas capacidades, os médicos terão oportunidade de praticar a arte da medicina como nunca.

## 2 Metodologia de Investigação – Estudo de Caso

Diz Stake (2016:53) que “os investigadores qualitativos privilegiam a compreensão das complexas inter-relações entre tudo o que existe”, pelo que a investigação qualitativa se apresenta como a metodologia mais adequada a responder às questões da presente pesquisa: i) O computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente? ii) A haver influência do computador na relação médico-doente, pode considerar-se uma influência positiva? iii) Os níveis de literacia digital dos médicos e dos doentes afetam a forma como a relação médico-doente é estabelecida e percecionada?

Ainda assim, e porque “um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estrutura em torno de uma ou de várias hipóteses” (Quivy e Campenhoudt, 2008:119), estabeleceram-se as seguintes, considerando que “uma hipótese se apresenta como uma resposta provisória a uma pergunta” (Quivy e Campenhoudt, 2008:121):

H1 – Os médicos sentem que a relação que estabelecem com os doentes durante a consulta é afetada pela presença do computador;

H2 – Os doentes sentem que a relação que estabelecem com os médicos durante a consulta é afetada pela presença do computador;

H3 – A relação médico-doente sofre alterações pela utilização de computador durante a consulta, as quais são percecionadas pelos intervenientes, mas ultrapassadas pelas vantagens reconhecidas por ambos;

H4 - Os níveis de literacia digital do médico e do doente afetam a forma como estabelecem e percecionam a relação.

Para responder às perguntas iniciais e verificar se as hipóteses se confirmam, ou não, optou-se pelo estudo de caso, tendo em conta que este, tal como Stake refere “é o estudo da particularidade e complexidade de um único caso, conseguindo compreender a sua atividade no âmbito de circunstâncias importantes” (Stake, 2016:11). Reforça-se a escolha da metodologia com o apoio de Yin (2014), que deixa claro que os estudos de caso são especialmente indicados como estratégia quando se colocam perguntas para averiguar “como” ou “porquê”, também quando o investigador tem pouco controlo sobre os eventos e ainda quando o foco do estudo é um fenómeno contemporâneo, de alguma forma inserido em contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto podem estar claros.

Recorrendo à classificação proposta por Stake (2016), este é um estudo de caso instrumental – porque visa alcançar uma realidade mais alargada do que a de um médico específico a utilizar computador durante a consulta, por exemplo – sendo ainda um estudo de caso coletivo, porque

incidirá sobre a percepção de diversos médicos e utentes sobre a utilização do computador durante a consulta. Já de acordo com a tipificação elaborada por Yin (2014), trata-se de um estudo de caso explicativo, o que acontece quando os dados determinam relações de causa e efeito em situações reais.

## **2.1 Desenho da Pesquisa**

Optou-se, pois, por uma metodologia de carácter qualitativo, tendo em conta a necessidade de compreender e interpretar o fenómeno da utilização de tecnologia – em particular, o computador – durante a consulta, avaliando seu eventual impacto na relação estabelecida entre médico e consulente. As investigações qualitativas privilegiam sobretudo a compreensão dos problemas a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. Neste contexto, Bogdan e Biklen (1994) consideram que esta abordagem permite descrever um fenómeno em profundidade através da apreensão de significados e dos estados subjetivos dos intervenientes, já que, nestes estudos, há sempre uma tentativa de captar e compreender em pormenor as perspectivas dos indivíduos sobre determinado assunto. Pode considerar-se que o principal interesse destas pesquisas não é tanto efetuar generalizações, mas antes particularizar e compreender os sujeitos e os fenómenos na sua complexidade e singularidade. Nesta investigação deu-se preferência à análise concreta das experiências e das representações dos sujeitos, em vez de se procurarem afirmações universais ou uma causalidade linear, também porque as pesquisas qualitativas interessam-se mais pelos processos do que pelos resultados (Bogdan e Biklen, 1994).

Para a recolha de informação recorreu-se à realização de entrevistas qualitativas semiestruturadas a especialistas de medicina geral e familiar (MGF), bem como a utentes. De acordo com Stake (2016:81), “os investigadores qualitativos têm orgulho em descobrir e retratar as múltiplas perspectivas sobre o caso. A entrevista é a via principal para as realidades múltiplas”. Quivy e Campenhoudt (2008: 191-192) sublinham que “os métodos de entrevista se distinguem pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interação humana”, permitindo ao investigador “retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados”. Tal consegue-se através de uma “verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências” (Quivy e Campenhoudt, 2008:192).

O desenho da presente pesquisa foi fortemente condicionado pelas contingências resultantes da pandemia de Covid-19, já que o distanciamento físico tem sido uma das medidas recomendadas pelas autoridades de saúde para impedir o contágio e o condicionamento de contactos foi imposto em inúmeras situações, nomeadamente nas unidades de saúde, o que inviabilizou a intenção inicial

de realizar entrevistas presenciais numa unidade de cuidados de saúde primários (CSP). Em alternativa, optou-se por *e-mail*, videochamada ou telefone, conforme disponibilidade e preferência dos entrevistados.

Decidiu-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, que se caracterizam pelo facto de o investigador dispor de um guião de perguntas, relativamente abertas, em relação às quais precisa de receber informação por parte dos entrevistados, mas é livre de alterar a sequência, a formulação ou até de introduzir outras questões para aprofundar determinado aspecto (Moreira, 1994; Quivy e Campenhoudt, 2008). Moreira destaca que “o entrevistador tem, assim, possibilidade de adaptar este instrumento de pesquisa ao nível de compreensão e recetibilidade do entrevistado” (Moreira, 1994:133), o que é importante para esta pesquisa, tendo em conta a heterogeneidade de utentes entrevistados. Estas características da entrevista semiestruturada puderam ser observadas sobretudo nas entrevistas realizadas por videochamada e telefone.

Posteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo das respostas, para se perceber a escolha de termos utilizados pelos entrevistados, a frequência dos mesmos e a sua disposição, com vista a “construir um conhecimento” (Quivy e Campenhoudt, 2008:226). Segundo estes autores, a análise de conteúdo é cada vez mais usada em investigação social, “porque oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade” (Quivy e Campenhoudt, 2008:226), como é o caso do resultado das entrevistas realizadas. Existem diferentes métodos de análise de conteúdo (Quivy e Campenhout, 2008), sendo a análise categorial uma das técnicas possíveis e caracterizando-se pela redução do material empírico e a construção de categorias que são posteriormente aplicadas aos dados. Esta técnica considera a totalidade do texto passando-o por um crivo de classificação e quantificação, segundo a frequência ou ausência de itens de sentido (Bardin, 1977).

## **2.2 Seleção da Amostra**

Quanto à seleção de casos, procedeu-se na senda de Stake, segundo o qual devem ser escolhidos de forma a “maximizar o que podemos aprender” (Stake, 2016:20), optando pelos que oferecem maior probabilidade de conduzir à compreensão da realidade que está a ser estudada. O autor reconhece ainda que o tempo disponível e o acesso ao trabalho de campo são limitados, razão por que “se pudermos, precisamos de escolher casos de fácil acesso e que acolham a nossa investigação” (Stake, 2016:20). Para a seleção da amostra da presente investigação recorreu-se ao método de amostragem não-probabilística ou de conveniência, já que esta é adequada às situações em que o investigador pretende desenvolver uma teoria, bem como compreender processos ou ações sociais, com a representatividade da amostra a assumir menos importância (Moreira, 1994).

Já a opção pela especialidade de MGF aconteceu por se considerar ser aquela em que a relação médico-doente mais se exprime com relevância, constituindo mesmo um pilar fundamental no decurso das consultas. Ramos (2019) salienta algumas das particularidades que a relação médico-doente desempenha na MGF, a saber: i) a proximidade afetiva conseguida com a continuidade relacional; ii) a possibilidade de ver cada pessoa integrada no seu contexto familiar iii) o conhecimento, ao longo dos anos, não só das questões físicas do doente e da família, mas também de todo o contexto emocional que os envolve e iv) as intervenções com intuito preventivo beneficiam da relação de confiança entretanto estabelecida, entre outras. Ramos destaca ainda que “a MGF abrange praticamente todas as doenças e problemas de saúde que podem atingir um ser humano” (Ramos, 2019:419), o que corrobora a escolha desta especialidade para o estudo de caso.

Tendo em conta que, como visto anteriormente, a análise da influência, ou não, do computador na relação médico-doente pode diferir consoante a perspetiva de quem observa (Dowrick, 1997), com os doentes a atribuírem mais importância à personalidade do médico e à forma como este gere a presença do computador (Brownbridge, Herzmark e Wall, 1985; Rethans, Hoppenrt e Wolfs, 1988; Ridsdale e Hudd, 1994; Ventres *et al.*, 2005; Rouf *et al.*, 2007), considerou-se fundamental a realização de entrevistas também a doentes seguidos por especialistas de MGF que dispõem de computador no consultório.

## 3 Apresentação e Discussão de Resultados

### 3.1 A Perspetiva do Doente

Entrevistaram-se 30 utentes de CSP (17 mulheres e 13 homens), com idades compreendidas entre os 24 e os 83 anos, com experiência em ser atendidos por especialistas de MGF que usam computador no decurso das consultas. Tal foi feito com o intuito de se perceber aprofundadamente se aquele terceiro elemento exerce algum tipo de influência – positiva ou negativa – na relação médico-doente, explorando vantagens e desvantagens da sua utilização. Pretendeu-se também avaliar se a literacia digital de ambos – médico e doente – exerce algum tipo de interferência na forma como a presença do computador é percebida. Após obtenção de consentimento informado, e de acordo com a preferência manifestada pelos entrevistados, nove entrevistas foram feitas pessoalmente, duas através de telefone e uma por videochamada, sendo que as restantes 18 foram realizadas por *e-mail*. No final, houve lugar a *debriefing*. As entrevistas não escritas foram gravadas (apenas áudio), com autorização expressa, procedendo-se posteriormente a análise de conteúdo de todas as respostas.

#### 3.1.1 Vantagens e desvantagens

A grande maioria dos entrevistados (n=24) mostrou-se inequivocamente favorável à utilização de computador durante as consultas, muitos justificando a opinião com a utilidade desta ferramenta no acesso do médico aos registos do doente, assinalando também a facilidade e a rapidez que introduz em todo o processo. Alguns adjetivam mesmo o uso do computador como “essencial” ou “indispensável”. Estes dados corroboram os obtidos por Rethans, Hoppener e Wolfs (1988), Chan e McGlade (2003), Ridsdale e Hudd (1994), bem como por Brown (1998), em cujas investigações havia já ficado patente que a maioria dos doentes aprecia a utilidade e eficácia permitidas pelo computador durante as consultas.

“Parece-me uma ótima ferramenta para que o meu médico tenha acesso ao meu perfil, exames que fiz, resultados, medicação, etc. Pessoalmente tenho dificuldade em ter o meu histórico médico na ponta da língua, pelo que para mim é especialmente útil.” Doente #7

“Na minha opinião, de forma genérica, a utilização só peca por tardia e sou totalmente a favor da sua adoção.” Doente #18

Todavia, entre os que se dizem favoráveis, há quem sinta necessidade de ressaltar que as mais-valias do uso do computador vão depender da forma como este é usado (o que nos remete para as conclusões de Ventres *et al*, 2005) ou os sistemas desenhados, tal como havia sido salientado por Ward *et al*. (2008) e Ayatollahi, Bath e Goodacre (2009).

“É uma ferramenta de extrema utilidade se for adequadamente utilizada.” Doente #10

“Considero que pode contribuir para deixar mais tempo livre ao médico para interagir com o utente, desde que essa utilização não pressuponha uma série de procedimentos burocráticos adicionais à função do médico, e antes não previstos, que anulem a vantagem dessa utilização.” Doente #24

Entre os que se mostraram abertamente desfavoráveis à utilização do computador no decurso das consultas (n=6), todos alegaram a interferência na comunicação e na relação como a principal razão, alguns destacando a perda de empatia e a frieza da relação terapêutica. Estas conclusões reforçam as obtidas por Ellis e May (1999) ou Noordman *et al*. (2010) e até por Larson e Xin Yao (2005), estes últimos no que diz respeito à relevância da empatia na relação médico-doente.

“Ele vai-me fazendo as perguntas e vai lá escrevendo. Nem sei o que diga, porque ele vai falando comigo enquanto faz isso. Mas eu gostava mais das consultas antigas, parece que estava mais a comunicar com o médico e o médico comigo.” Doente #1

“Acredito que veio desumanizar o atendimento prestado por estes profissionais de saúde.” Doente #5

“Não acho bem, porque tira muita empatia entre o doente e o médico. Eles estão mais interessados em escrever do que em ouvir a pessoa.” Doente #16

Quanto às vantagens do recurso ao computador durante a consulta, a quase totalidade (n=29) identifica-as prontamente, destacando sobretudo o acesso ao histórico do doente – tanto pelo médico de família como por outros especialistas - o registo de informação relevante obtida na consulta, bem como resultados de análises e exames efetuados, rapidez e facilidade de processos, prescrição de exames e medicamentos. A segurança e a confiança são também vantagens referidas por alguns utentes (n=4), que especificam a redução de erro e a diminuição de perda de informação

relevante. Um utente também destacou como vantagem a possibilidade de o médico “correlacionar sintomas atuais e passados” e assim poder analisar a “evolução temporal de indicadores clínicos e medicação”.

Em relação às desvantagens, cerca de metade dos inquiridos (n=16) destaca a interferência na comunicação estabelecida, sublinhando a falta de interação e de contacto visual durante os períodos em que o médico usa as ferramentas informáticas, afirmando que este profissional “fica mais concentrado no computador do que na pessoa que tem à sua frente”. Indo na mesma direção, outro utente explicou que “ele [o médico] passa tanto tempo a olhar para o computador que parece que não está a prestar atenção ao que eu digo. A comunicação torna-se difícil”. Ridsdale e Hudd (1994) haviam já concluído pela importância decisiva de o clínico manter contacto visual desde o momento em que o doente entra no consultório.

Todavia, há também um número considerável de entrevistados (n=12) que não veem qualquer desvantagem no uso do computador e outros (n=2) que apontam apenas questões técnicas ou relacionadas com o sistema, nomeadamente “o computador estar lento, não haver acesso à internet ou outras questões técnicas”, que impossibilitem o decurso normal da consulta e a necessária pesquisa e registo de dados. Há ainda um entrevistado que, não apontando desvantagens, sublinha a “preocupação” com “eventuais vulnerabilidades de segurança dos sistemas informáticos em que é armazenada a informação pessoal recolhida”, em consonância com as conclusões de Rethans, Hoppener e Wolfs (1988).

### **3.1.2 Impacto na relação médico-doente**

Questionados diretamente sobre se sentem algum tipo de impacto – positivo ou negativo – na comunicação/relação que estabelecem com o médico, metade respondeu não notar impacto, o que remete para as ilações de inúmeras pesquisas já realizadas (Brownbridge, Herzmark e Wall, 1985; Pringle, Robins e Brown, 1985; Legler e Oates, 1993; Aydin *et al.*, 1995; Solomon e Dechter, 1995; Callen, Bevis e McIntosh, 2005). Contudo, entre estes entrevistados, alguns admitiram que a comunicação é ajustada ao facto de o médico usar o computador, ainda que não percecionem este facto como danoso para a relação. Esta constação havia sido já apontada por Greatbatch *et al.* (1995), segundo os quais, os doentes tendem a sincronizar a conversa com a utilização do computador pelo médico para não interferirem no processo.

“Existem alguns momentos de silêncio enquanto escrevem no computador, mas havia na mesma quando escreviam na ficha.” Doente #7

“Se ele está a escrever, por exemplo, eu espero que ele pare para eu continuar a falar; há a tal falta de contacto visual e de atenção, porque para o médico estar a escrever não está tão atento ao que estamos a dizer.” Doente #8

Apenas um entrevistado considera abertamente positivo o impacto do uso do computador na relação, justificando-o com o rigor da consulta assim realizada: “Ao consultar, no computador, os nossos anteriores registos, o médico fica mais habilitado a uma consulta mais eficaz e a um diagnóstico mais consentâneo.” Pelo contrário, 12 entrevistados não hesitaram em classificar como negativo o impacto causado pelo recurso informático.

“Enquanto paciente não me sinto tão à vontade para expor as minhas questões de saúde quando sinto que a preocupação do médico prende-se mais com o "registo da encomenda" do que propriamente em observar-me ou falar comigo para compreender melhor o que sinto.” Doente #5

“Sim, tem impacto, de maneira que, por exemplo, nas últimas quatro vezes que fui ao médico de família, não me auscultou nem mediu a pressão arterial, não levantando praticamente a cabeça do computador, só ouvindo o que tenho para dizer. Depois sou "despachado" com as receitas e análises.” Doente #10

“Esse impacto negativo faz-me sentir pouco acompanhado e nunca tenho a certeza se o médico me está a ouvir ou não.” Doente #11

“Sinto, por vezes, que o médico poderá não estar a prestar plena atenção ao que lhe digo, o que me incomoda.” Doente #30

Mais uma vez, a falta de contacto visual é salientada, sabendo-se ainda que para usarem convenientemente o RSE, por exemplo, os clínicos olham durante menos tempo para os doentes do que aqueles que fazem registos em papel (Noordman *et al.*, 2010; Asan, Smith e Montague, 2014).

Mas ainda que mais de um terço dos entrevistados considere negativa a influência que o computador exerce na relação médico-doente, uma larga maioria (=25) classifica como boa a relação mantida com o seu médico. Entre as características que lhes permitem esta percepção destacam a disponibilidade do clínico, o sentirem-se à vontade com ele, a confiança estabelecida, a possibilidade de conversarem sobre outros temas não relacionados com a consulta, o facto de ser o médico de toda a família e vários sublinham ainda que se trata de uma relação de longa duração, nalguns casos

de 20 ou, até, 30 anos. Algumas destas dimensões haviam sido já identificadas por Dhingra, Anand e Prasad (2014) e Chandra, Mohammadnezhad e Ward (2018) como relevantes para a manutenção de uma boa relação médico-doente.

Apenas dois entrevistados classificam a relação como má, mas não se encontrou ligação com o facto de o clínico usar computador no decurso da consulta. Aliás, este fator não foi sequer mencionado como justificação.

“Não tenho uma relação de proximidade com o meu médico de família. Tem um comportamento ambivalente, o seu humor varia muito, sendo que umas vezes é muito afável, noutras sinto que mais valia não ter ido lá. Pelos motivos acima indicados, não considero ter uma boa relação com o médico de família.” Doente #5

“Não [tenho uma boa relação], devido ao que perceciono como postura de má-fé adotada pelo médico.” Doente #28

### **3.1.3 Usar ou não usar – e se a decisão fosse do doente?**

Se fosse possível o médico não usar computador durante a consulta, vários utentes entrevistados (n=11) acreditam que a comunicação seria privilegiada, pois a pessoa passaria a ser o foco de atenção do médico em vez do computador. “Vantagens no relacionamento interpessoal, saber escutar ou demonstrar mais interesse com o contacto visual”, foi uma das respostas obtidas, assim como “o utente sentir-se-ia melhor avaliado e com maior disponibilidade [da parte do médico] para ser observado e escutado”, o que é corroborado por dois outros entrevistados que respondem que desta forma haveria “mais empatia”.

Todavia, alguns dos que invocam a melhoria da relação acabam por admitir em simultâneo que tal ganho implicaria um menor acesso a informação, nomeadamente ao histórico do doente.

“Era andar para trás, voltar ao que tínhamos antes de haver computadores, em que os registos não eram feitos. Se houvesse algum esquecimento por parte do médico ou do doente... mesmo em termos de tratamento das pessoas não seria tão eficaz. Mas a relação humana era melhor.” Doente #8

“É com o histórico que depois o médico consegue tomar as decisões mais certas e o computador permite isso.” Doente #25

Se coubesse ao doente a decisão de o médico usar, ou não, o computador no decurso da consulta, a maioria (n=20) optaria sem hesitar pelo uso do computador e apenas quatro fariam a opção contrária. Alguns salientam a necessidade de alterar a forma como o médico usa aquele recurso.

“[Os médicos] deveriam fazer a sua pesquisa sobre o doente antes da entrada deste. Posteriormente, fariam os novos registos da informação recolhida depois de uma conversa atenta.” Doente #4

“Considero que é necessário [o computador], mas alterava a atitude do médico de família. É preciso haver sensibilização da parte do médico para o contacto visual e demonstração de interesse e empenho em solucionar os problemas/casos do paciente.” Doente #20

“Mas talvez pudesse ser feita de outra forma... no limite, a consulta ser gravada e depois o médico tomava as suas notas.” Doente #30

#### **3.1.4 Literacia digital como condicionante de usos e perceções**

A generalidade da amostra (n=27) tem acesso a TIC, nomeadamente, a computador, internet em casa e *smartphone*, sendo que a maioria classifica o seu conhecimento e relação com as TIC como médio, médio alto, elevado ou muito elevado. Apenas seis classificam como básica ou muito básica a sua capacidade de usar TIC, o que corresponde, nalgumas situações, apenas ao uso limitado de redes sociais no telemóvel, por exemplo.

Não é possível estabelecer correlações fortes entre o nível de literacia digital dos utentes entrevistados e a sua opinião relativamente ao uso de computador na consulta ou sobre o impacto na comunicação médico-doente. Com efeito, entre os que se disseram desfavoráveis ao uso desta tecnologia (n=6), a maioria (n=4) possui conhecimentos elevados ou médio altos. Da mesma maneira, entre os que reconheceram um impacto negativo do uso do computador na relação médico-doente (n=12), a larga maioria (n=9) é proficiente no uso das TIC, diz usá-las com facilidade e com muita frequência, nomeadamente no trabalho.

E se é verdade que três entrevistados com conhecimentos muito básicos sobre TIC revelaram sentir uma interferência negativa do computador na comunicação que mantêm com o médico – o que poderia levar a pensar que a baixa literacia digital lhes tornaria mais penosa ou incompreensível a experiência de testemunhar a atenção que o médico dedica ao computador – não é menos verdade que os únicos três entrevistados que disseram não ter qualquer acesso ou conhecimento relacionado

com TIC (e que são também os que detêm as habilitações literárias mais baixas) responderam que são favoráveis à utilização do computador e não veem qualquer interferência desta ferramenta na comunicação que estabelecem com o médico. Uma destas pessoas descreve assim a forma como testemunha a utilização do computador pelo clínico:

“Antigamente eles não usavam... e era bom, eu estava habituada e não conhecia outra coisa. Mas agora é bom, porque têm lá os nossos registos e até o receituário e sabem quando o levantamos, ou não.” Doente #23

Eventualmente, poderá equacionar-se que o facto de estes três entrevistados não terem qualquer conhecimento relativo ao uso de TIC os deixa numa situação em que não sabem o que podem ou devem esperar, logo, aceitam com facilidade a experiência tal como esta se lhes apresenta. Ao passo que aqueles que detêm um nível muito básico sabem o suficiente para perceber quando, do lado de lá, está alguém com dificuldades semelhantes às suas. Uma espécie de espelho, que é de alguma maneira revelado por um destes utentes: “Penso que haverá [da parte da médica] dificuldade em usar a generalidade das tecnologias atuais. Eu também tenho pouco conhecimento, mas vejo.”

O que é possível, sim, constatar é que o nível de literacia digital do utente (autoavaliada por este) parece condicionar a perceção que este tem sobre a literacia digital do clínico. Chegou-se a esta conclusão, porque houve oportunidade de entrevistar cinco pessoas da mesma família, todas seguidas pela mesma médica. Assim, enquanto o elemento mais novo da família (24 anos, estudante universitário) salienta o quão parece ser complicado para a médica usar o computador, justificando-o com a “idade já avançada” da mesma, outros elementos – os três entrevistados que não usam nem têm qualquer conhecimento relacionado com TIC (com 83, 73 e 66 anos de idade, respetivamente, todos reformados) dizem que a médica usa a tecnologia “com facilidade”, “lida lindamente com o computador, sem problemas”.

A relação da idade do médico e a sua proficiência na utilização do computador durante a consulta foi referida nalgumas entrevistas, reforçando as conclusões de Espanha, Mendes e Fonseca (2013a) e Kuek e Hakkennes (2019), segundo os quais, os médicos mais jovens são tidos como mais competentes no uso das TIC.

“Noto uma diferença óbvia de acordo com a idade do médico, conseguindo os mais novos controlar mais a consulta enquanto registam e conseguindo assim ter outras condições para assegurar uma maior ligação ao paciente na consulta. (...) Regularmente sou consultado por médicos mais novos que integram a equipa e é

evidente a maior fluidez na utilização, notando-se mais dificuldade no diagnóstico do que no registo e consulta de dados, contrariamente ao médico mais velho.” Doente #18

“Domina [o uso das TIC]. E sim, é fácil, até porque é bastante novo.” Doente #26

Além da constatação de que as novas gerações usam o computador de forma aparentemente mais natural e sem grande impacto na comunicação estabelecida com o doente, há outros fatores que são notados pelos entrevistados, como o desenho dos sistemas usados em consulta, tal como referido por Ward *et al.* (2008) e Ayatollahi, Bath e Goodacre (2009) e a formação dos clínicos para os usar (Kuek e Hakkennes, 2019; Dünnebeil *et al.*, 2012).

“É possível desenhar e simplificar os sistemas para que possam ser usados de forma mais eficiente.” Doente #18

“Por vezes, sinto que os computadores são lentos, o *software* não é intuitivo, o que por vezes faz com que ele [o médico] tenha de andar à procura da correta forma de executar uma prescrição. Parece que, por vezes, os médicos não têm a formação necessária para utilização dos *softwares* em causa, o que algumas vezes leva a erros nas prescrições, que não são aceites no momento de executarmos o exame.” Doente #30

Todos os entrevistados que espontaneamente desenvolveram o tema da idade do médico, o desenho dos sistemas e a formação para uso dos *softwares* dizem apresentar, sem exceção, graus elevados ou muito elevados de literacia digital.

### **3.2 A Perspetiva do Médico**

Para se compreender a interferência que o computador exerce – ou não – na relação que os clínicos estabelecem com os utentes durante a consulta, aplicou-se a mesma estratégia metodológica qualitativa, que se materializou em nove entrevistas a especialistas de MGF (cinco mulheres e quatro homens), com idades entre os 31 e os 66 anos e a exercer em unidades de CSP localizadas em território nacional. Além de perceber o impacto do computador em termos relacionais, houve ainda intenção de averiguar se o grau de literacia digital que estes profissionais de saúde dizem possuir condiciona as suas atitudes no que diz respeito ao uso de TIC em consulta. A pedido dos

entrevistados, oito entrevistas foram feitas por *e-mail* e uma por telefone (esta foi gravada), tendo havido lugar a consentimento informado e *debriefing* em todas. Posteriormente, realizou-se análise de conteúdo à totalidade das respostas obtidas.

### **3.2.1 Usos, vantagens e desvantagens**

Entre os médicos entrevistados, a opinião dominante sobre a utilização de computador durante a consulta é favorável ou muito favorável. Apenas dois são abertamente desfavoráveis, com um a alegar que tal constitui “um entrave na relação médico-doente” e outro a considerá-lo “uma necessidade no atual sistema, tal como este tem sido construído, e simultaneamente um grande problema”. Há ainda opiniões ambivalentes, com clínicos a mostrarem-se favoráveis ao recurso, mas sem deixar de alertar para o impacto que pode ter na relação:

“Não vejo grande diferença entre o computador e o seu ecrã e o papel onde antes escrevíamos a lapiseira, porque quando escrevíamos no papel com lapiseira também estávamos a olhar para o papel. (...) O problema não está no ecrã do computador, mas sim na maneira como nós utilizamos os tempos da consulta. (...) Os computadores em si não fazem moça, o que pode fazer moça é a má arquitetura dos gabinetes, porque as pessoas não veem o ecrã e isso pode levar a algumas disfuncionalidades.” Médico #3

“A utilização do computador é muito útil para registo de processo clínico, para confirmação de informação transmitida pelo doente e revisão de terapêutica. Contudo, implica uma gestão grande para que a consulta e a relação estabelecida naquele ato terapêutico não fiquem comprometidas.” Médico #4

“Deverá existir um equilíbrio entre o tempo que se utiliza o computador e o tempo que se “olha” o utente e se “está” com o utente.” Médico #5

“Trata-se de uma ferramenta de trabalho útil com diversas potencialidades. Se não for bem utilizado e posicionado pode constituir uma barreira à comunicação”.  
Médico #7

“A utilização do computador durante a consulta não é, em si, nem boa nem má, mas depende do uso que lhe é dado.” Médico #8

A forma como o computador é utilizado durante a consulta – e não a sua utilização em si – é, pois, o que para muitos entrevistados merece relevo nesta temática, fazendo eco das conclusões, anteriormente aludidas, de Ventres *et al.* (2005), Makoul, Curry e Tang (2001) ou Shachak e Reis (2009), para quem fatores como o estilo que o clínico adota ao longo da consulta, a posse de conhecimentos informáticos, a correta integração do computador ao longo do encontro e ainda a arrumação do espaço, entre outros, são mais condicionantes da relação do que o uso de computador propriamente dito.

À semelhança do que havia sido constatado para o caso português (Espanha, 2009; Espanha, Mendes e Fonseca, 2013a), questionados sobre as vantagens do uso de computador no âmbito de uma consulta de MGF, a maioria aponta a facilidade de acesso a registos, rapidez, legibilidade e segurança, diminuição do erro médico e maior rigor. Alguns referem igualmente a eficácia, possibilidade de codificação, comunicação com outros níveis de cuidados e acesso a ferramentas de decisão clínica. Há quem aponte ainda vantagens associadas à relação que estabelecem com o doente, como a possibilidade de o envolver na decisão clínica, partilhando o ecrã durante a consulta, ou tirar proveito de recursos destinados a educação para a saúde. Um entrevistado salienta a facilidade que esta ferramenta introduz na comunicação com o doente através de *e-mail* ou videoconsulta.

Mas se o manancial de informação que passa a estar disponível é, para muitos, a principal vantagem do uso de computador e do RSE no encontro clínico, também há quem veja esta mais-valia como uma “falsa segurança”, alegando a difícil manuseabilidade dos registos informáticos, por estes aparecerem em diferentes ecrãs, o que impede o clínico de formar uma visão global do doente, à semelhança do que havia sido referido por Thimbleby (2013). O mesmo entrevistado reconhece que a informação considerada “essencial” acaba até por perder-se, já que a observação – e a escuta – do doente passam para segundo plano, reforçando a necessidade identificada por Macnamara (2019) de mais comunicação através da audição e escuta.

“O acesso a mais informação clínica sobre cada paciente é uma vantagem virtual, pois, na realidade, a informação está mal arrumada e facilmente escapam dados importantes e se perde a visão de conjunto; por outro lado, a informação disponível é em tal quantidade que, no afã de a apreender toda, perdemos a informação essencial da própria consulta, a qual podemos obter ouvindo o paciente e observando-o.” Médico #6

Aprofundando as desvantagens, vários destacaram a interferência na relação médico-doente, por implicar “gerir um terceiro elemento na consulta”, como alguém frisou. Mas a maioria ressent-

se sobretudo de questões diretamente relacionadas com o sistema informático em si, já que se torna determinante que este funcione, seja rápido, não bloqueie e esteja desenhado para ser facilmente usado, o que, pelo que se percebeu pelas respostas dadas, nem sempre acontece. O “número de passos necessários para realizar uma tarefa como a impressão de um documento”, foi lamentado por um entrevistado e outro diz que faz “muitos atos inúteis e gastadores de tempo dadas as exigências de registos decorrentes dos indicadores”. Também há quem considere “inacreditável que as aplicações de registo que existem não permitam sequer a pesquisa de um termo”, enquanto outro clínico especifica que “um dos maiores problemas é não haver uma integração das múltiplas plataformas a que temos de aceder durante a consulta”. Como resultado disto, há quem fale do consequente “cansaço dos médicos que se desdobram para dar atenção ao doente e ao computador”.

O computador é utilizado por todos os entrevistados para finalidades idênticas e convergentes com as já identificadas por Espanha (2009), a saber: registo de informação, consulta do RSE, apoio à decisão clínica (por exemplo, cálculo de risco), recursos para apoiar o doente (folhetos ou vídeos prontos a usar no âmbito da educação para a saúde), requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), prescrição de medicação, emissão de documentação e pesquisa de informação para esclarecimento de dúvidas clínicas ou terapêuticas. O entrevistado que parece usar o computador para menos atividades é também um dos que revela uma opinião desfavorável em relação ao computador, limitando-se a “consultar o historial do doente, fazer registos e emissão de MCDT”.

Observa-se alguma consistência no tempo de consulta que cada um assume dedicar ao computador, já que tendo por base uma consulta com duração média de 20 minutos, mais de metade (n=6) diz usar o computador durante 50% do tempo ou mais.

### **3.2.2 Impacto na relação médico-doente**

Interrogados diretamente sobre o impacto que o computador tem, ou não, na relação que estabelecem com quem vai ao seu consultório, apenas um clínico considerou o impacto francamente positivo: “Liberta-me mais para me concentrar no doente e dá-me segurança pela informação que me garante.” Dois dizem sentir essa influência como neutra e para quatro entrevistados a interferência na relação é negativa:

“Cuidar começa com ouvir, observar, fazer o paciente sentir que estamos ali para ele, olhá-lo nos olhos. Os ecrãs em geral captam a atenção do médico, que na consulta seria devida ao paciente.” Médico #6

“Tem impacto negativo. Existem doentes que verbalizam isso, outros que mostram sinais de desconforto quando estamos a escrever.” Médico #4

Acima de tudo, fica mais uma vez evidente a importância de o profissional de saúde ter consciência de que a forma de usar o computador pode minimizar a interferência deste, o que parece ser um ponto em comum entre os que responderam que o impacto é neutro, positivo ou dual, e que em conjunto constituem a maioria da amostra (n= 5):

“É um apetrecho que ali está e que uso em tempos definidos da consulta, tal como usava quando os registos eram em papel, depois de falar com a pessoa.” Médico #3

“Se estiver muito tempo atento ao computador ou simplesmente virado para ele e não estiver orientado para o utente, pode constituir uma barreira. Mas se for utilizado para procurar e partilhar ferramentas de apoio à decisão pode ser um bom apoio à comunicação. Além disso, a utilização dos registos clínicos permite uma continuidade e utilização da informação recolhida ao longo do tempo.” Médico #7

Quando lhes foi perguntado como acham que seria uma consulta sem computador, a maioria (n=6) declarou que, nessa situação, o foco seria indubitavelmente o doente, mas tendo de enfrentar as desvantagens inerentes, como as dificuldades de registo e imprecisão, havendo até quem constata que seria mais complexo aferir a adesão do doente à terapêutica ou quem assuma que “uma parte da consulta estaria perdida”. Mas também há quem tenha uma opinião contrária e veja a possibilidade de tratar melhor se não tiver de usar o computador no decurso da consulta:

“Ouvia mais e melhor os doentes e talvez medicasse menos e tratasse de uma forma mais efetiva.” Médico #4

“Sem computador, teríamos mais tempo para os doentes, para os ouvir, compreendê-los e tratá-los. Talvez conseguíssemos chegar a mais doentes ou tratar melhor as patologias crónicas dos doentes que temos.” Médico #8

Questionados sobre se optariam por continuar a usar computador durante a consulta, caso lhes fosse dada essa possibilidade, quatro responderam que continuariam a usar. “O computador faz parte da consulta, tal como outros instrumentos como o esfigmomanómetro, o estetoscópio, etc.”, justifica um dos clínicos, enquanto outro reforça que “o computador é hoje essencial na consulta,

temos é de agilizar a sua utilização, nomeadamente não tendo de estar a escrever através do teclado, mas podendo ditar para o computador e ele a registar automaticamente, da mesma forma que se usam ratos para digitalizar”. A gravação – vídeo ou áudio - surgiu como hipótese lançada por alguns entrevistados, mesmo admitindo que esta solução implicaria um acréscimo de recursos alocados a cada consulta.

“Noutros países, e à semelhança do que se passa em Portugal com os relatórios nas clínicas de imagiologia, os registos clínicos são feitos por pessoal não-médico com base na gravação áudio sumária do médico. Este procedimento reduz o tempo que o computador ocupa na consulta, que é fundamentalmente um espaço para a relação médico-doente.” Médico #8

A introdução de alterações aos sistemas e à forma como os computadores são usados em contexto de consulta foi a tendência da resposta de outros cinco entrevistados, percebendo-se que este é um tema que lhes suscita reflexão pessoal. Alguns referem que, se fosse possível, usariam o computador apenas no início ou fim das consultas ou, eventualmente, durante as mesmas, mas apenas para esclarecimento de dúvidas pontuais relacionadas com a história clínica. Um dos médicos destaca que “nos dias de falha de luz e computador mesmo *offline* não se consegue fazer quase nada e é inseguro trabalhar”, mas que “se pudesse tinha um computador num canto do consultório que mal funcionaria na consulta e teria uma aplicação simples para registo em texto livre e possibilidade de registo por reconhecimento de voz, que usaria no final da consulta propriamente dita”. Também há quem deixe claro que “usaria [o computador], mas melhoraria o desempenho do sistema e simplificaria o número de passos e burocracias que contaminam a consulta e que roubam tempo para os assuntos importantes”. Um dos entrevistados é taxativo a considerar a forma como o computador é usado atualmente como condicionante da qualidade da relação médico-doente:

“O mais importante na relação médico-doente é o doente sentir que o médico está disponível, atento e que responde empaticamente ao sofrimento que o doente está a partilhar connosco. O computador, como está a ser usado neste momento, está a escravizar o médico a fazer registos infundáveis, enquanto tem de gerir dificuldades informáticas que vão surgindo. O computador deve ser um suporte à atividade clínica e não um fim em si mesmo.” Médico #8

Percebe-se, pois, que há consistência na opinião dos clínicos ao longo das entrevistas, reforçando uma opinião dominante: é a forma como o computador é utilizado durante a consulta, e

não o computador propriamente dito, assim como toda a arquitetura – do espaço e dos sistemas informáticos – que parece condicionar a experiência de utilização durante a consulta e, por conseguinte, a relação/comunicação com o doente, à semelhança do que havia sido percebido por Ventres *et al.* (2005), Makoul, Curry e Tang (2001) e Shachak e Reis (2009).

### 3.2.3 Literacia digital e uso de computador na consulta

Na autoavaliação que fazem em termos de literacia digital, a maioria dos médicos entrevistados revela ter um conhecimento normal ou razoável e adaptado às necessidades laborais quanto ao uso de TIC. Alguns, com idades a rondar os 30 anos, dizem ter um conhecimento médio alto ou elevado. Apenas dois entrevistados – ambos com mais de 50 anos - revelam-se, de alguma forma, pouco à vontade com a evolução registada neste domínio:

“A minha relação com as TIC é de frustração por não me sentir com conhecimento suficiente sobre elas, até porque a sua evolução é tão vertiginosa que sinto estar sempre desatualizado em relação ao que estou a usar.” Médico #2

“Sou uma utilizadora muito moderada. Uso computador na minha vida pessoal desde há 23 ou 24 anos para processamento de texto, arquivo e gestão de fotografias pessoais, de música e dos mais variados documentos a nível doméstico, *e-mail* com amigos. (...). Nunca aderi a redes sociais e apenas muito recentemente aderi a um *smartphone* que uso pouco, profissionalmente uso-o apenas como telefone.” Médico #6

Constata-se que os entrevistados que mais se mostram desfavoráveis ao uso do computador durante a consulta, explanando as desvantagens que lhe encontram, nomeadamente ao nível da relação médico-doente, se encontram nas faixas etárias acima dos 50 anos e um deles é o que revela usar menos as TIC no seu dia a dia, o que confirma as conclusões de Espanha, Mendes e Fonseca (2013a). Um destes médicos, com 60 anos de idade e um conhecimento de TIC que caracteriza como “normal na ótica do utilizador”, aponta ao longo de toda a entrevista o lado nefasto do uso do computador durante a consulta, sobretudo no que diz respeito à comunicação. Na sua opinião, uma boa relação médico-doente assenta na “compreensão do sentimento com que o doente vive a sua doença e para tal é necessário espaço de escuta atenta e empatia no face a face”, o que o computador impossibilita, na sua perspetiva.

Por seu turno, ainda na faixa etária acima dos 50 anos, encontramos respostas diametralmente opostas àquela, com os dois entrevistados mais velhos (66 e 64 anos de idade, respetivamente) a

aparecerem como os mais entusiastas da amostra no que diz respeito à utilização do computador no decurso da consulta, revelando-se perentórios na decisão de usar esta ferramenta. Todavia, o entrevistado mais novo da amostra (31 anos) e que diz ter um conhecimento normal/adequado de TIC, assume que, se pudesse, não usaria computador durante a consulta, mas apenas no início e no fim desta ou para aspectos pontuais. “Não observo o doente como queria, não o ouço como queria”, justifica, apesar de admitir a enorme utilidade desta ferramenta. Também um outro entrevistado da mesma faixa etária (36 anos), que se avalia como “bastante conhecedor das TIC, utilizador avançado na maioria da maioria dos programas”, responde que “se pudesse, não usava durante as consultas presenciais”, mas sim “apenas pontualmente para tirar dúvidas que tivessem de ser resolvidas no momento”.

Desta forma, não é possível correlacionar o grau de literacia digital do médico com a sua atitude face ao computador durante a consulta nem sequer com a idade, já que clínicos jovens e com uma autoavaliação muito boa da sua relação com as TIC não se mostram tão entusiastas quanto alguns médicos mais velhos da amostra, por exemplo, sendo que a literacia digital entre estes é – segundo nos reportaram – adequada às necessidades na grande maioria dos casos. Vários fatores poderão explicar isto, desde logo o facto de o computador já estar em uso nos consultórios há vários anos, o que poderá ter ajudado a atenuar questões de adequação (à semelhança do constatado por Noordman *et al.*, 2010), nomeadamente por parte dos profissionais mais velhos. Por outro lado, não é de excluir que os clínicos seniores que se mostram muito favoráveis à tecnologia o sejam também porque encontram aqui um apoio extra à sua atividade profissional:

“Atualmente, quando isso acontece [não ter computador durante a consulta], é um caos. Porque não tenho memória das terapêuticas dos meus doentes e isso é uma coisa que é diferente, quando fazia registos em papel tinha muito melhor memória, hoje em dia isso perde-se.” Médico #3

Quanto ao facto de alguns clínicos mais jovens e hábeis no uso das TIC se revelarem, nalguns casos, apreensivos no que diz respeito às TIC poderá resultar sobretudo do facto de sentirem o impacto diário e a sobrecarga que significa o uso contínuo de computador:

“Receber muitos alertas e ter alguns programas muito pouco funcionais, nalgumas situações, determinam maior gasto de tempo a "olhar" para o computador e a contribuir para uma crescente sensação de frustração e desgaste do profissional de saúde, que se refletirá no sucesso da consulta e na satisfação do utente.” Médico #5

“(…) O tempo de consulta que o computador ocupa, que depende da quantidade de registos obrigatórios em cada consulta; da qualidade dos computadores e dos servidores, da complexidade dos programas e das várias plataformas que poderemos ter de usar e da quantidade de erros informáticos, todos consomem tempo até se conseguir cumprir as tarefas de fazer os registos clínicos e prescrever.” Médico #8

Um fator que não foi muito desenvolvido pelos entrevistados diz respeito à necessidade de formação que o uso de TIC no âmbito das consultas exige, o que nos leva a considerar que talvez os médicos contactados possuam, de facto, tal como autoavaliaram na generalidade, os conhecimentos adequados ao uso de computador em consulta. Este tópico ficou apenas subentendido quando um clínico elencou as desvantagens do uso de computador e referiu a “necessidade de utilizadores com competências e necessidade de formação” e ainda quando outro especialista revelou a sua “frustração” por não se “sentir com conhecimento suficiente”.

## 4 Notas Finais

Tendo em conta os resultados obtidos e relacionando com as perguntas e hipóteses que nortearam a presente investigação, conclui-se que:

i) O computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente. Quanto à primeira hipótese colocada (H1 - Os médicos sentem que a relação que estabelecem com os doentes durante a consulta é afetada pela presença do computador), vemos que apenas dois clínicos responderam que a interferência é neutra. Quanto aos restantes, dividem-se entre os que a consideram positiva ou dual (n=3) e os que a veem como negativa (n=4), pelo que se confirma a hipótese levantada. Além disso, quando questionados sobre as desvantagens da utilização do computador, vários foram os que destacaram a interferência na relação.

Em relação à segunda hipótese avançada (H2 – Os doentes sentem que a relação que estabelecem com os médicos durante a consulta é afetada pela presença do computador), observa-se que metade dos utentes diz não notar qualquer impacto. Todavia, entre estes, alguns admitem que a comunicação é ajustada ao facto de o médico usar o computador, nomeadamente, sincronizando silêncios com os momentos em que o clínico escreve no computador. Por outro lado, pouco mais de um terço (n=12) classifica como negativo o impacto na relação, alegando, na maioria, a falta de contacto visual por parte do médico, o que lhes dá a sensação de não estarem a ser ouvidos, de o seu problema não estar a ser devidamente valorizado. Também cerca de metade da amostra (n=16) destaca a interferência do computador na relação como desvantagem do seu uso.

ii) A influência do computador na relação médico-doente pode ser considerada positiva, pesando as vantagens e desvantagens e tendo em conta o cuidado que pode – e deve - ser colocado no seu uso. Quanto à terceira hipótese aventada (H3 – A relação médico-doente sofre alterações pela utilização de computador durante a consulta, as quais são percecionadas pelos intervenientes, mas ultrapassadas pelas vantagens reconhecidas por ambos), conclui-se que as vantagens são largamente reconhecidas por médicos e doentes, sobrepondo-se às desvantagens. Quando questionados sobre se gostariam que o médico continuasse a usar computador durante a consulta (caso lhes fosse dada essa hipótese), dois terços responderam afirmativamente. Do lado dos médicos, também a generalidade continuaria a usar ou – o que vários reforçaram - alterariam a forma ou frequência de uso, com alguns a apresentarem sugestões do domínio técnico e do desenho de sistemas

iii) Será necessário aprofundar a investigação para compreender se, no momento atual, os níveis de literacia digital dos médicos e dos doentes afetam a forma como a relação médico-doente é estabelecida e percecionada. De facto, não foi possível estabelecer correlações fortes quanto à

quarta hipótese avançada (H4 - Os níveis de literacia digital do médico e do doente afetam a forma como estabelecem e percebem a relação). Por um lado, observa-se que médicos com uma auto percepção elevada do seu nível de literacia digital alertam para o impacto negativo do uso do computador na relação, mas o inverso também foi observado, isto é, médicos que admitem alguma dificuldade em acompanhar a evolução tecnológica mostram-se entusiastas quanto à integração do computador na consulta. Por outro lado, também da parte dos doentes não se estabelece uma imediata correspondência entre autoavaliação de literacia digital e opinião sobre o impacto do uso do computador na relação. O que se conseguiu constatar foi, sim, que o nível de literacia digital autoavaliado pelo utente parece condicionar a percepção que este tem sobre a literacia digital do clínico, ou seja, quanto mais conhecimentos sobre TIC o doente tem, mais facilmente reconhece quando é que o médico está, ou não, à vontade na utilização dos recursos informáticos, mas sem que isso pareça condicionar a sua perspetiva sobre o impacto que o computador tem na relação.

Vários fatores podem ter condicionado a obtenção de uma resposta cabal a esta pergunta, desde logo, o facto de os níveis de literacia digital dos entrevistados terem sido aferidos pelos próprios, considerando-se possível a eventual dificuldade de alguns em reconhecerem possuir um baixo nível de conhecimento de utilização de TIC; por outro lado, é também de considerar que os médicos já estão familiarizados com o sistema informático que usam, logo, neste momento podem já não sentir as dificuldades que notaram inicialmente, quando esses sistemas foram introduzidos. É ainda de ter em conta que o uso de TIC está cada vez mais disseminado e até, como referido antes, o número de médicos nativos digitais em exercício já suplantou o de imigrantes digitais (LBI Health, 2014; Prensky, 2001), o que tende a esbater assimetrias e interferências desta dimensão na relação médico-doente.

Acima de tudo, conclui-se que não é a utilização do computador em si que interfere na relação estabelecida entre médico e doente, mas sim a forma como o computador é usado ao longo da consulta. Mesmo reconhecendo as vantagens do computador, os utentes mostram-se particularmente melindrados com a falta de contacto visual - que percebem como desatenção - valorizando quando há empatia, confiança, à-vontade e partilha. Realce-se a este propósito a investigação de McGrath, Arar e Pugh (2007), que concluíram pela importância da configuração do gabinete médico, o local onde o ecrã do computador é colocado e a utilização de elementos não-verbais para assegurar a ligação com o doente quando o computador é usado, percebendo que até os silêncios podem ser aproveitados para tornar a consulta mais produtiva, com os doentes a usarem esse tempo para pensar sobre a sua situação e fazerem mais perguntas, tornado-se mais interventivos.

A generalidade dos médicos da amostra parece estar consciente desta questão, com alguns a referirem a necessidade de reservar tempo para falar com o doente - olhando-o e escutando-o -

especificando a relevância de o ecrã ser colocado de forma a ser também visto pelo doente, como forma de haver partilha na tomada de decisão e empoderamento do doente, havendo muitos a alertarem para a importância de os sistemas serem melhor desenhados, de maneira a otimizar o trabalho do clínico, permitindo-lhes menos foco no computador e mais no doente.

A forma de ultrapassar o impacto negativo do computador na relação médico-doente foi avançada por muitos entrevistados e a solução não passa necessariamente por eliminar o computador. À semelhança do que foi identificado por Frankel *et al.* (2005), passará, sim, por fatores dependentes do médico, da administração da unidade de saúde ou, no limite, das autoridades de saúde: organização do tempo (quando usar o computador e como) e do espaço da consulta (arrumação do gabinete e local de colocação do ecrã); comunicação verbal e não-verbal do médico e ainda a capacidade deste na utilização do computador (o que poderá implicar mais e melhor formação). Passará também pelo desenho de aplicações e plataformas interligadas e de uso amigável e ainda – o que é muito relevante - pela preparação dos futuros clínicos, que devem ser ensinados e treinados durante a formação pré e pós-graduada a usarem o computador como um facilitador da relação e não como uma barreira. Até porque o futuro – que já é presente em inúmeras unidades de saúde de todo o mundo - implica destreza em áreas como medicina digital, inteligência artificial, robótica e genómica, entre outras (Topol, 2019), mas a maioria dos estudantes de medicina possui competências muito baixas em e-saúde (European Medical Students' Association, 2019a).

A adoção de estratégias destinadas a que o uso do computador durante a consulta não interfira negativamente na relação médico-doente é crucial. Afinal, o computador faz hoje parte dos instrumentos básicos de um consultório – como o esfigmomanómetro, tal como um médico entrevistado salientou – e escamotear a relação triádica que se estabelece (Assis-Hassid, 2015) poderá significar que esta não é cuidada como deve. Só assim, pondo em prática todos os mecanismos possíveis para garantir que o computador não impede que o médico olhe, observe, ouça e escute o doente – com empatia - o clínico do século XXI terá condições para continuar a cumprir o Juramento de Hipócrates e a estabelecer relação com quem o busca – ainda que com um computador pelo meio.



## BIBLIOGRAFIA

- Akerkar S. M. e L. S. Bichile (2004), "Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age", *Journal of Postgraduate Medicine*, 50(2).
- Als, Anne Birgitte (1998), "The desk-top computer as a magic box: patterns of behaviour connected with the desk-top computer; GP's and patients' perceptions", *Family Practice*, 14(1).
- Antunes, João Lobo (2012), *A Nova Medicina*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Antunes, João Lobo (2016), *Ouvir com Outros Olhos*, Lisboa, Gradiva, 5.ª edição.
- Asan, Onur, Paul D. Smith e Enid Montague (2014), "More screen time, less face time – implications for EHR design", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20.
- Assis-Hassid, Shiri *et al.* (2015), "Enhancing patient-doctor-computer communication in primary care: towards measurement construction", *Israel Journal of Health Policy Research*, 4.
- Ayatollahi, Haleh, Peter A. Bath e Steve Goodacre (2009), "Paper-based versus computer-based records in the emergency department: Staff preferences, expectations, and concerns", *Health Informatics Journal*, 15(3).
- Aydin, Caroline E. *et al.* (1995), "Computers in the Examining Room: The Patient's Perspective", *Proceedings. Symposium on Computer Applications in Medical Care*.
- Bader, Shelley e Robert Braude (1998), "Patient Informatics: Creating new partnerships in medical decision making", *Academic Medicine*, 73(4).
- Balint, Michael (1998), *O Médico, o Seu Doente e a Doença*, Lisboa, Climepsi Editores, 1.ª edição.
- Bardin, Laurence (1977), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Berger, Arthur Asa (1991), *Media Research Techniques*, Newbury Park, Sage Publications.
- Bhatt, Vivek (2016), "Information Literacy Competencies in New Era", *International Journal of Research and Analytical Reviews*, 3(4).
- Bogdan, Robert e Sari Biklen (1994), *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto, Porto Editora.
- Boonstra, Albert e Manda Broekhuis (2010), "Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions", *BMC Health Services Research*, 10.
- British Medical Association (2019), *Technology, Infrastructure and Data Supporting NHS Staff*, disponível em: <https://www.bma.org.uk/media/2080/bma-vision-for-nhs-it-report-april-2019.pdf>, consultado em: 22/05/2020.
- Brown, Joanne (1998), "The computer in the general practice consultation: a literature review", *Health Informatics Journal*, 4.
- Brownbridge, Garry, Guy A. Herzmark e Toby D. Wall (1985), "Patient Reactions to Doctors' Computer Use in General Practice Consultations", *Social Science & Medicine*, 20(1).
- Buntin, Melinda Beeuwkes *et al.* (2011), "The Benefits Of Health Information Technology: A Review of the Recent Literature Shows Predominantly Positive Results", *Health Affairs*, 30(3).
- Callen, Joanne, Megan Bevis e Jean McIntosh (2005), "Patients' perceptions of general practitioners using computers during the patient-doctor consultation", *Health Information Management*, 34(1).
- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha (Coords.) e Pedro Puga (2007), *Profissionais de Saúde na Era da Informação: Médicos, Enfermeiros e Farmacêuticos*, Lisboa, CIES-ISCTE.
- Castells, Manuel (2002), *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – A Sociedade em Rede*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Chan, W. e K. McGlade (2003), "Patients' attitude to GPs' use of computers", *British Journal of General Practice*, 53.
- Chandra, Swastika, Masoud Mohammadnezhad e Paul Ward (2018), "Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review", *Journal of Healthcare Communications*, 3(3).

- Cushman, Mike e Ela Klecun (2006), "I've never tried it because I don't like it: enabling technology choices", Comunicação apresentada na *Information, Communication and Society Conference*, 20 a 22 de setembro de 2006, York.
- Dall, Veronica S. (2014), *Factors influencing nurses' attitudes towards information technology in nursing practice in western Australia*, PhD Thesis, Science and Mathematics Education Centre, Curtin University of Technology, Perth.
- Davis, Fred (1993), "User acceptance of information technology: system characteristics, user perceptions and behavioral impacts", *International Journal of Man-Machine Studies*, 38 (3).
- Dhingra, C., R. Anand e S. Prasad (2014), "Reflection Over Doctor Patient Relationship: A Promise of Trust", *Journal of Oral Health Community Dentistry*, 8(2).
- Dowrick, Christopher (1997), "Rethinking the doctor-patient relationship in general practice", *Health and Social Care in the Community*, 5(1).
- Duggan, Ashley P. e Roxanne L. Parrott (2001), "Physicians' Nonverbal Rapport Building and Patients' Talk About the Subjective Component of Illness", *Human Communication Research*, 27(2).
- Dünnebeil, Sebastian *et al.* (2012), "Determinants of physicians' technology acceptance for e-health in ambulatory care", *International Journal of Medical Informatics*, 81.
- EIT Health e McKinsey & Company (2020), *Transforming healthcare with AI: The impact on the workforce and organisations*, disponível em: <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/03/EIT-Health-and-McKinsey-Transforming-Healthcare-with-AI.pdf>, consultado em 13/06/2020.
- Ellis, N.T. e C. R. May (1999), "Computers and the general practice consultation", *Health Informatics Journal*, 5.
- Espanha, Rita (2009), *Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede – o caso português*, Lisboa, Monitor, 1.ª edição.
- Espanha, Rita, Rita Veloso Mendes e Rui Brito Fonseca (2013a), "Como usam os profissionais de saúde as TIC nas suas práticas profissionais? Uma reflexão crítica", *Europa 2020: retórica, discursos, política e prática: actas da 2.ª Conferencia de Planeamento Regional e Urbano, VIII ENPLANT e XVIII Workshop da APDR*, 5 de julho de 2013, Aveiro, UA Editora.
- Espanha, Rita, Rita Veloso Mendes e Rui Brito Fonseca (2013b), *A Saúde em Rede – A Relação entre TIC, Utentes, Profissionais e Redes Tecnológicas de Gestão de Informação em Saúde*, Relatório Final.
- European Medical Students' Association (2019a), *EMSA Survey on e-Health Presentation Deans Meeting Rotterdam*, disponível em: <https://emsa-europe.eu/wp-content/uploads/2019/07/ESD-Deans-Meeting-Rotterdam-2019-1.pdf>, consultado em 14/06/2020.
- European Medical Students' Association (2019b), *Digital Health in the Medical Curriculum: Addressing the Needs of the Future Health Workforce*, disponível em: <https://emsa-europe.eu/wp-content/uploads/2019/09/Digital-Health-in-the-Medical-Curriculum-Addressing-the-Needs-of-the-Future-Health-Workforce.pdf>, consultado em: 14/06/2020.
- Fernandes, Adalberto Campos (2019), em Miguel Guimarães *et al.* (orgs.), *A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos*, Lisboa, By the Book.
- Frankel, Richard *et al.* (2005), "Effects of exam-room computing on clinician-patient communication", *Journal of General Internal Medicine*, 20.
- Fu, Jun e Jacky Pow (2011), "Fostering Digital Literacy through Web-based Collaborative Inquiry Learning – A Case Study", *Journal of Information Technology Education: Innovations in Practice*, 10.
- Gagnon, Marie-Pierre *et al.* (2016), "m-Health adoption by healthcare professionals: a systematic review", *Journal of the American Medical Informatics Association*, 23.
- Gilster, Paul (1997), *Digital Literacy*, New York, John Wiley.
- Godoe P. e Johansen T.S. (2012), "Understanding adoption of new technologies: Technology readiness and technology acceptance as an integrated concept", *Journal of European Psychology Students*, 3.

- Greatbatch *et al.* (1995), "How do desk-top computers affect the doctor-patient interaction", *Family Practice*, 12(1).
- Grood, Chloe de *et al.* (2016), Adoption of e-health technology by physicians: a scoping review, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9.
- Guimarães, Miguel (2019), em Miguel Guimarães *et al.* (orgs.), *A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos*, Lisboa, By the Book.
- Ha, Jennifer Fong, Dip Surg Anat e Nancy Longnecker (2010), "Doctor-Patient Communication: A Review", *The Ochsner Journal*, 10.
- Hardey, Michael (1999), "Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise", *Sociology of Health & Illness*, 21(6).
- Hassan, Zack (2019), "Digital literacy - a blind spot in medical education?", *BMJ Opinion* (online), data de edição: 08/08/2019, disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2019/08/08/zack-hassan-digital-literacy-a-blind-spot-in-medical-education/>, consultado em: 17/05/2020.
- Haux, Reinhold (2006), "Health information systems - past, present, future", *International Journal of Medical Informatics*, 75.
- Health Education England (2018), *A Health and Care Digital Capabilities Framework*, disponível em: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/digital-literacy>, consultado em: 10/06/2020.
- Herreros, Mariano Cebrián (2009), "Nuevas formas de comunicación: cibermedios y medios móviles", *Comunicar*, 33, XVII.
- Hillestad, Richard *et al.* (2005), "Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs", *Health Affairs*, 24(5).
- Huryk, Laurie (2010), "Factors influencing nurses attitudes towards healthcare information technology", *Journal of Nursing Management*, 18.
- Kaba, R. e P. Sooriakumaran (2007), "The evolution of the doctor-patient relationship", *International Journal of Surgery*, 5.
- Katz, James E. e Ronald E. Rice (2002), "Project Syntopia: Social Consequences of Internet Use", *IT & Society*, 1(1).
- Kivits, Joëlle (2006), "Informed patients and the internet: a mediated context for consultations with health professionals", *Journal of Health Psychology*, 11(2).
- Klecun, Ela (2010), "Digital literacy for health: The promise of Health 2.0", *International Journal of Digital Literacy and Digital Competence*, 1(3).
- Kuek, Angeline e Sharon Hakkennes (2019), "Healthcare staff digital literacy levels and their attitudes towards information systems", *Health Informatics Journal*.
- Larson, E. B. e Xin Yao (2005), "Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship", *The Journal of the American Medical Association*, 293(9).
- Laudon, Jane e Kenneth Laudon (1998), *Management Information Systems: New Approaches to Organization & Technology*, New York, Prentice Hall.
- LBI Health (2014), "Infographic: Digitally-native HCPs", data de edição: 19/02/2014, disponível em: [http://www.pmlive.com/pharma\\_intelligence/infographic\\_digitally-native\\_hcps\\_544275](http://www.pmlive.com/pharma_intelligence/infographic_digitally-native_hcps_544275), consultado em 25/11/2019.
- Legler, J. D. e R. Oates (1993), "Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters", *The Journal of Family Practice*, 37(3).
- Lelievre, Sarah e Karen Schultz (2010), "Does computer use in patient-physician encounters influence patient satisfaction?", *Canadian Family Physician*, 56.
- Leung, Gabriel *et al.* (2003), "Incentives and Barriers That Influence Clinical Computerization in Hong Kong: A Population-based Physician Survey", *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(2).
- Machado, Maria do Céu (2019), em Miguel Guimarães *et al.* (orgs.), *A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos*, Lisboa, By the Book.
- Macnamara, Jim (2019), "Explicating Listening in Organization–Public Communication: Theory, Practices, Technologies", *International Journal of Communication*, 13.

- Makoul, Gregory, Raymond Curry e Paul C. Tang (2001), "The Use of Electronic Medical Records: Communication Patterns in Outpatient Encounters", *Journal of the American Medical Informatics Association*, 8(6).
- McGrath, John M., Nedal H. Arar e Jacqueline A. Pugh (2007), "The influence of electronic medical record usage on nonverbal communication in the medical interview", *Health Informatics Journal*, 13(2).
- Meskó, Bertalan, Zsuzsa Györfy e János Kollár (2015), "Digital Literacy in the Medical Curriculum: A Course With Social Media Tools and Gamification", *Journal of Medical Internet Research Medical Education*, 1(2).
- Meskó, Bertalan (2017), "Health IT and digital health: The future of health technology is diverse", *Journal of Clinical and Translational Research*, 3(S3).
- Meskó, Bertalan *et al.* (2017), "Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare", *Mhealth*, 3(38).
- Meskó, Bertalan e Zsuzsanna Györfy (2019), "The rise of the empowered physician in the digital health era: Viewpoint", *Journal of Medical Internet Research*, 21(3).
- Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde Portugal*, disponível em: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>, consultado em: 11/06/2019.
- Moreira, Carlos Diogo (1994), *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Noordman, Janneke *et al.* (2010), "Consulting room computers and their effect on general practitioner-patient communication", *Family Practice*, 27.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2010), *Improving Health Sector Efficiency - The Role of Information and Communication Technologies*, Paris, OECD Publishing.
- Osswald, Walter (2019), em Miguel Guimarães *et al.* (orgs.), *A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos*, Lisboa, By the Book.
- Parsa-Parsi, Ramin Walter (2017), "The Revised Declaration of Geneva - A Modern-Day Physician's Pledge", *The Journal of the American Medical Association*, 318(20).
- Pearce, Christopher *et al.* (2011), "The patient and the computer in the primary care consultation", *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18.
- Pinto, Manuel *et al.* (2011), "Educação para os Media em Portugal: experiências, actores e contextos", Lisboa, Entidade Reguladora para a Comunicação Social, disponível em <http://www.erc.pt>, consultado em 29/12/2019.
- Potter, Sharyn e John B. McKinlay (2005), "From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship", *Social Science & Medicine*, 61.
- Prensky, Marc (2001), "Digital Natives, Digital Immigrants Part 1", disponível em <https://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>, consultado em 25/11/2019.
- Pringle, Mike, Sally Robins e George Brown (1985), "Computer assisted screening: effect on the patient and his consultation", *British Medical Journal*, 290.
- Quivy, Raymond e Luc Van Campenhoudt (2008), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 5.ª edição.
- Ramos, Victor (2019), em Miguel Guimarães *et al.* (orgs.), *A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos*, Lisboa, By the Book.
- Rethans, Jan-Joost, Paul Hoppener e George Wolfs (1988), "Do personal computers make doctors less personal?", *British Medical Journal*, 296.
- Ridsdale, Leone e Sheila Hudd (1994), "Computers in the consultation: the patient's view", *British Journal of General Practice*, 44.
- Roberto, Magda S., António Fidalgo e David Buckingham (2015), "De que falamos quando falamos de infoexclusão e literacia digital? Perspetivas dos nativos digitais", *Observatorio (OBS\*)*, 9 (1).
- Rocha, Sofia Couto da (2019), em Miguel Guimarães *et al.* (orgs.), *A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos*, Lisboa, By the Book.

- Rouf, Emran *et al.* (2007), "Computers in the Exam Room: Differences in Physician–Patient Interaction May Be Due to Physician Experience", *Journal of General Internal Medicine*, 22.
- Safi, Sabur *et al.* (2018), "Acceptance and Resistance of New Digital Technologies in Medicine: Qualitative Study", *JMIR Research Protocols*, 7(12): e11072.
- Sezgin E. e S. Özkan-Yildirim (2014), "A Literature review on attitudes of health professionals towards health information systems: From e-Health to m-Health", *Procedia Technology*, 16.
- Shachak, Aviv e Shmuel Reis (2009), "The impact of electronic medical records on patient–doctor communication during consultation: a narrative literature review", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15.
- Solomon, G. L. e M. Dechter (1995), "Are patients pleased with computer use in the examination room?", *The Journal of Family Practice*, 41(3).
- Sousa, Germano de (2019), em Miguel Guimarães *et al.* (orgs.), *A Relação Médico-Doente: um contributo da Ordem dos Médicos*, Lisboa, By the Book.
- Stake, Robert E. (2016), *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sullivan, Frank e Elizabeth Mitchell (1995), "Has general practitioner computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports", *BMJ*, 311.
- Thimbleby, Harold (2013), "Technology and the future of healthcare", *Journal of Public Health Research*, 2:e28.
- Topol, Eric (2019), *The Topol Review - Preparing the Healthcare Workforce to Deliver the Digital Future*, disponível em: <https://topol.hee.nhs.uk/>, consultado em: 22/05/2020.
- Ventres, William *et al.* (2005), "Clinician Style and Examination Room Computers: A Video Ethnography", *Family Medicine*, 37(4).
- Walter, Zhiping e Melissa Succi Lopez (2008), "Physician acceptance of information technologies: Role of perceived threat to professional autonomy", *Decision Support Systems*, 46.
- Ward, Rod *et al.* (2008), "The attitudes of health care staff to information technology: a comprehensive review of the research literature", *Health Information and Libraries Journal*, 25.
- Wehbe, Ramsey *et al.* (2015), "Technology and Its Influence on the Doctor-Patient Relationship", *International Cardiovascular Forum Journal*, 3.
- Yin, Robert K. (2014), *Case Study Research: design and methods*, Thousand Oaks, Sage Publications, 5<sup>th</sup> edition.
- Zaner, Richard (2006), "The phenomenon of vulnerability in clinical encounters", *Human Studies*, 29.



## **ANEXOS**



## Anexo A – Parecer da Comissão de Ética IUL-Iscte



### COMISSÃO DE ÉTICA PARECER [Final] 66/2020

#### **Projeto "A influência do computador na relação médico-doente em contexto de consulta"**

O projeto "A influência do computador na relação médico-doente em contexto de consulta", submetido pela investigadora Andreia Isabel Benedito Vieira, foi apreciado pela Comissão de Ética (CE) na reunião de 2 de julho de 2020.

Este projeto foi sujeito a alterações do desenho inicial, em virtude das restrições sanitárias resultantes da pandemia da COVID-19, tendo suscitado algumas reservas por parte da CE.

Entretanto, a investigadora veio prestar os esclarecimentos solicitados, os quais foram considerados satisfatórios, pelo que se encontram supridas as reservas então formuladas.

Em suma, encontrando-se assegurados a natureza voluntária do estudo, o anonimato e privacidade dos/das participantes, e a confidencialidade dos dados obtidos, o parecer da Comissão de Ética é, agora, favorável.

Lisboa, 9 de julho de 2020.

O Presidente da Comissão, *Prof. Doutor Jorge Costa Santos*

A Vogal, *Prof.ª Doutora Sónia Bernardes*

O Vogal, *Prof. Doutor Vítor Basto Fernandes*

## Anexo B – Consentimento informado



### CONSENTIMENTO INFORMADO

**(a ser lido pela investigadora ao entrevistado antes do início da entrevista)**

O presente estudo, para o qual o/a convidei a participar, surge no âmbito da pesquisa que estou a desenvolver para a minha dissertação de Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação, a decorrer no Iscte – Instituto Universitário de Lisboa. A investigação é desenvolvida sob orientação da professora Rita Espanha e tem como objetivo avaliar se o computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente.

O estudo é realizado por mim, Andreia Isabel Benedito Vieira, disponível através deste contacto ou do endereço de e-mail XXXX@iscte-iul.pt. Poderá contactar-me caso pretenda esclarecer dúvidas ou partilhar algum comentário. A sua participação no estudo consiste em responder a uma entrevista com duração de cerca de 20 minutos, a qual será gravada. Não existem riscos previsíveis associados à participação no estudo.

A participação no estudo é voluntária, pelo que pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. A participação é totalmente anónima e confidencial.

As respostas obtidas destinam-se apenas a análise de conteúdo, sem que haja identificação do entrevistado ou do local de trabalho. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para este estudo, pelo que não serão armazenados nenhuns elementos de identificação pessoal, como números de telefone ou outros. Serão apenas guardadas as transcrições das respostas às entrevistas, mas sob anonimato. As gravações, bem como os contactos dos entrevistados serão eliminados após a transcrição dos dados utilizados para tratamento e análise.

Tendo em conta a informação a que acaba de ter acesso, aceita participar nesta investigação?

## **Anexo C– Debriefing/Explicação da Investigação**



### **DEBRIEFING/EXPLICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**

Muito obrigada por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo tem por objetivo avaliar se o computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente. Mais especificamente, pretende-se compreender como é que especialistas de medicina geral e familiar e utentes percecionam a presença daquela tecnologia no âmbito da consulta e, ainda, se a literacia digital de ambos é condicionante dessa perceção e da relação estabelecida.

Reforçamos os dados de contacto que pode utilizar caso deseje esclarecer dúvidas, partilhar algum comentário ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo: Andreia Isabel Benedito Vieira, XXXX@iscte-iul.pt

Mais uma vez, obrigada pela sua participação,  
Andreia Vieira

## Anexo D – Corpo do *e-mail* de envio das entrevistas - médicos

Exmo. Dr. XXXX / Exma. Dr.ª XXXXX

Chamo-me Andreia Vieira e estou a desenvolver uma investigação académica com o objetivo de avaliar se o computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente.

A pesquisa integra-se na minha dissertação de Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação, a decorrer no Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, e é orientada pela prof.ª Rita Espanha.

Para a minha pesquisa necessito de entrevistar especialistas em Medicina Geral e Familiar, razão por que o/a convido a responder à entrevista. **A participação é totalmente anónima e confidencial**, sendo que as respostas obtidas destinam-se apenas a análise de conteúdo, sem que haja identificação do entrevistado ou do local de trabalho.

Em anexo encontra as perguntas às quais pode **responder por e-mail ou, se preferir, através de telefone ou videochamada**. Basta que me indique a sua preferência. Encontra também, em anexo, mais informação sobre o protocolo de investigação. Se precisar de ver esclarecidas algumas questões sobre o estudo, por favor, não hesite em contactar-me.

Ao responder por e-mail às perguntas enviadas em anexo está a dar o seu <b>consentimento informado</b> para a análise de conteúdo das suas respostas, <b><u>com garantia de total anonimato e confidencialidade</u></b> e sem identificação da unidade de saúde em que trabalha.
--

Desde já agradeço a atenção e disponibilidade, esperando poder contar com a sua colaboração.

Melhores cumprimentos,

Andreia Vieira

## Anexo E – Corpo do *e-mail* de envio das entrevistas – utentes

Exmo. Sr. XXXX / Exma. Sr.ª XXXXX

Chamo-me Andreia Vieira e estou a desenvolver uma investigação académica com o objetivo de avaliar se o computador existente no consultório exerce influência na relação médico-doente.

A pesquisa integra-se na minha dissertação de Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação, a decorrer no Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, e é orientada pela prof.ª Rita Espanha.

Para a minha pesquisa necessito de entrevistar utentes de unidades de cuidados de saúde primários (centros de saúde ou unidades de saúde familiar, entre outras), razão por que o/a convido a responder à entrevista. **A participação é totalmente anónima e confidencial, sendo que as respostas obtidas destinam-se apenas a análise de conteúdo, sem que haja identificação do entrevistado.**

Em anexo encontra as perguntas às quais pode **responder por e-mail ou, se preferir, através de telefone ou videochamada**. Basta que me indique a sua preferência. Encontra também, em anexo, mais informação sobre o protocolo de investigação. Se precisar de ver esclarecidas algumas questões sobre o estudo, por favor, não hesite em contactar-me.

Ao responder por e-mail às perguntas enviadas em anexo está a dar o seu <b>consentimento informado</b> para a análise de conteúdo das suas respostas, <b><u>com garantia de total anonimato e confidencialidade</u></b> .
---

Desde já agradeço a atenção e disponibilidade, esperando poder contar com a sua colaboração.

Melhores cumprimentos,

Andreia Vieira

## Anexo F – Guião de entrevista aos médicos



### GUIÃO PARA ENTREVISTA - MÉDICOS

- 1 – Qual é a sua opinião sobre a utilização do computador durante a consulta?
- 2 – Durante a consulta, para que atividades recorre ao uso do computador?
- 3 – Ao longo da consulta, durante quanto tempo acha que usa o computador?
- 4 – Que vantagens vê na utilização de computador durante a consulta?
- 5 – E que desvantagens encontra?
- 6 - Se fosse possível não usar computador durante a consulta, o que acha que aconteceria de diferente no decurso da mesma?
- 7 – Se pudesse, escolheria não usar o computador durante a consulta?
- 8 – Sente que a utilização do computador durante a consulta tem algum tipo de impacto – positivo ou negativo – na comunicação/relação que estabelece com a pessoa que tem à sua frente? Se sim, de que modo é que esse impacto se faz sentir?
- 9 – Qual é a sua relação com as TIC em geral? Como descreve o seu grau de conhecimento e utilização de TIC?
- 10 – Para si, o que define uma boa relação médico-doente?
- 11 – Idade?
- 12 – Sexo?

## Anexo G – Guião de entrevista aos utentes



### GUIÃO PARA ENTREVISTA - UTENTES

**Nota prévia:** Esta entrevista só será realizada se o entrevistado indicar previamente que existe computador no consultório do especialista de medicina geral e familiar.

1 – Qual é a sua opinião sobre a utilização de computador por parte do médico durante a consulta?

2 - Para si, quais são as vantagens de o médico usar computador durante a consulta?

3 - E quais são as desvantagens?

4 - Se fosse possível o médico não usar computador durante a consulta, o que acha que aconteceria de diferente no decurso da mesma?

5 - Se pudesse decidir, preferiria que os médicos não usassem computador durante a consulta? Porquê?

6 – Sente que a utilização do computador durante a consulta tem algum tipo de impacto – positivo ou negativo – na comunicação/relação que estabelece com o seu médico? Se sim, de que modo é que esse impacto se faz sentir?

7 - Tem computador e Internet em casa? Utiliza?

8 - Tem smartphone?

9 - (Se a resposta às duas perguntas anteriores for afirmativa) Qual é a sua relação com as tecnologias em geral? Como descreve o seu grau de conhecimento e utilização do computador, Internet e telemóvel?

10 – Acha que o seu médico domina o uso do computador? Acha que é fácil para ele?

11 – O seu médico mostra facilidade na utilização das tecnologias em geral? Alguma vez teve oportunidade de avaliar isso?

12 – Acha que mantém uma boa relação com o seu médico de família? Porquê?

13 – Há quanto tempo é seguido pelo seu médico de família?

14 - Com que frequência visita o médico de família?

15 – Idade?

16 – Sexo?

17 - Habilitações literárias?

18 – Profissão?

19 - Como classifica o seu estado de saúde?

0 – Muito mau

1 – Mau

2 – Normal

3 – Bom

4 – Muito bom

## Anexo H – Unidades de análise de conteúdo - médicos

PERGUNTAS	UNIDADES DE ANÁLISE DE CONTEÚDO
1 – Qual é a sua opinião sobre a utilização do computador durante a consulta?	Opinião sobre a utilização do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorável;</li> <li>• Desfavorável;</li> <li>• Favorável, mas...</li> <li>• Desfavorável, mas...</li> </ul>
2 – Durante a consulta, para que atividades recorre ao uso do computador?	Finalidades do uso do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de informação;</li> <li>• Consulta do RSE;</li> <li>• Apoio à decisão clínica;</li> <li>• Recursos para apoiar o doente;</li> <li>• Requisição de MCDT;</li> <li>• Prescrição de medicação;</li> <li>• Emissão de documentação;</li> <li>• Pesquisa.</li> </ul>
3 – Ao longo da consulta, durante quanto tempo acha que usa o computador?	Tempo de consulta passado a usar computador.
4 – Que vantagens vê na utilização de computador durante a consulta?	Vantagens do uso do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilidade de acesso a registos;</li> <li>• Rapidez;</li> <li>• Legibilidade;</li> <li>• Segurança;</li> <li>• Eficácia;</li> <li>• Acesso a ferramentas de decisão clínica.</li> </ul>
5 – E que desvantagens encontra?	Desvantagens do uso do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferência na relação/comunicação médico-doente;</li> <li>• Relacionadas com questões técnicas/sistema informático.</li> </ul>
6 - Se fosse possível não usar computador durante a consulta, o que acha que aconteceria de diferente no decurso da mesma?	Diferenças esperadas numa consulta sem computador. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferenças para melhor;</li> <li>• Diferenças para pior;</li> <li>• Inexistência de diferenças.</li> </ul>
7 – Se pudesse, escolheria não usar o computador durante a consulta?	Decisão sobre presença, ou não, do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usaria;</li> <li>• Não usaria;</li> <li>• Usaria, mas...</li> <li>• Não usaria, mas...</li> </ul>
8 – Sente que a utilização do computador durante a consulta tem algum tipo de impacto –	Impacto do uso do computador na relação médico-doente:

PERGUNTAS	UNIDADES DE ANÁLISE DE CONTEÚDO
positivo ou negativo – na comunicação/relação que estabelece com a pessoa que tem à sua frente? Se sim, de que modo é que esse impacto se faz sentir?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neutro;</li> <li>• Positivo;</li> <li>• Negativo;</li> <li>• Dual.</li> </ul>
9 – Qual é a sua relação com as TIC em geral? Como descreve o seu grau de conhecimento e utilização de TIC?	Nível de literacia digital (autoavaliação): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Básico/utilização moderada;</li> <li>• Normal/uso frequente;</li> <li>• Médio-alto/elevado.</li> </ul>
10 – Para si, o que define uma boa relação médico-doente?	Características que definem uma boa relação médico-doente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiança;</li> <li>• Respeito mútuo;</li> <li>• Capacitação/empoderamento;</li> <li>• Partilha/cooperação;</li> <li>• Compromisso;</li> <li>• Disponibilidade/compreensão.</li> </ul>
11 – Idade?	Idade.
12 – Sexo?	Sexo.

## Anexo I – Unidades de análise de conteúdo – utentes

PERGUNTAS	UNIDADES DE ANÁLISE DE CONTEÚDO
1 – Qual é a sua opinião sobre a utilização de computador por parte do médico durante a consulta?	Opinião sobre a utilização do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorável;</li> <li>• Desfavorável;</li> <li>• Favorável, mas...</li> <li>• Desfavorável, mas...</li> </ul>
2 - Para si, quais são as vantagens de o médico usar computador durante a consulta?	Vantagens do uso do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso ao histórico do doente;</li> <li>• Registo de informação;</li> <li>• Rapidez;</li> <li>• Facilidade;</li> <li>• Prescrição;</li> <li>• Segurança;</li> <li>• Confiança.</li> </ul>
3 - E quais são as desvantagens?	Desvantagens do uso do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferência na relação/comunicação médico-doente;</li> <li>• Relacionadas com questões técnicas/sistema informático.</li> </ul>
4 - Se fosse possível o médico não usar computador durante a consulta, o que acha que aconteceria de diferente no decurso da mesma?	Diferenças esperadas numa consulta sem computador. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferenças para melhor;</li> <li>• Diferenças para pior;</li> <li>• Inexistência de diferenças.</li> </ul>
5 - Se pudesse decidir, preferiria que os médicos não usassem computador durante a consulta? Porquê?	Decisão sobre presença, ou não, do computador durante a consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usaria;</li> <li>• Não usaria;</li> <li>• Usaria, mas...</li> <li>• Não usaria, mas...</li> </ul>
6 – Sente que a utilização do computador durante a consulta tem algum tipo de impacto – positivo ou negativo – na comunicação/relação que estabelece com o seu médico? Se sim, de que modo é que esse impacto se faz sentir?	Impacto do uso do computador na relação médico-doente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivo;</li> <li>• Negativo;</li> <li>• Não nota impacto;</li> <li>• Não nota impacto, mas...</li> </ul>
7 - Tem computador e Internet em casa? Utiliza? 8 - Tem smartphone?	Acesso a TIC: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim;</li> <li>• Não.</li> </ul>
9 - Qual é a sua relação com as tecnologias em geral? Como descreve o seu grau de conhecimento e utilização do computador, Internet e telemóvel?	Nível de literacia digital (autoavaliação): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muito básico;</li> <li>• Básico;</li> <li>• Médio;</li> </ul>

PERGUNTAS	UNIDADES DE ANÁLISE DE CONTEÚDO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médio-alto;</li> <li>• Elevado;</li> <li>• Muito elevado.</li> </ul>
<p>10 – Acha que o seu médico domina o uso do computador? Acha que é fácil para ele?</p> <p>11 – O seu médico mostra facilidade na utilização das tecnologias em geral? Alguma vez teve oportunidade de avaliar isso?</p>	<p>Percepção da literacia digital do médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parece não estar à vontade/mostra dificuldades;</li> <li>• Parece estar à vontade/mostra facilidade.</li> </ul>
<p>12 – Acha que mantém uma boa relação com o seu médico de família? Porquê?</p>	<p>Avaliação da qualidade da relação médico-doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Má;</li> <li>• Boa;</li> <li>• Muito boa.</li> </ul>
<p>13 – Há quanto tempo é seguido pelo seu médico de família?</p>	<p>Duração da relação médico-doente (anos).</p>
<p>14 - Com que frequência visita o médico de família?</p>	<p>Frequência de consultas (anual).</p>
<p>15 – Idade?</p>	<p>Idade.</p>
<p>16 – Sexo?</p>	<p>Sexo.</p>
<p>17 – Habilitações Literárias?</p>	<p>Qualificações.</p>
<p>18 – Profissão?</p>	<p>Situação perante o emprego.</p>
<p>19 - Como classifica o seu estado de saúde?</p>	<p>Autopercepção do estado de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – Muito mau;</li> <li>• 1 – Mau;</li> <li>• 2 – Normal;</li> <li>• 3 – Bom;</li> <li>• 4 – Muito bom.</li> </ul>