Escola Superior de Tecnologia e Gestão
Politécnico de Coimbra

Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

A relação de comunicação entre médico-paciente: impactos da COVID-19

Departamento de Gestão (ESTGOH)
Departamento de Comunicação (ESEC)
Mestrado em Marketing e Comunicação

2021, Tatiana Martins Carvalho

Escola Superior de Tecnologia e Gestão
Politécnico de Coimbra

Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

Tatiana Martins Carvalho

A relação de comunicação entre médico-paciente: impactos da COVID-19

Dissertação em Marketing e Comunicação, na especialização em Gestão de Marketing apresentada Departamento de Gestão da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital e ao Departamento de Comunicação da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutor Pedro Manuel do Espírito Santo

Arguente: Prof. Doutor Gil António Baptista Ferreira

Orientador: Prof. Doutora Joana Lobo de Mesquita Simões Pires Fernandes

Fevereiro, 2022

A Relação de Comunicação entre médico-paciente: impactos da COVID-19

Resumo

A presente dissertação centra-se no estudo da relação de comunicação entre médico-paciente em contexto de consulta. É objetivo deste trabalho compreender de que forma a pandemia COVID-19 impactou a relação de comunicação entre médico e paciente, determinar quais os modelos de comunicação predominam na atualidade e que modificações foram necessárias.

A revisão da literatura foca-se na compreensão dos diferentes modelos da comunicação em saúde, da sua evolução e como dão respostas aos desafios societais que esta relação convoca. Igualmente, foi pertinente analisar como a evolução destes modelos se fez paralelamente às eras do marketing. Deste modo, foi imperativo estudar as mudanças sociológicas, a importância da comunicação em saúde centrada no paciente com foco no *caring* (cuidado) e a os modelos de comunicação adotados na relação médico-paciente.

Neste âmbito, a revisão da literatura possibilitou o desenvolvimento de um questionário exploratório com questões baseadas nas características dos vários modelos de comunicação, permitindo assim a determinação do modelo de comunicação predominante na época pré-pandemia, e o modelo de comunicação utilizado atualmente, o que por sua vez nos indica que adaptações foram cruciais para que a relação médico e paciente se mantenha pacifica e colaborativa. Os intervenientes no estudo foram vários pacientes com experiência em contexto de consulta antes e durante a pandemia, sendo que as restantes respostas não foram incluídas na análise estatística.

Os principais resultados apontam para a prevalência de um modelo no qual as duas partes colaboram e os pensamentos e valores do paciente são tidos em conta, no entanto o médico mantém um papel ativo na decisão na época pré-pandemia. Já na atualidade, é notória uma evolução na relação médico-paciente pois o médico partilha as informações relevantes com o paciente, agindo como um conselheiro e dando liberdade ao paciente de tomar a decisão final de tratamento.

Palavras-chave: marketing; comunicação; comunicação de saúde; modelos de comunicação; pandemia COVID-19; relação médico-paciente; caring.

Abstract

This dissertation focuses on the study of the doctor-patient communication relationship during consultation. The purpose of this dissertation is to understand how the COVID-19 pandemic impacted the communication relationship between doctor and patient, to determine which communication models prevail today and what adjustments have been required.

The literature review focuses on understanding the different models of health communication, as well as its evolution and how they respond to the societal challenges that this relationship entails. It was also relevant to analyze how these models have evolved in parallel with the marketing eras. Thus, it was imperative to study sociological changes, the importance of patient-centered health communication with a focus on caring, and the communication models adopted in the doctor-patient relationship.

In this context, the literature review enabled the development of an exploratory survey including questions based on the characteristics of the various communication models, thus allowing the determination of the predominant communication model in the pre-pandemic era, and the communication model currently in place, which suggests that adaptations were crucial for the doctor-patient relationship to remain peaceful and collaborative. The participants in the study were several patients with consultation experience before and during the pandemic, and the remaining responses were not included in the statistical analysis.

The main results indicate the prevalence of a model in which the two parties collaborate, and the patient's thoughts and values are taken into account, however, the doctor maintains an active role in the decision, during the pre-pandemic era. Nowadays, there is evidence of an evolution in the doctor-patient relationship, as the doctor shares relevant information with the patient, and he/she acts as a counselor, leaving the final treatment decision up to the patient.

Key words: marketing; communication; health communication; communication models; pandemic COVID-19; doctor-patient relationship; caring.

Índice

Introdução 7

CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA 9

1. Comunicação em saúde 10

1.1. A importância da comunicação na relação médico-paciente 10

1.2. Obstáculos a uma comunicação eficaz em saúde 11

1.3. Consequências dos obstáculos de comunicação em saúde 12

2. A relação médico-paciente 13

3. A evolução dos modelos de comunicação entre médico-paciente 14

3.1. Os três modelos de Szasz e Hollender 14

3.2. Os modelos de comunicação de Emanuel e Emanuel 17

4. A relação indivíduo-sociedade na comunicação em saúde 20

4.1. A medicina centrada no paciente 21

4.2. Importância da medicina centrada no paciente 22

4.3. Centração no paciente: Sharing e Caring 24

5. Contextualização Societal 26

5.1. Evolução da sociedade vs evolução das eras do Marketing 26

5.2. A integração do marketing nos cuidados de saúde 27

5.3. Do marketing 1.0 ao marketing 5.0 28

6. O impacto da COVID-19 na sociedade 33

6.1. O impacto da COVID-19 na relação de comunicação médico-paciente 34

Capítulo II - METODOLOGIA 37

1. Metodologia 38

1.1. Objetivos do estudo 38

1.2. Método de Investigação 38

1.3. Amostra 39

1.4. Procedimento 41

Capítulo III - RESULTADOS E CONCLUSÃO 46

1. Comparação dos pares de afirmações antes-durante a COVID-19 47

2. Resultados dos pares de afirmações antes-durante a COVID-19 55

3. Conclusões do Estudo 57

4. Limitações do estudo 58

Referências Bibliográficas 60

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de processamento de informação em consulta médica (Cheng et al., 2015, p. 186).....16
Figura 2: Quadro alargado para consultas médicas. (Kurtz et al., 2005, p. 41).....17
Figura 3: Elementos básicos do Marketing 3.0, (Kotler et al, 2012, p. 23) 29
Figura 4: Evolução do marketing e da comunicação na saúde (Elaboração própria) 31

Introdução

O tema da presente dissertação surge num contexto de preocupação com as relações humanas, e de procurar perceber como as mesmas podem construir a interação adequada nos diferentes contextos. Em particular, e no contexto que nos interessa neste trabalho, centrar-nos-emos na relação médico-paciente.

Esta relação, exacerbada pelos obstáculos que o vírus COVID-19 trouxe ao mundo, veio colocar um entrave na comunicação e esclarecimento de dúvidas numa área tão essencial da vida humana, que é a da saúde.

Posto isto, esta dissertação vai abordar conceitos relevantes para a compreensão do tema, procurando mencionar os aspetos cruciais e que se encontrem no foco das organizações no geral, e, especificamente na comunicação em saúde. Para enquadramento dos modelos de comunicação, propomo-nos também recorrer ao marketing e destacar a sua evolução em diferentes eras recebendo uma compreensão alargada sobre a forma como estas influenciam os comportamentos de comunicação no mercado e, inclusive, nas relações médico-paciente em contexto de consulta.

De seguida, apresenta-se a metodologia utilizada neste trabalho e no questionário disponibilizado aos pacientes, os resultados obtidos e a análise dos mesmos.

Desta forma, será reunida informação pertinente para compreender qual a relação construída entre médico-paciente anteriormente à COVID-19 e avaliar como a pandemia veio alterar as interações em contexto de consulta. Pretendemos compreender como o paciente perceciona a relação estabelecida com o médico em contexto de consulta médica, e de que forma os modelos de comunicação até então colocados em prática necessitaram de ajustes ao "novo normal" nas interações com o paciente.

No presente momento, sabemos como o marketing e a evolução das suas eras teve influência nos modelos de comunicação que ocorrem nas relações de mercado e na sociedade, pelo que nos parece relevante perceber como permitem compreender, igualmente, a comunicação que ocorre no contexto de consulta. Estes modelos evoluíram paralelamente às eras do marketing, e permitiram assim que o objetivo final das instituições de saúde estivesse alinhado com as restantes organizações. No entanto, não sabemos quais as consequências da COVID-19 na comunicação da saúde e de que forma veio alterar a comunicação que se praticava até então.

Vivemos numa era em que o cliente/paciente é visto como ser humano, com emoções, coração, espírito e mudanças de atitude e comportamento. Mas numa época em que todos os locais e interações estão tão limitados, resta-nos compreender como as instituições de saúde, em

particular, se adaptaram e de que forma os profissionais de medicina ouvem e servem os seus pacientes.

CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

1. Comunicação em saúde

1.1. A importância da comunicação na relação médico-paciente

Numa definição específica ao tema tratado nesta dissertação, Teixeira (2014, p. 615) afirma que "a comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde".

A comunicação em saúde é um tema verdadeiramente transversal e que pode ser adaptado em diversos contextos, pois engloba:

- Métodos e estratégias de divulgação da unidade de saúde;
- Formação dos técnicos de saúde;
- Tratamento dos temas e preparação de conteúdo para ser disponibilizado aos meios de comunicação (social e digital);
- Relação entre os técnicos de saúde e os utentes;
- Controlo e cuidado com a informação que é transmitida para o utente: incluindo o aumento de educação e consciencialização do utente, prevenção de doenças e sugestões e recomendações de exames médicos a realizar, de medidas preventivas e mudanças necessárias à vida do utente em questão.

A importância dos processos de comunicação pode variar de acordo com o seu carácter, entre:

- Transversal**:** englobando várias áreas e contextos;
- Central**:** relação estabelecida entre técnicos de saúde e os utentes;
- Estratégico**:** relacionado com a satisfação dos utentes.

Todos estes processos são de extrema importância pois carregam em si o poder de influenciar significativamente a avaliação que os utentes dão à qualidade dos cuidados de saúde que receberam. Estas avaliações são, maioritariamente, feitas a partir das competências comunicacionais do técnico e condicionam toda a experiência do utente, sendo que uma interação ou consulta associada a uma emoção negativa influência fortemente todo o processo de transmissão de informação (entre técnico/médico-paciente) e mesmo o modo como o paciente se confronta com os sintomas, tratamentos e medidas preventivas relacionadas à sua patologia.

Assim, é possível afirmar que a comunicação em saúde influencia a vida individual do paciente e também a comunidade que o rodeia:

- A nível individual, ajuda-o a tomar consciência das ameaças para a saúde, podendo influenciar motivações e reforçar atitudes favoráveis a comportamentos protetores da saúde;

- A nível comunitário, promove mudanças positivas nos ambientes socioeconômicos e físicos, e melhora e facilita a acessibilidade e a adoção de normas (Teixeira, 2014).

1.2. Obstáculos a uma comunicação eficaz em saúde

Os problemas de comunicação entre duas pessoas podem surgir, apenas, por estas duas terem diferentes pontos de vista e experiências de vida. Na relação médico-paciente, pode acontecer o mesmo, sendo que as "agendas" de ambos são opostas.

O profissional de medicina conduz a consulta com um certo distanciamento afetivo, em que vê o paciente apenas pela patologia diagnosticada, focando-se em questões mais racionais/lógicas/frias, como:

- "Quais são os sintomas? | Que doença é esta? | O que mostra o exame clínico? | Qual é o diagnóstico? | Que exames é necessário fazer? | Quais são os resultados dos exames? | Que medidas terapêuticas são necessárias? | Que medidas de reabilitação são necessárias?" (Teixeira, 2014, p.617)

Enquanto o paciente, indivíduo com emoções e ideias emotivas e humanas, está num estado vulnerável e, portanto, coloca questões como:

- "Porquê eu? | Porquê agora? | Qual a causa disto? | O que é que me pode acontecer? | O que é que os técnicos vão fazer comigo? | O que é que isto significa para a minha vida, família e trabalho?" (*ibidem)*

No entanto, este não é o único aspeto que poderá suscitar uma insatisfação no utente com o técnico ou a instituição de saúde. Outras dificuldades de comunicação podem estar relacionadas com os seguintes aspetos:

- Transmissão de informação pelos técnicos, que pode ser insuficiente, por falta de informação dada ao paciente ou de tempo para comunicar a mesma de forma completa, ou ainda o facto de ser excessivamente técnica. A este propósito, Teixeira (2014, p. 617) afirma que "a informação em saúde necessita de ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada". Sendo que cada paciente é um indivíduo único, a informação que é adequada ao estilo cognitivo de um, pode não ser a melhor para outro;

- Atitudes de ambas as partes em relação à comunicação: longas esperas, traduzidas em consultas rápidas e mais centradas no ponto de vista e necessidades do médico do que no paciente, diminuindo o tempo para questões, preocupações ou expetativas do paciente provocando assim um estado de ansiedade no mesmo, o que, por sua vez, o leva a atribuir um valor escasso à comunicação estabelecida no contacto que teve com o profissional;

- Literacia de saúde dos pacientes, que, normalmente, é baixa e tem como consequência a dificuldade em compreender o próprio estado de saúde e quais as recomendações e plano de tratamentos aconselhado pelo médico (Teixeira, 2014).

1.3. Consequências dos obstáculos de comunicação em saúde

Os problemas subjacentes às diferentes agendas podem ter as mais variadas consequências, prejudicando não só a experiência do paciente, como a imagem da instituição de saúde. Estas podem ser:

- Insatisfação dos pacientes com a qualidade dos cuidados de saúde;
- Erros de avaliação, devido à falta de identificação de queixas dos utentes, por parte do médico;
- Comportamentos de adesão mais insatisfatórios, que podem resultar das dificuldades relacionadas com a transmissão de informação e atitudes inadequadas por parte dos técnicos;
- Mais dificuldades na gestão de emoções associadas à doença, devido à incerteza do utente ou ao facto do mesmo se sentir incompreendido, e à ambiguidade;
- Comportamentos inadequados de procura de cuidados, entre procura excessiva e/ou recorrente dos serviços de saúde ou procura alternativa (Teixeira, 2014).

Assim, observamos que estas consequências afetam a saúde individual dos pacientes e podem ter impactos na comunidade mais próxima do mesmo. Estes obstáculos não travam apenas a comunicação de instituições de saúde, mas rapidamente observamos também um problema comunitário que condiciona hábitos e escolhas saudáveis.
Ponderando as ações de cada indivíduo a longo-prazo podemos concluir que estes obstáculos terão também grande influência a nível financeiro para cada paciente, e para a comunidade em geral, pelo que estudar os atuais modelos de comunicação na relação médico-utente de forma a ter oportunidade de os corrigir e melhorar o tratamento e experiência do último, é uma tarefa essencial.

2. A relação médico-paciente

Como Cheng *et al* (2015, p. 185) afirmam, "se aceitarmos que a comunicação interpessoal é a essência da relação médico-paciente, então a qualidade destas interações vai ter um grande impacto nos resultados obtidos". No entanto, e como mencionado anteriormente, esta relação estabelecida em contexto de consulta pode ser influenciada por diferentes aspetos, tanto precedentes ao momento da consulta, como no decorrer da mesma.

Durante a consulta, os modelos de comunicação adotados por cada uma das partes ditam como será a interação e, consequentemente, a avaliação final associada a toda a experiência.
A relação entre médico e paciente pode ser descrita como uma das mais importantes, mas também mais complexas, entre duas partes.

Em 1700, a relação entre o médico e seu paciente estava diretamente associada ao modelo de doença sintomática (focado no sintoma como sendo a doença). Os poucos médicos que existiam atendiam pacientes da classe alta e aristocrática. Esta disparidade de estatuto resultava num cenário em que o domínio pertencia ao utente e, de forma a agradar o mesmo, a competição entre os médicos era alta.

No final do século XVIII, surgiram os hospitais como locais de tratamento de pacientes desfavorecidos, pelo que os médicos passaram a prestar cuidados aos utentes que eram considerados como mais passivos. Foi neste século que se desenvolveu o paternalismo associado ao modelo de comunicação ativo-passivo, vendo o médico como um progenitor e o utente como uma criança, que aceita submissamente todas as decisões tomadas pela figura dominante nesta interação, que é o médico (Aoun *et al*, 2018).

No início do século XX, com a evolução dos estudos na área das ciências psicológicas, os modelos adaptados em consultas alteraram-se e aceitam o utente como um participante ativo na conversa, que pode dar o seu consentimento e opiniões. Assim, ambas as partes passaram a observar melhor a personalidade do outro indivíduo, o que torna o tempo de consulta mais eficaz e benéfico.

Os primeiros estudos da relação médico-paciente datam de 1950. Parsons (1951, cit. por Cheng *et al,* 2015) estudou a sociedade com base no pressuposto de que os indivíduos agiam, durante uma conversa, em concordância com os seus cargos profissionais, o que nos indica que na interação médico-paciente o médico assumia uma posição dominante devido a todo o seu conhecimento e capacidades.

Mais tarde, foram descritos por Szasz e Hollender (1956, cit. por Kaba & Sooriakumaran, 2007) três modelos básicos de comunicação na relação médico-paciente ao longo de várias interações. Estes modelos designam-se por: modelo ativo-passivo, orientação-cooperação e participação mútua e são desenvolvidos no capítulo seguinte. Em 1992, Emanuel e Emanuel criaram quatro modelos básicos de comunicação entre médico-paciente, muito semelhantes aos três iniciais de Szasz e Hollender. Estes intitulam-se: modelo paternalista, modelo informativo, modelo interpretativo e modelo deliberativo.

3. A evolução dos modelos de comunicação entre médico-paciente

3.1. Os três modelos de Szasz e Hollender

Segundo os autores, Szasz e Hollender (1956, cit. por Kaba & Sooriakumaran, 2007), a comunicação na relação médico-paciente pode seguir um dos seguintes modelos:

1. **O modelo ativo-passivo:** É o modelo mais antigo, no qual não existe uma interação pois o médico é quem possui todo o controlo da conversa, e o paciente não contribui ativamente para a mesma, pedindo apenas o conhecimento de um médico especialista. A justificação para este modelo é que o tempo necessário para explicar uma situação ao utente, e esperar pelo seu consentimento, iria prejudicar o seu estado de saúde.

2. **O modelo de orientação-cooperação:** Foi o modelo utilizado durante o séc. XX. O paciente é visto como um indivíduo com emoções e pensamentos e pode, portanto, cooperar no plano de saúde. Neste modelo o médico é colocado numa posição de poder, em que aquilo que sugerir será aceite pelo paciente, no entanto este tem direito a uma palavra.

3. **O modelo de participação mútua:** Baseado na crença de que "igualdade entre seres humanos é mutuamente vantajosa" (Kaba & Sooriakumaran, 2007, pp.60-61), esta interação é vista como uma parceria, que apresenta o médico e o paciente com o mesmo nível de poder, permitindo que o paciente seja responsável e saiba tomar conta de si próprio quando é necessário. Neste caso, a satisfação do médico é associada à sensação de missão cumprida, por ter ajudado outro ser humano.

Apesar da evolução de um modelo totalmente centrado no médico para um modelo mais centrado no paciente, os métodos de avaliação destes modelos, assim como os seus resultados, não eram desenhados a pensar na relação de médico-paciente em específico, o que levou estudiosos a sugerir mudanças nos critérios dessa mesma avaliação. Estas pesquisas permitiram que Frederikson (1993, cit. por Cheng *et al.*, 2015), integrasse todas as conclusões obtidas até à data, de forma a atualizar o modelo de processamento da informação ("*input-process-outcome*") existente. Este modelo defendia que a interação entre médico e paciente, em contexto de consulta, deveria ser uma troca de informação mútua, na qual os dois se devem esforçar para não surgirem desentendimentos (Figura 1).

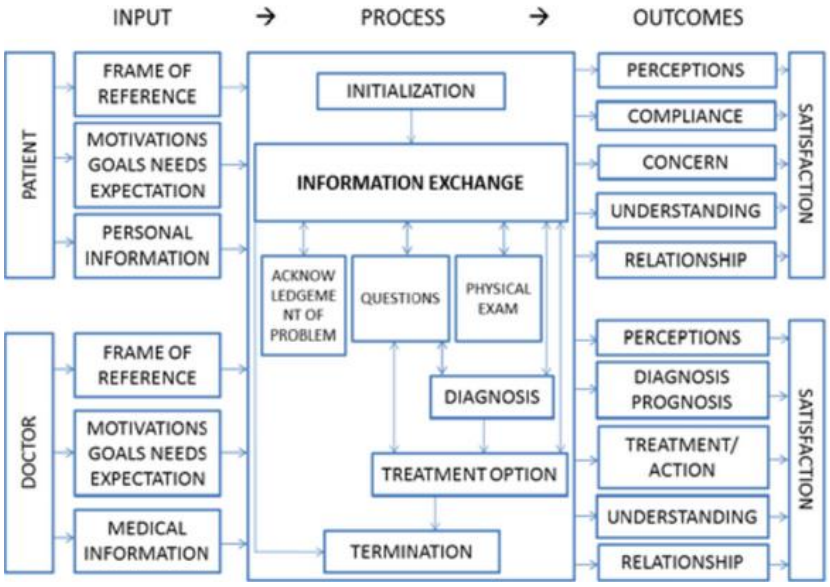

Figura 1: Modelo de processamento de informação em consulta médica (Cheng et al., 2015, p. 186)

Sendo uma troca de informação mútua, as duas partes participam igualmente em todo o processo. A interação pode ser iniciada pelo paciente, que dá a sua informação pessoal e fala da sua situação, ou pelo médico que expõe a informação do seu ponto de vista. De seguida, dá-se o processamento da informação que foi divulgada que inclui a resposta e a preocupação do médico, espaço para questões e uma avaliação física e desse modo o técnico chega a um diagnóstico, sugere uma intervenção e a consulta termina.

Este processo resulta numa experiência positiva, em que ambas as partes colaboraram, pois, o médico demonstra preocupação, sugere e inicia o tratamento necessário para a patologia em questão, e, portanto, o paciente sente-se ouvido e compreendido.

A comunicação entre médico-paciente não era ensinada na prática a estudantes de medicina, o que levou Kurtz *et al.* (2005) a criar um novo modelo para o contexto de consultas médicas (Figura 2).

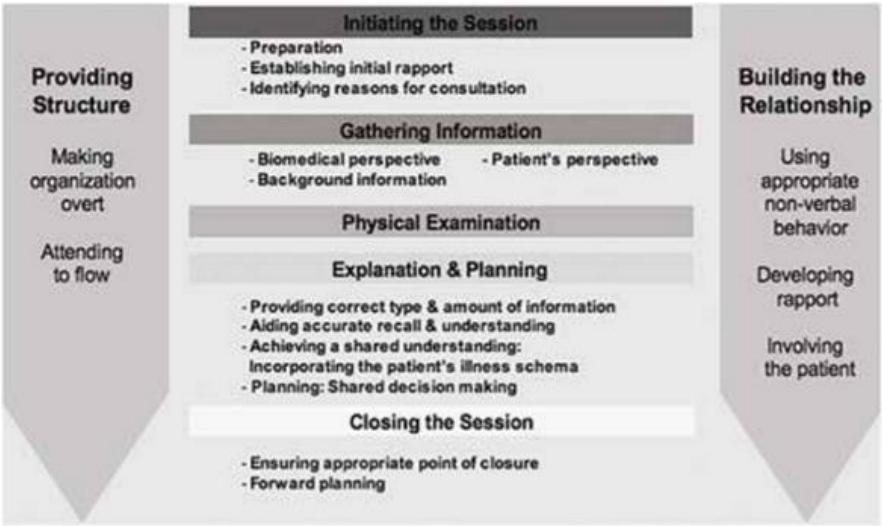

Figura 2: Quadro alargado para consultas médicas. (Kurtz et al., 2005, p. 41)

O objetivo deste modelo foi delinear a forma como o médico deveria guiar a conversa com o paciente, desde o início ao fim da consulta, tendo sempre dois fatores presentes: a estrutura da conversa e a construção de uma relação médico-paciente (Cheng *et al*, 2015)

A conversa a decorrer na consulta requer preparação da parte do médico, assim como atenção para ouvir as justificações para marcação da parte do paciente. É necessário reunir informação sobre sintomas atuais, a perspetiva do paciente e o seu histórico clínico. Após a avaliação física, o profissional deve informar o paciente da sua patologia de forma clara, e procurar compreender se o mesmo percebe do que se trata. Por fim, ambas as partes comunicam acerca do próximo passo da intervenção.

Este modelo tem uma estrutura organizada, mas que dá espaço à conversa para fluir sem constrangimentos. Desta forma, é possível estabelecer uma relação entre ambas as partes na qual o médico age de forma adequada, não alarmando o paciente sem necessidade através do comportamento não verbal, e envolve o último nas decisões relativas ao seu futuro próximo.

3.2. Os modelos de comunicação de Emanuel e Emanuel

Em 1999, Emanuel e Emanuel observaram que, embora os modelos de comunicação em contexto de consulta estivessem a evoluir, as diferenças de opiniões, princípios e valores entre médico e paciente mantinham-se. Com a existência destes pequenos conflitos entre as duas

partes, eram criados padrões legais e de ética que continuavam a atribuir a maioria do poder ao médico, o que dava azo à repetição de más práticas por parte do mesmo.

Deste modo, os autores definiram quatro novos modelos de comunicação adotados na relação médico-paciente. Estes são:

1. **Modelo paternalista**: É estabelecido o diagnóstico, e o médico decide qual o melhor tratamento para a saúde do seu paciente. Este médico assume um papel paternal, no qual determina os exames médicos e o tratamento adequado para cada paciente. Ainda que seja implícito que o médico coloca os interesses do paciente acima dos seus, a participação do paciente é limitada e espera-se que o mesmo se sinta grato pelo apoio que recebeu do profissional.

2. **Modelo informativo:** Também conhecido como o modelo do consumidor, este é bastante técnico, devido à utilização de uma grande quantidade de informação científica. O médico partilha a informação sobre a patologia com o paciente, assim como os diferentes tratamentos, incluindo as vantagens e desvantagens que cada um acarreta. Neste modelo, a finalidade do médico é obter o consentimento do seu paciente, fornecendo-lhe os factos e confiando nos valores do paciente para determinar a decisão final. A autonomia do paciente é o foco do profissional médico, e, portanto, o paciente tem controlo sobre o seu futuro.

3. **Modelo interpretativo:** Neste modelo, o médico assume um papel de conselheiro do paciente pois tem como objetivo compreender quais os seus valores e o que este realmente quer, de forma a ajudá-lo a escolher um tratamento adequado ao seu modo de vida. O profissional informa o paciente de todos os factos relacionados com a sua patologia, mas assume também um papel ativo na tomada de decisão.

4. **Modelo deliberativo:** Neste modelo, o médico auxilia o paciente na sua decisão final, delineando as informações que partilha acerca da patologia em questão relacionando os valores pessoais com as opções de tratamento disponíveis. O médico atua como um amigo, aconselhando o paciente a avançar com o tratamento que mais se adequa à pessoa que o paciente é. A decisão final cabe ao paciente, e o médico apenas organiza

a informação para que o mesmo possa chegar a uma conclusão mais rapidamente e sem sofrimento.

Ainda que estes modelos sejam descritos como tendo elementos muito distintos, eles podem coexistir no espaço e tempo, dependendo da severidade do estado de saúde do paciente. O médico pode iniciar a consulta utilizando o modelo deliberativo, mas se a patologia se desenvolver rapidamente e se tornar numa urgência, o profissional assume um modelo paternalista para conseguir salvar a vida do paciente (Vilariño, 2021).

Ao contrário dos modelos de comunicação de Szasz e Hollender (1956, cit. por Kaba & Sooriakumaran, 2007), nos quais inicialmente o paciente não participa ativamente na tomada de decisões, e o seu modo de vida e valores pessoais não são considerados pelo médico, os quatro modelos de comunicação de Emanuel e Emanuel (1999) têm um aspeto em comum: o paciente possui sempre algum nível de autonomia. Esta aumenta progressivamente, a par com a evolução societal e dos conceitos como liberdade, confiança e confidencialidade (Vilariño, 2021). O paciente deve ter poder de escolha e controlo sob as decisões médicas relacionadas com a sua patologia e intervenções necessárias. Deste modo, é notória a presença de um elemento chave na relação médico-paciente, em todos os modelos referidos nesta tese: a comunicação.

O médico cada vez mais se empenha no diálogo e numa atitude empática, de modo a maximizar as possibilidades de tratamento do paciente. Assim, a consulta é realizada com uma comunicação bidirecional e aberta, que permite que ambas as partes tenham respeito e confiança uma pela outra, e se sintam confortáveis para expressar as suas necessidades e opiniões (Vilariño, 2021).

Tanto os modelos interpretativo e deliberativo de Emanuel e Emanuel (1999) como o modelo de participação mútua de Szasz e Hollender (1956, cit. por Kaba & Sooriakumaran, 2007), indicam que as instituições de saúde, e os profissionais médicos, adotam modelos de comunicação centrados no paciente como indivíduos ativos, com emoções e pensamento próprios (Mead & Bower, 2000).

Ainda que a evolução destes modelos seja notória, a sociedade demonstra uma tendência de identificação com o modelo informativo, pelo simples facto de que uma instituição de saúde é um negócio, logo os médicos são *"health care providers"* e os pacientes são consumidores.

O modelo centrado no paciente estuda as questões pertinentes para os pacientes através de consulta direta e do diálogo (Yeoman *et al.*, 2017, cit cit por Vilariño, 2021), determinando que esta é a abordagem que deve ser adotada em termos institucionais e sociais.

Recorde-se que em 1973, a Associação Hospitalar Americana aprovou a primeira Carta de Direitos dos Pacientes, que reconhecia o direito do utente a receber a informação completa sobre o seu histórico clínico e a decidir qual o tratamento para a sua patologia que melhor se adequa ao seu modo de vida, como um adulto autónomo e livre (Lázaro & Gracia, 2006, cit por Vilariño, 2021).

4. A relação indivíduo-sociedade na comunicação em saúde

Compreender como é estabelecida e interpretada a relação de comunicação entre médico-paciente requer um estudo prévio sobre o desenvolvimento da sociedade e os conceitos relativos à relação indivíduo-sociedade.

De uma perspetiva sociológica generalista, cada indivíduo é visto como uma unidade de ação que aumenta progressivamente o seu raio de comportamentos até à sociedade que o rodeia no meio social em que está inserido. Assim, compreendemos que os indivíduos são seres sociais com capacidade de evoluir e de realizar trocas com vista em aumentar o conforto e a segurança que sentem em dados contextos.

Atualmente presenciamos uma terceira revolução industrial, pelo que a sociedade e os sociólogos se viram obrigados a desenvolver novas referências e a repensar as ações dos indivíduos, como as relações interpessoais. O indivíduo nasce na sociedade e esta, por sua vez, é composta por indivíduos que aprendem, iniciam processos de relação interpessoal e interações de troca, com base nas suas características e objetivos individuais, chegando a optar por sentimentos de segurança e conforto em diversas situações (Mallmann, 2018).

Este é um tópico particularmente relevante para o tema proposto nesta dissertação, pois sem termos uma noção básica de sociedade e do conceito de indivíduo, torna-se difícil avaliar e compreender quais os pontos-chave estabelecidos numa relação tão crucial como a de médico-paciente.

Segundo Martuccelli (2005, cit. por Antunes & Correia, 2009), existem três grandes perspetivas na base do conceito de indivíduo que conhecemos hoje, sendo estas:

- **Sociologia da socialização:** os indivíduos não são vistos como autores de si próprios na estrutura das relações sociais e reduzem-se apenas ao lugar que ocupam.

- **Sociologia da subjetivação:** os indivíduos são vistos como um produto de múltiplos e complexos processos de socialização, e, portanto, têm espaço para ocupar diferentes papéis em diferentes contextos de socialização, o que condiciona os pensamentos e comportamentos sociais.
- **Sociologia da individuação**: os indivíduos são os elementos centrais da sociedade e têm espaço para desenvolver práticas que os tornem singulares, adotando pensamentos e comportamentos que os distingam (Martins, 2019).

A sociologia em saúde, sendo uma área de estudo relativamente recente, abrange a doença, a morte, as instituições, e profissionais de saúde, e também os sistemas terapêuticos e políticas de saúde (Antunes & Correia, 2009) dedicando-se a entender e estudar os aspetos da saúde que estão relacionados com características humanas. Ou seja, o contributo da sociologia traduz-se numa ferramenta que inspeciona os diferentes tipos de poder exercido sobre os pacientes, de forma a encontrar o limite e equilíbrio nas interações entre médico e paciente (Mendes, 2011).

4.1. A medicina centrada no paciente

A medicina centrada no paciente foi colocada em vigor quando as organizações começaram a focar as suas práticas nos valores éticos, e nos indivíduos como seres humanos com mente, espírito e coração. A partir desta etapa, o paciente ganhou voz para colaborar e participar nas interações em contexto de consulta.

A medicina centrada no paciente, vendo-o como ser humano com emoções e parte ativa da interação, exige que:

- O médico veja para além dos problemas biomédicos que o paciente apresenta.
- O médico tenha a capacidade de compreender a perspetiva biopsicossocial do paciente.
- O médico compreenda que a sugestão de tratamentos ou cura da patologia pode não aliviar o sofrimento do utente, por diversas razões (Mead & Bower, 2000).

A adoção de tais comportamentos pelo médico é crucial para que o mesmo compreenda que uma patologia vai para além dos sintomas físicos, e acarreta também sintomas psicológicos e diferentes experiências individuais para cada paciente.

O papel do médico neste modelo deve ser estrategicamente pensado, pois é através do mesmo que a distância entre a medicina e as experiências e necessidades pessoais do paciente, diminui. Segundo Grilo *et al.* (2017), o conceito de centração foi introduzido por Balint no século XX com o objetivo de afirmar que cada paciente deve ser entendido como um indivíduo único. Atualmente significa que o cuidado deve ser adaptado às necessidades e preferências dos pacientes, sendo um conceito fundamental na relação médico-paciente.
Estudos como os de Deledda, Moretti, Rimondini e Zimmermann (2013, cit. por Grilo *et al.*, 2017), vêm demonstrar progressivamente que as atitudes de foco no paciente são determinantes para a qualidade dos cuidados de saúde em geral, e da comunicação em especial, para além de se encontrarem diretamente associadas ao grau de satisfação do paciente.

4.2. Importância da medicina centrada no paciente

Os cuidados centrados no paciente podem tornar os mesmos mais personalizados e orientados para as necessidades dos pacientes com diferentes morbidades. A medicina centrada no paciente pode ser definida como a prestação de cuidados que se adequa às expetativas, necessidades e valores individuais dos pacientes. (Institute of Medicine, 2001, cit. por Kuipers *et al.*, 2019).

Os cuidados centrados no paciente são um conceito que implica a compreensão de cada paciente como um todo por parte dos profissionais, dedicando tempo a conhecer quais os valores e preferências do paciente, de forma a melhorar a qualidade de vida do mesmo (Mead & Bower, 2000). Para trabalhar a medicina e os cuidados centrados no paciente, os profissionais de medicina devem envolver cada indivíduo nas respectivas decisões sobre os seus cuidados e apoiá-los na criação e concretização dos seus objetivos de tratamento. É, portanto, fundamental que exista uma comunicação aberta entre o médico e o paciente, o que implica que os profissionais de medicina possuam capacidades de comunicação de alta qualidade (den Boer *et al.,* 2017).

A perspetiva do paciente sobre a medicina centrada em si, pode distinguir oito dimensões (den Boer *et al.*, 2017):

- **Preferências dos pacientes:** Os pacientes manifestam a necessidade de serem tratados com dignidade, respeito e de serem considerados pessoas, e não apenas uma doença.

- **Informação e educação:** Os pacientes expressam o seu receio de que a informação lhes seja ocultada. A prestação de informação detalhada aos pacientes é fundamental, e os mesmos devem estar devidamente informados sobre todos os aspetos dos seus cuidados.

- **Acesso aos cuidados:** O acesso aos cuidados pressupõe a capacidade de os pacientes marcarem as suas consultas de forma rápida e simples, assim como a disponibilidade de profissionais de saúde, apoio para doentes analfabetos, e consideração das diferenças culturais.

- **Apoio emocional:** Os pacientes por vezes sentem alguma ansiedade, e é importante que os profissionais de medicina prestem atenção a este aspeto.

- **Família e amigos:** Nos casos em que uma doença de um paciente afete também o seu círculo mais próximo, é importante que o cuidado centrado no paciente esteja a ser implementado pois envolve os familiares mais próximos nas decisões a serem tomadas, e presta atenção às necessidades dos prestadores de cuidados informais.

- **Continuidade e transição:** As preocupações de continuidade e transição referem-se a transferências de pacientes dentro da mesma organização, assim como a transições para centros de reabilitação, hospitais e situações domiciliárias. Estas transições requerem a transferência das informações relevantes sobre os pacientes, assim como a garantia de que os mesmos são informados sobre para onde vão, que cuidados receber e quem será a sua pessoa de contacto, e a prestação de aconselhamento especializado sobre cuidados e apoio no domicílio após a alta.

- **Conforto físico:** As áreas de cuidados devem ser limpas e confortáveis, a privacidade dos pacientes deve ser respeitada e os profissionais de saúde devem preocupar-se em oferecer um cuidado personalizado de acordo com as preferências dos pacientes sobre o apoio e as suas necessidades de vida diária.

- **Coordenação dos cuidados:** Os cuidados aos pacientes devem ser cuidadosamente coordenados entre profissionais, isto traduz-se em ter profissionais bem informados para que os doentes só precisem de contar as suas histórias uma vez

Prevê-se que os programas que melhoram a qualidade dos cuidados primários aos pacientes permitem que os mesmos consigam gerir melhor a sua própria saúde e qualidade de vida, e

estão associados a melhores resultados, nomeadamente a melhoria do bem-estar físico, social e no grau de satisfação do paciente (Cramm & Nieboer, 2016). Estudiosos como Rather (2012, cit. por Kuipers *et al*., 2019) relataram relações positivas entre o cuidado centrado no paciente, e o bem-estar e satisfação dos pacientes.

Estas observações são significativas uma vez que se prevê que a atual prestação de cuidados, de um modo geral, não seja adaptada às necessidades de cada paciente de um modo personalizado. A medicina centrada no paciente e o cuidado com as necessidades de cada um em particular, pode contribuir não só para aumentar os níveis de satisfação do paciente, (Kuipers *et al.*, 2019) como tornar o local de trabalho dos vários profissionais de saúde mais positivo e satisfatório (den Boer *et al*., 2017).

4.3. Centração no paciente: Sharing e Caring

Segundo Laine e Davidoff (1996, cit. por Grilo *et al*., 2017) a centração no paciente pode ser traduzida como o cuidado que é responsivo às necessidades, desejos e preferências de cada paciente.

Os autores Mead e Bower (2000) concetualizaram o conceito de "centração no paciente" ao definirem as cinco componentes principais:

- Adoção do modelo biopsicossocial;
- Entendimento de que cada paciente deve ser tratado como um indivíduo ímpar e com os seus direitos, e não como uma patologia apenas;
- Igualdade de poder entre médico e paciente;
- Construção de uma aliança terapêutica;
- Compreensão de que o médico é uma pessoa com os seus direitos e emoções, e não apenas como um técnico.

Ou seja, o conceito de centração no paciente prevê que o médico compreenda as ideias e preocupações do paciente, de um ponto de vista biopsicossocial, assimilando assim a sua cultura, passado e comportamentos. Acresce que o profissional de saúde necessita de partilhar o seu processo de decisão de tratamento com o doente, de forma a obter o seu consentimento e opinião, o que concede poder de igualdade entre as duas partes (Mead & Bower, 2000).

O cuidado e formação dos profissionais de saúde das mais variadas especialidades para terem estes comportamentos estão diretamente associados ao aumento do grau de satisfação dos pacientes, ao aumento da adesão ao tratamento (Haskard *et al*., 2009, cit. por Grilo *et al*., 2018), a diagnósticos mais precisos (Dyche & Swiderski, 2005, cit. por Grilo *et al*., 2018), e à diminuição do número de erros médicos (Gong *et al*., 2006).

De forma a avaliar as atitudes de centração dos estudantes de medicina e profissionais de saúde face à relação com o paciente, Krupat *et al* (2000), construíram o *Patient-Practioner Orientation Scale (PPOS).* Esta escala funciona como uma ferramenta de autoavaliação, utilizada por estudantes de medicina, profissionais de saúde e pacientes, com o objetivo de avaliar os comportamentos tidos durante as interações em contexto de consulta e explicar a centração no paciente vs. centração na doença/médico.

A PPOS divide-se em duas dimensões distintas face ao paciente, sendo o Sharing e Caring (em português, a Partilha e o Cuidado, respetivamente).

- **Sharing:** A forma como o médico partilha a informação e o controlo da consulta com o paciente. Incorpora a dimensão de partilha de poder clínico e de responsabilidade entre as duas partes.

- **Caring:** A forma como o profissional apoia o paciente e se preocupa com aspetos biopsicossociais de cada caso único, e de como estes podem condicionar o processo de tratamento (Mead & Bower, 2000).

Após a realização e análise do estudo de Krupat *et al*. (2000), não foi possível tirar conclusões determinantes. Se a centração do paciente se traduzir num modelo de interação agradável, ou seja, uma abordagem de "tamanho único" às relações entre médicos e pacientes, os componentes-chave desse modelo devem ser identificados e ensinados a todos os médicos.

Caso a orientação centrada no paciente indique que é necessário haver uma adaptabilidade personalizada às necessidades de cada paciente, é necessário ensinar aos estudantes e profissionais de medicina, como identificar as necessidades dos pacientes e adaptar os seus comportamentos aos de cada paciente, tendo em atenção os diferentes estilos, culturas e valores (Krupat *et al*., 2000).

5. Contextualização Societal

5.1. Evolução da sociedade vs evolução das eras do Marketing

Sabendo que o marketing é um processo social que possibilita a sociedade a obter produtos e serviços que necessitam, ou desejam, através de um sistema de criação, oferta e negociação (Kotler, 2006), resta-nos compreender como a evolução da sociedade influencia os conceitos e práticas de marketing e a relevância destes tópicos para a compreensão da relação entre médico-paciente.

Sendo o marketing um processo que ocorre na sociedade, é de extrema importância estudar quais as lógicas que levam dois indivíduos a realizar uma troca (neste caso específico, referimo-nos à troca comunicativa entre médico e paciente), de forma a satisfazer necessidades.

De um modo geral, qualquer instituição e organização traçam objetivos a curto e a longo-prazo. Os negócios necessitam que exista uma negociação e uma interação em que o fim seja a troca, de forma a alcançarem os objetivos previamente traçados e terem espaço para crescer e evoluir no mercado. Ora, para que se dê a negociação e troca, contamos com indivíduos singulares, ou grupos de indivíduos similares, que formam a sociedade que as organizações estudam e definem como público-alvo.

Como mencionado no capítulo anterior, a globalização e mudanças tecnológicas obrigaram a sociedade a evoluir paralelamente, de forma a acompanharem as descobertas científicas e tecnológicas. Como a obtenção de lucro é um dos aspetos-chave para o sucesso de qualquer instituição e organização, é crucial que sejam definidas ações de acordo com as lógicas sociais em vigor, que alteraram necessidades, desejos e o comportamento dos consumidores.

Quem é o seu público-alvo? Quais são os benefícios do seu serviço/produto para esse público-alvo? Como se diferencia da concorrência e por que motivo o público escolheria o seu serviço/produto em detrimento de outros? O que a organização espera receber em troca? Qual é o plano de comunicação e marketing mais adequado para o público? (Garcia, 2019). Estas questões são a razão pela qual os estudos de mercado são colocados em prática pelas organizações e vistos como cruciais para manter e crescer um negócio, pois sem uma compreensão do público-alvo, e mesmo do mercado em que atua, nenhum negócio consegue ter sucesso a atingir os seus objetivos organizacionais.

5.2. A integração do marketing nos cuidados de saúde

O marketing, quando associado a cuidados de saúde, gera pouca reação emocional. No entanto, mesmo sem o público compreender, o marketing e as suas práticas são utilizadas em todas as empresas das mais variadas áreas (Pereira, 2013).

A aplicação do marketing na área da saúde remonta ao início dos anos 70, no contexto do desenvolvimento dos serviços gerais, o que requereu e adaptação dos conceitos à especificidade das prestações médicas. Este processo foi complexo, mas compensou, pois já nos anos 80 o marketing foi aceite como função em instituições de saúde, ainda que não fosse praticado de forma adequada e eficaz (Catoiu *et al.*, 2013)

Já nos anos 90, altura que podemos considerar relativamente recente, os profissionais de marketing na área da saúde começam a englobar todas as características necessárias para a criação e implementação do marketing mix do marketing de serviços. Nos dias de hoje, esta é uma área que continua a progredir nas instituições de saúde, tentando acompanhar não só a evolução do conhecimento, como a do paciente moderno, não desprezando da sua relação com os serviços e especialidade médica exercida (Catoiu *et al.*, 2013).

As instituições pretendem divulgar os seus serviços e assim atrair novos pacientes e parceiros, e reconhecem aqui a necessidade de implementar estratégias de marketing adequadas que influenciem positivamente a relação médico-paciente e trabalhem a imagem da instituição na opinião pública. Todos estes processos permitem a melhoria da qualidade do serviço, e a oferta de uma qualidade que se diferencie no mercado (Pereira, 2013).

Ainda que o presente estudo se baseie em interações que têm lugar em instituições de saúde, estas não deixam de ser um negócio com lucro, objetivos e estratégias. Desta forma, é crucial mencionar a vertente que permitiu com que todas as organizações evoluíssem para alcançar as suas metas e esta é o marketing. Desde o seu início que passou e ultrapassou várias eras, de acordo com as necessidades da população e organizações, pelo que o marketing na área da saúde não é diferente e marcou a sua presença de forma muito evidente, como abordado no capítulo seguinte.

A evolução das eras do marketing apresenta-se como uma grelha de leitura e compreensão da evolução dos modelos de comunicação que são estudados nesta dissertação. Como hoje conhecemos, nestes modelos o médico dá palavra ao utente e aguarda a sua compreensão e

confirmação antes de avançar para qualquer outro patamar. Isto acontece devido ao foco que as instituições de saúde têm nos valores que cada utente, e ser humano, carrega em si.

5.3. Do marketing 1.0 ao marketing 5.0

Segundo Kotler *et al.* (2012), o marketing pode ser descrito como sendo um contraponto das ciências económicas. Sempre que ocorrem transformações no ambiente macroeconómico, o comportamento do consumidor também se transforma, o que resulta em mudanças no marketing e nas suas práticas.

O marketing é praticado na saúde desde 1975, o que permitiu que estratégias fossem desenvolvidas e implementadas, dando a cada profissional tarefas específicas (Pereira, 2013). No entanto, não foi desde o seu início que as práticas de marketing englobavam todas as características necessárias para satisfazer o consumidor – paciente.

O processo de evolução do marketing pode ser dividido em quatro etapas, sendo estas:

- Marketing 1.0, orientado ao produto;
- Marketing 2.0, focado no consumidor;
- Marketing 3.0, centrado em valores;
- Marketing 4.0, também conhecido por marketing digital;
- Marketing 5.0, designado por tecnologia para a humanidade.

Apenas com a fase 3.0 é que as empresas adotaram uma abordagem centrada no ser humano, como um ser com mente, coração e espírito, ao invés do consumidor, e na qual a lucratividade deve ter como contrabalanço a responsabilidade corporativa. Esta é a era do marketing em que as atividades são excessivamente influenciadas pelas eventuais mudanças no comportamento e nas atitudes do consumidor, pois este agora requer abordagens mais colaborativas e espirituais.

Esta é a era da participação, da globalização e da criatividade, em que as organizações procuram resolver um problema (contexto) através de um estímulo (conteúdo) cheio de criatividade (solução), como observamos na Figura 3.

Elementos básicos		Por quê?
O que oferecer		
Conteúdo	Marketing colaborativo	A era da participação (o Estímulo)
Contexto	Marketing cultural	A era do paradoxo da globalização (o Problema)
O que oferecer	Marketing espiritual	A era da criatividade (a Solução)

Figura 3: Elementos básicos do Marketing 3.0, (Kotler et al, 2012, p. 23)

Aplicando estes princípios à área da saúde, na qual o paciente requer um atendimento e soluções personalizados, também os médicos praticam marketing colaborativo, cultural e espiritual, no sentido em que a cultura das instituições de saúde pede que os médicos especialistas se organizam de forma a atender cada paciente e colaborem entre si para atingir diagnósticos mais precisos e apresentar soluções adequadas e únicas, dependendo de cada situação (Kotler *et al.*, 2012).

Observando a evolução dos modelos de comunicação estabelecidos na relação médico-paciente paralelamente às eras do marketing, torna-se claro que existe uma ligação direta entre os dois. As organizações, como um todo, abrangendo também as instituições de saúde, evoluíram por várias fases dirigidas pelos elementos intrínsecos a cada era do marketing e a comunicação praticada internamente derivam do objetivo final de negócio.

Eras do marketing	**Elementos básicos do Marketing**	**Modelos de Comunicação** (Szasz e Hollender (1956)	**Modelos de Comunicação** (Emanuel e Emanuel, 1992)	**Elementos básicos da Comunicação entre médico-paciente**
Marketing 1.0	Foco no lucro/ROI Alto nível de produção Orientado ao produto	**Modelo ativo-passivo**	**Modelo paternalista**	O médico tem o poder e toma decisões pelo paciente O paciente tem a sua participação limitada

Marketing 2.0	Foco no consumidor Preocupação com a qualidade do produto Diferenciação no mercado	**Modelo de orientação-cooperação**	**Modelo informativo**	O médico possui poder, mas partilha toda a informação científica/técnica O paciente tem autonomia e dá o seu consentimento
Marketing 3.0	Foco nos valores individuais Preocupação em encontrar soluções personalizadas e adequadas Definição de história da marca, missão, visão e valores	**Modelo de participação mútua**	**Modelo interpretativo**	O médico divide o poder com o paciente, mas mantém um papel ativo na decisão Os pensamentos e valores do paciente são tidos em conta Ambas as partes colaboram
Marketing 4.0	Foco no consumidor e nas suas opiniões Acompanhamento de modas e alterações no digital Adaptável à natureza mutável do consumidor	-		O médico age como um conselheiro e partilha todas

Marketing 5.0	Foco nas necessidades dos clientes Fazer diferença no mundo Adaptável às evoluções tecnológicas e sociais	-	**Modelo deliberativo**	as informações relacionadas com a patologia O paciente toma a decisão final de tratamento com base nos seus valores e modo de vida

Figura 4: Evolução do marketing e da comunicação na saúde (Elaboração própria)

Na primeira era do marketing pretendia-se vender todos os produtos produzidos. Esta era é semelhante ao modelo ativo-passivo da comunicação em saúde pois ambos procuram estabelecer uma troca na qual apenas um indivíduo tem todo o poder do seu lado, e o outro parece concordar, sem outra opção de saída. De igual modo, na comunicação entre médico paciente, o paciente vê a sua participação limitada e é obrigado a aceitar o tratamento que o médico decide como mais adequado para si, sem ser necessário dar o seu consentimento.

A segunda era do marketing, focando-se no consumidor, pode ser descrita lado a lado com o modelo de comunicação de orientação-cooperação. Nesta etapa as organizações reconhecem que para existir uma troca, ou interação, é necessário que quem tem o maior nível de poder nesta interação, detenha do outro lado alguém capaz de compreender todo o processo e se sinta confortável ao aceitar a sua participação no mesmo. Neste entendimento, e na comunicação entre médico-paciente, o médico possui o poder, mas partilha toda a informação científica/técnica com o paciente, antes de decidir qual o tratamento mais adequado. O paciente tem autonomia e direito a dar o seu consentimento, no entanto, aceita o tratamento que o médico determina.

A era 3.0 do marketing, a era centrada em valores e sentimentos. Nesta etapa observamos novamente que os modelos de comunicação em saúde acompanham esta evolução, e surge então o modelo de participação mútua com base na igualdade entre ambas as partes. As organizações passam a focar os seus esforços nas mudanças de atitude e comportamento que a audiência pode ter, e as instituições de saúde, por sua vez, começam a prestar atenção à

experiência que o paciente, ou cliente final, tem desde a sua entrada na receção até à saída do edifício. Também nos modelos de comunicação entre médico e paciente se observam novas tendências, pois ambas as partes começam a colaborar com a finalidade de tomar uma decisão de tratamento com a qual o paciente concorde. O médico divide o poder com o paciente, mas mantém um papel ativo na decisão, aguardando pelo consentimento antes de avançar com o tratamento.

É de salientar ainda que o aparecimento da COVID-19 veio obrigar também à prática da era 4.0 e 5.0 do marketing na área da saúde. Estas permitem, através da opção de consultas telefónicas ou virtuais, com acesso à câmara e microfone do médico e do paciente, que os mesmos consigam manter uma relação. Sendo o marketing 4.0, uma era com foco nos valores e opiniões do público, que se adapta à natureza mutável dos caminhos do consumidor na economia tecnológica e digital, e o marketing 5.0 uma era adaptavel às transformações do mundo, com foco nas várias necessidades do cliente, encontramos também semelhanças com a abordagem adotada pela maioria das instituições de saúde, nas quais os modelos de comunicação antes utilizados necessitaram de ser adaptados à nova realidade em contexto de consulta. O médico age como conselheiro do paciente e partilha todas as informações relevantes acerca da patologia com o mesmo, de modo a dar a liberdade ao paciente de tomar a decisão final de tratamento com base nos seus valores e modo de vida.

Desta forma, existe mais cuidado com as reclamações pessoais, pois estas passam a ser feitas na comunidade geral e as organizações deixam de ter controlo sobre o que é comunicado acerca de si no mercado. Esta preocupação, aliada à rápida distribuição de informação no mundo digital, é um cuidado acrescido para várias instituições de saúde.

O cliente final, e o consumidor, são vistos como parte da história da organização, e a conexão criada entre estas duas partes passa a ser o foco da interação de troca, pois o objetivo final é proporcionar a melhor experiência possível ao cliente.

Ou seja, os três aspetos fundamentais que evoluem do Marketing 3.0 para o Marketing 4.0, alteram a forma como o cliente e consumidor é visto. A era 4.0 é uma era inclusiva, social e com base na igualdade. Assim, cada cliente ocupa um papel importante na sociedade geral, partilhando as suas experiências, sejam positivas ou negativas, com a sua comunidade. Para a organização, este é um passo importante pois colocam-se num patamar de igualdade de poder com o cliente e incluem-no na sua identidade.

Esta é a era de testar, analisar e melhorar de forma a fidelizar o cliente final, e assim obter mais valor no mercado (Kotler *et al*, 2017).

6. O impacto da COVID-19 na sociedade

A Doença do coronavírus, mais conhecida como COVID-19, chegou a Portugal em Março de 2020 e desde então tem condicionado a vida de toda a população portuguesa. Através de uma simples pesquisa em qualquer motor de busca da internet, observamos que este vírus não só se tornou numa ameaça ao estado de saúde da sociedade, como também condicionou a economia, a educação, o turismo, o mercado de trabalho, a saúde mental, entre outras. As atividades que antes se realizavam com a maior simplicidade e descontração foram proibidas e na sua vez surgiram novas medidas e restrições, estados de calamidade e vários confinamentos.

Esta pandemia veio mudar o padrão das interações sociais que víamos como garantidas, e alterar o dia-a-dia e modo de vida de cada um de nós.

O primeiro estado de emergência teve a duração de quase dois meses e foi seguido por um estado de calamidade com bastantes restrições, mas com a expetativa de que a vida voltaria ao normal gradualmente. Implementou-se o distanciamento físico, a utilização obrigatória de máscara, a restrição de circulação na via pública e o encerramento de escolas, lares e centros de dia, de alguns negócios e de espaços comerciais.

Em Abril de 2020, o clima económico deteriorou-se rapidamente e Portugal encontrava-se novamente numa crise profunda, o que duplicou os despedimentos e provocou um aumento de 24% no desemprego. Grande parte da população portuguesa foi obrigada a deixar o trabalho para trás, ou a adotar o teletrabalho, para poder ficar em casa a apoiar os familiares que ficaram em confinamento devido ao encerramento das instituições de educação e centros de dia.

O medo, a incerteza e as novas medidas preventivas tiveram um impacto imediato no setor do turismo, o que, inevitavelmente, conduziu ao encerramento temporário ou definitivo de empresas do setor do alojamento e da restauração (Organização Internacional do Trabalho, 2020).

A implementação do confinamento e distanciamento físico teve consequências também ao nível do estado emocional dos portugueses. De acordo com um estudo realizado pela Universidade Católica de Lisboa, a população transmitia estados emocionais negativos, sentindo-se preocupada, ansiosa, tensa e com pouca confiança de que o futuro traria coisas boas, ou mesmo

o regresso à normalidade. Apesar de aceitarem as restrições e medidas preventivas impostas, os indivíduos respondentes neste estudo demonstram-se preocupados com o impacto que as ditas medidas têm na economia portuguesa e nos elementos essenciais para o funcionamento normal da sociedade, tais como a reabertura de estabelecimentos, e a diminuição do desemprego (Estudo do Observatório da Sociedade Portuguesa, 2021).

Após meses intensos, com o aumento de casos, internamentos e óbitos em Portugal, a população revela sinais de uma "fadiga pandémica", definida pela Ordem dos Psicólogos como sentimentos de sobrecarga, devido ao facto de estarmos constantemente vigilantes, e de cansaço, por obedecermos a várias restrições e alterações na nossa vida (Ordem dos Psicólogos, 2020). Os vários confinamentos e as medidas preventivas deixam marcas difíceis de ultrapassar para a maioria de nós, pois tivemos consciencialização sobre a importância da presença física e do toque de outra pessoa, das relações e conversas cara a cara e, até de caminhar livremente pelas ruas (Núncio, 2021).

Atualmente, os portugueses já se sentem mais otimistas e menos preocupados com o seu futuro (Observatório da Sociedade Portuguesa da Católica Lisbon School of Business & Economics, 2021), no entanto, ainda temos um longo caminho até que possamos voltar a viver normalmente e com liberdade. No futuro, é importante manter as conversas com amigos e familiares, redescobrir a nossa identidade como indivíduos únicos e ter cuidado com a sobrecarga emocional e profissional (Núncio, 2021).

6.1. O impacto da COVID-19 na relação de comunicação médico-paciente

A relação entre médico e paciente pode ser descrita como uma das mais importantes, mas também mais complexas, entre duas partes.

Como vimos anteriormente, e desde o século XXVIII, a forma como o médico se relaciona com o seu paciente tem evoluído bastante, devido ao desenvolvimento dos modelos de comunicação estabelecidos neste contexto, mas também ao progresso cultural que presenciamos mundialmente. Com o passar do tempo, ambas as partes envolvidas no processo começaram a focar-se nos elementos principais desta relação, sendo estes o respeito, a confiança e a empatia (Nwoga *et al*, 2020).

Em 2020 surge a pandemia COVID-19 e condiciona o mundo. Apesar da área da saúde se encontrar no centro desta pandemia e todos os profissionais tentarem passar informação

transparente de forma acessível, não podemos negar que a relação médico-paciente sofreu várias consequências e precisou de se reinventar (Rossi *et al*, 2021; Desideri *et al*, 2021).

Uma interação que sempre foi associada ao termo "desafio" sente agora um distanciamento maior entre as partes envolvidas. As consultas presenciais são escassas, e muitas vezes a única opção possível é uma consulta telefónica ou virtual. Estes fatores afastam o paciente das instituições de saúde mesmo em contextos de urgência e, criando assim uma distância dos profissionais de medicina, quando o contrário deveria acontecer (Nwoga *et al.*, 2020).

Nwoga *et al.* (2020) apresentaram os resultados de um estudo transversal realizado numa unidade de saúde no Estado de Enugu no Sudeste da Nigéria. As conclusões indicam-nos que, na generalidade, os pacientes reconhecem que os profissionais aguardam o tempo necessário até que o paciente tome uma decisão relacionada com o seu tratamento. No entanto, em questões que mencionem os elementos de empatia, os resultados são muito discrepantes, pois os médicos afirmam que se esforçam para praticar medicina com empatia, mas os pacientes não o reconhecem em contexto de consulta. Este comportamento de comunicação não verbal evidencia a distância existente nesta relação, o que é preocupante e pode condicionar a forma como o paciente recebe e interpreta a informação que lhe é explicada por estar desconfortável, ou até mesmo ansioso.

Nos tempos que decorrem, podemos ainda dividir as dificuldades que a relação médico-paciente enfrenta (Ghosh *et al.*, 2020):

- **O efeito de máscara:** Evidencia ainda mais a dificuldade na comunicação não verbal entre médico e paciente porque grande parte da face de cada um dos intervenientes está oculta. Ambas as partes sentem dificuldade em identificar empatia no outro, resultando em níveis baixos de satisfação e qualidade de consulta para o paciente. Nestes casos, o mais comum é que os efeitos de tratamento não sejam os desejados.

- **O efeito de distanciamento:** O aparecimento da COVID-19 veio afetar a consulta desde o seu primeiro momento, com a ausência do cumprimento entre médico-paciente. De seguida, identificamos que a distância mínima de segurança entre dois indivíduos, sendo esta de dois metros, pode influenciar de forma diferente o sentimento de desconforto, privacidade e intimidade. Como forma de contornar este distanciamento físico, ambas as partes acabam por aumentar o volume da sua voz, condicionando a sensação de privacidade e segurança do paciente.

- **O efeito de tempo de consulta:** Com vários entraves desta interação já identificados, falta ainda a menção do tempo de consulta. Este deve agora ser seguido de forma mais rigorosa, garantindo o mínimo de contacto entre médico e paciente, o que influencia bastante a avaliação que certas patologias requerem.

É de mencionar ainda que as consequências sentidas em contexto de consulta dependem da cultura local de onde decorrem. Gao e Dong (2020) referem que na China, os médicos sofrem lesões físicas e emocionais muito frequentemente devido a conflitos com pacientes. Apesar de notarem que as famílias colocam mais confiança nos profissionais de saúde, os conflitos nesta relação ainda são percetíveis.

Por todas as dificuldades acima descritas, é importante investigar como a pandemia veio condicionar a relação entre médico-paciente em contexto de consulta médica, e analisar quais as soluções possíveis de adotar. Desta forma, a pesquisa realizada na presente dissertação, pode contribuir para guiar estudantes e profissionais na forma como devem comunicar com os seus pacientes, vendo-os como seres humanos únicos com emoções e um papel ativo na sua saúde.

Capítulo II - METODOLOGIA

1. Metodologia

1.1. Objetivos do estudo

O tema da presente dissertação, como mencionado no capítulo da introdução, surge num contexto de preocupação com as relações humanas, e de tentar perceber como as mesmas podem construir a interação adequada no contexto de consulta médica após o surgimento da COVID-19.

Os objetivos do estudo são:

- Determinar qual o modelo de comunicação entre médico-paciente predominante na época pré-COVID;
- Compreender como os obstáculos da pandemia afetaram a relação médico-paciente e a partilha de informação em contexto de consulta.
- Analisar como o médico e o paciente interagem;
- Determinar qual o modelo de comunicação entre médico-paciente que predomina na atualidade;

A relação médico-paciente, exacerbada pelos obstáculos que a pandemia causou, deparou-se com um entrave na comunicação e esclarecimento de dúvidas aos pacientes.

Esta dissertação procura estudar a relação de comunicação entre médico-paciente no contexto da consulta, de modo a compreender quais os modelos de comunicação implementados numa época pré-pandemia, de que forma os mesmos necessitaram de adaptação durante a pandemia.

Através da recolha de respostas de vários pacientes com experiência de consulta antes e durante a pandemia, pretendemos compreender que elementos da comunicação em consulta se mantiveram e quais se alteraram. Desta forma, iremos obter a informação de qual o modelo de comunicação que implementado numa época pré pandémica, e qual predomina atualmente.

1.2. Método de Investigação

O estudo realizado é de natureza quantitativa e exploratório. A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, com um nível de significância α definido a 0.05. As variáveis ordinais e contínuas foram representadas sob a

forma de mediana e amplitude interquartil (Q1-Q3) e as variáveis categóricas através da sua frequência relativa (%) e absoluta (n). O teste *Wilcoxon signed-rank* foi usado para comparar os pares de afirmações, obtidos antes e durante a pandemia COVID-19.
A diferença entre cada par de respostas foi calculada e usada como variável contínua de forma a analisar as diferenças entre sexo através do teste *Mann-Whitney.* O coeficiente de correlação de *Spearman* foi usado para correlacionar esta diferença e a idade e habilitações literárias dos doentes. Utilizamos hipóteses não paramétricas na análise dos dados obtidos porque a mediana representa de melhor forma a distribuição dos dados.

Esta dissertação possibilitou uma maior compreensão dos estudos previamente realizados com foco na relação estabelecida entre as duas partes num contexto de consulta médica, o que nos leva a concluir que a preocupação com os modelos de comunicação entre médico-paciente tem evoluído de forma muito lenta e, portanto, numa situação extremamente incontrolável e desconhecida, como o surgimento da COVID-19, a tensão e a dificuldade em comunicar de forma aberta e eficaz, diminui.

A presente tese utiliza um questionário baseado na aplicação de perguntas cujas respostas seguem uma escala Likert. Na apresentação descritiva das respostas a estas escalas opte-se por fazê-lo através da mediana, e não da média, já que descrever que a mediana das respostas a uma pergunta foi de 2,0, traduz que metade dos inquiridos raramente experimentou aquela situação. Além disso, a esmagadora maioria das respostas não segue uma distribuição normal, o que constitui mais um argumento a favor da mediana em detrimento da média, que é usada para dados que seguem uma distribuição normal. O uso da AIQ como medida de dispersão surge em consequência do uso da mediana para apresentação dos dados.

1.3. Amostra

O estudo do presente trabalho teve como base uma amostra por conveniência, caracterizada por indivíduos de todo o país de Portugal que já foram a uma consulta médica desde Março de 2020.

A escolha do método de amostragem surgiu após uma avaliação do que seria mais acessível e eficiente, com base no prazo de tempo disponível entre a divulgação do questionário e a data

de entrega da tese. Tendo em conta os meios disponíveis, e a rapidez de recolha de resultados, os canais de partilha utilizados foram as redes sociais (Facebook e Instagram).

Foram recebidas 100 respostas e consideradas válidas 64. Para tal, consideraram-se as respostas dos sujeitos com experiência de consulta médica após o início da pandemia e maiores de idade. 35 respondentes não reuniam estas condições, e um deles era menor, pelo que as respetivas respostas não foram consideradas para este estudo.

TABELA 1 | Características demográficas da amostra.	
Variável, % (n)	**(n=64)**
Género	
Masculino	28,1 (18)
Feminino	71,9 (46)
Idade	
18-25 anos	56,3 (36)
26-35 anos	25,0 (16)
36-45 anos	12,5 (8)
46-55 anos	6,3 (4)
Habilitações literárias	
Ensino básico	3,1 (2)
Ensino secundário	26,6 (17)
Licenciatura	39,1 (25)
Mestrado	15,6 (10)
Pós-graduação	15,6 (10)
Especialidade (consulta pós-pandemia)	
Medicina Geral e Familiar	34,4 (22)
Medicina dentária	12,5 (8)
Dermatologia	6,3 (4)
Otorrinolaringologia	4,7 (3)
Ginecologia e Obstetrícia	4,7 (3)
Planeamento familiar	4,7 (3)
Cardiologia	3,1 (2)
Cirurgia Geral	3,1 (2)

Oftalmologia	3,1 (2)
Urologia	3,1 (2)
Urgência	3,1 (2)
Medicina Física e Reabilitação	1,6 (1)
Medicina do Trabalho	1,6 (1)
Nutrição	1,6 (1)
Ortopedia	1,6 (1)
Reumatologia	1,6 (1)
Pediatria	1,6 (1)
Não respondeu	1,6 (1)
Várias especialidades	6,3 (4)

Este estudo incluiu um total de 64 pacientes, maioritariamente do sexo feminino (71,9%; n=46) e com uma idade situada entre os 18 e 25 anos (56,3%; n=36). A especialidade médica mais procurada no período pós- março de 2020 foi a de medicina geral e familiar (34,4%; n=22).

1.4. Procedimento

A metodologia de investigação realizada consistiu num estudo quantitativo, recolhendo as respostas através de um questionário intitulado de "A relação de comunicação entre médico-paciente: um questionário aos pacientes".

O procedimento deste método de investigação passou pela criação e distribuição de um questionário da Google forms, partilhado maioritariamente através das redes sociais como Facebook e Instagram, e da rede de familiares e amigos.

As questões incluídas no questionário foram criadas com base nas características dos modelos de comunicação entre médico-paciente anteriormente estudadas, assim como inspiradas por outros estudos mencionados no quadro abaixo.

Questões	Referências
• O médico pediu e obteve o meu consentimento antes de	Desideri, I., Francolini, G., Ciccone, L., Stocchi, G., Salvestrini, V., & Aquilano, M. *et al*. (2020). Impact of

prescrever o tratamento necessário. ● Sempre que não aceitei o tratamento prescrito, o médico procurou encontrar soluções e tratamentos alternativos. ● O médico explicou-me quais as causas da patologia. ● O médico discutiu comigo quais os planos de acompanhamento da minha situação de saúde. ● O médico aconselhou-me medidas preventivas, de modo personalizado e de acordo com o meu histórico clínico. ● O médico discutiu comigo as opções de tratamento, explicando as vantagens e desvantagens de cada uma. ● O médico discutiu comigo quais os planos de acompanhamento da minha situação de saúde. ● O médico passou a quantidade adequada de tempo comigo, independentemente do tempo fixado para a consulta. / A minha consulta atrasou-se mais do que no período pré-pandemia. ● Senti que o médico se mostrou satisfeito por me ajudar. ● Eu recomendaria o meu tratamento a um amigo/conhecido ou familiar.	COVID-19 on patient–doctor interaction in a complex radiation therapy facility. *Supportive Care In Cancer*, *29*(6), 2931-2937. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05793-3

● Estou satisfeito(a) com as medidas de triagem aplicadas à entrada da instituição (desinfeção das mãos, confirmação de máscara nova, revisão de temperatura, pergunta sobre o que leva o paciente à instituição. ● Considero que as precauções COVID-19 implementadas na instituição são adequadas e necessárias. ● Dada a oportunidade, eu escolheria o mesmo médico no futuro.	
● Estou satisfeito(a) com a relação médico-paciente, apesar das precauções tomadas durante a epidemia de COVID-19. ● O médico procurou compreender o meu modo de vida e passado. ● O médico preocupou-se em compreender os meus sintomas físicos, assim como as preocupações psicológicas que a patologia acarreta. ● Senti que o médico me ouviu atentamente. ● O médico respondeu às minhas perguntas e preocupações.	Rossi, A., Marconi, M., Taccini, F., Verusio, C., & Mannarini, S. (2021). From Fear to Hopelessness: The Buffering Effect of Patient-Centered Communication in a Sample of Oncological Patients during COVID-19. *Behavioral Sciences*, *11*(6), 87. https://doi.org/10.3390/bs11060087
● Senti que o médico analisou/estudou o meu histórico clínico antes da consulta.	Grilo, A., Rita, J., Carolino, E., Gomes, A. and Santos, M., 2017. Centração no paciente: Contributo para o estudo de adaptação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Psychology, Community &*

● O médico informou-me acerca do meu diagnóstico sem uso excessivo de termos técnicos/numa linguagem que compreendi. ● O médico procurou garantir que eu compreendia o diagnóstico, e a explicação dada. ● Senti que o médico me tratou como seu parceiro, com igualdade de poder e estatuto. ● Senti que o médico me incentivou a colocar as questões pertinentes no momento de consulta.	*Health*, 6(1), pp.171-185. https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148
● O médico discutiu comigo os motivos que me levaram a agendar consulta. ● O médico preocupou-se com o meu conforto durante a consulta. ● O médico preocupou-se em manter a minha privacidade durante a consulta. ● O médico colocou questões que me permitiram refletir sobre o meu estado, para além dos sintomas físicos. ● O médico realizou um exame físico com base nos sintomas que eu apresentava. ● Senti que o médico me incentivou a expressar as minhas emoções e pensamentos acerca do problema de saúde em questão.	Rossi, A., Marconi, M., Taccini, F., Verusio, C., & Mannarini, S. (2021). From Fear to Hopelessness: The Buffering Effect of Patient-Centered Communication in a Sample of Oncological Patients during COVID-19. *Behavioral Sciences*, *11*(6), 87. https://doi.org/10.3390/bs11060087 Grilo, A., Rita, J., Carolino, E., Gomes, A. and Santos, M., 2017. Centração no paciente: Contributo para o

● No final da consulta, o médico recapitulou a informação, para garantir que eu a retive. ● O médico deu-me tempo para responder às questões colocadas. ● Senti que o médico foi honesto(a) e que utilizou uma linguagem cuidada. ● O médico procurou garantir que eu me sentia ouvido(a), e que coloquei todas as minhas questões.	estudo de adaptação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, 6(1), pp.171-185. https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148

O pré-teste foi realizado junto de sete pessoas e foram introduzidas as alterações necessárias para uma melhor compreensão pelos respondentes. O questionário foi tornado público entre os meses de Julho e Agosto de 2021.

Capítulo III - RESULTADOS E CONCLUSÃO

1. Comparação dos pares de afirmações antes-durante a COVID-19

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos dos respondentes, comparando as suas opiniões acerca do tratamento que receberam na época pré e durante a pandemia COVID-19. Esta comparação encontra-se na Tabela 2 e 3.

TABELA 2 | Respostas obtidas antes e durante a Pandemia COVID-19.			
Questão	**Pandemia COVID-19, mediana (AIQ)**		
	Antes	**Durante**	**Valor P**
O médico discutiu comigo os motivos que me levaram a agendar consulta.	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	0.187
Senti que o médico analisou/estudou o meu histórico clínico antes da consulta.	3,0 (2,0-4,0)	4,0 (2,0-5,0)	0.076
Senti que o médico me tratou como seu parceiro, com igualdade de poder e estatuto.	4,0 (3,0-4,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.290
Senti que o médico me ouviu atentamente.	4,0 (3,5-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.574
O médico preocupou-se com o meu conforto durante a consulta.	4,0 (3,5-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	0.845
O médico preocupou-se em manter a minha privacidade durante a consulta.	5,0 (4,0-5,0)	5,0 (4,0-5,0)	0.465
O médico colocou questões que me permitiram refletir sobre o meu estado, para além dos sintomas físicos.	4,0 (3,0-4,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.376
O médico preocupou-se em compreender os meus sintomas físicos, assim como as preocupações psicológicas que a patologia acarreta.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.544
O médico procurou compreender o meu modo de vida e passado.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.274
O médico realizou um exame físico com base nos sintomas que eu apresentava.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.226

O médico informou-me acerca do meu diagnóstico sem uso excessivo de termos técnicos/numa linguagem que compreendi.	4,0 (3,5-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.713
O médico explicou-me quais os exames complementares necessários para diagnosticar a minha patologia.	4,0 (3,5-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.732
O médico explicou-me quais as causas da patologia.	4,0 (3,5-5,0)	4,0 (3,5-5,0)	0.846
AIQ, Amplitude interquartil.			

TABELA 3 | Respostas obtidas antes e durante a Pandemia COVID-19 (continuação).			
Questão	**Pandemia COVID-19, mediana (AIQ)**		
	Antes	**Durante**	**Valor P**
O médico discutiu comigo as opções de tratamento, explicando as vantagens e desvantagens de cada uma.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.992
Senti que o médico me incentivou a colocar as questões pertinentes no momento de consulta.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	**0.017**
O médico respondeu às questões que eu coloquei de forma clara e com uma linguagem simples e esclarecedora.	4,0 (3,5-5,0)	4,0 (3,5-5,0)	0.249
O médico pediu e obteve o meu consentimento antes de prescrever o tratamento necessário.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.366
Sempre que não aceitei o tratamento prescrito, o médico procurou encontrar soluções e tratamentos alternativos.	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.077
O médico discutiu comigo quais os planos de acompanhamento da minha situação de saúde.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.724
Senti que o médico me incentivou a expressar as minhas emoções e pensamentos acerca do problema de saúde em questão.	4,0 (3,0-4,0)	4,0 (3,0-5,0)	**0.040**

O médico respondeu às minhas perguntas e preocupações.	4,0 (3,5-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	0.421
O médico aconselhou-me medidas preventivas, de modo personalizado e de acordo com o meu histórico clínico.	4,0 (4,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.816
No final da consulta, o médico recapitulou a informação, para garantir que eu a retive.	4,0 (3,0-4,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.075
O médico deu-me tempo para responder às questões colocadas.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.140
O médico procurou garantir que eu compreendia o diagnóstico, e a explicação dada.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.509
Senti que o médico foi honesto(a) e que utilizou uma linguagem cuidada.	4,0 (4,0-5,0)	4,0 (4,0-5,0)	0.762
O médico procurou garantir que eu me sentia ouvido(a), e que coloquei todas as minhas questões.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.403
O médico passou a quantidade adequada de tempo comigo, independentemente do tempo fixado para a consulta.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.718
Senti que o médico se mostrou satisfeito por me ajudar.	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0.146
Eu recomendaria o meu tratamento a um amigo/conhecido ou familiar.		3,0 (1,0-4,0)	
A minha consulta atrasou-se mais do que no período pré-pandemia.		4,0 (4,0-5,0)	
Estou satisfeito(a) com as medidas de triagem aplicadas à entrada da instituição (desinfeção das mãos, confirmação de máscara nova, revisão de temperatura, pergunta sobre o que leva o paciente à instituição.		5,0 (4,0-5,0)	

Considero que as precauções COVID-19 implementadas na instituição são adequadas e necessárias.		4,0 (3,0-5,0)	
Estou satisfeito(a) com a relação médico-paciente, apesar das precauções tomadas durante a epidemia de COVID-19.		4,0 (3,5-5,0)	
AIQ, Amplitude interquartil.			

Analisando as respostas obtidas ao questionário aplicado, verificamos que os maiores graus de concordância nas questões da época pré-pandemia apresentam-se ao nível da discussão dos motivos de agendamento da consulta (Mdn=5,0; AIQ, 3,0-5,0) e preocupação de manutenção da privacidade (Mdn=5,0; AIQ, 4,0-5,0). Para além destes, na época durante a pandemia, os pacientes que responderam ao questionário expuseram também um grau de concordância elevado com o facto de o médico responder às preocupações do utente (Mdn=5,0; AIQ, 3,0-5,0) e uma satisfação elevada com as medidas de triagem nas instituições de saúde (Mdn=5,0; AIQ, 4,0-5,0).

Deste modo, verificamos um aumento significativo no incentivo ao doente em colocar as suas questões no momento da consulta (p=0.017) e na expressão das suas emoções e pensamentos sobre a sua situação de saúde (p=0.040). Não obstante, não se registaram outras mudanças significativas face aos pares de questões colocadas entre as duas épocas estudadas.

As variações nas respostas obtidas em cada par de questões foram calculadas e utilizadas com a finalidade de estudar a influência do género, idade e habilitações literárias (Tabelas 6 e 7) na mudança de opinião antes e durante a pandemia COVID-19, como podemos observar nas Tabelas 4, 5 e nas Tabelas 6 e 7.

TABELA 5 | Diferenças entre géneros na mudança de opinião relativamente à relação médico-doente antes e durante a pandemia COVID-19 (continuação).			
Questão	**Género, mediana (AIQ)**		
	Masculino	**Feminino**	**Valor P**

O médico discutiu comigo as opções de tratamento, explicando as vantagens e desvantagens de cada uma.	0,0 (-1,0;0,0)	0,0 (-1,0;0,0)	0.828
Senti que o médico me incentivou a colocar as questões pertinentes no momento de consulta.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.236
O médico respondeu às questões que eu coloquei de forma clara e com uma linguagem simples e esclarecedora.	0,0 (-1,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.113
O médico pediu e obteve o meu consentimento antes de prescrever o tratamento necessário.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.504
Sempre que não aceitei o tratamento prescrito, o médico procurou encontrar soluções e tratamentos alternativos.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.519
O médico discutiu comigo quais os planos de acompanhamento da minha situação de saúde.	0,0 (0,0;1,0)	0,0 (-1,0;1,0)	0.911
Senti que o médico me incentivou a expressar as minhas emoções e pensamentos acerca do problema de saúde em questão.	0,0 (0,0;1,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.714
O médico respondeu às minhas perguntas e preocupações.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.716
O médico aconselhou-me medidas preventivas, de modo personalizado e de acordo com o meu histórico clínico.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.844
No final da consulta, o médico recapitulou a informação, para garantir que eu a retive.	0,0 (0,0;1,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.935
O médico deu-me tempo para responder às questões colocadas.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.693
O médico procurou garantir que eu compreendia o diagnóstico, e a explicação dada.	0,0 (-1,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)	0.117

Senti que o médico foi honesto(a) e que utilizou uma linguagem cuidada.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)	0.414
O médico procurou garantir que eu me sentia ouvido(a), e que coloquei todas as minhas questões.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)	0.971
O médico passou a quantidade adequada de tempo comigo, independentemente do tempo fixado para a consulta.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;0,0)	0.330
Senti que o médico se mostrou satisfeito por me ajudar.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.734
Eu recomendaria o meu tratamento a um amigo/conhecido ou familiar.	0,0 (0,0;0,0)	0,0 (0,0;1,0)	0.170
AIQ, Amplitude interquartil.			

TABELA 6 | Coeficiente de correlação de *Spearman* entre a diferença na opinião sobre a relação médico-doente antes e durante a pandemia COVID-19 e a idade e habilitações literárias dos doentes.

Questão	**Idade**	**Habilitações literárias**
O médico discutiu comigo os motivos que me levaram a agendar consulta.	0,009	-0,010
Senti que o médico analisou/estudou o meu histórico clínico antes da consulta.	-0,045	0,135
Senti que o médico me tratou como seu parceiro, com igualdade de poder e estatuto.	0,040	0,215
Senti que o médico me ouviu atentamente.	0,033	0,018
O médico preocupou-se com o meu conforto durante a consulta.	-0,024	0,021
O médico preocupou-se em manter a minha privacidade durante a consulta.	-0,107	0,048
O médico colocou questões que me permitiram refletir sobre o meu estado, para além dos sintomas físicos.	-0,044	0,007

O médico preocupou-se em compreender os meus sintomas físicos, assim como as preocupações psicológicas que a patologia acarreta.	-0,059	0,058
O médico procurou compreender o meu modo de vida e passado.	-0,083	0,083
O médico realizou um exame físico com base nos sintomas que eu apresentava.	-0,063	-0,023
O médico informou-me acerca do meu diagnóstico sem uso excessivo de termos técnicos/numa linguagem que compreendi.	-0,207	0,199
O médico explicou-me quais os exames complementares necessários para diagnosticar a minha patologia.	**-0,345****	0,121
O médico explicou-me quais as causas da patologia.	-0,158	0,097
***Coeficiente significativo a p<0.05; ** Coeficiente significativo a p<0.001.**		

TABELA 7 | Coeficiente de correlação de *Spearman* entre a diferença na opinião sobre a relação médico-doente antes e durante a pandemia COVID-19 e a idade e habilitações literárias dos doentes (continuação).

Questão	Idade	Habilitações literárias
O médico discutiu comigo as opções de tratamento, explicando as vantagens e desvantagens de cada uma.	-0,113	0,210
Senti que o médico me incentivou a colocar as questões pertinentes no momento de consulta.	-0,198	**0,284***
O médico respondeu às questões que eu coloquei de forma clara e com uma linguagem simples e esclarecedora.	-0,204	0,153

O médico pediu e obteve o meu consentimento antes de prescrever o tratamento necessário.	-0,039	0,151
Sempre que não aceitei o tratamento prescrito, o médico procurou encontrar soluções e tratamentos alternativos.	-0,109	0,070
O médico discutiu comigo quais os planos de acompanhamento da minha situação de saúde.	-0,104	0,035
Senti que o médico me incentivou a expressar as minhas emoções e pensamentos acerca do problema de saúde em questão.	-0,015	0,124
O médico respondeu às minhas perguntas e preocupações.	-0,168	0,195
O médico aconselhou-me medidas preventivas, de modo personalizado e de acordo com o meu histórico clínico.	-0,099	0,124
No final da consulta, o médico recapitulou a informação, para garantir que eu a retive.	-0,084	0,152
O médico deu-me tempo para responder às questões colocadas.	-0,147	0,208
O médico procurou garantir que eu compreendia o diagnóstico, e a explicação dada.	-0,131	0,230
Senti que o médico foi honesto(a) e que utilizou uma linguagem cuidada.	-0,146	0,038
O médico procurou garantir que eu me sentia ouvido(a), e que coloquei todas as minhas questões.	0,032	0,121
O médico passou a quantidade adequada de tempo comigo, independentemente do tempo fixado para a consulta.	-0,038	0,123

Senti que o médico se mostrou satisfeito por me ajudar.	-0,018	0,187
Eu recomendaria o meu tratamento a um amigo/conhecido ou familiar.	0,090	0,233
***Coeficiente significativo a p<0.05; ** Coeficiente significativo a p<0.001.**		

Após a realização desta análise, não se verificou nenhuma diferença significativa face ao género em cada item do questionário. No entanto, observamos uma correlação negativa entre a idade e a perceção de que o profissional médico explicava os exames complementares de diagnóstico necessários na época durante a pandemia (ρ=-0,345; p=0.005). Por outro lado, a perceção de que o médico incentivou o paciente a colocar as questões que vê como pertinentes no momento da consulta durante a pandemia COVID-19, aumentou de acordo com as habilitações literárias que o paciente possui. (ρ=0,284; p=0.023).

2. Resultados dos pares de afirmações antes-durante a COVID-19

Após a análise, é possível interpretar os dados e compreender quais os modelos de comunicação entre médico-paciente predominantes na época pré-pandemia, e na atualidade durante a pandemia.

Recordando a evolução das eras do Marketing de Kotler, sabemos que estas tiveram um grande impacto na sociedade e no crescimento dos negócios, nos quais se incluem as instituições de saúde (Kotler *et al*, 2017). Durante a época pré COVID-19 que analisamos na primeira parte do questionário, os modelos de comunicação identificados correspondiam ao Modelo de Participação-Mútua, de Szasz e Hollender (1956), e o Modelo Interpretativo de Emanuel e Emanuel (1992), inspirados na era 3.0 do marketing, com foco nos valores e sentimentos do cliente ou, neste caso, do paciente. Após a análise do questionário concluída, concluímos que nas consultas que tiveram acontecimento antes de Março de 2020, o modelo de comunicação era o de participação mútua, com base na igualdade e colaboração entre ambas as partes, sendo que o médico se preocupava com a experiência do paciente, ou cliente final.

Segundo a análise realizada às respostas da época pré COVID-19, o profissional médico demonstra interesse nos motivos que levaram ao agendamento da consulta (p=0.187), ouve o paciente atentamente (p=0.574) e tenta compreender os seus sintomas físicos e psicológicos (p=0.544), assim como se preocupa com o conforto (p=0.845) e privacidade de cada paciente

(p= 0.465). Verificamos também que o médico realizava os exames físicos necessários (p=0.226), procurava compreender o modo de vida (p=0.274) e partilhava qual o diagnóstico e exames complementares necessários (p=0.732) sem uso excessivo de termos técnicos (p=0.249). Todos estes aspetos chaves no contexto de consulta são importantes e remetem para a era 3.0 do marketing através do foco do médico nas emoções e sentimentos do paciente desde o início até à decisão de tratamento final (Kotler *et al*, 2017).

Concluímos assim, que antes de a pandemia surgir no nosso país, o modelo de comunicação maioritariamente em vigor era o Modelo de Participação-Mútua, de Szasz e Hollender (1956), e o Modelo Interpretativo de Emanuel e Emanuel (1992). Ainda que estes modelos tenham nomes e autores diferentes, os seus elementos base são muito semelhantes. Estes são modelos nos quais existe colaboração e compreensão das duas partes, mas nos quais o médico mantém um papel ativo na tomada de decisão, ou seja, o paciente ainda não é totalmente autónomo e o profissional não aguarda pelo seu consentimento (Szasz & Hollender, 1956, cit. por Kaba & Sooriakumaran, 2007); Emanuel & Emanuel, 1992).

Os respondentes ao questionário consideram que os médicos com que interagiram em contexto de consulta se preocupavam com as suas necessidades, emoções e que toda a informação relacionada com a patologia estava clara, e os profissionais estudavam e adaptavam os tratamentos do paciente ao modo de vida e valores do mesmo, mas mantinham uma posição ativa na decisão.

Na época atual, durante a pandemia, as respostas obtidas enquadram-se nos elementos da era 4.0 do marketing não só pela opção de teleconsultas, mas pela capacidade das instituições se adaptarem às necessidades dos pacientes (Kotler *et al*, 2017).

A interação médico-paciente mantém-se muito idêntica à época pré-pandemia, notando, contudo, um aumento no incentivo ao paciente em colocar as suas questões no momento da consulta, e na expressão das suas emoções e pensamentos acerca do seu estado de saúde. Observamos que nesta etapa se adotou uma abordagem com um maior foco nos valores e opiniões do público, e confirmamos a adaptação à natureza mutável dos caminhos do consumidor que define a era 4.0, através da adaptação à nova realidade em contexto de consulta e da preocupação dos médicos em garantir que os pacientes saem da consulta esclarecidos (Kotler *et al*, 2017).

Ainda que só se verifique o aumento em dois pares de questões, estes têm valor pois dizem-nos que o médico dá ao paciente a liberdade de se expressar e questionar quaisquer dúvidas, o que permite uma decisão de tratamento muito mais rápida e adequada ao modo de vida e futuro do paciente (Szasz & Hollender, 1956; Emanuel & Emanuel, 1992; Vilariño, 2021).

Em suma, a evolução do papel do paciente em contexto de consulta e dos vários modelos de comunicação adotados pelos profissionais, é notória. De um modo generalizado, os respondentes do questionário consideram ter espaço para deliberar as decisões em conjunto com o médico, o que nos leva a crer que o Modelo em vigor é o Deliberativo (Emanuel & Emanuel, 1999). Neste modelo, o paciente é autónomo e o médico espera obter o consentimento do mesmo antes de prescrever o tratamento.

Em relação às medidas preventivas em vigor, a maioria das respostas obtidas ditam que as medidas de triagem à entrada das instituições são adequadas, e a relação estabelecida com o médico e o tempo de consulta foi positiva ($p=0.718$).

O facto do valor p ser significativo e da mediana ser igual não é de estranhar, e é explicável pelo facto de os valores à esquerda e à direita da mediana diferirem entre os grupos, apesar da mediana se manter. Daí dizermos que a distribuição daquela variável difere significativamente entre os grupos.

3. Conclusões do Estudo

Este estudo propôs-se determinar qual o modelo de comunicação que predomina na relação médico-paciente após um ano e meio de uma vida em pandemia. Para isso, realizamos uma revisão da literatura de forma a compreender qual a importância da comunicação aplicada à área da saúde, o que possibilitou a descoberta dos elementos base da interação em contexto de consulta, e como os papéis do médico e do paciente têm evoluído paralelamente às eras do marketing.

Para responder a estas questões, demos início à revisão da literatura e estabelecemos quais os pontos-chave a mencionar e estudar. Estes conduziram-nos a um estudo da comunicação em saúde, que incluiu as suas vantagens e as consequências da sua falta. De seguida, dedicamo-nos à compreensão da evolução da relação entre médico e paciente, e analisamos os modelos de comunicação criados por diferentes autores e de que forma estes contribuíram para a evolução

do papel do médico e do paciente, como dois indivíduos autónomos e que colaboram em contexto de consulta, com a finalidade de decidir qual o melhor tratamento para a patologia e modo de vida do doente.

Através da revisão da literatura, foi possível construir um questionário direcionado aos pacientes que já frequentaram consultas durante a pandemia. As questões incluídas foram determinadas com base nos elementos dos vários modelos de comunicação estudados, de Szasz e Hollender (1956) e de Emanuel e Emanuel (1992), e as respostas organizadas na escala de Likert de 1(não) a 5(sempre) com a finalidade de compreendermos quais os elementos mais utilizados e assim, determinarmos quais os modelos de comunicação em vigor.

Após a análise dos dados e a comparação das respostas com os modelos de comunicação estudados, concluímos que a maioria dos médicos têm o cuidado de estudar o histórico clínico do paciente que vão receber, e que durante a consulta existe preocupação com o conforto do paciente e com as questões que o mesmo tem a expor.

A intervenção do paciente é encorajada e este deve ter um papel ativo, no entanto, observamos que houve um aumento de preocupação com este elemento após o surgimento da pandemia COVID-19. Os médicos incentivam mais o paciente a colocar questões e a expressar as suas emoções e pensamentos, na época durante a pandemia do que na época pré-pandemia.

Em suma, antes de Março de 2020, observamos que prevalecia o Modelo de Participação-Mútua, de Szasz e Hollender (1956), e o Modelo Interpretativo de Emanuel e Emanuel (1992), que são muito semelhantes. Já atualmente, o Modelo de Comunicação entre médico-paciente que predomina é o Modelo Deliberativo de Emanuel e Emanuel (1992).

4. Limitações do estudo

Em termos de limitações ao estudo, é importante identificar o reduzido número de estudos realizados na área da comunicação em saúde, nomeadamente em Portugal. A dificuldade em encontrar informação clara e recente foi imensa, o que nos leva a sentir uma grande preocupação com o aspeto biopsicossocial dos pacientes que passam diariamente pelas várias instituições de saúde portuguesas. Numa etapa em que Portugal já passou por cinco confinamentos e o número de consultas, pacientes internados e óbitos é superior aos últimos

anos, deveríamos ter o cuidado de questionar aos pacientes qual o seu nível de satisfação com os técnicos, médicos e o momento da consulta, em todas as instituições de saúde.

Referências Bibliográficas

Antunes, R., & Correia, T. (2009). Sociologia da Saúde em Portugal Contextos, temas e protagonistas. *Sociologia – Problemas E Práticas*, (61), pp. 101-125. https://sociologiapp.iscte-iul.pt/fichaartigo.jsp?pkid=10145

Aoun, A., Al Hayek, S., & El Jabbour, F. (2018). The need for a new model of the physician–patient relationship: a challenge for modern medical practice. *Family Medicine & Primary Care Review*, *20*(4), pp. 379-384. https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.79351

Católica-Lisbon Behavioral Insights Unit (2021). *Estudo da Sociedade Portuguesa- Um ano depois: O impacto da pandemia COVID 19 na vida dos Portugueses (Março 2021)*. Observatório da Sociedade Portuguesa. https://www.clsbe.lisboa.ucp.pt/relatorio-osp-covid-um-ano-depois-marco-2-21

Catoiu, I., Geangu, I., & Gârdan, D. (2013). Applying Marketing Principles in the Field of Medical Services an Ethical Challenge? *Procedia Economics And Finance*, *6*, pp. 449-456. https://doi.org/doi:10.1016/S2212-5671(13)00162-7

Cheng, B., Bridges, S., KY Yiu, C., & McGrath, C. (2015). A review of communication models and frameworks in a healthcare context. *Dental Update*, *42*(2), pp. 185-190. https://doi.org/10.12968/denu.2015.42.2.185

Cramm, J., & Nieboer, A. (2016). Is "disease management" the answer to our problems? No! Population health management and (disease) prevention require "management of overall well-being". *BMC Health Services Research*, *16*(500). https://doi.org/10.1186/s12913-016-1765-z

den Boer, J., P. Nieboer, A., & M. Cramm, J. (2017). A cross-sectional study investigating patient-centred care, co-creation of care, well-being and job satisfaction among nurses. *Journal Of Nursing Management*, *25*(7), 577-584. https://doi.org/10.1111/jonm.12496

Desideri, I., Francolini, G., Ciccone, L., Stocchi, G., Salvestrini, V., & Aquilano, M., Greto, D., Bonomo, P., Meattini, I., Scotti, V., Scoccianti, S., Simontacchi, G. & Livi, L. (2020). Impact of COVID-19 on patient–doctor interaction in a complex radiation therapy facility. *Supportive Care In Cancer*, *29*(6), 2931-2937. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05793-3

Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992). *Four models of the physician-patient relationship*. *JAMA, 267*(16), 2221-6. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038.

Fong Ha & J. Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J.; 10(1),* 38-43. PMID: 21603354; PMCID: PMC3096184. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/

Garcia, S. (Org.) (2019). *Marketing para cursos superiores*. Edgard Blücher Ltda.

Gao, B., & Dong, J. (2020). Does the Impact of COVID-19 Improve the Doctor-Patient Relationship in China? *The American Journal Of The Medical Sciences*, *360*(3), pp. 305-306. https://doi.org/10.1016/j.amjms.2020.05.039

Ghosh, A., Sharma, K., & Choudhury, S. (2020). COVID-19 and physician–patient relationship: potential effects of 'masking', 'distancing' and 'others'. *Family Practice, 38*(2), pp 192-193. https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa092

Grilo, A., Rita, J., Carolino, E., Gomes, A. & Santos, M. (2017). Centração no paciente: Contributo para o estudo de adaptação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, 6(1), 171-185. https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148

Gong, J., Onaivi, E., Ishiguro, H., Liu, Q., Tagliaferro, P., Brusco, A., & Uhl, G. (2006). Cannabinoid CB2 receptors: Immunohistochemical localization in rat brain. *Brain Research*, *1071*(1), 10-23. https://doi.org/10.1016/j.brainres.2005.11.035

Kaba, R. & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery (5),* 57-65. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005

Kartajaya, H., Kotler, P., & Setiawan, I. (2012). *Marketing 3.0* (5th ed.). Elsevier

Kotler, P., & Armstrong, G. (2010). *Principles of Marketing* (13th ed.). Pearson Education, Inc.

Kotler, P., & Keller, K. (2006). *Administração de marketing* (12th ed.). Pearson.

Kotler, P., Kartajaya, H. and Setiawan, I. (2017). *Marketing 4.0*. Rio de Janeiro: Sextante.

Kotler, P., Kartajaya, H., & Setiawan, I. (2021). *Marketing 5.0 - Tecnologia Para a Humanidade*. Actual Editora.

Krupat, E., Rosenkranz, S., Yeager, C., Barnard, K., Putnam, S., & Inui, T. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient Education And Counseling*, *39*(1), 49-59. https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00090-7

Kuipers, S., Cramm, J., & Nieboer, A. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Services Research*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-018-3818-y

Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching And Learning Communication Skills In Medicine* (2nd ed.). CRC Press.

Mallman, I. (2018). O papel do indivíduo para o desenvolvimento da sociedade. *Saber Humano*, 117-128. https://doi.org/10.18815/sh.2018v0n0.285

Marconi, M. A., & Lakatos, E. V. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. Editora Atlas.

Martins, J. (2019). Da sociologia da socialização à sociologia da individuação: Contributos para uma sociologia do tempo dos indivíduos. *Sociologia On Line*, *20*, 61-80. https://doi.org/10.30553/sociologiaonline.2019.20.3

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, *51*(7), 1087-1110. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Mendes, F. (2011). A Sociologia da Saúde na Enfermagem: Um território conquistado e contestado. *Sociologia On Line*, *3*, 31-40. https://revista.aps.pt/pt/a-sociologia-da-saude-na-enfermagem-um-territorio-conquistado-e-contestado/

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (2021, 16 dezembro). *A pandemia Covid-19, o confinamento e os impactos no dia-a-dia*. https://www.iscsp.ulisboa.pt/pt/noticias/institucional/a-pandemia-covid-19-o-confinamento-e-os-impactos-no-dia-a-dia

Nwoga, H., Ajuba, M. & Ezeoke, U. (2020). Effect of COVID-19 on doctor-patient relationship. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, *7*(12), 4690-4696. http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20205136

Ordem dos Psicólogos (2020, 1 de novembro) *Fadiga da Pandemia*. https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/3120

Organização Internacional do Trabalho. (2020). *Portugal: Uma análise rápida do impacto da COVID-19 na economia e no mercado de trabalho*. Organização Internacional do Trabalho. https://www.ilo.org/lisbon/publicações/WCMS_754606/lang--pt/index.htm

Pereira, C. (2013). *Comunicação e Marketing em Saúde: O caso Giga*. [Relatório de Estágio de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. http://hdl.handle.net/10400.14/14691

Rossi, A., Marconi, M., Taccini, F., Verusio, C., & Mannarini, S. (2021). From Fear to Hopelessness: The Buffering Effect of Patient-Centered Communication in a Sample of Oncological Patients during COVID-19. *Behavioral Sciences*, *11*(6), 87. https://doi.org/10.3390/bs11060087

Teixeira, J. (2004), Comunicação em saúde: relação Técnicos de Saúde – Utentes, *Revista Análise Psicológica*, *Vol. 22*, nº3, pp. 615-620. ISSN 0870-8231. http://hdl.handle.net/10400.12/229

Vilariño, T.F. (2021). Nuevas necesidades comunicativas del paciente y su relación con el coaching para pacientes. *Revista De Comunicación Y Salud*, *11*, 77-102. https://doi.org/10.35669/rcys.2021.11.e274