

SOFIA MARIANA MOREIRA DA MOTA ANDRADE

**Comunicação Centrada no Doente Crónico:
Validação do *Health Care Communication Questionnaire* para a
População Portuguesa**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PORTO, 2014

SOFIA MARIANA MOREIRA DA MOTA ANDRADE

**Comunicação Centrada no Doente Crónico:
Validação do *Health Care Communication Questionnaire* para a
População Portuguesa**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PORTO, 2014

Comunicação Centrada no Doente Crónico:
Validação do *Health Care Communication Questionnaire* para a
População Portuguesa

Sofia Mariana Andrade

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, orientada pela Professora Doutora Isabel Silva, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

RESUMO

Os processos de informação e comunicação em saúde apresentam uma importância crítica e estratégica, pois podem influenciar significativamente a qualidade dos serviços/cuidados prestados.

São diversos os estudos que a literatura nos apresenta que provam que os problemas na comunicação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os utentes são extremamente comuns e que aqueles afectam negativamente a gestão da doença e a adesão ao tratamento comprometendo, assim a eficácia dos planos de tratamento e a sua satisfação com os cuidados.

Neste sentido os instrumentos de avaliação apresentam-se com um elemento chave para podermos caracterizar a situação em Portugal e assim podermos investir, nas áreas em défice, planeando eventuais formações dirigidas às reais necessidades da nossa sociedade, o que seria benéfico não só para os utentes dos serviços de saúde mas também, para todos os profissionais de saúde e as próprias instituições de saúde.

O presente estudo tem como objectivo contribuir para a adaptação cultural e linguística do *Health Care Communication Questionnaire* (HCCQ) testando a sua validade, fidelidade e sensibilidade.

Participaram 107 indivíduos, com uma ou mais doenças crónicas, com idades compreendidas entre os 19 e 86 anos. Estes indivíduos no final das suas consultas eram encaminhados para à sala dos investigadores onde lhes era, lida a declaração de consentimento livre e informado e caso aceitassem participar, era-lhes solicitado que respondessem a um questionário sócio-demográfico e ao HCCQ.

Verificou-se a existência de uma boa consistência interna (α total = 0,89), existindo dois domínios que apresentam valores de consistência interna superiores aos encontrados pelos autores do instrumento. Tal como no estudo de Gremigni et al. (2008), encontramos a existência de 4 factores. Os resultados demonstram ainda que os participantes se encontram na sua maioria satisfeitos com a comunicação que estabelecem com os profissionais de saúde que os atendem.

O HCCQ é um instrumento que para além de apresentar boas qualidades psicométricas se mostrou de fácil uso com os utentes dos nossos serviços de saúde.

Palavras – Chave: Comunicação, Doentes crónicos, HCCQ, qualidades psicométricas

ABSTRACT

Information processes and communication in health present a critical and strategic importance , as they can significantly influence the quality of service / care .

There are several studies that the literature shows us that prove that the problems in the communication established between health professionals and users are extremely common and those that negatively affect disease management and treatment adherence committing , so the effectiveness of the plans treatment and satisfaction with care .

In this sense the assessment instruments are presented with a key to be able to characterize the situation in Portugal and so we can invest in the deficit areas , planning any training courses the real needs of our society , which would be beneficial not only for users health services but also for all health professionals and health institutions themselves .

The present study aims to contribute to the linguistic Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) testing its validity , fidelity and sensitivity and cultural adaptation .

107 individuals participated , with one or more chronic diseases , aged between 19 and 86 years. These individuals at the end of their queries were directed to the room where the researchers was to them , read the declaration of free and informed consent and agreed to participate in the event , was requested them to answer a socio-demographic questionnaire and HCCQ .

We verified the existence of a good (total $\alpha = 0.89$) internal consistency, with two areas that have values greater internal consistency to those found by the authors of the instrument. As in the study Gremigni et al. (2008) found the existence of four factors. The results also demonstrate that the participants are in their most satisfied with their communication to healthcare professionals that serve them.

The HCCQ is an instrument which apart from providing good psychometric qualities proved easy to use with the users of our health services .

Keywords -: Communication , chronically sick , HCCQ , psychometric qualities

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

HCCQ – *Health Care Communication Questionnaire*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

CCM – *Chronic Care Model*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

CCD – Comunicação Centrada no Doente

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

CCU – Comunicação Centrada no Utente

CFC - *Consideration of Future Consequences scale*

ARS - Administração Regional de Saúde

ÍNDICE GERAL

Introdução	1
Método:	
- Critérios de inclusão/exclusão de artigos	3
- Base de dados	4
- Procedimento de organização do material	5
Capítulo I – A comunicação profissional de saúde-utente: Comunicação centrada no utente	7
Capítulo II – Abordagem comunicacional ao doente crónico: orientações para uma comunicação eficaz e aumento da adesão e aplicações da tecnológicas	16
Capítulo III – Porque avaliar a comunicação em saúde e como o fazer: Importância dos instrumentos de avaliação da comunicação.	27
Capítulo IV – Formação dos profissionais de saúde em comunicação: Sua importância e revisão de programas curriculares.	32
Capítulo V– Estudo Empírico	
6.1 Pertinência do tema	38
6.2 Definição de objectivos e variáveis do estudo	38
6.3 Método	
6.3.1. Participantes	40
6.3.2. Material	41
6.3.3. Procedimento	43

6.4. Resultados	
6.4.1 Validade do HCCQ	46
6.4.2. Fidelidade do HCCQ	49
6.4.3 Sensibilidade do HCCQ	50
6.4.4. Percepção que os utentes têm da existência de uma comunicação centrada no doente, designadamente, nos domínios avaliados pelo HCCQ	51
6.5. Discussão	52
Conclusão	55
Referências	57

Anexos

Anexo A – Tabelas de resumos dos artigos analisados

Anexo B – HCCQ

Anexo C – Declaração de consentimento Informado da Universidade Fernando Pessoa

Anexo D – Declaração de consentimento Informado, Esclarecido e Livre da Direcção-Geral da Saúde

Anexo E – Parecer da comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo F – Parecer da comissão de Ética do Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa

Anexo G – Parecer da comissão de Ética da ARS- Norte

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Funções e domínios da comunicação centrada no utente	12
Quadro 2 – P-R-A-C-T-I-C-A-L	21
Quadro 3 – Domínios avaliados	28
Quadro 4 – Descrição das variáveis em estudo	38
Quadro 5 – Distribuição da amostra conforme variáveis de caracterização: sexo, escolaridade, estado civil e doença crónica	41
Quadro 6 – Caracterização do instrumento HCCQ	42
Quadro 7 – Cotação de itens	43
Quadro 8 – Análise 4 factores com rotação oblíqua	47
Quadro 9 – Correlação das escalas e itens do HCCQ corrigidas para sobreposição	48
Quadro 10 – Comparação de valores de <i>Alpha de Chronbach</i>	49
Quadro 11 – Valores de assimetria, curtose, média, mediana e desvio-padrão	50
Quadro 12 – Diferenças entre sexos	50
Quadro 13 – Diferenças entre idades	51
Quadro 14 – Valores mínimos, máximos, médias, medianas e desvios-padrões no HCCQ	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Critérios de selecção dos artigos para a revisão sistemática

5

Introdução

Samovar, Porter e Stefani (1998) consideram difícil fornecer um conceito único de comunicação contudo, eles definiram-na da seguinte forma: a comunicação é um processo dinâmico, não é uma actividade estática, as palavras e seus significados são mutáveis com o tempo e dependem da interacção com o outro; a comunicação é sistémica, pois ela não ocorre sozinha, descontextualizada; e finalmente, a comunicação é simbólica, pois as nossas palavras e actos são símbolos criativos, por meio dos quais exteriorizamos os nossos desejos, pensamentos e experiências.

A comunicação assume particular importância no domínio das doenças crónicas, isto é, das doenças que não têm cura ou que têm uma duração prolongada no tempo.

Tal como podemos ver no estudo de Pais-Ribeiro et al. (2006) as doenças crónicas podem ser caracterizadas da seguinte forma: a) todas as doenças de longa duração; b) que tendem a prolongar-se por toda a vida do doente; c) que provocam invalidez em graus variados; d) devido a causas não reversíveis; e) que exigem formas particulares de reeducação; f) que obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas; g) que normalmente exigem aprendizagem de um novo estilo de vida; h) que necessitam de controlo periódico, de observação e tratamento regular.

No presente estudo focamos a comunicação nos contextos de saúde.

Segundo Teixeira (2004, p.615) a comunicação em saúde é o “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 contribui para os diferentes aspectos da doença, sua prevenção, promoção da saúde e é relevante nos mais distintos contextos, como por exemplo, na educação, na construção de mensagens e campanhas da saúde pública, nas relações entre profissionais de saúde-utentes (Buss, 2000).

Na consulta entre profissional de saúde-utente, o instrumento mais utilizado é, sem dúvida, a comunicação, pelo que não deveremos descurar o seu valor e importância. A comunicação funcional e eficaz entre o médico-utente é essencial, uma vez que desse processo se vai retirar a informação necessária e relevante para a formulação de um diagnóstico, prescrição de tratamento e elaboração de um plano de intervenção biopsicossocial (Vital, 1999).

Em última instância, a comunicação influenciará os comportamentos de adesão às recomendações de saúde, por exemplo, tomar os medicamentos, fazer os exames prescritos desenvolvimento de cuidados na doença crónica de forma autónoma por parte

do doente e adesão a comportamentos preventivos relevantes para redução de riscos para a saúde (Teixeira, 2004).

O presente estudo tem como objectivo geral contribuir para a adaptação cultural e linguística do *Health Care Communication Questionnaire* (HCCQ) testando a sua validade, fidelidade e sensibilidade

Posto isto, na primeira parte desta tese apresenta-se um conjunto de revisões da literatura que tiveram como principais objectivos tentar compreender o que é a comunicação centrada no utente, sua importância e vantagens de utilização, fornecer linhas orientadoras para a sua implementação na prática profissional e os resultados que dela advêm especialmente, quando utilizada com os doentes crónicos.

Este trabalho encontra-se dividido em V capítulos. Os IV primeiros capítulos compõem a parte teórica, e em cada um deles são apresentados os estudos que neles foram analisados, de entre o total de estudos que compõem esta revisão da literatura, e feita uma pequena introdução que apresenta o objectivo específico de cada capítulo

O último capítulo diz respeito ao estudo empírico onde demonstramos os procedimentos estatísticos a que recorreremos com o intuito de atingir os objectivos pró nós formulados e fazemos também uma discussão crítica dos resultados obtidos.

Por fim, apresentamos algumas reflexões finais, em que tentamos realizar uma sumariação das ideias principais deste estudo, das suas limitações e sugerimos algumas orientações práticas para estudos futuros.

Pretende-se com esta investigação sensibilizar os profissionais de saúde e as instituições de formação desses mesmos profissionais e futuros profissionais a adoptar uma prática de ensino e trabalho que integre a utilização de uma comunicação centrada no utente e compreendam a sua importância, contribuindo assim para melhorias permanentes no atendimento aos doentes crónicos.

Método

Procedimento

Com o objectivo de nos apropriarmos do conhecimento actual existente acerca do processo comunicacional entre profissional de saúde-utente e a relação que este tem na forma como os utentes crónicos percebem a qualidade dos cuidados de saúde, bem como a importância de uma comunicação centrada no doente, realizamos uma revisão sistemática da literatura. Segundo Fortin (2000), uma revisão sistemática da literatura consiste em efectuar uma análise crítica de um conjunto de publicações pertinentes para o domínio da investigação. Desta forma, será possível integrar as informações explícitas num conjunto de estudos já realizados, identificando os seus conteúdos comuns e divergentes, reflectindo sobre os mesmos.

Crítérios de inclusão/exclusão dos artigos

De forma a serem incluídos no estudo os artigos devem: a) ser proveniente de revistas científicas e os termos comunicação em saúde (*health communication*) ou comunicação centrada no doente (*patient-centered communication*) ou interação médico-doente (*doctor-patient interaction*) e doente/doença crónica (*chronic diseases/condition/illness*) devem aparecer no título, resumo ou nas palavras-chave dos artigos; b) examinar o papel de uma comunicação centrada no doente, designadamente no que considera os domínios de resolução de problemas, respeito, ausência de hostilidade e proximidade não verbal uma vez que, são estes os 4 domínios focados no instrumento que decidimos adaptar para a cultura e língua portuguesa; c) examinar a comunicação em saúde com doentes crónicos;

Foram excluídos artigos: a) referentes a animais; b) que não apresentavam livre acesso ao texto completo; c) que não se encontravam redigidos em Português, Espanhol ou Inglês; d) produções provenientes de dissertações de mestrado e doutoramento, resenhas, comentários de artigos e editoriais; e) estudos que não apresentam na amostra ou no estudo doentes crónicos/doença crónica; f) Artigos sem os termos “*health communication*”, “*patient-centered communication*”, “*doctor-patient interaction*” ou “*chronic diseases*” assim como, os equivalentes em português e espanhol, no título, no resumo ou nas palavras-chave e g) Artigos que apresentam os termos “*health communication*”, “*patient-centered communication*”, “*doctor-patient interaction*” ou “*chronic diseases*” assim como, os equivalentes em português e espanhol, no título, no resumo ou nas palavras-chave mas não tinham como objectivo investigar o papel da comunicação.

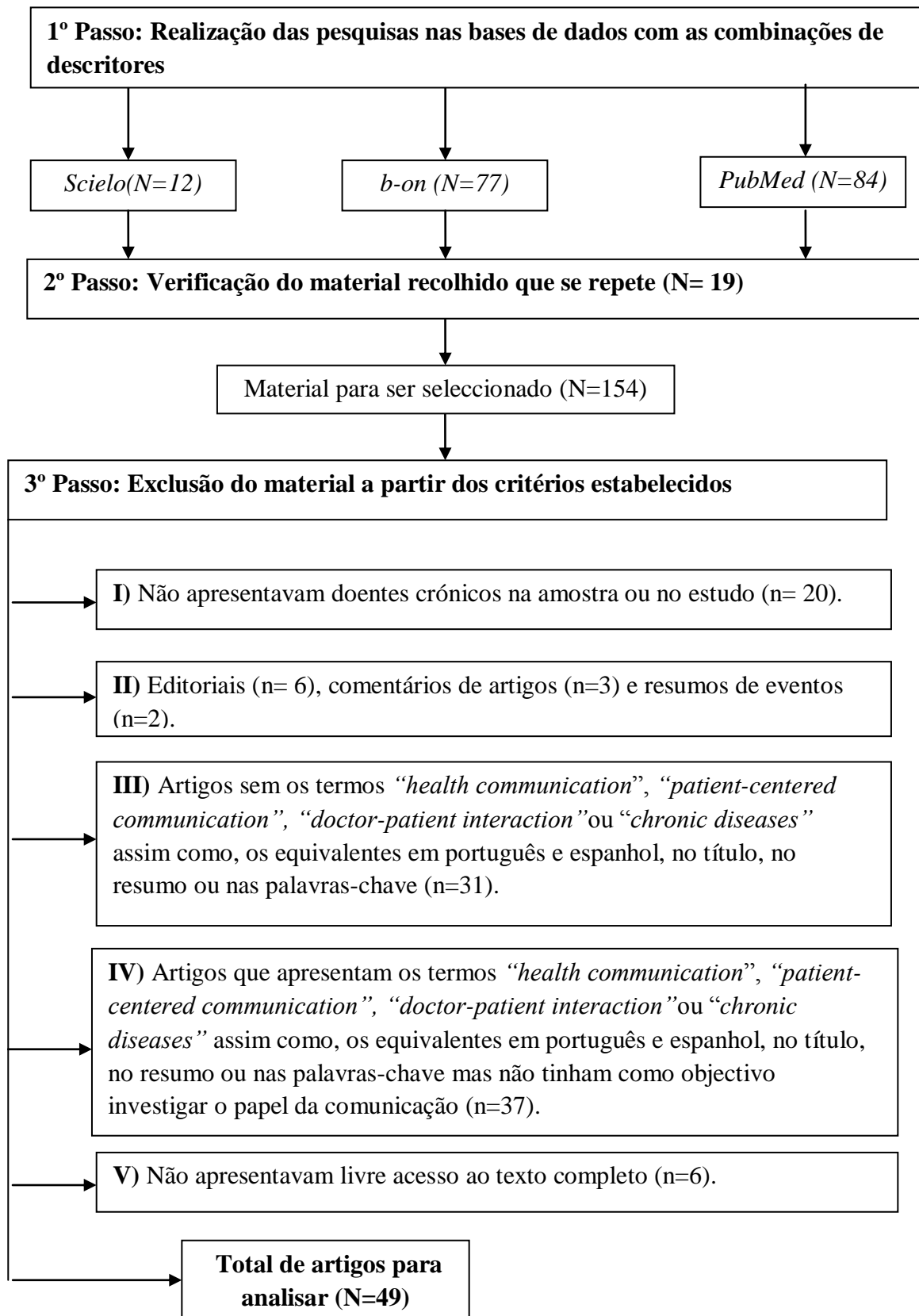
Base de dados

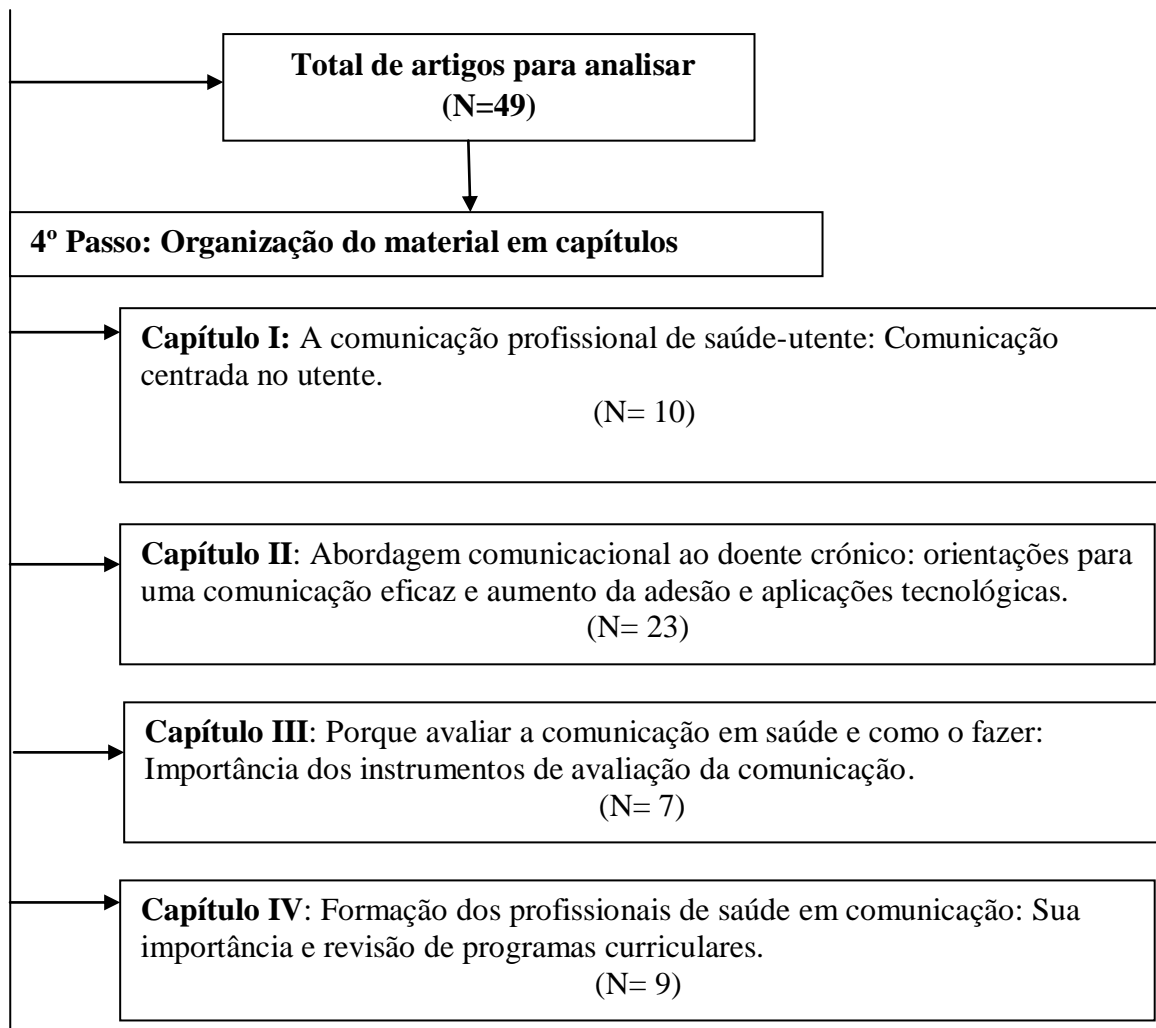
As pesquisas foram realizadas nas bases de dados *SciELO*, *b-on* e *PubMed* e os descritores utilizados foram: *health communication*, *chronic illness/diseases/condition*, *health care satisfaction*, *patient-centered communication*, *nonverbal immediacy/proximity*, *hostility*, *respect* e *problem solving*, assim como os descritores equivalentes em português. Em cada base de dados foram feitas as seguintes combinações de descritores: “*health communication and chronic illness/diseases/condition*”, “*patient-centered communication and chronic illness/diseases/condition*”, “*health care satisfaction and chronic condition*”, “*patient-centered communication and nonverbal immediacy/proximity/lack of hostility/ respect/ problem solving*”.

Procedimento de organização do material

A Figura 1 ilustra os procedimentos realizados para a selecção do material.

Figura 1. Critérios de selecção dos artigos para a revisão sistemática





CAPÍTULO I

A literacia em saúde pode ser definida como, o conjunto de habilidades e competências, que os indivíduos desenvolvem de forma a procurar, compreender, avaliar e utilizar a informação na área da saúde e os conceitos adjacentes à mesma, para tomar decisões informadas, reduzir os riscos na saúde e aumentar a sua qualidade de vida (Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2005). Ainda que seja identificada como um constructo multidimensional, a maioria dos estudos debruça-se no estudo da literacia sobre a perspectiva do indivíduo descurando uma perspectiva mais a nível social e das próprias características da cultura motivo pelo qual, Shaw et al. (2012), nos seus estudos, deram enfoque ao papel da cultura e do suporte social na construção de uma literacia em saúde e características na gestão da doença. Segundo Shaw et al. (2012) as dificuldades comunicacionais que os profissionais de saúde apresentam na interacção com os seus doentes, dificultam ainda mais a tarefa de se aumentar a literacia pois, os profissionais de saúde demonstram ter dificuldade em incorporar nas suas explicações biomédicas, acerca da condição dos seus utentes, as crenças e características das culturas dos mesmos, o que resulta numa deficiente compreensão da doença por parte do indivíduo, o que por sua vez, se traduzirá numa fraca adesão ao tratamento, pois muitas vezes, os planos de tratamento propostos pelos profissionais não são adequados ao meio social em que o utente se encontra inserido.

Torna-se então pertinente abordar a importância de os profissionais de saúde na sua prática profissional adoptarem uma postura de prestação de cuidados centrados no utente ou seja, os cuidados que prestam devem ser sensíveis às preferências individuais do utente, às suas necessidades e perspectivas, de forma a assegurar que os valores do utente orientam as decisões clínicas (McCormack et al., 2011).

Assim torna-se imprescindível a aquisição de boas habilidades comunicacionais que, de forma muito sucinta, iram permitir reduzir o risco de erros médicos, assegurar melhores resultados clínicos pois, potencia a adesão ao tratamento, e ainda estimular a satisfação dos utentes (Lang, 2012).

Este capítulo I tem como objectivos definir o conceito de comunicação centrada no utente, demonstrando a sua importância tanto na perspectiva dos utentes como na perspectiva dos próprios profissionais de saúde, e explorar as competências que lhe estão associadas. Para tal partiu-se da análise dos artigos, que se encontra resumidos, em tabelas em anexo, que foram complementados com outras referências.

Capítulo I – A comunicação profissional de saúde-utente: Comunicação centrada no utente

A literacia em saúde foi identificada como um factor de grande importância e potencialidade para uma melhor gestão da doença o que resultaria numa maior segurança do doente pois, vejamos que uma pobre literacia em saúde e baixas competências a nível dos racionais numéricos (por exemplo, para a gestão dos valores na diabetes) estão associados a um pobre conhecimento acerca da sua condição clínica, comportamentos desadequados para o estado clínico e maus resultados clínicos (Rothman et al., 2009; Shaw et al., 2012).

Esta educação para a saúde, que resultará num aumento da própria literacia, deve não só, mas também, ocorrer durante a interacção entre profissional de saúde-utente, sendo que o profissional de saúde pode recorrer à utilização de algumas estratégias, para o ajudar nesta tarefa, como por exemplo, a utilização de cores para codificar a informação transmitida ao doente, a visualização de vídeos, imagens, construção de esquemas, utilização de tecnologias de informação (TIC's), uma comunicação centrada no doente que o envolva no debate acerca da sua saúde, pedir ao utente que explique a informação que lhe foi transmitida (“*teach-back*”) e ensinar ao utente estratégias de automonitorização (Rothman et al., 2009; Slatore, 2013). Para além destas estratégias, no estudo de Shaw et al. (2012) podemos encontrar instrumentos que nos permitem avaliar a literacia em saúde dos utentes, como por exemplo: S-TOFHLA (*short form of The Functional Health Literacy in Adults*); TOFHLA (*Test Of Functional Health Literacy in Adults*); REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*); e SAHLSA (*Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults*).

Quando no parágrafo anterior identificávamos algumas estratégias para aumentar a literacia em saúde, referiu-se a comunicação centrada no utente, que será agora caracterizada ao longo do capítulo.

Nos últimos anos temos vindo a assistir a um enorme desenvolvimento da tecnologia aplicada à Medicina, que tem permitido que crianças e adultos com doenças crónicas recebam os tratamentos necessários à gestão da sua condição. Todavia passou a verificar-se uma dependência desses sofisticados programas de tratamento que trazem obstáculos à adaptação psicológica do doente o que pode colocar em causa uma adesão eficaz ao tratamento. Porém estes obstáculos podem ser contornados utilizando todo um conjunto de habilidades comunicacionais (Oliveira, & Gomes, 2004).

Estas habilidades comunicacionais devem estar em sintonia com as necessidades actuais dos utentes dos serviços de saúde e estes, procuram cada vez mais cuidados de saúde personalizados leia-se cuidados centrados nos utentes, o que exige que os profissionais de saúde possuam as competências/habilidades para serem sensíveis às preferências e perspectivas dos seus utentes, incluindo estes nos processos de tomada de decisões (Bayliss, Edwards, Steiner, & Main, 2008; Butalid, Verhaak, Boeije, & Bensing, 2012; Joos, Hickam, & Borders, 1993; Rothman, Yin, Mulvaney, Patrick, Homer, & Lannon, 2009). É então necessário que o profissional de saúde e os seus utentes, construam uma relação que permita abertura para o aconselhamento, fundada em boas habilidades comunicacionais, deixando assim para trás, o tempo em que as consultas eram centradas no profissional de saúde, ou seja, era este quem mais falava, sem convidar o utente para o diálogo, passando agora para consultas centradas nos utentes (Bechtel & Ness, 2010; Butalid et al., 2012; McCormack, et al., 2011; Price, 2004;).

Apesar de existir um consenso geral acerca da importância de se prestar cuidados centrados no utente, parece existir pouca concordância sobre qual a definição exacta deste conceito. Contudo este conceito apresenta-se como passível de ser ensinado e aprendido e não um mero conceito difuso (Mead & Bower, 2002).

McCormack et al. (2011) definem cuidados centrados no utente como, uma prestação de cuidados que tem em conta a perspectiva do paciente, que o compreende o no seu contexto psicossocial, que o envolve o nos seus tratamentos e tomadas de decisão que devem ser baseadas nas melhores evidências clínicas e concordantes com os desejos, valores do utente e ainda passível de ser praticada pelo mesmo.

Stewart, Brown, McWilliam e Freeman (2006) propuseram uma definição composta por múltiplos componentes de relevo, que vão de encontro às acima identificados: a) explorar tanto a doença enquanto categoria definida pelo modelo médico como também explorar a experiência pessoal e subjectiva do indivíduo que se sente doente (os seus pensamentos, sentimentos, expectativas e comportamentos); b) compreender a totalidade do indivíduo: na sua individualidade e na sua família; c) procurar pontos em comum com o indivíduo; d) associar prevenção e promoção da saúde; e) promover a relação profissional de saúde-utente e f) ser realista acerca das limitações e recursos do indivíduo.

De entre todas as competências associadas a uma prestação de cuidados centrados no utente, a comunicação centrada no utente tem vindo a ser reconhecida como um

elemento fulcral para a prestação de cuidados de saúde eficazes e que afectam positivamente a satisfação do utente, a adesão e os resultados clínicos (Bechtel & Ness, 2010; Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008; Lang, 2012; McCormack et al., 2011; Mead & Bower, 2002; Oliveira & Gomes, 2004; Slatore, Cecere, Reinke, Ganzini, Udris, Moss, Bryson, Curtis & Au, 2013; Swedlund, Schumacher, Young & Cox, 2012; Price, 2004; Stewart, 2001; Wanzer, Booth-Butterfield & Gruber, 2009).

Stewart (2001) definiu comunicação centrada no utente como, um conjunto de comportamentos comunicativos que podem melhorar a qualidade do relacionamento entre profissional de saúde-utente.

A utilização de uma comunicação centrada no utente é importante pelos aspectos positivos que traz não só para o utente mas também para os profissionais de saúde e para as próprias instituições.

A utilização de uma comunicação eficaz e qualificada, é capaz de levar à transformação do contexto da doença, permitindo que o doente que se encontra debilitado e apavorado, partilhe e transmita informações que podem ser essenciais para o sucesso do seu tratamento assim como, fique disponível para escutar a opinião de outros, entre os quais os profissionais de saúde, resultando num alívio de tensão e no encontro de alguém disponível para auxiliar uma redefinição de objectivos de vida (Oliveira & Gomes, 2004).

Assim, sob a perspectiva do utente, a utilização de uma comunicação centrada neste irá influenciar positivamente a sua satisfação e utentes mais satisfeitos tendem a cumprir mais rigorosamente os tratamentos e recomendações médicas, (Beach et al., 2006; Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer, & Greitemann, 2009; Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, & Behrens, 2009; Helitzer et al., 2011; Joos, Hickman, & Borders, 1993; Lang, 2012; Lorenz & Chilingirian, 2011; Mast, 2007; Mjaaland & Finset, 2009; Swedlund, Schumacher, Young & Cox, 2012), irá permitir que as suas expectativas sejam mais ajustadas à realidade (Mjaaland & Finset, 2009), leva a uma mais eficaz adesão ao tratamento (Dibbelt et al., 2009; Helitzer et al., 2011; Garcia, Budó, Oliveira, Beuter, & Girardon-Perlini, 2012; Hahn, 2009; Lorenz & Chilingirian, 2011; Slatore et al., 2013; Weel-Baumgarten, 2008), permite a redução da sua ansiedade, alívio da dor (Dibbelt et al., 2009) e tudo isto se tornará visível na obtenção de resultados clínicos mais positivos (Lang, 2012; Swedlund et al., 2012)

Dentro das vantagens que a utilização de uma comunicação centrada no utente, acarreta para os profissionais de saúde podemos encontrar, a redução do *burnout*

(Fallowfield & Jenkins, 2004; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, Hernández & Benadero, 2008), os profissionais de saúde conseguem conduzir de forma mais equilibrada a consulta o que lhes permite assim rentabilizar o tempo de consulta pois, utilizam as habilidades e competências do utente tanto para a formulação do problema como da solução (Larsen & Putnam, 1997), evitam erros de diagnóstico (Fallowfield & Jenkins, 2004; Garcia et al., 2012; Lang, 2012), vêm reduzida a sua ansiedade perante a situação de abordar questões mais delicadas (Dibbelt et al., 2009), recolher a informação necessária sem aumentar o tempo de consulta, evitar erros (Weel-Baumgarten, 2008)

Por último as instituições de saúde também têm vantagens em que os seus profissionais adoptem uma comunicação centrada nos seus utentes pois, verã reduzidas as reclamações, terão utentes mais satisfeitos e ainda podem ver reduzidos alguns dos seus custos pois, se os utentes seguirem mais rigorosamente as prescrições e recomendações médicas evitaram tantas idas a consultas e internamentos (Betchel & Ness, 2010).

Analisada a importância e vantagens da utilização de uma comunicação centrada no utente, falta-nos agora debruçar acerca dos diferentes componentes que a compõem e portanto das competências que se devem desenvolver.

Wanzer et al.(2009) no seu estudo caracterizaram alguns comportamentos que compõem uma comunicação centrada no utente: a) Apresentações: a ida à consulta médica pode causar um grande aumento do nível de ansiedade dos utentes e da sua família pois, o diagnóstico, a possibilidade de dor, as questões financeiras estas incertas. Por isto, os profissionais de saúde procederem logo às apresentações, ajudará a reduzir de ambiguidade e incertezas; b) Clareza: comunicar de forma clara e directa de forma a evitar ambiguidades; c)Instantaneidade: associar comportamentos como, sorriso, contacto visual, distâncias curtas de forma a reduzir a distância física e psicológica; d) Escuta activa: escutar atentamente os utentes ajudará o profissional de saúde a evitar erros e aumentará a satisfação do utente com os cuidados recebidos e e) Humor: ajuda a “desanuviar” o ambiente, reduzindo a incerteza e ansiedade do utente potenciando uma relação mais forte entre ambas as partes intervenientes.

Partindo do estudo original de Epstein & Street (2007) os autores McCormack et al. (2011) desenvolveram um estudo com vista o desenvolvimento de domínios e subdomínios que caracterizam as 6 funções da comunicação centrada no utente, que ainda que desenvolvidas no âmbito dos cuidados prestados ao doente com cancro, são

funções amplas e flexíveis que facilmente se adequam aos mais diversos contextos de saúde. Posto isto, as 6 funções e domínios e subdomínios respectivos, da comunicação centrada no utente são:

Quadro 1

Funções e domínios da comunicação centrada no utente

Troca de informação:	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar o que o utente já sabe, as suas crenças, preferências e quantidade de informação que quer receber; - Partilhar informação, fornecendo ao utente orientações sobre onde e como pode encontrar informação relevante; - Facilitar a compreensão, assimilação, utilização e recordação da informação;
Promover relações de cuidados funcionais e responsabilidades:	<ul style="list-style-type: none"> - Debater e clarificar regras e responsabilidades; - Honestidade, abertura e transparência; - Confiança nas competências técnicas do profissional e no seu conhecimento; - Expressar empatia e compromisso;
Reconhecer e responder às emoções:	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar, explorar e expressar emoções; - Avaliar o nível de ansiedade, stress e depressão; - Validar as emoções; - Expressar empatia, simpatia e confiança; - Oferecer ajuda concreta para ajudar a lidar com as emoções;
Gestão da incerteza:	<ul style="list-style-type: none"> - Construção e definição da incerteza; - Avaliar e compreender a incerteza (cognição); - Estratégias focadas na gestão das emoções (afectivo); - Estratégias focadas na resolução de problemas (Comportamental);
Tomada de decisões:	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar a necessidade de se tomar decisões apoiando e explicando o processo; - Preparação e deliberação das decisões tomadas;

- Desenvolver e implementar um plano de acção;
- Avaliar e reflectir acerca das escolhas;

Auto-gestão do utente:

- Aprender a avaliar;
- Partilhar e aconselhar;
- Definir prioridades e planeá-las;
- Preparar, implementar e auxiliar;
- *Follow up*;

Por sua vez, Gremigni et al.(2008), após analisarem os conteúdos resultantes de dois *focus group*, em que participaram funcionários de um hospital com o objectivo de identificarem os factores que os impossibilita uma prestação de serviços com qualidade, e utentes dessa mesma instituição, cuja perspectiva era o principal ponto de interesse dos autores, caracterizaram 4 domínios, imergentes da análise anterior, que segundo os autores, compoñham a comunicação centrada no utente: a)Resolução de problemas; b) Respeito; c) Ausência de hostilidade; e d) Proximidade não-verbal.

A resolução de problemas surge muitas vezes associada a estratégias focadas nas soluções (Weel-Baumgarten, 2008) e, na literatura publicada no domínio da enfermagem é muitas vezes associada a modelos de cuidados e comunicação centrada nos utentes (Coleman & Newton, 2005; Gremigni et al., 2008; Taylor, 2000).

A resolução de problemas, originária dos modelos cognitivo-comportamentais, tem como objectivo ensinar aos utentes estratégias para resolver problemas práticos do seu dia-a-dia, demonstrando que estes podem controlar os seus problemas, levando ao aumento da confiança destes. Nesta tarefa o profissional de saúde orienta o utente no processo mas de facto cabe ao utente encontrar as soluções e resolver o problema (Weel-Baumgarten, 2008).

A dimensão do respeito, inclui transmitir informação e expressar consideração positiva, aceitação e validação os utentes enquanto pessoas, envolvendo estes nos processos de toma de decisão (Gremigni et al., 2008; Beach, Roter, Wang, Duggan & Cooper, 2006).

Respeitar o utente e a sua dignidade durante todo o processo está relacionado de forma positiva com os níveis de satisfação do utente, os resultados sugerem ainda que este respeito deve estar explícito na forma como o profissional de saúde comunica com o utente (Wong, Leung, Cheung, Yam, Yeoh & Griffiths, 2011). No estudo realizado por Beach et al. (2006) podemos encontrar algumas associações que os utentes fazem

entre os níveis de respeito expressos pelo profissional e os seus comportamentos comunicacionais, como por exemplo: partilha e transmissão de informação; interesse em conhecer o utente; e elevados níveis de interacção com o utente. Por outro lado, e ainda neste mesmo estudo, os resultados demonstram que os utentes consideram falta de respeito quando os profissionais de saúde são verbalmente mais dominantes ao longo da consulta.

A hostilidade, no estudo de Gremigni et al. (2008) refere-se a uma atitude de rejeição. Quanto mais o profissional de saúde rejeitar as emoções e as informações referentes à forma como o utente vive a sua doença mais o utente tem dificuldade em acreditar nas competências do profissional, principalmente em casos cujo utente sofre de dor crónica (Kenny, 2004).

Por último a dimensão da proximidade não verbal. O comportamento não verbal é parte integrante desta dimensão e é ainda uma parte fundamental na comunicação cara-a-cara, desempenhando um importante papel na interacção profissional de saúde-utente (Mast, 2007; Gremigni et al., 2008; Okken, Rompay & Pruyn, 2012; Roter, Frankel, Hall & Sluyter, 2006).

Para o utente, transmitir ao seu profissional de saúde informações pessoais, pode revelar-se uma tarefa desconfortável, deixa-lo envergonhado, e por isso é algo que o utente tenta evitar. Contudo criando uma correcta atmosfera no consultório, e o profissional de saúde adoptando comportamentos não verbais adequados, são elementos que poderão facilitar a partilha de informação entre ambas as partes (Okken et al., 2012).

Bensing, Kerssens e Pasch (1995) no seu estudo demonstram que o contacto visual é um comportamento não-verbal crucial para deixar o paciente à vontade para falar das suas emoções, preocupações e outros factores psicossociais que possam influenciar a saúde do mesmo. Nos *focus group* conduzidos no âmbito do estudo de Gremigni et al. (2008), o contacto ocular e o sorriso foram os dois elementos considerados mais relevantes e os indicadores mais importantes de uma relação emocional positiva e facilitadora à comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes.

Em forma de conclusão é ainda importante ressaltar que para se construir uma relação com qualidade entre profissional de saúde-utente, e uma comunicação eficaz, centrada no utente não devemos esquecer que tanto o profissional de saúde como o utente são especialistas: o profissional de saúde é especialista nos meios técnicos e cognitivos que lhe são ensinados durante a sua formação e por sua vez, o utente, é

especialista na sua história e na forma como experiência a doença, na sua personalidade, estilo de vida, valores e expectativas (Roter et al., 2006).

Em suma, neste capítulo focamo-nos em definir a importância da literacia em saúde e em aclarar e explanar as características de uma comunicação centrada no doente, dando enfoque aos domínios e subdomínios que a compõem.

Relativamente à literacia em saúde, diferentes estudos têm vindo a enfatizar a necessidade de se investir em estratégias de promoção e formação da população em saúde, de forma a aumentar a sua literacia pois, ainda que o conhecimento por si só não leve à adopção de comportamentos saudáveis ou à obtenção de melhores resultados clínicos, este desempenha também, um papel importante na prevenção, detecção e gestão das doenças crónicas, ajudando conjuntamente o combate às doenças crónicas, (Kim, Moran, Wilkin & Ball-Rokeach, 2011) como acima referido.

É ainda necessário enfatizar a importância crítica que a literacia em saúde tem para a correcta gestão e toma da medicação prescrita aos doentes pois, quando estes e/ou cuidadores recebem alta hospitalar, passam a ser responsáveis pela implementação das instruções médicas para a toma da medicação e ainda pela execução de medidas de automonitorização dos seus sintomas, responsabilidades estas que para os indivíduos com baixa literacia se apresentam como bastantes difíceis, colocando em risco a sua segurança (Rothman et al., 2009; Shaw et al., 2012).

Um outro aspecto importante a reter é que a comunicação não deve realmente ser descurada pois, faz parte do quotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, sendo um instrumento fundamental, no cuidado ao paciente, atendimento à família e nas relações entre os diferentes profissionais de saúde, pelo que a habilidade de comunicar é importante em todo o processo interactivo, permitindo aos indivíduos aumentar os seus conhecimentos, satisfazer as suas necessidades e ainda transmitir sentimentos e pensamentos, esclarecer e conhecer o que os outros pensam e sentem. Assim, as habilidades comunicacionais apresentam-se como fundamentais para prestar cuidados de saúde com qualidade (Pereira, Fortes & Mendes, 2013).

CAPÍTULO II

Nos últimos anos tem-se vindo a verificar, que os diferentes países demonstram um enorme esforço em preencher as falhas existentes na qualidade dos serviços prestados para a prevenção das doenças crónicas nas crianças e nos adultos, uma vez que se verifica que estas faixas etárias apenas recebem aproximadamente metade das medidas aconselhadas para a prevenção destas (Rothman et al., 2009; Shaw, Armin, Torres, Orzech, & Vivian, 2012).

Para além desta problemática das reduzidas medidas de prevenção, verifica-se também que existe um pobre conhecimento acerca da sua condição crónica por parte do doente e/ou dos cuidadores de crianças e adolescentes com doença crónica, o que representa um factor de risco para a sua segurança e ainda um obstáculo a uma adesão eficaz ao tratamento (Allegretti, Borkan, Reia & Griffiths, 2010; Hahn, 2009; Johnston, Irving, Mill, Kowan, & Liddy, 2012; Martin-Moreno, Apfel, Sanchez, Galea, & Jakab, 2011; Monzó & Medina, 2010; Rothman et al., 2009; Shaw et al., 2012;).

Estudos revelam que 55% dos doentes com diabetes apresentam uma baixa literacia. Destes 55% dos doentes diabéticos, 50% não conhecem ou reconhecem os sintomas da hiperglicémia, 62% não sabe como tratá-la e 42% não sabe qual o valor normal de glicose no sangue, ainda que 73% dos doentes afirmem já ter participado em sessões de educação acerca da diabetes (Rothman et al., 2009).

Os indivíduos com doença crónica enfrentam complexos desafios e problemas como ter de alterar estilos de vida, seguir planos de tratamento bastante rigorosos e intrincados, ter de aprender a auto-monitorizar a sua condição e ainda decidir quando devem procurar ajuda médica e/ou suporte familiar ou então lidar autonomamente com o problema, de facto viver e gerir uma doença crónica exige do paciente um elevado nível de conhecimento, competências e confiança (Hibbard, 2004).

A adesão é definida por Oliveira e Gomes (2004) como uma cooperação activa entre o paciente e o profissional de saúde, que tem como objectivo alcançar o sucesso terapêutico. Por sua vez Hahn (2009) acrescenta ainda que a adesão, é o alcance de um equilíbrio entre a percepção do utente sobre a necessidade de seguir um tratamento e as suas preocupações e obstáculos em o fazer.

A não adesão ao tratamento, que muitas vezes é mascarada pelo próprio utente por temer que o profissional de saúde o critique (Hahn, 2004) pode colocar em risco a vida do paciente e ainda acarreta custos elevados para as instituições e saúde (Hahn, 2009; Hibbard, 2004; Oliveira & Gomes, 2004; Swedlund et al., 2011).

Assim, de forma a ultrapassarmos os obstáculos à adesão ao tratamento, deve-se fomentar um espírito de colaboração entre o profissional de saúde e o utente o que pode ser alcançado através da utilização de estratégias de comunicação centradas no utente (Hahn, 2009; Hibbard, 2004; Oliveira & Gomes, 2004; Swedlund et al., 2011).

Na parte II deste trabalho são sistematizadas e caracterizadas as abordagens e técnicas que têm como objectivo permitir ao profissional de saúde fazer um correcto diagnóstico, traçar um plano de tratamento adequado para cada um dos seus utentes, criar uma relação terapêutica forte e positiva, o que se irá reflectir numa maior taxa de adesão aos tratamentos e ainda num aumento da satisfação pelos cuidados em ambas as partes. E ainda neste capítulo, tendo em conta que vivemos numa época em cada vez mais a tecnologia ganha forma e força, serão apresentadas algumas aplicações tecnológicas que surgiram na área da comunicação em saúde que podem ser utilizadas com o objectivo de ajudar os doentes crónicos a gerir a sua condição.

Para tal partiu-se da análise dos artigos resumidos que se encontram em anexo, que foram complementados com outras referências.

Capítulo II - Abordagem comunicacional ao doente crónico: orientações para uma comunicação eficaz e aumento da adesão

Diferentes estudos demonstram que o tipo de comunicação que se estabelece entre os doentes crónicos e/ou seus cuidadores e os profissionais de saúde, e a forma como a informação é transmitida de parte a parte, desempenha um papel significativo na adesão ou não adesão ao tratamento (Allegretti, Borkan, Reis, & Griffiths, 2010; Dibbelt, et al., 2009; Garcia, Budó, Oliveira, Beuter & Girardon-Perlini, 2012; Hahn, 2009; Helitzer, et al., 2011; Joos, et al., 1993; Kenny, 2004; Larsen, et al., 1997; Lorenz & Chilingerian, 2011; Mishra, Hansen, Sabroe & Kafle, 2006; Monzó & Medina, 2010; Slatore, et al., 2013; Swedlund, et al., 2012; White & Maloney, 1990; Oliveira & Gomes, 2004; Zhao, Villagran, Kreps, & McHorney., 2011).

Tendo em conta que o doente crónico precisa de cuidados mantidos ao longo do tempo e de, muitas vezes, reorganizar a sua vida e dinâmica familiar de forma a gerir eficazmente a sua doença, é importante construir uma relação de interacção mútua entre o utente, a família, os profissionais de saúde e os serviços de saúde que pode ser alcançada através de uma abordagem comunicacional eficaz, logo desde o primeiro contacto com os cuidados de saúde primários (Garcia et al., 2012; Houle, et al., 2012; Lang, 2012; Lorenz & Chilingerian, 2011; Pontes, Leitão & Ramos, 2008).

No estudo desenvolvido por Garcia et al. (2012), podemos verificar que os doentes crónicos e seus cuidadores percebem a existência de grandes lacunas quanto às orientações disponibilizadas pelos profissionais de saúde no que respeita aos cuidados a ter após a alta hospitalar, sendo que frequentemente se sentem desamparados, carentes de informação e orientação para dar continuidade ao tratamento, o que poderá resultar em não adesão ao mesmo. É, então, importante ajudar o utente e seus cuidadores a desenvolver todo um conjunto de habilidades e muni-los de recursos que os ajudem a gerir a condição crónica no seu dia-a-dia, após alta hospitalar (Bayliss, Edwards, Steiner & Main, 2008; Garcia et al., 2012; Houle et al., 2012; Roblin, 2011).

Essas lacunas podem ser explicadas pelo pobre formação dos profissionais de saúde em comunicação sendo que, diferentes estudos enfatizam a necessidade destes profissionais receberem um treino orientado para a aprendizagem, e desenvolvimento de habilidades/competências específicas na área da comunicação já que grande parte destes profissionais e futuros, não teve ou não tem orientação neste campo durante a sua formação académica (Aspegren, 1999; Borges, Freitas, & Gurgel, 2012; Dubé, LaMonica, Boyle, Fuller & Burkholder, 2003; Ellman & Fortin, 2012; Levetown, 2008; Liénard, et al., 2010; Pereira, Fortes, & Mendes, 2013; Supe, 2011; Wtoszczak-Szubska & Jarosz, 2013).

De forma a ajudar os profissionais de saúde a comunicar eficazmente com os seus utentes, têm vindo a ser desenvolvidos diferentes modelos e estratégias, sendo que neste capítulo serão abordados alguns que se destacaram nos estudos analisados.

Diferentes estudos, têm vindo a referir o “*Chronic Care Model*” (CCM) como a abordagem ideal para uma gestão da doença crónica eficaz, uma vez que foca esta de forma proactiva, planeada, coordenada e centra no utente (Aragones e al., 2008; Green, et al., 2008; Houle et al., 2012; Johnston, Irving, Mill, Rowan, & Liddy, 2012; Roblin, 2011; Tsai, Morton, Mangione, & Keeler, 2005;). E ainda os resultados do estudo de Tsai et al. (2005), mostram que as intervenções que incluem pelo menos 1 dos componentes do CCM, se traduzem em melhores cuidados, melhores resultados clínicos e numa mais forte adesão ao tratamento.

No CCM são identificados 6 elementos essenciais para a prestação de cuidados ao doente crónico de alta qualidade, são eles: 1) Transmitir o plano de tratamento (regras para a gestão da doença; agendamento de consultas; etc); 2) Suporte à auto-gestão da doença (educação do utente; activação do suporte psicossocial; auto-avaliação da gestão; informar acerca de recursos e ferramentas disponíveis para a gestão; etc.); 3)

Apoio à decisão (informar acerca das regras da instituição; apoiar nos processos de toma de decisão; disponibilizar informação: etc); 4) Informação clínica (dar *feedback* acerca dos resultados obtidos; etc); 5) Informar acerca de recursos na comunidade e 6) Organizações de cuidados de saúde (Disponibilizar informação acerca de grupos em que o utente possa participar de forma activa e construtiva) (Aragones et al., 2008; Bodenheimer et al., 2002; Tsai et al., 2005; Wagner et al., 2001).

Estes 6 elementos identificados no CCM vão de encontro aos resultados do estudo de Joos et al. (1993) que dividem os desejos dos doentes crónicos em 4 categorias: 1) Obter informação e tratamento biomédico (ex: ajuda a compreender o seu problema; dizer-lhe o que pode ou não esperar da evolução da doença; partilhar com o profissional as suas emoções); 2) Discutir com o profissional de saúde as hipóteses de tratamento e as dificuldades em segui-lo; 3) Obter assistência psicossocial (ex: partilhar com o profissional de que forma a doença afecta a sua vida familiar); e 4) Obter informação acerca da medicação.

Descrito o modelo que mais se destacou nos estudos analisados, foquemo-nos agora em algumas estratégias.

Começamos pela apresentação de algumas estratégias gerais que demonstram ter um impacto positivo principalmente com a população mais idosa.

Com utentes idosos e com múltiplas-comorbilidades é importante proporcionar-lhes formas de fácil acesso aos profissionais de saúde quer seja pessoalmente ou por telefone, transmitir de forma simples e clara o plano de tratamento acordado, dar continuidade aos cuidados (exemplo, ligar ao utente a recordar a data de uma consulta) e por último demonstrar-lhes que estão a ser escutados e compreendidos (Bayliss et al., 2008).

Lorenz & Chilingirian (2011) propõem no seu estudo um método a que chamam *Photovoice*, que dizem ajudar os profissionais de saúde a construir um relação terapêutica forte e positiva, e que permitem ainda ao profissional de saúde alcançar uma comunicação eficaz que envolve o doente crónico e o seu sistema de apoio (família, cuidador, amigos). Utilizando o *photovoice* o profissional de saúde, utilizando uma ferramenta visual, envolve o seu utente e suporte social na procura de: (a) obstáculos/desafios que encontram no quotidiano devido à doença do utente; (b) pontos fortes; (c) objectivos; (d) estratégias; e (e) criação de um sistema de avaliação do processo. O método do *photovoice* que consiste em 8 passos sendo que na consulta individual o profissional pode utilizar apenas os 3 primeiros: 1) Explicar em que

consiste este método e encorajar/envolver o utente na tarefa de se tornar “fotógrafo” da sua vida, esclarecendo alguns limites éticos; 2) O utente deverá trazer para a consulta pelo menos duas fotografias/imagens, uma com um aspecto positivo e outra com um aspecto negativo da sua vida e criar uma narrativa com estas; 3) Debater com o utente o que ele sentiu a fazer a actividade e reflectir acerca dos pontos fortes, fraquezas, objectivos ou expectativas que as imagens representam na sua vida. Pedir ao utente que traga para o espaço clínico imagens da sua vida, do seu meio, pode ajudar a esclarecer algumas falhadas do plano terapêutico proposto.

Por sua vez, Lang (2012) descreve a estratégia que designa de *Comfort Talk* que oferece exemplos de técnicas específicas de comunicação que os profissionais de saúde podem implementar imediatamente na sua prática profissional. As técnicas que compõem o *Comfort Talk* são as seguintes: (a) Estabelecer afinidade, empatia com o utente de forma instantânea logo nos primeiros segundos/ minutos procurando enfatizar algo que sentem que têm em comum; (b) Interpretar o contacto visual, tendo cuidado pois, algumas pessoas sentem-se desconfortáveis e insultadas com um contacto ocular directo e constante. Assim, deve-se respeitar o espaço íntimo da pessoa, sabendo interpretar o olhar da outra pessoa; (c) Compreender sugestões negativas, ou seja, evitar fazer previsões e promessas que não sabe se vai conseguir cumprir. Por exemplo evitar dizer “ não vai doer muito”, pois, ainda que o profissional o diga com boa intenção se doer vai ter um efeito contraditório ao desejado, assim o profissional deve optar por ir dizendo o que vai acontecer “ vou começar por colocar no seu braço um elástico” deixando que seja o utente a definir como foi a experiência; e (d) Utilização de guiões. Esta técnica revela-se útil em situações em que o utente vai ser exposto a um exame doloroso (ex: biopsias) ou a um exame que requeira que o utente fique extremamente quieto por um período longo, e como a escolha de palavras se revela crucial, em vez de o profissional memorizar um texto ou ter de criar um na altura poderá utilizar um guião de relaxamento para ajudar a aliviar a dor e stress do utente.

Prestados todos os melhores cuidados, os profissionais de saúde, continuam a precisar de assegurar que o utente vai aderir ao tratamento. De forma a alcançarem tal objectivo os profissionais de saúde poderão utilizar a técnica “ask-tell-ask”. Esta estratégia baseia-se no princípio que ensinar/educar, requer saber o que o “aluno” já sabe sobre o tema, e ensina/construir conhecimento partindo desse mesmo conhecimento (Black, Arnold, Baile, Tulsy & Fryer-Edwards, 2009; Hahn, 2009; Stevenson, Cox, Britten, & Dundar, 2004).

Na prática a estratégia concretiza-se da seguinte forma:

1) *Ask*: O profissional de saúde poderá começar por perguntar por exemplo, “O que o traz hoje aqui?” ou “ Para ter a certeza que estamos em sintonia, podia começar por me dizer, o que já sabe e compreendeu acerca da sua doença?”. Desta forma o profissional de saúde tem acesso ao que o paciente já sabe, o seu estado emocional e as suas preocupações;

2) *Tell*: O profissional de saúde devera transmitir a informação que achar conveniente, assim como as propostas de tratamento. A informação deverá ser dada por partes para que o paciente tenha tempo de assimilar;

3) *Ask*: O profissional de saúde deverá perguntar ao utente se compreendeu a informação que lhe transmitiu, por exemplo “ Para ter a certeza que fiz um bom trabalho a explicar-lhe todas as questões, poderá explicar-me nas suas palavras, o que compreendeu?” (Black et al., 2009).

A estratégia do *ask-tell-ask*, funciona como um processo interactivo, que pode ajudar a ser eficiente na transmissão da informação, a motivar o utente a compreender a sua doença e o seu regime de tratamento, aumentando assim a probabilidade de aderir ao mesmo (Black et al., 2009; Hahn, 2009; Stevenson et al., 2004).

Uma outra abordagem semelhante a esta, foi proposta por Larsen et al. (1997) que descrevem um modelo, cuja mnemónica, P-R-A-C-T-I-C-A-L, ajuda o profissional de saúde a recordar os 9 passos desta abordagem. Este modelo utiliza uma sucessão cronológica de estratégias a utilizar durante a consulta que permitem equilibrar a “voz” do profissional de saúde e dos seus conhecimentos clínicos com a “voz” do utente e os seus conhecimentos acerca do seu quotidiano.

Quadro 2

P-R-A-C-T-I-C-A-L

P *Prior to consultation – The patient’s story*

(Ouvir a história do utente)

R *Relationship*

(Relação terapêutica)

A *Anxietie, ideas, concern and expectations*

(Ansiedades, ideias, preocupações, expectativas)

C *Common language/ summarize/ Check of health belief*

(adequar a linguagem ao utente/sumariar/ verificar as crenças do utente)

-
- T *Translating/ Verbal or physical examination*
(traduzir os termos do senso comum para termos clínicos/ exame físico/psicológico)
- I *Interaction/ Common understanding/ Doctor's or patient's choice*
(Interacção/ Detalhes do tratamento/ Pesquisa sobre detalhes do tratamento)
- C *Converting insight into action/ Impede/Promote*
(Verificar os obstáculos do quotidiano do utente a seguir o tratamento)
- A *Agreement check/ Safety-netting/ Prolonging*
(Verificar se o utente memorizou e compreendeu os pontos mais importantes do tratamento acordado)
- L *Leave from consultation/ Ready for my next patient?*
(Terminar a consulta/ Preparar a próxima consulta)
-

É ainda importante referir que a forma como a mensagem é enquadrada em relação à perspectiva de tempo e ganhos vs. perdas têm efeitos na promoção da adesão ao tratamento em doentes crónicos (Zhao et al., 2012; Orbell & Kyriakaki, 2008; Rothman, Bartels, Wlaschin & Salovey, 2006).

Neste sentido, e dada a importância que a comunicação tem nas intervenções cujo objectivo é levar ao aumento da adesão, grandes esforços tem vindo a ser desenvolvidos no sentido de se identificarem estratégias que permitam que as mensagens sejam efectivamente motivadoras (Zhao et al., 2012).

No que respeita à perspectiva de tempo, esta é uma questão delicada pois, na maioria dos casos de doença crónica, o utente não tem sintomas imediatos, a doença desenvolve-se de forma silenciosa contudo, com o passar do tempo estas podem levar a sérios problemas de saúde. Sendo este o motivo pelo qual a maioria das mensagens dirigidas a doentes crónicos geralmente, focam resultados a longo prazo em caso tanto de adesão como de não adesão (Zhao et al., 2012). A forma como o doente crónico vai receber a mensagem do profissional de saúde no que respeita à perspectiva de tempo, irá depender da sua perspectiva futura de vida pois, mais facilmente pessoas com projectos de vida a longo prazo serão persuadidos a aderir ao tratamento se a mensagem for transmitida em forma de ganhos a longo prazo e perdas imediatas em caso de não adesão, pelo contrário pessoas que tendem a focar-se mais no presente recebem melhor as mensagens que focam ganhos imediatos e riscos a longo prazo. Todavia na prática quotidiana, os profissionais de saúde tendem a focar os benefícios a longo prazo e a desvalorizar os custos imediatos e por sua vez o utente valoriza os custos imediatos e desvaloriza os benefícios a longo prazo até porque, como já referido a cima a doença

crónica muitas vezes desenvolve-se sem provocar dores imediatas (Orbell & Kyriakaki, 2008; Rothman et al., 2006; Zhao et al., 2012).

Para que o profissional de saúde consiga rapidamente avaliar essa perspectiva de tempo, Strathman, Gleicher, Boninger & Edwards (1994) desenvolveram uma escala composta por 12 itens, *Consideration of Future Consequences scale* (CFC), que permite aceder às prioridades das pessoas no que respeita a preocupações e resultados imediatos vs. futuros.

No que respeita as mensagens redigidas em termos de ganhos vs. perdas, a pesquisa sugere que as mensagens redigidas em termos de ganhos tendem a ser mais eficazes na promoção de comportamentos saudáveis e adesão ao tratamento (Rothman et al., 2006; Zhao et al., 2012). Contudo esta questão não é assim tão simples e os próprios estudos sugerem a necessidade de mais investigação nesta área.

Tal como temos vindo a verificar ao longo deste trabalho, nos últimos anos temos vindo a assistir a uma mudança na relação entre profissional de saúde – utente pois, os médicos deixaram de ser os gestores das doenças crónicas dos seus utentes delegando essa tarefa nos próprios, sendo que para tal, necessitam de proceder a um *follow up* sistemático dos seus utentes, quer pessoalmente, por telefone ou via internet, com o objectivo de verificar e apoiar os utentes a seguir o plano de tratamento previamente acordado (Coleman & Newton, 2005).

Portanto, e uma vez que cada vez mais as pessoas, principalmente a geração mais nova, tem conhece e tem facilidade em utilizar as diferentes tecnologias, parece-nos pertinente apresentar as diferentes aplicações desta na área da saúde que podem ser utilizadas pelos profissionais com o objectivo de ajudarem os seus utentes a gerir a sua condição.

Neste sentido, e como as pessoas com doenças crónicas têm múltiplas necessidades, entre as quais, a necessidade de obter informação acerca da sua doença, as opções de tratamento, suporte social para a tomada de decisões e ajuda para atingir a mudança de comportamentos, os programas interactivos, que combinam informação online sobre saúde, podem ser uma forma de ir ao encontro dessas múltiplas necessidades, ajudando os doentes crónicos a melhorar a sua saúde e o profissional de saúde a formar e a apoiar o utente (Blake, 2008; Greene, Choudhry, Kilabuk & Shrank, 2010; Greene et al., 2008; Martin-Moreno et al., 2011; Massa, Lian, Torres & Prieto, 2010; Murray, Burns, Tai, Lai & Nazareth, 2009; Roblin, 2011).

Assim, vários autores se dispuseram a desenvolver trabalhos cujo objectivo foi integrar a tecnologia nos programas de gestão de doenças crónicas uma vez que, é cada vez mais fácil e barato aceder à internet, aderir a uma rede social (ex: *Facebook*) e enviar mensagens (Martin-Moreno et al., 2011).

O estudo de Greene et al.(2010) revela que uma elevada percentagem da população com doença crónica, principalmente os doentes com diabetes, recorrem ao *Facebook* para encontrar o apoio de que necessitam, partilhar a sua experiência, relatar os seus medos e principais dificuldades, chegando mesmo a partilhar informação que nunca se sentiram à vontade para partilhar com os profissionais de saúde. Os autores enfatizam ainda que o *Facebook* representa uma boa ferramenta para apoiar e educar doentes crónicos embora devam sempre advertir os seus utentes acerca da publicidade enganosa acerca de medicamentos que possam ser publicitados nessas redes sociais.

Velikova, Brown, Smith e Selby (2001) avaliaram no seu estudo, com doentes oncológicos, a possibilidade de se computadorizar as percepções de qualidade de vida de cada utente, para que assim, que o utente chegasse à consulta o profissional fosse não só, capaz de lhes dar um feedback imediato, mas também utilizar essas percepções como “guião” para a comunicação com o utente, integrando-as no seu plano de tratamentos. Verificou-se que no tempo de espera os utentes são capazes de responder ao questionário QLQ (“*Quality of Life Questionnaire*”), assim como aos outros questionários de rotina, e que a sua computadorização não acarreta custos e traz resultados muito positivos em termos da satisfação com os cuidados.

Por sua vez, Miron-Shatz e Ratzan (2011) propõem a criação de um cartão digital (*online* ou móvel) que permita aos doentes crónicos registar os resultados das várias medições de controlo que façam ao longo do dia (por exemplo: níveis de colesterol, açúcar no sangue, massa corporal, tensão, etc), que seja capaz de disponibilizar informação acerca dos resultados registados, da evolução da doença, monitorizar os principais factores de risco, motivando e envolvendo o utente nos processos de tomada de decisões, legitimando estes a controlar a sua própria saúde e facilitando a comunicação entre estes e os profissionais de saúde.

Tendo em conta que o telemóvel é parte integrante do quotidiano de uma grande percentagem da população mundial e que uma grande parte dos profissionais de saúde os utilizam durante a visitas a casa dos seus utentes com o objectivo melhorar a comunicação entre estes e as instituições de saúde, Blake (2008) propõem que o utilizemos como ferramenta de promoção de programas de saúde e de estratégias de

prevenção das doenças crónicas. A utilização do telemóvel revela-se ainda útil no apoio à auto gestão de doenças crónicas como asma, diabetes e cancro (Blake, 2008; Bielli et al., 2004) e ainda funciona como um excelente mediador entre as crianças com doença crónica e os seus pais/profissionais de saúde, melhorando a comunicação entre estes o que resultará em melhores resultados clínicos (Gammon et al., 2005).

Assim, como temos vindo a referir neste ponto, várias são as estratégias que visam a integração da tecnologia nos cuidados prestados ao doente crónico que têm como objectivo apoiar-los na gestão da sua saúde e na adaptação aos planos de tratamento. A utilização destas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC'S) têm vindo a revelar uma grande eficácia tanto na obtenção de resultados clínicos mais positivos como no melhoramento da comunicação entre os doentes-cuidadores/profissionais de saúde, ajudando assim a ultrapassar as dificuldades inerente à monitorização da doença que exigia a utilização de papel e caneta (Bielli et al., 2004; Martin-Moreno).

Agora na parte final deste capítulo, é importante recordar que a adesão é um equilíbrio entre a percepção da necessidade de tomar a medicação e quaisquer preocupações ou problemas com a toma da mesma pelo que, se o profissional de saúde utilizar estratégias de comunicação centrada no utente (ex: *ask-tell-ask*; entrevista motivacional), será capaz de reconhecer a necessidade de o utente obter mais informação e orientações, respondendo prontamente a essa necessidade, disponibilizando assim toda a informação que este necessita para se sentir confiante e seguro a seguir o tratamento (Coleman & Newton, 2005 Hahn, 2009).

Em suma, neste capítulo II propusemo-nos a sintetizar e descrever as abordagens propostas pelos autores aqui analisados, no que se refere a abordagens e técnicas, tecnológicas e não tecnológicas, que os profissionais de saúde podem utilizar como forma de ajudar os seus utentes a auto-gerir as suas doenças e a obter uma maior adesão aos tratamentos o que resultará em resultados clínicos mais positivos para ambas as partes. Contudo, não devemos esquecer que a utilização da tecnologia como suporte à gestão da doença crónica, acarreta custos que muitas vezes poderão não ser suportados por alguns utentes e ainda que poderão ser de difícil utilização por parte das pessoas mais idosas, por outro lado, com as crianças e adolescentes tem demonstrado ser bastante eficaz pois funciona como mediador entre estes e os seus profissionais de saúde.

Devemos portanto ter em conta que a dificuldade em compreender o que o outro diz, e ainda a dificuldade em escutar o outro, está na causa da não adesão aos tratamentos (Shaw et al., 2012; Rothman et al., 2009; Houle et al., 2012; Hahn, 2009) neste sentido existe a necessidade de se desenvolverem habilidades de comunicação para que possamos enfrentar a epidemia global das doenças crónicas.

CAPÍTULO III

A qualidade da interação entre profissional de saúde-utente tem vindo a ser reconhecida como uma componente essencial para a elaboração de um tratamento eficaz e determinante para se deixar o utente satisfeito com os serviços que lhe são prestados (Aragones et al., 2008; Bieber, Müller, Nicolai, Hartmann & Eich, 2010; Britto et al., 2004; Gallagher, Hartung & Gregory, 2001; Gremigni et al., 2008; Jayasinghe et al., 2008; Wong et al., 2011).

Neste sentido torna-se urgente avaliar a interacção entre o profissional de saúde-utente para que seja possível investir conscientemente nas áreas identificadas como pobres e reforçar os pontos fortes.

Assim neste capítulo III são caracterizados e analisados criticamente alguns instrumentos de avaliação, enfatizando a importância da sua utilização, assim como as possíveis aplicações destes nos contextos de saúde.

Para tal partiu-se da análise dos artigos que se encontram resumidos em anexo, e que foram complementados com outras referências.

Capítulo III – Porque avaliar a comunicação em saúde e como o fazer: Importância dos instrumentos de avaliação da comunicação

Uma vez que actualmente já se reconhece a importância da interação entre profissional de saúde-utente e mesmo da interação entre o pessoal não médico e os utentes da instituição de saúde, vários países da Europa têm vindo a preocupar-se em fazer uma avaliação desta pois, para além de ser determinante para a prestação de serviços com qualidade, também se tem mostrado como um elemento chave para a reputação das instituições de saúde (Aletras, Papadopoulos & Niakas, 2006; Chisholm & Askham, 2006; Gremigni et al., 2008).

Contudo, e ainda que bem fundamentada a importância desta interação, continua a verificar-se uma enorme falta de instrumentos que nos permitam avaliá-la e grande parte dos que existem apresentam muitas limitações no seu desenvolvimento e validação e ainda descuram a importância de avaliar as componentes da comunicação não verbal (Bieber et al., 2010; Gallagher et al., 2001; Gremigni et al., 2008).

Os instrumentos de avaliação da comunicação, configuram-se como uma ferramenta importante, pois, por um lado, podem permitir-nos monitorizar os programas de formação na área, e, por outro, é uma forma de o profissional de saúde obter um *feedback* acerca da sua forma de comunicar e, assim, melhorar as áreas que se encontrem mais em défice (Bieber et al., 2010; Gallagher et al., 2001).

Idealmente estes instrumentos devem ser breves para que possam ser utilizados pelos profissionais nas suas consultas de rotina (Bieber et al., 2010).

Poderão ser utilizados instrumentos para avaliar a satisfação com a comunicação nos cuidados de saúde, dirigidos aos utentes e familiares destes e também se podem utilizar instrumentos que permitam avaliar a percepção de competências comunicacionais por parte dos profissionais de saúde.

Na tabela abaixo estão representados os domínios que cada um dos instrumentos sumariados na tabela acima, avaliam.

Quadro 3.

Domínios avaliados

Autor	Instrumento	Domínios
Gremigni, P., Sommaruga, M. & Peltenburg, M.	HCCQ – <i>Health Care Communication Questionnaire</i>	1) Resolução de Problemas; 2) Respeito; 3) Ausência de Hostilidade; 4) Proximidade Não-Verbal;
Gallagher, T., Hartung, P. & Gregory, S.	RCS – O – <i>Relational Communication Scale for Observational measurement</i>	1) Proximidade; 2) Semelhanças/Diferenças; 3) Receptividade/confiança; 4) Compostura/Calma; 5) Formalidade; 6) Dominância;
Wong, E., Leung, M., Cheung, A., Yam, C., Yeoh, E. & Griffiths, S.	PPE – 15 – <i>Patient Experience Questionnaire - 15</i>	1) Comunicação; 2) Ansiedade/Medo; 3) Tomada de decisão; 4) Respeito/Dignidade; 5) Controlo de dor; 6) Informação disponível; 7) <i>Follow up</i> ;
Jayasinghe, U., Proudfoot, J., Holton, C., Davies, G., Amoroso, C., Bubner, T., Beilby, J. &	GPAS – <i>General Practice Assessment Survey</i>	1) Acesso aos cuidados (Acesso; Receptção; Continuidade nos cuidados). 2) Cuidados centrados nos utentes (Comunicação; comportamentos

Harris, M.		interpessoais; conhecimento dos resultados dos utentes).
Britto, M., DeVellis, R., Hornung, R., DeFriese, G., Atherton, H. & Slap, G.	HCPQ – <i>Health Care Preference Questionnaire</i>	1) Respeito/ Confiança; 2) Poder/Controlo; 3) Proximidade;

Autor	Instrumento	Domínios
Aragones, A., Schaefer, E., Stevens, D., Gourevitch, M., Glasgow, R. & Shah, N.	PACIC – <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i>	1) Activação do Paciente; 2) Apoio à tomada de decisão; 3) Definição de metas; 4) Resolução de Problemas; 5) <i>Follow up</i> ;
Bieber, C., Müller, K., Nicolai, J., Hartmann, M. & Eich, W.	QQPPI – <i>Questionnaire on the Quality of Physician-Patient Interaction</i>	1) Qualidade dos cuidados de saúde; 2) Satisfação dos utentes com os cuidados de saúde; 3) Presumível satisfação dos utentes;

Como podemos verificar pela análise da tabela, a dimensão da comunicação, de forma mais explícita ou implícita, encontra-se em todos os instrumentos e ainda todas elas contemplam dimensões de cuidados centrados no utente.

Relativamente aos instrumentos aqui analisados, fazendo uma análise crítica dos mesmos podemos concluir que: o RCS-O é um instrumento que nos permite avaliar não só a prática dos profissionais já formados como também, pode ser utilizada para avaliar o desempenho de estudantes durante a sua formação. Contudo, a utilização deste instrumento implica treino específico para se aprender a utilizar e cotar o que acarreta custos (Gallagher et al., 2001); o HCPQ apresenta boas qualidades psicométricas, pode

ser utilizado pelo profissional de saúde para tomar conhecimento daqueles que são os desejos e expectativas do adolescente e dirigir a sua consulta no sentido de as satisfazer na medida do possível. Porém o instrumento é muito extenso (82 itens) o que leva à exaustão de quem está a responder (Britto et al., 2004); o HCCQ, instrumento seleccionado para utilização neste trabalho, apresenta boas qualidades psicométricas, é de rápida e fácil administração; permite aceder à perspectiva do paciente sobre a sua experiência em 4 domínios e na sua construção teve em conta a opinião tanto dos funcionários do hospital como dos utentes. Porém o instrumento permite apenas aceder a informações gerais e para se obter detalhes mais específicos será necessária a utilização de outros instrumentos; (Gremigni et al., 2008); o PACIC apresenta uma boa fidelidade, boa consistência interna, é de rápida administração e foi construído tendo em conta os domínios do *Chronic Care Model*. Contudo foi construído e testado apenas para a população espanhola (Aragones et al., 2008); o GPAS é de rápida administração e apresenta boas qualidades psicométricas (Jayasinghe et al., 2008); o QQPI apresenta boas qualidades psicométricas, é de rápida administração e permite avaliar tanto a interacção entre profissional de saúde-utente como também a avaliar programas de treino e formações em comunicação. Porém este instrumento foi desenvolvido e testado com os utentes de uma clínica universitária pelo que os resultados obtidos podem não ser representativos da realidade de outros sistemas de saúde (Bieber et al., 2010); e o PPE-15 é de rápida e fácil administração e apresenta boas qualidades psicométricas. Todavia só deve ser utilizado com doentes em internamento (Wong et al., 2011).

Por último, mas não menos importante, no que respeita aos cuidados prestados a doentes crónicos, e uma vez que a intervenção a que estes utentes são sujeitos é bastante complexa, a implementação de um sistema de avaliação da interacção entre profissional de saúde-utente ainda que seja complicada é muito necessária (Aragones et al., 2008). Por exemplo no caso dos adolescentes com doença crónica, o *feedback* que estes dão ao profissional de saúde acerca da comunicação que estes estabelecem com eles dá orientações muito importantes que permitiram ao profissional de saúde ajuda-los a melhor compreender a doença e adaptar-se ao tratamento, pois devemos ter em conta, que os adolescentes ainda que considerem as competências técnicas importantes, encaram os aspectos interpessoais determinantes para o aumento da qualidade dos cuidados que recebem (Britto et al., 2004).

Em suma, a opinião dos utentes dos serviços de saúde, devido à sua natureza subjectiva e multidimensional não pode ser compreendida apenas pela observação

directa (Crow, Gage, Hampson, Hart, Kimber, Storey & Thomas, 2002), assim a avaliação feita pelos utentes, através de instrumentos devidamente preparados para tal, apresenta claras vantagens tanto em termos de custos como em praticabilidade (Sitzia, 1999).

No caso dos doentes crónicos, devemos ter em conta que diferentes doentes crónicos têm diferentes expectativas, necessidades e percepções e portanto, devem receber diferentes tratamentos, cuidados personalizados, para que se consiga alcançar uma forte adesão ao tratamento e satisfação com os cuidados (Jayasinghe et al., 2007). Assim, a avaliação que estes fazem da interacção com os profissionais de saúde pode ajudar o profissional a compreender as áreas em défice e actuar assim de forma mais eficaz.

Em conclusão, são muitas as vantagens em avaliar a qualidade da interacção e em especial da comunicação que se estabelece entre os profissionais e os utentes das instituições que prestam cuidados de saúde, ao fazermos uma avaliação, tornamo-nos capazes de actuar nas áreas em défice, organizando formações que vão de encontro as verdadeiras necessidades, sensibilizando assim, toda a equipa a adoptar na sua vida profissional uma comunicação com qualidade, com eficácia (Gremigni et al., 2008).

CAPÍTULO IV

Nos últimos anos têm vindo a ser efectivados esforços para garantir uma melhor formação, qualificação e treino aos profissionais de saúde. Contudo, continua a verificar-se uma discrepância entre a formação prestada e as necessidades que existem na realidade dos cuidados de saúde, obrigando estes a criar mais iniciativas de formação complementar para os seus profissionais para que estes sejam mais competentes na prestação dos cuidados de saúde (Filho, 2004). Neste sentido verificou-se que a componente da comunicação é essencial para a formação dos profissionais de saúde e que deve ser incluída nos programas curriculares dos seus cursos (Hsiao, Evan, & Zeltzer, 2007).

Na parte IV deste trabalho é evidenciada a lacuna que existe entre a formação prestada e as necessidades que existem na realidade dos cuidados de saúde, sistematizando e caracterizando de seguida algumas técnicas e recursos que podem ser adoptadas durante a formação.

Para tal partiu-se da análise dos artigos resumidos, que se encontram em anexo, que foram complementados com outras referências.

Capítulo IV – Formação dos profissionais de saúde em comunicação: Sua importância e revisão de programas curriculares

Como já anteriormente referido, verifica-se a existência de uma lacuna entre a formação prestada e aqueles que são os desafios com os quais se deparam os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.

Assim, uma das grandes lacunas que se tem vindo a constatar diz respeito à componente de comunicação em saúde que é muitas vezes negligenciada durante a formação e prática dos profissionais (Helitzer, LaNoue, Wilson, Hernandez, Warner, & Roter, 2011; Levetown, 2008; Weel-Baumgarten, 2008), e ainda mais se negligencia o treino dos profissionais de saúde em técnicas e estratégias de comunicação centrada no utente (Weel-Baumgarten, 2008), resultando numa carência de profissionais devidamente preparados para a execução correcta da tarefa, por falta de formação e informação prévia (Bonamigo & Destefani, 2010).

Os próprios profissionais de saúde consideram que a ausência de comunicação nas equipas multidisciplinares, aliada a uma enorme lacuna durante a sua formação profissional, constitui o maior impedimento para uma comunicação eficaz (Borges, Freitas, & Gurgel, 2012). Por exemplo, uma comunicação deficiente nas equipas multidisciplinares acarretam perigos, pois quando os médicos das diferentes

especialidades não comunicam entre si acerca das novas medicações prescritas, o utente pode ficar sujeito a efeitos adversos devido às interações medicamentosas (Altiner et al., 2012). No estudo de Marita e Tarja (1999), os profissionais de saúde avaliam a sua formação em comunicação como sendo deficiente e revelam a necessidade de maior investimento nessa área.

Uma forma de colmatar essa lacuna reside na criação e implementação de programas de treino para o desenvolvimento de competências comunicacionais, um ensino focado no desenvolvimento de habilidades de comunicação centrada no paciente e uma prática orientada dessas mesmas técnicas, sendo ainda importante referir que, a investigação têm vindo a demonstrar que, quando os profissionais de saúde se encontram devidamente preparados, sentem-se mais confiantes, menos ansiosos perante uma situação de comunicação de más notícias e ainda vêm reduzida a possibilidade de *burnout* (Altiner et al., 2012; Helitzer et al., 2011; Kruijver, Kerkstra, Franke, Bensing & van de Wiel, 2000; Makoul, 2001; Monzó & Medina, 2010; Payán, et al., 2009).

Os profissionais de saúde necessitam ainda desta formação em comunicação para que fiquem habilitados a implementar programas de educação eficazes, que os vão permitir explicar aos seus utentes as suas doenças, processo de tratamento, aumentando assim, a adesão destes ao tratamento acordado com o profissional de saúde (Monzó & Medina, 2010) pois, a investigação demonstra que os profissionais de saúde não sentiram que tivessem sido devidamente preparados para a tarefa de comunicar com os seus utentes, principalmente com aqueles que se encontram em situações clínicas mais delicadas (Ellman et al., 2012).

Neste sentido existe a necessidade de pensar a formação dos futuros profissionais de saúde e ainda a formação contínua dos profissionais que já se encontram no exercício das suas funções já que, tradicionalmente, a componente da comunicação entre profissional de saúde utente, tem vindo a ser pensada como uma questão de “vocação” ou “arte” e portanto, ensinada somente de modo assistemático e informal (Carvalho et al., 2010).

Pruitt e Epping-Jordan (2005) no seu estudo referem aqueles que deverão ser os elementos essenciais para a formação dos profissionais de saúde neste século 21 e, entre esses elementos, referem a necessidade de formar profissionais em comunicação centrada nos utentes para que estes sejam capazes de: 1) Passar de uma prestação de cuidados reactivos para cuidados proactivos; 2) Negociar planos de tratamento individualizados com os seus utentes, tendo em conta os seus valores, necessidades e

preferências; 3) Apoiar o esforço dos utentes para a gestão da sua doença; 4) Trabalhar em equipas multidisciplinares; 5) Desenvolver sistemas de informação que permitam através da tecnologia, comunicar entre os diferentes sistemas, trocando assim informação acerca dos seus dos utentes e 6) Envolver os seus pacientes nas tomadas de decisão.

São alguns programas curriculares existentes na área da Medicina que integram módulos ou unidades curriculares onde se abordam os temas da comunicação em saúde.

Por exemplo, Makoul (2001) descreve o método utilizado na *Northwestern University Medical School* E.U.A., para leccionar conteúdos sobre comunicação, que consiste em após serem revistos conceitos chave da comunicação interpessoal, se explorar o mundo da doença e explicarem os objectivos e regras na relação entre profissional de saúde-utente, os estudantes são convidados a analisar o instrumento SEGUE (*checklist* que visa focar tarefas específicas de comunicação, salientado se foram ou não conseguidas durante a formação pelo aluno), trabalhando cada secção durante uma semana (ex: 1ª semana S; 2ª semana E; etc.) e depois no final, são inseridos em contextos reais para poderem colocar em prática o que aprenderam. Para realizarem esta tarefa os alunos são agrupados em grupos 10-12 e participam num seminário, dirigido por um professor, durante uma hora, onde debatem a importância dos componentes da comunicação proposto no SEGUE, sugerindo e testando algumas estratégias para os alcançarem com eficácia. No final deste seminário os alunos organizam-se em grupos de 3-4 elementos e vão colocar em prática o que aprenderam com um paciente simulado, que é diferentes todas as semanas de forma a terem contacto com diferentes pessoas e assim deparar-se com diferentes desafios. No final de cada actividade com o paciente simulado recebem *feedback* tanto do paciente como do professor que supervisiona as actividades.

Na universidade *Duke-NUS* em Singapura o programa curricular também inclui um módulo que tem como objectivo abordar as questões da comunicação. Puvanendran et al. (2012) explicam-nos que na unidade curricular de Medicina Familiar, são abordados três módulos, entre os quais um referente à comunicação centrada no utente, em que é solicitado aos alunos que identifiquem 2 doentes crónicos que se encontrem internados durante o primeiro mês de estágio que irão acompanhar ao longo do mesmo, incluindo no mínimo duas visitas a casa do utente e acompanhamento no hospital caso o utente volte a ser internado. No final deste estágio o aluno deverá elaborar um trabalho, reflectindo acerca do 1) impacto que o contexto quotidiano do utente tem na sua doença;

2) impacto que a doença tem no contexto do utente; e 3) qual a relação e qualidade de interacção ente o utente e os serviços de cuidados de saúde.

No Brasil, a Universidade Estadual de Londrina, há mais de uma década que tem vindo a implementar um novo programa curricular em Medicina em que está incluído o ensino da comunicação. Turini et al. (2008), explicam-nos que, nesta universidade, as habilidades de comunicação são ensinadas do primeiro ao quarto ano e têm como objectivos: capacitar o aluno a praticar a escuta activa, a desenvolver uma atitude empática, a utilizar uma linguagem simples e acessível, treinar a comunicação não verbal, ensinar a desenvolver uma entrevista com início, meio e fim, fornecer aos seus utentes informação sobre o diagnóstico e tratamento, ensinar a lidar com as emoções suas e do utente, assim como, ensinar a lidar com as reacções de ambas as partes e ainda treinar estratégias de comunicação para grupos com limitações. O ensino das habilidades comunicacionais é feito em grupos de 8-10 alunos e um instrutor e desenvolvem actividades como: observação de utentes em sala de espera; observação e análise crítica das consultas médicas; entrevistas com voluntários ou pacientes reais; e observação interpares de atitudes relacionadas com a comunicação. Para além destas actividades são utilizadas outras estratégias de ensino como a visualização de filmes, a participação em mesas redondas e conferências e são convidados alguns pacientes a dar o seu depoimento. A avaliação destes estudantes é feita de duas formas: uma avaliação formativa que acontece em todos os encontros, é individual, e é realizada por meio de uma ficha que pontua o cumprimento de tarefas (ex: entrevista), leituras e apresentações de resumos, relação entre a teoria e prática, pontualidade e assiduidade do aluno; e uma avaliação cognitiva feita através de exame objectivo clínico e estruturado, que através de uma *checklist* avalia as atitudes consideradas fundamentais ao estabelecimento de uma boa relação. Infelizmente desde a implementação deste programa não foi feita nenhuma avaliação da eficácia do mesmo, de forma a averiguar o impacto do mesmo na prática profissional dos estudantes (Turini et al., 2008).

Um último exemplo, mas não menos importante, é o exemplo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Em Portugal, o serviço de Psicologia Médica do Curso de Medicina da Universidade do Porto, reconhecendo a importância da componente comunicacional na prática médica, desde 2001, no âmbito das aulas práticas da disciplina de Psicologia Médica do 2º ano do Mestrado Integrado em Medicina, lecciona as competências de comunicação necessárias à construção da relação médico-doente. Este programa tem como

objectivos: que os alunos compreendam a totalidade do individuo na sua situação específica; e que considerem a importância do vivido, ou seja, a pessoa doente, o sofrimento da doença e o médico que prescreve o tratamento. O ensino da relação médico-doente é baseado no *treino do papel e sua incorporação* e na *tutória do acto médico*. Neste sentido são desenvolvidas sessões práticas de uma hora e meia, semanalmente, em que numa fase inicial os alunos praticam competências relacionais em situação de *role play* e no final é feita uma análise crítica. Nesta fase inicial são abordados temas como por exemplo, a entrevista clínica, a abertura da sessão, a recolha de informação e comunicação não verbal. Numa 2ª etapa cada aluno é convidado a conduzir uma entrevista clínica com um doente real sendo que, esta entrevista será apresentada em aula e sujeita a análise crítica. Nesta fase são dramatizadas em *role play* situações tipificadas como por exemplo, a comunicação de más notícias, comunicar com as famílias e consulta médica com crianças e adolescentes. Estas actividades são avaliadas com auxílio a uma *checklist* sendo que esta avaliação tem como objectivo verificar se o aluno praticou e utilizou as competências e levá-lo a reflectir sobre o processo (Carvalho et al., 2010).

Mast (2007) adverte ainda para a necessidade de nas formações e unidades curriculares, onde se abordam questões inerentes à comunicação, não descurem o ensino das componentes da comunicação não verbal pois, por um lado, os profissionais de saúde devem estar conscientes que os seus utentes também transmitem informação através dos seus comportamentos não verbais que, quando descodificados pelo profissional, funciona como uma mais-valia para ambas as partes, por outro lado formações que abordem essas questões permitirão aos profissionais de saúde, reconhecer, controlar e monitorizar os seus comportamentos não verbais.

Para além desta formação inicial não devemos descurar a importância de uma formação contínua pois, encontramos profissionais actualmente a exercerem funções que se sentem pouco preparados para situações típicas como por exemplo, a comunicação de más notícias (Levetown, 2008).

Ainda que a transmissão de más notícias seja parte integrante do trabalho do profissional de saúde, da sua responsabilidade e uma das tarefas mais difíceis, esta componente é muitas vezes negligenciada durante a formação e prática dos profissionais (Levetown, 2008), resultando numa carência de profissionais devidamente preparados para a execução correcta da tarefa, por falta de formação e informação prévia (Bonamigo & Destefani, 2010). Esta tarefa de transmitir más notícias poderia ser

facilitada se fosse considerada pelos profissionais de saúde como uma técnica inerente à profissão e como tal, requer aprendizagem, desenvolvimento e treino no sentido de se tornar parte integrante da sua actuação profissional (Correia, Fausto, & Violante, 2004).

Em conclusão, não devemos esquecer que os profissionais de saúde podem ser treinados e são capazes de manter na prática clínica os conteúdos que lhes foram transmitidos em comunicação centrada no utente, resultando em ganhos para ambas as partes (Helitzer et al., 2011), pelo que o investimento acaba por compensar em poupanças futuras.

Actualmente já se verifica que nos cursos de Medicina existe uma preocupação em ensinar e formar profissionais em comunicação centrada no utente, domínio esse que está integrado nos programas curriculares de algumas universidades contudo, continua a existir necessidade de se disponibilizarem formações complementares na área da comunicação e de se avaliar a eficácia e influência das mesmas na prática quotidiana dos profissionais de saúde (Andrade, Silva, Jóluskin, Meneses & Pereira, 2013; Weel-Baumgarten, 2008; Makoul, 2001; Gallagher et al., 2001)

A avaliação da eficácia destes programas traria informação muito importante acerca das mudanças que realmente ocorrem nos profissionais de saúde que participam neles, mostrariam o nível de habilidades comunicacionais que adquiriram e ainda qual a relação entre estas competências adquiridas e os resultados clínicos dos utentes (Kruijver et al., 2000).

Profissionais treinados para uma comunicação centrada no utente deixarão mais espaço para o paciente colocar questões, expressar as suas emoções, o que resultará numa mais forte adesão ao tratamento, uma redução da ansiedade de ambas as partes, uma melhor compreensão que contribuirá para um mais correcto diagnóstico, evitando tratamentos desnecessários (Ellman & Fortin, 2012).

CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO

5.1 Pertinência do tema

A comunicação assume um papel de relevo na relação entre profissional de saúde-doente crónico pois, a capacidade de manter uma comunicação eficaz poderá fazer uma diferença positiva profunda nas decisões e acções do doente crónico, optimizando a sua habilidade de viver o melhor possível com a sua doença (Thorne, Harris, Mahoney, Com & McGuinness, 2004).

Neste sentido torna-se urgente a validação de questionários que nos permitam avaliar o processo comunicacional entre profissional de saúde-utente e a relação que este processo tem na forma como os utentes percebem a qualidade dos cuidados de saúde e a sua adesão ao tratamento.

5.2 Definição de objectivos e variáveis de estudo

Com o presente estudo pretende-se alcançar o seguinte objectivo geral:

1. Adaptar para a cultura e língua portuguesa o instrumento de avaliação de comunicação centrada no doente - o *Health Care Communication Questionnaire* (HCCQ) de Gremigni, Sommaruga e Peltenburg (2008).

O presente estudo apresenta, ainda, os seguintes objectivos específicos:

1. Avaliar a validade do instrumento HCCQ.
2. Avaliar a fidelidade do instrumento HCCQ.
3. Avaliar a sensibilidade do instrumento HCCQ.
4. Avaliar a percepção que os utentes têm da existência de uma comunicação centrada no doente, designadamente, nos domínios avaliados pelo HCCQ.

Quadro 4

Descrição das variáveis em estudo

Variável	Descrição
Comunicação centrada no doente	Consiste numa prestação de cuidados que respeite e seja sensível, às necessidades e valores do doente, garantido que estes, orientam todo o processo clínico (Inzucchi, Bergenstal, Buse, Diamant, Ferrannini, Nauck, Peters, Tsapas, Wender & Matthews, 2012). Stewart (2004) acrescenta ainda que, a comunicação centrada no doente, agrega todo um conjunto de comportamentos que podem melhorar a relação entre profissional de saúde- doente.

Variável	Descrição
Resolução de problemas	<p>É a habilidade de enfrentar construtivamente, os diferentes obstáculos, utilizando as capacidades pessoais e os recursos que o meio disponibiliza (Minto, Pedro, Netto, Bugliani & Gorayeb, 2006).</p> <p>Na construção dos itens do HCCQ, a dimensão referente à resolução de problemas teve ainda em conta a forma de o Profissional gerir adequadamente as funções adjacentes ao seu trabalho (Gremigni, Sommaruga & Pentenburg, 2008).</p> <p>Tem em consideração um respeito positivo e incondicional da autonomia e honra do paciente de forma a o proteger (Beach, Roter, Wang, Duggan & Cooper, 2006).</p>
Respeito	<p>Neste estudo, segundo as autoras Gremigni, Sommaruga e Peltenburg (2008), o conceito de respeito inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmitir informação; - Aceitação; - Valorização do paciente; - Envolver o paciente no processo de tomada de decisão do tratamento mais adequado ao seu caso.
Hostilidade	<p>Consiste numa atitude negativa para com os outros, que se manifesta através de agressividade verbal e/ou física (Smith, Riuz & Gallo, 2004).</p> <p>No presente estudo hostilidade refere-se também a uma atitude de rejeição (Gremigni, Sommaruga & Peltenburg, 2008).</p>
Proximidade Não-Verbal	<p>Estudos comprovam que uma melhor capacidade na comunicação não-verbal, influência de forma significativa e positiva, a satisfação do paciente nas diferentes especialidades clínicas (Griffith, Wilson, Langer & Haist, 2003).</p> <p>A comunicação não-verbal implica a reprodução de emoções, sentimentos, conferindo ao sujeito, um contexto que lhe permita não só compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor. Esta manifesta-se por exemplo, pelos gestos, olhar, expressão facial, etc (Ramos & Bortagarai, 2012).</p>

O contacto ocular e sorriso foram as dimensões incluídas no HCCQ uma vez que, foram reconhecidas por ambos os grupos de discussão, como indicadores importantes e positivos de uma boa comunicação não-verbal entre os pacientes e os profissionais de saúde (Gremigni, Sommaruga & Peltenburg, 2008).

As variáveis secundárias estudadas foram as seguintes:

- a) Idade (variável rácio);
- b) Sexo (variável nominal, operacionalizada em Masculino e Feminino);
- c) Escolaridade (variável ordinal);
- d) Estado civil (variável nominal, operacionalizada em solteiro, casado/união de facto, separado/divorciado e viúvo);
- e) Diagnóstico de doença (variável nominal, operacionalizada em sim e não);
- f) Tipo de doença (variável nominal);
- g) Como classifica a doença (rácio);
- h) Estatuto profissional (variável nominal);
- i) Satisfação com a saúde (rácio);
- j) Internamento (variável nominal, operacionalizada em sim e não);

6.3 Método

6.3.1 Participantes

Avaliou-se uma amostra não probabilística de 107 indivíduos com doença crónica, maioritariamente do sexo feminino (63,6%); com idades compreendidas entre os 19 e 86 anos ($M= 55,93$; $DP= 15,91$); variando o seu nível de escolaridade entre zero e 15 anos (licenciatura) ($M= 7,09$; $DP= 3,94$). A presença de Diabetes foi referida por 13,1% dos indivíduos, alguns apresentavam problemas de visão e mobilidade, complicações estas associadas à doença. Ainda 12,1% relataram sofrer de Hipertensão, sendo estas as duas doenças com mais prevalência na amostra ainda que doenças como, a osteoporose, colesterol, asma, entre outras têm também sido referidas mas em menor percentagem.

Quadro 5

Distribuição da amostra conforme variáveis de caracterização: sexo, escolaridade, estado civil e doença crónica.

Características do respondente	N	%
Sexo		
Feminino	68	63,6
Masculino	39	36,4
Nível de Escolaridade		
Nunca estudou	1	0,9
Frequentou o ensino primário	52	48,5
Frequentou o Ensino Secundário	42	23,4
Licenciatura	10	9,4
Mestrado	2	1,9
Estado Civil		
Solteiro	12	11,2
Casado/ união de facto	80	74,8
Divorciado/separado	2	1,9
Viúvo	13	12,1
Doente crónico?		
Sim	71	66,4
Não	36	33,6

6.3.2 Material

A bateria utilizada nesta avaliação incluiu os seguintes instrumentos:

1. Questionário sócio-demográfico e clínico: desenvolvido especificamente para o presente estudo com vista a recolher informação sobre sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, local da residência, diagnóstico, tempo de evolução da doença, número de internamentos no último ano, percepção de gravidade da doença e percepção geral de saúde (Anexo A).
2. *Health Care Communication Questionnaire (HCCQ)* : desenvolvido por Gremigni, Sommaruga e Peltenburg, em 2008, tem como objectivo avaliar a experiência de comunicação do doente com os profissionais de saúde, nomeadamente nos seguintes

domínios: resolução de problemas, respeito, ausência de hostilidade, proximidade não-verbal.(Anexo B) Este instrumento é constituído por 13 itens que se dividem da seguinte forma:

Quadro 6

Caracterização do instrumento HCCQ

Dimensões	Nº de itens	Itens/ exemplo	Valores Mínimo/Máximo
Resolução de Problemas	4	- 10;11;12;13 (ex: O profissional de saúde foi capaz de resolver o meu problema);	Escala de Likert de 5 pontos que apresenta o valor mínimo 1 (Nada) e o valor máximo 5 (Completamente).
Respeito	4	- 2;3;5;7 (ex: Senti que as minhas necessidades estavam a ser respeitadas);	
Ausência de Hostilidade	3	-4;6;8 (ex: Foram-me dadas respostas de forma agressiva);	
Proximidade Não-Verbal	2	- 1;9 (ex: O profissional de saúde olhou-me nos olhos quando eu estava a falar);	

Para a construção da versão original deste instrumento foram envolvidos funcionários do hospital assim como utentes que, foram divididos em dois pequenos grupos de discussão. A inclusão de utentes nos grupos de discussão deve-se ao primordial interesse sobre a perspectiva dos mesmos face aos serviços que recebem. Um primeiro grupo era composto por 4 utentes externos escolhidos aleatoriamente, entre os utentes em atendimento nos diferentes serviços naquele mesmo dia. Por sua vez, o segundo grupo era constituído por 4 funcionários

do hospital, não médicos, constituindo uma amostra por conveniência. Cada grupo teve uma sessão de 2 horas conduzida por um facilitador, que os orientava para a formulação de itens ainda uma outra sessão de 2 horas, com os dois grupos de discussão reunidos com o objectivo de se encontrar consenso na selecção dos itens anteriormente formulados. A escolha dos itens teve por base os princípios que forma a base teórica da Comunicação Centrada no Doente (CCD) e ainda se teve especial atenção aos componentes emocionais da comunicação (Gremigni, Sommaruga & Peltenburg, 2008).

Destes grupos de discussão emergiram os 4 domínios a cima referidos contudo, numa primeira fase o questionário era composto por 50 itens. De forma a reduzir o mais possível o número de itens, apenas foram seleccionados os que apresentavam um elevado índice de acordo ($\geq 90\%$) entre os oito participantes do grupo de discussão, resultando nos actuais 13 itens, que são congruentes com o objectivo do estudo que seria, criar um questionário, breve, simples e fácil de utilizar em larga escala nos diferentes hospitais. Este instrumento provou ser de rápida resposta e apresentar boas qualidades psicométricas validade e fidelidade (Gremigni, Sommaruga & Peltenburg, 2008).

Relativamente à cotação do instrumento devemos ter em conta os valores apresentados no seguinte quadro:

Quadro7

Cotação de itens

Itens	Valores originais	Valores de cotação
1;2;3;5;7;9;10;11;12;13	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
4;6;8	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

Assim valores mais baixos nos itens 4, 6 e 8 (domínio da ausência de hostilidade) traduzem-se em utentes mais satisfeitos, nos outros domínios verifica-se o contrário, ou seja, valores mais elevados indicam-nos mais satisfação dos utentes.

6.3.3 Procedimento

Numa fase inicial procuramos obter as autorizações necessárias para a adaptação de um instrumento de avaliação da comunicação profissional de saúde-doente para a língua e cultura portuguesa – HCCQ. O processo de tradução do HCCQ foi realizado com recurso a dois tradutores de língua mãe portuguesa, com formação em inglês, com conhecimento profundo do instrumento a adaptar e ampla experiência na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. Os dois tradutores realizaram, inicialmente, traduções independentes, constituindo, posteriormente, uma versão de consenso. Estas versões foram submetidas a uma análise cognitiva dos itens com o objectivo de avaliar a clareza, compreensão e relevância cultural, bem como confirmar se a terminologia utilizada nas versões traduzidas era adequada.

Foi solicitada autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa. Obtida esta autorização, apresentamos o estudo ao conselho executivo e ao conselho clínico de um centro de saúde, que após nos dar um parecer positivo, encaminhou o nosso pedido para a Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS). Ainda nesta etapa apresentamos o nosso estudo à Comissão de Ética da Saúde do Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa. Os três organismos autorizaram a realização deste mesmo estudo.

A população alvo deste estudo é composta por adultos (idade mínima de 18 anos; sem limite de idade máxima), com diagnóstico de doença crónica (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, apneia do sono, esclerose múltipla, cancro, etc), que deram o seu consentimento informado para participar neste estudo foram, portanto, informados que são livres de aceitar ou não, participar no estudo, sem que resultem para si quaisquer consequências dessa decisão. Estes mesmos participantes, foram ainda informados que eram livres de desistir em qualquer momento, mesmo que tivessem já iniciado a resposta aos questionários. Os participantes tinham ainda que se encontrar em acompanhamento em serviços de cuidados de saúde - cujas Administrações e / ou Direcções aceitaram participar no presente estudo.

O modelo de consentimento informado adoptado foi o da Direcção – Geral da Saúde e o modelo da UFP.

Os participantes foram incluídos no estudo à medida em que foram aparecendo para o seguimento em consulta com o médico ou enfermeiro, que sinalizou os utentes com doença

crónica e os encaminhou para os investigadores que estavam a fazer recolha de dados. Os questionários foram de auto-preenchimento quando os indivíduos apresentavam autonomia para tal, caso contrário o próprio investigador se encarregou de ajudar a preenchê-los. A administração de todos os instrumentos demorará, em média, 10 minutos.

Não foram recolhidos dados pessoais dos participantes que os permitam identificar. Os documentos de consentimento informado assinado foram mantidos em separado dos questionários respondidos pelo participante, de modo a que os dois documentos não possam em momento algum ser emparelhados, impossibilitando assim, a identificação da pessoa. Os dados foram codificados na base de dados em que não constam quaisquer informações que permitam identificar os respondentes. Apenas os investigadores têm acesso aos questionários respondidos e à base de dados que foi construída. Em todos os momentos foi mantida a confidencialidade e anonimato no que respeita aos dados recolhidos, sendo que estes não foram transmitidos nominalmente, todas as comunicações relativas a resultados provenientes deste estudo, dirão apenas respeito ao grupo avaliado e em momento algum a indivíduos específicos.

No que respeita à análise dos dados recolhidos, de forma a verificarmos as correlações, utilizamos o coeficiente de Pearson, que é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas que pode variar entre -1 e 1, sendo que um coeficiente de + 1 significa que existe uma correlação perfeita positiva entre as variáveis, ou seja, por exemplo, quando uma aumenta a outra também aumenta num valor proporcional (Pestana & Gageiro, 2008). Contudo, devemos sempre recordar, que o coeficiente de correlação de Pearson, não demonstra uma relação de causa-efeito (Martinez & Ferreira, 2007).

Quando avaliamos a fidelidade do instrumento utilizamos como medida o *Alpha de Chronbach*, que é uma das medidas mais utilizadas para se verificar a consistência interna de um grupo de itens, e varia entre 0 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008; Ribeiro, 1999).

No estudo da sensibilidade do HCCQ optou-se por apreciar a média dos resultados e a sua proximidade em relação à mediana e à moda da distribuição. Numa distribuição normal dever-se-á conseguir que os resultados se distribuam acima e abaixo da média numa amplitude de 2,5 ou 3 unidades de desvio-padrão (Almeida & Freire, 2003) e ainda se recorreu à análise da assimetria e da curtose.

Relativamente à assimetria devemos começar por recordar que uma distribuição é simétrica ou não enviesada quando o eixo que passa pela média a divide em duas partes

simetricamente iguais, ou por outras palavras, quando as medidas de localização (média, moda e mediana) têm o mesmo valor (Bisquerra, Sarriera & Martínez, 2004; Martinez & Ferreira, 2007; Pestana & Gageiro, 2008).

O coeficiente de assimetria não tem uma interpretação directa, mas quanto mais o valor se distanciar de zero, maior será o grau de assimetria da distribuição. Para níveis de significância de 0,05 os valores interpretação da seguinte forma:

- Distribuição simétrica – caso em que o *z-score* tende para o valor zero;
- Distribuição enviesada à esquerda (assimétrica positiva) – caso em que *z-score* está acima de 1,96;
- Distribuição enviesada à direita (assimetria negativa) – caso em que o *z-score* está abaixo de -1,96 (Martinez & Ferreira, 2007; Pestana & Gageiro, 2008;).

Por sua vez a curtose diz respeito ao grau de achatamento de uma distribuição, ou seja, o achatamento calcula-se através da comparação com uma distribuição normal, para um dado desvio padrão e indica a intensidade das frequências de resposta à volta de um ponto central. Tal como acontece com a assimetria, o coeficiente de curtose não tem interpretação directa e a interpretação dos valores, baseados em níveis de significância de 0,05, faz-se da seguinte forma:

- Distribuição mesocúrtica – *z-score* tende para o valor zero;
 - Distribuição leptocúrtica (tendência pontiaguda) – *z-score* acima de 1,96;
 - Distribuição platicúrtica (tendência achatada) – *z-score* abaixo de -1,96;
- (Pestana & Gageiro, 2008; Martinez & Ferreira, 2007)

6.4 Resultados

Procedeu-se à análise de dados através da utilização do programa *Statistical Package for Social Sciences*.

6.4.1. Validade do HCCQ

Neste estudo, tal como no estudo original, recorreremos à análise factorial, uma vez que de acordo com os princípios enunciados por Pestana e Gageiro (2008) podemos considerar que temos uma amostra suficientemente grande para tal, que tem como objectivo encontrar factores comuns num grupo de variáveis.

Executamos ainda o teste de KMO, para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, e obtivemos um resultado de 0,80, que é aceitável e bom, podendo nós assim prosseguir para a análise factorial (Martinez & Ferreira, 2007; Pereira, 2004; Pestana &

Gageiro, 2008;). A escolha por uma rotação oblíqua parte do pressuposto que os próprios factores estão correlacionados (Tabachnick & Fidell, 1996).

Quadro 8

Análise 4 factores com rotação oblíqua

Domínios	Itens	Factor	Factor	Factor	Factor
		1	2	3	4
Resolução De Problemas	10 – O profissional de saúde foi capaz de resolver o meu problema.	-0,05	-0,06	-0,05	-0,967
	11 - O profissional de saúde foi capaz de gerir a consulta.	0,31	0,11	0,41	-0,50
	12 - O profissional de saúde mostrou que era capaz de se manter calmo.	-0,13	-0,19	0,83	-0,07
	13 - O profissional de saúde mostrou respeito pela minha privacidade.	0,32	0,04	0,80	0,05
Respeito	2 – Senti que as minhas necessidades estavam a ser respeitadas.	0,64	-0,05	0,1	-0,33
	3 – Foram-me feitas perguntas de forma clara.	0,82	0,09	0,03	-0,13
	5 – Recebi informação clara e precisa.	0,78	-0,23	0,05	-0,05
	7 – Fui tratado com simpatia.	0,53	-0,44	0,3	0,02
Ausência de Hostilidade	4 - Foram-me feitas perguntas de forma agressiva.	0,06	0,94	-0,14	-0,05
	6 – Foram-me dadas respostas de forma agressiva.	0,09	0,93	-0,10	0,11
	8 – Fui tratado de uma forma rude e apressada.	-0,44	0,53	0,25	0,05
Proximidade Não-verbal	1 – O profissional de saúde olhou-me nos olhos quando eu estava a falar.	0,76	0,15	-0,02	0,00
	9 – O profissional de saúde dirigiu-	0,67	-0,09	0,1	0,11

se a mim com um sorriso.

Identificaram-se 4 factores, que explicam 75,4% da variância.

Podemos verificar que a maioria dos itens satura mais na subescala a que pertencem, com a excepção do item 1, 9 e 10.

Para além da análise factorial, procedemos à análise das correlações, verificando os valores do coeficiente de Pearson.

Os valores das correlações obtidos, encontram-se representados no seguinte quadro.

Quadro 9

Correlações das escalas e itens do HCCQ corrigidas para sobreposição

Itens	Resolução de Problemas	Respeito	Ausência de Hostilidade	Proximidade Não-Verbal	Total
1	0,35**	0,52**	0,20*	0,43	0,48
2	0,62**	0,79	0,39**	0,51**	0,75
3	0,47**	0,76	0,27**	0,55**	0,65
4	0,32**	0,40**	0,76	0,19	0,49
5	0,51**	0,87	0,52**	0,59**	0,80
6	0,39**	0,41**	0,74	0,21*	0,52
7	0,60**	0,73	0,65**	0,58**	0,83
8	0,28**	0,48**	0,44	0,34**	0,49
9	0,38**	0,55**	0,31**	0,43	0,55
10	0,36	0,38**	0,21*	0,26**	0,39
11	0,70	0,58**	0,29**	0,47**	0,65
12	0,46	0,37**	0,37**	0,21*	0,45
13	0,57	0,59**	0,29**	0,41**	0,61

* $\rho < 0,05$.

** $\rho < 0,0001$

A análise dos resultados permite verificar que existem correlações positivas estatisticamente significativas entre os itens do HCCQ e os seus domínios. As correlações dos itens com as subescalas são, na sua maioria, moderadas.

Contudo verifica-se que: os itens 1 e 9 que pertencem à escala da proximidade não-verbal se correlacionam mais com a escala do respeito: os itens 4,6 e 8 que pertencem à escala da ausência de hostilidade, com a excepção do item 8 que se correlaciona mais com a escala do

respeito, os restantes dois itens, correlacionam-se mais com a sua própria escala; os itens 2, 3, 5 e 7 que pertencem à escala do respeito, correlacionam-se mais com a sua escala; e os itens 10,11,12 e 13 que pertencem à escala da resolução de problemas, apresenta dois itens (10 e 13) que se correlacionam mais com a escala do respeito e os restantes dois correlacionam-se mais com a sua escala.

6.4.2. Estudos relativos à fidelidade do HCCQ

De forma a avaliarmos a fidelidade passamos então à análise da consistência interna dos itens, ou seja, analisamos a proporção da variabilidade nas respostas obtidas, utilizando como medida o *Alpha de Chronbach*.

No quadro 1 encontram-se representados os valores de *Alpha de Chronbach* encontrados para cada domínio no estudo original e neste estudo, assim como o *Alpha de Chronbach* total obtido.

Quadro 10

Comparação de valores de Alpha de Chronbach

Domínios	<i>Alpha de Chronbach</i> (Gremigni et al., 2008)	<i>Alpha de Chronbach</i> (presente estudo)
Resolução de problemas	0,83	0,71
Respeito	0,86	0,90
Ausência de Hostilidade	0,72	0,78
Proximidade não verbal	0,76	0,60
Total		0,89

Não nos é possível comparar o nosso α total com o dos autores Gremigni et al. (2008) uma vez que estes omitiram essa informação. No que respeita aos *Alpha de Chronbach* de cada domínio, estes variam entre o 0,60 e os 0,90.

De seguida recorremos ainda ao método do *Split Alpha*, que consiste em dividir o número de itens em duas partes e procurar a correlação entre ambas. Quando o número de itens é ímpar a primeira metade contém mais itens que a segunda metade (Bisquerra, Sarriera & Martínez, 2004). Assim, os resultados obtidos foram: Na parte 1 (7 itens), $\alpha = 0,86$; Na parte 2 (6 itens) $\alpha = 0,70$. A correlação entre as metades (grupos), que representa o coeficiente de

correlação R de Pearson entre os itens de um grupo e os do outro (Pestana & Gageiro, 2008) neste caso apresenta um valor médio de 0,77.

6.4.3. Estudos relativos à sensibilidade do HCCQ

Os procedimentos de análise da sensibilidade dos resultados são diversos, embora todos ligados à questão da normalidade ou não-normalidade da distribuição dos resultados em análise (Almeida & Freire, 2003).

Quadro 11

Valores de assimetria e curtose, média, moda, mediana e desvio-padrão

Itens	Assimetria	Curtose	Média	Moda	Mediana
1	-1,33	1,75	3,67	4	4,00
2	-1,57	4,13	3,95	4	4,00
3	-1,92	4,71	3,93	4	4,00
4	-3,78	14,97	4,79	5	5,00
5	-1,76	4,49	3,93	4	4,00
6	-3,22	10,68	4,75	5	5,00
7	-1,58	3,83	3,96	4	4,00
8	-2,02	2,62	4,57	5	5,00
9	-1,03	1,01	3,63	4	4,00
10	-1,50	2,69	3,76	4	4,00
11	-1,26	5,78	4,02	4	4,00
12	-1,21	2,88	3,97	4	4,00
13	-0,29	1,64	4,17	4	4,00

Verifica-se que a distribuição está enviesada à direita e com uma tendência pontiaguda.

Optou-se ainda por se verificar se existiam diferenças entre o sexo feminino e masculino.

Quadro 12

Diferenças entre sexos

	Sexo	N	Média	Desvio padrão	t	p
TotalHCCQ	Feminino	68	52,4	8,2	-1,51	0,13
	Masculino	39	54,2	4,0		

Os resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que respeita aos resultados obtidos no HCCQ.

Utilizou-se ainda a correlação de *Pearson* de forma a se analisar se existe ou não uma relação entre estas duas variáveis.

Quadro 13

Diferenças entre idades

		Resolução de Problemas	Respeito	Ausência de Hostilidade	Proximidade não verbal	Total HCCQ
Idade	Correlação de Pearson	0,1	1,1	-0,0	0,2	0,1
	<i>P</i>	0,3	0,3	0,8	0,1	0,2
	<i>N</i>	107	107	107	107	107

Os resultados revelam que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e os vários domínios do HCCQ avaliados.

6.4.4. Percepção que os utentes têm da existência de uma comunicação centrada no doente, designadamente, nos domínios avaliados pelo HCCQ

Com o objectivo de verificarmos qual a percepção que os sujeitos da amostra têm em relação à com o seu profissional de saúde recorreu-se à análise dos valores representados abaixo.

Quadro 14

Valores mínimos, máximos, médias, medianas e desvios-padrão obtidos nos HCCQ

Itens	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Mediana	Desvio-Padrão
1	1	5	3,7	4,0	1,0
2	1	5	3,9	4,0	0,8
3	1	5	3,9	4,0	0,9
4	1	5	4,8	5,0	0,7
5	1	5	3,9	4,0	0,8
6	1	5	4,8	5,0	0,7
7	1	5	4,0	4,0	0,9
8	1	4	4,6	5,0	0,9
9	1	5	3,6	4,0	1,0

10	1	5	3,8	4,0	0,9
11	1	5	4,0	4,0	0,6
12	1	5	4,0	4,0	0,7
13	2	5	4,1	4,0	0,6

Começando pela análise descritiva dos resultados do HCCQ verificámos pelo quadro 14, que os indivíduos apresentam, para a maioria dos itens do questionário, valores que rondam os 3 pontos, “mais ou menos”, (na escala de 1 a 5). Esta pontuação pode ser confirmada se atendermos à média obtida para o total que foi de 53,1 e que dividida pelos 13 itens que compõem o questionário, traduz-se num resultado médio de 4,1.

Se analisarmos os resultados obtidos, tendo em conta os domínios a que pertencem verificamos que: (a) no domínio da proximidade não verbal (itens 1 e 9) a média de respostas ronda os 3 pontos (“mais ou menos”); (b) no domínio do respeito (itens 2; 3;5 e 7) a média de respostas é aproximadamente 4 pontos (“muito”); (c) no domínio da ausência de hostilidade (itens 4;6 e 8) o valor médio obtido foi de 1 ponto (“nada”) e (d) no domínio de resolução de problemas (itens 10;11;12 e 13) obteve-se uma média de 4 pontos (“muito”).

6.5 Discussão

Tal como referido mais acima neste trabalho, os questionários aqui analisados apenas foram administrados a utentes que apresentavam uma ou mais doenças crónicas. Ainda que os utentes nos fossem encaminhados pelos profissionais de saúde que nos informavam acerca da presença de doença crónica, como podemos verificar no quadro 13 que nos demonstra como se distribui a amostra, 33,6% ($N= 36$) dos participantes afirmaram não ter nenhuma doença. Estes que afirmaram não ter nenhuma doença diziam que a sua presença nos cuidados de saúde se devia a consultas de rotina e mais à frente no questionário, uma grande maioria acabava por referir que tinha ou diabetes, ou hipertensão ou uma outra doença crónica.

Quando estudamos a validade do HCCQ optamos por recorrer ao modelo de 4 factores com rotação oblíqua pois, foi este o modelo pelo qual os autores Gremigni et al. (2008) optaram no seu estudo, após terem testado também o modelo de 1 factor e o de 4 factores ortogonal.

Nos resultados que obtemos quando estudamos a fidelidade do HCCQ verificamos que o α total = 0,89 pelo que podemos certificar que a consistência interna é boa (Pestana & Gageiro, 2008).

Neste estudo a consistência interna é superior à do estudo original nos domínios do respeito e da ausência de hostilidade. O valor mais baixo diz respeito ao domínio da proximidade não verbal, o que pode ser explicado pelo reduzido número de itens que compõem esse domínio (2 itens).

Tendo em conta os resultados obtidos podemos concluir que a presente versão portuguesa do HCCQ possui uma boa fidelidade.

Já no que respeita aos resultados obtidos quando estudamos a sensibilidade do instrumento, se olharmos aos valores de assimetria e curtose, concluímos que a distribuição é enviesada à direita, com uma tendência pontiaguda, mas, se analisarmos também os valores de média, moda e mediana, considerando os seus desvios padrão, pode-se concluir que o instrumento apresenta uma sensibilidade aceitável.

Quando se compararam os resultados obtidos no grupo dos homens e das mulheres, verificou-se não haver diferenças significativas entre os grupos pelo que, não existe um grupo mais satisfeito com a experiência que outro. Compararam-se ainda os resultados obtidos por idade e estes também não apresentavam diferenças estatisticamente significativas. Estes dois resultados vão de encontro aos resultados obtidos por Gremigni et al. (2008) onde as respostas dadas ao HCCQ demonstraram não estar associadas às características dos indivíduos (sexo; idade).

Contudo verificou-se ter uma amostra satisfeita com comunicação que se estabelece entre estes e os seus profissionais de saúde pois um valor médio de aproximadamente 4 (corresponde a *Muito*), permite-nos dizer que, no que respeita à experiência de comunicação do paciente com os profissionais de saúde, nomeadamente nos domínios resolução de problemas, respeito, ausência de hostilidade, proximidade não-verbal, este grupo de 107 indivíduos, no geral, encontra-se satisfeito.

Estes resultados podem ser explicados devido à amostra ter uma elevada percentagem de utentes que conheceram o funcionamento das instituições de saúde antes da implementação do Sistema Nacional de Saúde pois, devemos ter em conta que a satisfação se encontra relacionada com experiências passadas e expectativas futuras (Carr-Hill, 1992). Assim, seria expectável que os pacientes mais velhos, que recordam e viveram no tempo em que não existia Sistema Nacional de Saúde (SNS), se encontrem mais satisfeitos com os serviços que o SNS providencia, do que aqueles que apenas conhecem o SNS (Carr-Hill, 1992).

Quanto aos resultados obtidos na análise factorial, o único item (10) que saturam mais noutra factor que no seu próprio factor, pode ser explicado por, não se poder considerar uma total divisão e independência entre os domínios. Por exemplo o item 1 (“ O profissional de saúde olhou-me nos olhos quando eu estava a falar”) que os autores, colocam no domínio da proximidade não verbal, de facto encontra-se também relacionado com o domínio do respeito (factor onde mais satura). O utente percebe o respeito através das atitudes e comportamentos verbais dos seus profissionais de saúde, mas também através de comportamentos não verbais como, o sorriso e o contacto ocular (Beach et al., 2006; Roter et al., 2006; Gallagher, Hartung, Gerzina, Gregory, Merolla, 2005; Price, 2004).

Tendo em conta os valores obtidos nos testes realizados à fidelidade do instrumento, podemos concluir que as respostas obtidas no HCCQ são independentes das características dos inquiridos (sexo, idade e educação) tal como se verificou no estudo original de Gremigni et al.(2008). Contudo estudos como o de Hargraves et al. (2001) advertem-nos para a necessidade de se ajustarem os questionários às características dos utentes a quem serão administrados principalmente por duas razões: (a) alguns procedimentos clínicos variam consoante as características dos utentes, por exemplo, é provável ser mais complicado comunicar eficazmente com um utente a quem foram prescritos muitos medicamentos do que com um que toma poucos medicamentos; e (b) as características dos utentes podem influenciar as suas respostas ao questionário independentemente dos processos clínicos a que foram sujeitos

Relativamente aos resultados obtidos nas análises de sensibilidade do HCCQ era expectável o enviesamento à direita, uma vez que no geral os níveis de satisfação se apresentam altos e apenas uma pequena fracção da população expressa a sua insatisfação (Carr-Hill, 1992; Cleary; McNeil, 1988).. Temos ainda de ter em conta que a literatura nos mostra que os utentes têm a relatar maiores níveis de satisfação quando a experiência a avaliar se refere a cuidados mais específicos e se relacionam com menos médicos (Carr-Hill, 1992), como é o caso desta amostra cuja experiência foi avaliada, após a consulta com o seu médico de família e enfermeiro que lhes presta os cuidados continuados.E por último, pacientes mais velhos (como o caso da amostra aqui analisada) tendem a apresentar níveis de satisfação mais elevados que os pacientes mais novos (Cleary & McNeil, 1988).

Em conclusão é ainda importante ter em conta que o processo de validação de instrumentos é um processo contínuo (Gremigni et al, 2008) pelo que, mais estudos são

necessários para confirmar os resultados já obtidos para este instrumento, devendo ainda ser replicados em diferentes instituições de prestação de cuidados de saúde, em diferentes áreas do país e reavaliando a experiência dos inquiridos. Em estudos futuros seria ainda pertinente investir no desenvolvimento de instrumentos de avaliação da comunicação, desenvolver programas de formação para futuros e actuais profissionais de saúde em comunicação centrada no utente, avaliando a eficácia das mesmas, e ainda administrar juntamente com o instrumento de avaliação da comunicação, um questionário de desejabilidade social, para que se possa verificar se existiu uma propensão para transmitir uma imagem culturalmente aceitável, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos neste estudo.

Conclusão

A comunicação entre profissional de saúde-utente, tem vindo a ser reconhecida como um factor importante e crítico para a prestação de serviços de saúde com qualidade e que suportam a auto-gestão da doença por parte do utente com doença crónica (Thorne et al., 2004).

A comunidade científica parece concordar que a prestação de cuidados deve manter uma vertente multidisciplinar que incorpore e dê especial ênfase a uma comunicação centrada no utente, maximizando assim os benefícios de um correcto diagnóstico e plano de tratamento ajustado às necessidades específicas de cada utente e ainda que a pesquisa científica levada a cabo na área deve, não só, focar-se nos resultados da, satisfação do utente mas tentar compreender qual o impacto de uma utilização de comunicação centrada no utente nos resultados clínicos e nos comportamentos de ajustamento à doença (Cleary & McNeil, 1988; Epstein & Street, 2007).

Um outro aspecto que reforça a importância de se investir na investigação da área da comunicação, é que esta é a fonte mais frequente de insatisfação por parte dos utentes, seja na comunicação de informações clínicas ou sobre as hipóteses de tratamento disponíveis (Carr-Hill, 1992). Esta informação é corroborada por Wanzer, Booth-Butterfield & Gruber (2009) que acrescentam ainda que os preditores que apontam para uma maior satisfação são os seguintes componentes da comunicação: comportamentos de proximidade; empatia; e capacidade de escuta.

Contudo quando nos debruçarmos sobre a avaliação da satisfação dos utentes dos cuidados de saúde com a experiência comunicacional entre estes e os profissionais de saúde, devemos ter em conta que a satisfação humana é um conceito complexo, relacionado com diversos factores como: estilo de vida, experiências passadas, expectativas futuras e os valores do indivíduo e da própria sociedade onde este se encontra inserido (Carr-Hill, 1992).

Uma vez que, este estudo se foca nos cuidados de saúde, é importante referir que a satisfação com os cuidados de saúde se define como: uma reacção de um beneficiário dos cuidados de saúde aos aspectos salientes da sua experiência (Cleary & McNeil, 1988) e por sua vez, a avaliação que o utente fará da sua experiência, será influenciada, tal como acima já referido, pelas suas expectativas, ou seja, a satisfação do utente com os cuidados de saúde é influenciada pelo grau em que o desempenho do médico correspondeu às suas expectativas (Carr-Hill, 1992).

São inúmeras as razões para se avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, contudo a razão que surge mais frequentemente enfatizada nos diferentes estudos, diz respeito, à possibilidade de uma avaliação permitir identificar as áreas mais carenciadas, potenciando assim o seu melhoramento, organizando formações mais específicas e direccionadas à solução de problemas. Neste aspecto o HCCQ apresenta-se como um instrumento útil para a identificação de competências específicas de comunicação que necessitem de ser melhoras e ensinadas aos profissionais de saúde (Gremigni et al., 2008).

Esta questão da formação foi abordada neste trabalho pois, constitui um importante factor impulsionador de grandes mudanças e melhorias nos cuidados de saúde. Os estudos analisados no capítulo IV são unânimes em afirmar que as habilidades comunicacionais e estratégias que compõem uma comunicação centrada no utente, são passíveis de ensinar e aprendidas por parte dos alunos e actuais profissionais de saúde, apresentando diferentes estratégias que podem ser utilizadas durante a formação. Uma vez mais se reforça a necessidade de estas formações terem em conta o ensino de comportamentos não verbais uma vez que, estes desempenham um papel fundamental na relação entre profissional de saúde utente e influênciam o nível de confiança e satisfação destes últimos. (Beach et al., 2006; Mast, 2007)

Concluindo, está na hora de nos consciencializarmos que o médico é especialista nos domínios técnicos da medicina mas que deve estudar o fenómeno da doença do seu utente, segundo a perspectiva deste, ouvindo a sua interpretação acerca do mesmo, uma vez que este é o especialista da sua vida (Nevez, 1996)

Referências

- Allegretti, A., Borkan, J., Reis, S. & Griffiths, F. (2010). Paired interviews of shared experiences around chronic low back pain: Classic mismatch between patients and their doctors. *BioMed Central Family Practice*, 27, 676-683. doi: 10.1093/fampra/cmq063
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação* (3ª Ed.). Braga: PsiQuilibrios
- Altiner, A., Schafer, I., Mellet, C., Loffler, C., Mortsiefer, A., Ernst, A., Stolzenbach, C-O., Wiese, B., Scherer, M., Bussche, H. & Kaduszkiewicz, H. (2012). Activating GENERAL practitioners dialogue with patients on their Agenda (MultiCare AGENDA) study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BioMed Central Family Practice*, 13, 1-8. doi: 10.1186/1471-2296-13-118
- Andrade, S., Silva, I., Jóluskin, G., Meneses, R., & Pereira, H. (2013). Comunicação de más notícias: Qual o papel da formação para profissionais de saúde? In B.D. Silva, L.S. Almeida, A. Barca, M. Peralbo, A. Franco, & R. Monginho (Eds.), *Atas do XII Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp.694-707). Braga: Centro de Investigação em Educação (CIED) / Instituto de Educação Universidade Minho. ISBN 978-989-8525-22-2
- Aragones, A., Schaefer, E., Stevens, D., Gourevitch, M., Glasgow, R. & Shah, N. (2008). Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Preventing Chronic Disease*, 5, 1-10. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/07_0180.htm
- Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21, 563-570. doi:10.1080/01421599978979
- Beach, M., Roter, D., Wang, N-Y., Duggan, P. & Cooper, L. (2006). Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviours? *Patient Education and Counseling*, 62, 347-354. doi: 10.1016/j.pec.2006.06.004
- Bechtel, C. & Ness, D. (2010). If you build it, will they come? Designing truly patient-centered health care. *Health Affairs*, 29, 914-920. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0305
- Beiber, C., Muller, K., Nicolai, J., Hartmann, M. & Eich, W. (2010). How does your doctor talk with you? Preliminary validation of a brief patient self-report questionnaire on the

- quality of physician-patient interaction. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 125-136. doi: 10.1007/s10880-010-9189-0
- Bensing, J., Kerssens, J. & Pasch, M. (1995). Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of Nonverbal Behavior*, 19, 223-242. doi: 10.1007/BF02173082
- Bielli, E., Carminati, F., La Capra, S., Lina, M., Brunelli, C. & Tamburini, M. (2004). A Wireless Health Outcomes Monitoring System (WHOMS): Development and field testing with câncer patients using mobile phones. *BioMedCentral Medical Informatics and Decision Making*, 4, 1-13. doi:10.1186/1472-6947-4-7
- Bisqueria, R., Sarriera, J. & Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed
- Blake, H. (2008). Mobile phone technology in chronic disease management. *Art & Science Health Communication*, 23, 43-46. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19093357>
- Black, A., Arnold, R., Baile, W., Tulskey, J. & Fryer-Edwards, K. (2009). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer Journal Clinicians*, 55, 164-177. doi: 10.3322/canjclin.55.3.164
- Bodenheimer, T., Wagner, E. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1775-1779. doi:10.1001/jama.288.14.1775
- Bonamigo, E. & Destefani, A. (2010). A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética*, 18, 725-742. http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/596/602
- Borges, M., Freitas, G. & Gurgel, W. (2012). A comunicação da má notícias na visão dos profissionais de saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6, 113-126. <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159>
- Britto, M., DeVellis, R., Hornung, R., DeFries, G., Atherton, H. & Slap, G. (2004). Health care preferences and priorities of adolescents with chronic illnesses. *Pediatrics*, 114, 1272-1280. doi: 10.1542/peds.2003-1134-L
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 163-177. doi: 10.1590/S1413-81232000000100014

- Butalid, L., Verhaak, P., Boeije, H. & Bensing, J. (2012). *BioMed Central Family Practice*, 13, 1-12. doi: 10.1186/1471-2296-12-80
- Carvalho, I., Ribeiro-Silva, Pais, V., Figueiredo-Braga, M., Castro-Vale, I., Teles, A., Almeida, S. & Mota-Cardoso, R. (2010). O ensino da comunicação na relação médico-doente. Uma proposta em prática. *Acta Médica Portuguesa*, 23,527-532. <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/623/307>
- Carr-Hill, R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14, 236-249. <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/14/3/236.long>
- Cleary, P. & McNeil, B. (1988). Patient satisfaction as a indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36. www.jstor.org/stable/29771928
- Coleman, M. & Newton, K. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72, 1503-1510. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16273817>
- Correia, M., Frausto, F. & Violante, A. (2004). Ser portador de más notícias. *Revista Sinais Vitais*, 55, 53-55.
- Delgado, A.B. & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 81-100
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C. & Greitemann, B. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*, 76, 328-335. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.031
- Dubé, C., LaMonica, A., Boyle, W., Fuller, B. & Burkholder, G. (2003). Self-Assessment of Communication Skills Preparedness: Adult versus Pediatricskills. *Ambulatory Pediatrics*,3, 137-141. doi: 10.1016/j.bbr.2011.03.031.
- Ellman, M. & Fortin, A. (2012). Benefits of teaching medical students. How to communicate with patients having serious illness. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 85, 261-270. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3375674/>
- Epstein, R. & Street, R. (2007). Patient-centered communication in cancer care: Promoting Healing and Reducing Suffering. *National Cancer Institute*, 07, 1-201. http://appliedresearch.cancer.gov/areas/pcc/communication/pcc_monograph.pdf
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363, 312-319. doi: 10.1016/j.bbr.2011.03.031.

- Filho, A. (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 375-390. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf>
- Gallagher, T., Hartung, P. & Gregory, S. (2001). Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. *Patient Education and Counseling*, 45, 211-218. doi: 10.1016/S0738-3991(01)00126-4
- Gallagher, T., Hartung, P., Gerzina, H., Gregory, S. & Merolla, D. (2005). Further analysis of a doctor-patient nonverbal communication instrument. *Patient Education and Counseling*, 57, 262-271. doi:10.1016/j.pec.2004.06.008
- Gammon, D., Arsand, E., Walseth, O., Andersson, N., Jenssen, M. & Taylor, T. (2005). Parent-child interaction using a mobile and wireless system for blood glucose monitoring. *Journal of Medical Internet Research*, 7, e57. doi: 10.2196/jmir.7.5.e57
- Garcia, R., Budó, M., Oliveira, S., Beuter, M. & Girardon-Perlini, N. (2012). Sectores de cuidado à saúde e a sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. *Escola Anna Nery*, 16, 270-276. doi.org/10.1590/S1414-81452012000200009
- Green, J., Choudhry, N., Kilabuk, E., Shrank, W. (2010). Online social networking by patients with Diabetes: A qualitative evaluation of communication with facebook. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 287-292. doi: 10.1007/s11606-010-1526-3
- Green, B., Ralston, J., Fishman, P., Catz, S., Cook, A., Carlson, J., Tyll, L., Carrell, D. & Thompson, R. (2008). Electronic Communications and home blood pressure monitoring (e-BP) study: Design, delivery, and evaluation framework. *Contemporary Clinical Trials*, 29, 376-395. doi: 10.1016/j.cct.2007.09.005
- Gremigni, P., Sommaruga, M. & Peltenburg, M. (2008). Validation of the health care communication questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling*, 71, 57-64. doi: 10.1016/j.pec.2007.12.008
- Griffith, C., Wilson, J., Langer, S. & Haist, S. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardize patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 170-174. doi:[10.1046/j.1525-1497.2003.10506.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.10506.x)
- Hahn, S. (2009). Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. *American Academy of Ophthalmology*, 119, S37-S42. doi: 10.1016/j.opthta.2009.06.023

- Hargraves, J., Wilson, I., Zalasvsky, A., Walker, J., Rogers, G. & Cleary, P. (2001). Adjusting for patients characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical Care*, 39, 635-641. doi: 10.2307/3767638
- Hibbard, J. (2004). Moving toward a more patient-centered health care delivery system. *Health Affairs*, 133-135. doi: 10.1377/hlthaff.var.133
- Helitzer, LaNoue, Wilson, Hernandez, Warner & Roter (2011). A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Education and Counseling*, 82, 21-29. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.021
- Houle, J., Beaulieu, M-D., Lussier, M-T., Grande, C., Pellerin, J-P., Authier, M., Duplain, R., Tran, T. & Allison, F. (2012). Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. *Canadian Family Physician*, 58, 1366-1373. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23242897>
- Hsiao, J., Evan, E. & Zeltzer, L. (2007). Parent and child perspectives: on physician communication in pediatric palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 5, 355-365. doi:10.1017/S1478951507000557
- Inzucchi, S.E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., Peters, A. L., Tsapas, A., Wender, R. & Matthews, D. R. (2012). Managementn of hyperglycaemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*, 55, 1577-1596. doi:10.1007/s00125-012-2534-0
- Jayasinghe, U., Proudfoot, J., Holton, C., Davies, G., Amoroso, C., Bubner, T., Beilby, J. & Harris, M. (2008). Chronically ill Australians' satisfaction with accessibility and patient-centredness. *Internacional Journal for Quality in Health Care*, 20,105-114. doi: 10.1093/intqhc/mzm071
- Johnston, S.,Irving H., Mill, K., Rowan, M. & Liddy, C. (2012). The patient's voice: an exploratory study of the impact of a group self-management support program. *BioMed Central Family Practice*, 13, 1-8. doi : 10.1186/1471 – 2296 – 13 – 65
- Joos, S., Hickam, D. & Borders, L. (1993). Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Reports*, 108, 751-759. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1403458/>

- Kelley, M., Alexander, C. & Morris, N. (1991). Maternal satisfaction with primary care for children with selected chronic conditions. *Journal of Community Health*, 16, 213-224. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1918438>
- Kenny, D. (2004). Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm. *Patient Education and Counseling*, 52, 297-305. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00105-8
- Kim, Y-C., Moran, M., Wilkin, H. & Ball-Rokeach, S. (2011). Integrated connection to neighborhood storytelling network, education, and chronic disease knowledge among African American and Latinos in Los Angeles. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16, 393-415. doi: 10.1080/10810730.2010.546483
- Kruijver, I., Kerkstra, A., Francke, A., Bensing, J. & Wiel, H. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 39, 129-145. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000968>
- Lang, E. (2012). A better patient experience through better communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31, 114-119. doi.org/ 10.1016/j.jradnu.2012.08.001
- Larsen, D. & Rootman, I. (1976). Physician role performance and patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 10, 29-32. doi:10.1016/0037-7856(76)90136-0
- Larsen, J-H., Risor, O. & Putnam, S. (1997). P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice – an International Journal*, 14, 295-301. doi: 10.1093/fampra/14.4.295
- Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 121, 1441-1460. doi: 10.1542/peds.2008-0565.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A-M., Marchal, S., Meunier, J., Reynaert, C., Siachmuylder, J-L. & Razavi, D. (2010). Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomized study assessing the efficacy of a communication skills training program. *British Journal of Cancer*, 103, 171-177. doi:10.1038/bjc.2013.615
- Lorenz, L. & Chilingerian, J. (2011). Using visual and narrative methods to achieve fair process in clinical care. *Journal of Visualized Experiments*, e2342, 1-11. doi: 10.3791/2342

- Makoul, G. (2001). The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45, 23-34. doi: 10.1016/S0738-3991(01)00136-7
- Marita, P., Leena, L. & Tarja, K. (1999). Nurses' self-reflection via videotaping to improve communication skills in health counseling. *Patient Education and Counseling*, 36, 3-11. doi: 10.1016/S0738-3991(98)00069-X
- Martin-Moreno, J., Apfel, F., Sanchez, J., Galea, G. & Jakab, Z. (2011). The social nature of chronic noncommunicable diseases and how to tackle them through communication technology, training, and outreach. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16, 94-106. doi: 10.1080/10730.2011.596915
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS: primeiros passos*. Lisboa: Escolar.
- Massa, E., Lian, A., Torres, I. & Prieto, A. (2010). Las TIC y el apoyo social: una respuesta desde enfermería en Cartagena (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 26, 325-338. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000200014&lng=es&nrm=is&tlng=es
- Mast, M. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67, 315-318. doi: 10.1016/j.pec.2007.03.005
- McCormack, L., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N., Lawrence, W. & Street, R. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*, 72, 1085-1095. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.020
- Mead, N. & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48, 51-61. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12220750>
- Minto, E., Pedro, C., Netto, J., Buglian, M. & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: Uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11, 561-568. doi.org/10.1590/S1413-73722006000300012
- Miron-Shatz, T. & Ratzan, S. (2011). The potencial of an online and mobile health scorecard for preventing chronic disease. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16, 175-190. doi: 10.1080/10810730.2011.602464

- Mishra, P., Hansen, E., Sabroe, S. & Kafle, K. (2006). Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. *Patient Education and Counseling*, 63, 29-37. doi: 10.1016/j.pec.2005.08.006
- Monzó, M. & Medina, S. (2010). Claves de educación en asma: casos clínicos interactivos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12, 201-213. doi: 10.4321/S1139-76322010000500010
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Hernández, E., Benadero, E. (2008). Terminal versus non-terminal care in physician burnout: the role of decision-making processes and attitudes of death. *Salud mental*, 31, 93-101. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000200003&script=sci_arttext
- Murray, E., Burns, J., Tai, S., Lai, R. & Nazareth, I. (2009). Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004274, 1-78. doi: 10.1002/14651858.CD004274.pub4
- Neves, J. (1996). Pesquisa qualitativa: Características, Uso e Possibilidades. *Caderno de pesquisas em administração*, 1, 1-5. www.dcoms.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_uso_e_possibilidades.pdf
- Okken, V., Rompay, T. & Pruyn, Ad. (2012). Exploring space in the consultation room: Environmental influences during patient-physician interaction. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 17, 397-412. doi: 10.1080/10810730.2011.626498
- Orbell, S. & Kyriakaki, M. (2008). Temporal framing and persuasion to adopt preventive health behavior: Moderating effects of individual differences in consideration of future consequences on sunscreen use. *Health Psychology*, 27, 770-779. doi: 10.1037/0278-6133.27.6.770
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Martins, A. & Martins-da-Silva, A. (2010). *Estrutura da Boa Vida em Pessoas com Doença Crónica*. In Meneses, R., Silva, I. et al, *Psicologia da Saúde: sexualidade, género*

e saúde, 13, 157-168. http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862012000200003&script=sci_arttext

- Payán, E., Montoya, D., Vargas, J., Vélez, M., Castaño, A. & Krikorian, A. (2009). Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialists' practice perspective. *Colombia Médica*, 40, 158-166. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/638>
- Pereira, A., Fortes, I. & Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7, 227-235. doi: 10.5205/Reuo1.3049-24704-1.LE.0701201331
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. (5ªEd.) Lisboa: Edições Sílabo
- Price, B. (2004). Demonstrating respect for patient dignity. *Nursing Standard*, 19, 45-51. doi: 10.7748/ns2004.12.19.12.45.c3770
- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 312-318. doi: 10.1590/S0034-71672008000300006
- Pruitt, S. & Epping-Jordan, J. (2005). Preparing the 21st century global healthcare workforce. *British Medical Journal*, 330, 637-639. doi: 10.1136/bmj.330.7492.637
- Puvanendran, R., Vasanwala, F., Kamei, R., Hock, L. & Lie, D. (2012). What do medical students learn when they follow patients from hospital to community? A longitudinal qualitative study. *Medical Education Online*, 17, 1-8. doi: 10.3402/meo.v17i0.18899
- Ramos, A. & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na areada saúde. *Revista CEFAC*, 14, 164-170. doi: 10.1590/S1516-18462011005000067
- Reinke, L., Slatore, C., Uman, J., Udris, E., Moss, B., Engelberg, R. & Au, D. (2011). Patient-clinician communication about end-of-life care topics: Is anyone talking to patients with chronic obstructive pulmonary disease? *Journal of Palliative Medicine*, 14, 923-928. doi: 10.1089/jpm.2010.0509
- Roblin, D. (2011). The potencial of cellular technology to mediate social networks for support of chronic disease self-management. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16, 59-76. doi: 10.1080/10810730.2011.596610

- Roter, D., Frankel, R., Hall, J. & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of General Internal Medicine*, 21, S28-S34. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x
- Rothman, A., Bartels, R., Wlaschin, J. & Salovey, P. (2006). The strategic use of gain- and loss – framed messages to promote healthy behavior. How theory can inform practice. *Journal Communication*, 56, s202-s220. doi:10.1111/j.1460-2466.2006.00290.x
- Rothman, R., Yin, H., Mulvaney, S., Patrick, J., Homer, C. & Lannon, C. (2009). Health literacy and quality: Focus on Chronic illness care and patient safety. *Pediatrics*, 124, S315-S326. doi: 10.1542/peds.2009-1163H
- Salmon, P. & Young, B. (2005). Core assumptions and research opportunities in clinical communication. *Patient Education and Counseling*, 58, 225-235. doi: 10.1016/j.pec.2005.05.018
- Samovar, L. & Porter, A. (1998). *Intercultural Communication*. California: Long Beach
- Shaw, S., Armin, J., Torres, C., Orzech, K. & Vivian, J. (2012). Chronic disease self-management and health literacy in four ethnic groups. *Journal of Health Communication International Perspectives*, 17, 67-81. doi: 10.1080/10810730.2012.712623
- Slatore, C., Cecere, L., Reinke, L., Ganzini, L., Udris, E., Moss, B., Bryson, C., Curtis, R. & Au, D. (2010). Patient-clinician communication: Associations with important health outcomes among veterans with COPD. *CHEST*, 138, 628-634. doi: 10.1378/chest.09-2328
- Stevenson, F., Cox, K., Britten, N. & Dundar, Y. (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations*, 7, 235-245. doi: 10.1111/j.1369-7625.2004.00281.x
- Smith, T., Riuz, J. & Gallo, L. (2004). Hostility, Anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality circumplex. *Journal of Personality*, 72, 1217-1270. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00296.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centered care: The patient should be the judge of patient centered care. *British Medical Journal*, 322, 444-445. doi: 10.1136/bmj.322.7284.444
- Stewart, M., Brown, J., McWilliam, C. & Freeman, T. (2006). *Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method (2^aed.)*. Reino Unido: Radcliffe Medical Press

- Strathman, A., Gleicher, G., Boninger, D. & Edwards, C. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality & Social Psychology*, 66, 742-752. doi: 10.1037/0022-3514.66.4.742
- Supe, NA. (2013). Interns' Perspectives about Communicating Bad News to Patients: A Qualitative Study. *Education for Health*, 24, 1-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22267350>
- Swedlund, M., Schumacher, J., Young, H. & Cox, E. (2012). Effect of communication style and physician-family relationships on satisfaction with pediatric chronic disease care. *Health Communication*, 27, 498-505. doi:10.1080/104102 36.2011.616632
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (1996). *Using multivariate statistics*. (3^a ed.). Califórnia: HarperCollins College Publishers.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem-solving in nursing: Insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 842-849. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01342.x
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3 (12), 441-448. www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300002&script=sci_arttext
- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde- Utentes. *Análise Psicológica*, 22, 615-620. www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300021&script=sci_arttext
- Thorne, S., Harris, S., Mahoney, K., Con, A. & McGuinness, L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 54, 299-306.
- Tsai, A., Morton, S., Mangione, C. & Keeler, E. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *The American journal of managed care*, 11, 478-488. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16095434>
- Turini, B., Neto, D., Tavares, M., Nunes, S., Silva, V. & Thomson, Z. (2008). Comunicação no ensino medico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos medicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32, 264-270. doi: 10.1590/S0100-55022008000200015
- Velikova, G., Brown, JM., Smith, AB. & Selby, PJ. (2002). Computer-based quality of life questionnaires may contribute to doctor-patient interactions in oncology. *British Journal of Cancer*, 86, 51-59. doi: 10.1038/sj/bjc/6600001

- Vital, A. (1999). Comunicação médico-utente: Importância da comunicação e satisfação com a consulta médica para a população-utente em geral. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Wagner, E., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20, 64-78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64
- Wanzer, MB., Booth-Butterfield, M. & Gruber, K. (2009). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*, 16, 363-384. doi: 10.1207/S15327027HC1603_6
- Weel-Baumgarten, E. (2008). Patient-centred information and interventions: tools for lifestyle change? Consequences for medical education. *Family Practice – an International Journal*, 25, 67-70. doi: 10.1093/fampra/cmn042
- White, S. & Maloney, S. (1990). Promoting healthy diets and active lives to hard-to-reach groups: Market research study. *Public Health Reports*, 105, 224-231. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2113679>
- Wong, E., Leung, M., Cheung, A., Yam, C., Yeoh, E. & Griffiths, S. (2011). A population-based survey using PPE-15: relationship of care aspects to patient satisfaction in Hong Kong. *International Journal for Quality in Health Care*, 23, 390-396. doi: 10.1093/intqhc/mzr037
- Wtoszczak-Szubzda, A. & Jarosz, M. (2013). Selected aspects of a Professional doctor-patient communication – education and practice. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20, 373-379. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23772594>
- Wyatt, N. (1991). Physician-patient relationships: What did doctors say? *Health Communication*, 3, 157-174. doi: 10.1207/s15327027hc0303_2
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: Na expanded model. *Health Promotion International*, 20, 195-203. doi: 10.1093/heapro/dah609
- Zhao, X., Villagran, M., Kreps, G. & McHorney, C. (2011). Gain versus loss framing in adherence-promoting communication targeting patients with chronic diseases: The moderating effect of individual time perspective. *Health Communication*, 27, 75-85. doi: 10.1080/10410236.2011.569002

ANEXO A

Tabelas dos resumos de artigos analisados

Quadro 1.

Resumo dos artigos teóricos e de revisão da literatura analisados no capítulo I

Autor, Ano Origem	Objectivo (s) do estudo	Resultados
Price, B. (2004). Inglaterra.	Transmitir orientações para a transmissão de respeito verbalmente, na prática profissional dos enfermeiros.	Convidar o utente a contar a sua história; despende tempo com o utente, não demonstrando pressa, são alguns comportamentos que os profissionais devem adoptar para demonstrar respeito pelo utente.
Mast, M. (2007). Suíça.	Demonstrar a importância dos aspectos não verbais na relação profissional de saúde-paciente.	A comunicação não verbal ao longo da interacção de ambas as partes irá influenciar a satisfação do paciente e a sua adesão ao tratamento.
Rothman, R., Yin, H., Mulvaney, S., Co, J., Homer, C. & Lannon, C. (2009). EUA.	1) Examinar o papel da literacia em saúde com foco específico na melhoria dos cuidados prestados ao doente crónico e na promoção da segurança do mesmo. 2) Demonstrar a importância da educação em saúde e da comunicação em saúde sugerindo oportunidades para abordar estas mesmas questões.	Melhorar as habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde permitirá otimizar a compreensão dos utentes em relação à sua saúde, promover o envolvimento do utente nos processos de decisão e comprometer o utente na adopção de comportamentos adequados.
Bechtel, C. & Ness, D. (2010). EUA.	Identificar quais os atributos do tratamento centrado no doente que os doentes consideram mais importantes.	Os atributos que os doentes consideram mais importantes podem ser divididos em 4 áreas: 1) “cuidar da pessoa como um todo”; 2) “coordenação e

comunicação”; 3) “apoio aos doentes e fortalecimento”; e 4)” acesso imediato aos cuidados”.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Resultados
McCormack, L., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehota, P., Nadler, E., Arora, N., Lawrence, W. & Street, R. (2011). EUA.	Elaborar um inventário dos domínios e subdomínios da comunicação centrada no doente.	Os resultados foram organizados criando 7 que são: 1) troca de informações; 2) fomentar as relações; 3) Gestão da incerteza; 4) Reconhecer e responder às emoções; 5) tomar decisões; 6) Permitir a auto-gestão por parte do paciente; e 7) Transversalidade

Quadro 2

Resumo dos artigos empíricos analisados no capítulo I

Autor, Ano Origem	Objectivo (s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Oiveira, V. & Gomes, W. (2004) Brasil	Analisar as implicações existentes entre a comunicação e a adesão ao tratamento.	10 mulheres e 8 homens, com idades entre os 12-18 anos, com doença crónica diagnosticada desde a infância.	Guião de entrevista	Os adolescentes identificam a mãe como intermediária no processo de comunicação com o profissional de saúde, o que impede o adolescente de assumir a sua doença e tratamento da mesma.
Kenny, D. (2004). Austrália	1) Identificar os temas explícitos e implícitos nos relatos de pacientes com dor crónica; 2) Avaliar a utilidade de uma teoria sistémica para explicar as interações entre médico- paciente com dor crónica;	- 20 pacientes com dor crónica, que completaram um programa clínico multi-disciplinar, sobre dor crónica; - 22 médicos que trataram e acompanharam os pacientes com dor crónica do programa referido acima;	Guião de entrevista.	Foram identificados 4 temas que após serem analisados, demonstraram a necessidade de se um modelo de acção biopsicosocial e ainda de se estabelecer uma comunicação eficaz com o utente de forma a ajudar este a gerir a sua dor crónica.

3) Examinar as implicações terapêuticas das descobertas;

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Beach, M., Roter, D., Wang, N., Duggan, P. & Cooper, L. (2006). EUA.	Explorar o domínio do respeito na relação profissional de saúde-utente.	215 utentes e 30 profissionais de saúde.	Gravador de vídeo e som e o sistema de análise RIAS (<i>Roter Interaction Analysis System</i>).	Os resultados demonstram que respeitar implicar dar autonomia ao utente sendo preciso informa-lo devidamente utilizando um conjunto de técnicas de comunicação centrada no utente.
Swedlund, M., Schumacher, J., Young, H. & Cox, E. (2012). EUA.	Examinar de que forma o estilo comunicacional entre profissional de saúde-utente /família afecta a satisfação dos utentes com os cuidados crónicos prestados em pediatria.	75 indivíduos (9-16 anos) com doença crónica, presentes em consultas de rotina.	1) Câmaras de vídeo; 2) Escala de Likert (6 pontos) – <i>How satisfied were you with your child's physician visit today?</i> 3) Grelhas de estilo de comunicação;	Boas habilidades comunicacionais e a possibilidade de o utente ser acompanhado pelo mesmo médico está significativamente associado a uma maior satisfação com os cuidados.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s)	Participantes	Material	Resultados
Butalid, L., Verkaak, P., Boeje, H. & Bensing, J. (2012). Holanda.	Examinar se os pacientes, em condições similares, percepcionam mudanças na qualidade da comunicação entre profissional de saúde- utente e de que forma definem essas mesmas mudanças em dois períodos distintos: 1982- 1984 versus 2000-2001.	108 participantes com hipertensão.	Gravador de vídeo e som.	Os participantes foram capazes de identificar e definir mudanças na qualidade de comunicação. Algumas das mudanças são: na forma como as coisas são explicadas, a divisão de papéis e ainda a passagem de uma comunicação focada no problema para uma comunicação focada na resolução do problema.

Quadro 3

Resumo dos artigos teóricos e de revisão da literature analisados no capítulo II

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Resultados
Larsen, J-H., Risor, O. & Putnam, S. (1997). Inglaterra	Descrever um modelo que utiliza um conjunto de estratégias que se sucedem cronologicamente, durante a consulta, que permitem equilibrar a perspectiva do médico da doença com a do paciente.	Utilizando a mnemónica “PRACTICAL”, o profissional de saúde proporcionará ao paciente um espaço de diálogo e partilha mais agradável e proveitoso durante a consulta.
Blake, H. (2008) Inglaterra	Descrever aplicações tecnológicas para telemóveis e a sua contribuição para os cuidados de saúde.	Ainda que seja necessária mais investigação para avaliar a eficácia e os custos do uso destas aplicações, os resultados demonstraram que a utilização destas seriam bastante úteis para auxiliar os profissionais de saúde a monitorizar os doentes crónicos.
Murray, E., Burns, J., See Tai, S., Lai, R. & Nazareth, I. (2009). Inglaterra.	Determinar os efeitos das Aplicações Interactivas de Comunicação em Saúde (IHCA- <i>Interactive Health Communication Applications</i>) em termos de conhecimento, apoio social, auto-eficácia, resultados emocionais, comportamentais e clínicos e ainda determinar os resultados económicos das IHCA em termos da utilização de recursos.	IHCA foram desenvolvidas de forma a abrangerem diversas doenças crónicas e a poderem ser utilizadas pelas diferentes faixas etárias. Apesar das limitações encontradas pelos autores, na análise dos estudos emergiram os seguintes resultados: 1) Conhecimento: A aprendizagem assistida pela utilização de computadores (CAL- <i>Computer-Assisted Learning</i>), demonstra ser mais

eficaz que os modelos de ensino.

2) Suporte social: IHACs desempenham um papel importante na prestação de apoio social, demonstrando ser bastante eficaz pois, as pessoas podem procurar esse apoio 24 horas online.

3) Resultados comportamentais: IHACs apresentam-se como bastante eficazes a contribuir para a alteração de comportamentos dos doentes crónicos;

4) Resultados emocionais: e económicos Não foi possível determinar os efeitos das IHACs a nível emocional.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Resultados
Hahn, S. (2009). EUA.	Descrever as dificuldades em levar um paciente a aderir ao tratamento demonstrando a influência da percepção do paciente acerca da sua doença e as suas preocupações em tomar a medicação e identificar estratégias que ajudam o profissional de saúde a detectar a não adesão.	Foram identificadas 3 estratégias que podem ajudar os profissionais de saúde a detectar casos de não adesão ao tratamento. Estratégias de comunicação centrada no doente ajudam o paciente a partilhar as suas preocupações, a sua opinião acerca do plano de tratamento levando assim a que este seja parte activa do seu tratamento que resulta numa maior adesão ao mesmo.
Massa, E., Lian, A., Torres, I. & Prieto, A. (2010).	Rever os aspectos conceptuais da condição crónica, desde a sua epistemologia até ao	A utilização das TIC permitirá responder de forma interdisciplinar e intersectorial às

Colômbia	impacto desta nos cuidadores de doentes crónico e fazer um proposta de apoio social através das tecnologias de informação e comunicação (TIC), utilizando o rádio e a internet.	necessidades dos doentes crónicos e das suas famílias e ainda que os familiares de doentes crónicos construam redes de apoio, orientadas ao fortalecimento do suporte social.
----------	---	---

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Resultados
<p>Martin-Moreno, J.(1), Apfel, F.(2), Sanchez, J.(3), Galea, G. (4) & Jakab, Z. (5) (2011).</p> <p>(1; 4; 5) Dinamarca; (2) Reino Unido; (3) Espanha;</p>	<p>Apresentar um reflexão acerca da natureza social de doenças crónicas não transmissíveis (cancro, diabetes, etc.) e comportamentos como: consumo de tabaco, álcool, inactividade física e dietas pouco saudáveis e a necessidade de utilizar a tecnologia para transmitir informação acerca das mesmas.</p>	<p>Existe a necessidade de se desenvolverem habilidades de comunicação para que possamos enfrentar a epidemia global das doenças crónicas. A comunicação não é somente o meio pelo qual as normas e valores de uma sociedade são transmitidas mas é também uma ferramenta de destaque para a promoção de apoio social e de iniciativas de saúde pública.</p>
<p>Miron-Shatz, T & Ratzan, S. (2011)</p> <p>EUA.</p>	<p>Apresentar uma proposta de um <i>scorecard</i> (“ tabela de indicadores”), digital (online) ou electrónico que tem como objectivo ajudar a prevenir ou controlar doenças crónicas.</p>	<p>Tendências recentes na área da saúde apontam para a necessidade de reduzir os encargos com doenças crónicas e s efeitos que estas têm nos sistemas de saúde, na economia e na sociedade.</p> <p>Um <i>scorecard</i> online ou móvel é uma ferramenta simples e eficiente, que pode criar um vocabulário comum do que significa ser saudável e o que é preciso para lá chegar em termos de estilo de vida e em termos médicos.</p>
<p>Lorenz, L. & Chilingerian, J. (2011).</p>	<p>Fornecer uma ilustração passo-a-passo , de uma abordagem visual, designada</p>	<p>A abordagem do <i>photovoice path</i> consiste em 8 passos, desde o aprender acerca desta</p>

EUA.	<i>photovoice</i> , para alcançar uma comunicação e cuidados centrados no paciente com lesões cerebrais e outras condições crónicas	estratégia, a tirar fotografias a acontecimentos/coisas positivas e negativas da sua vida até ao momento de reflexão e mudança de paradigma. Esta estratégia permite que seja alcançado um tratamento/relação justa entre o profissional de saúde-utente pois, ao discutir as fotografias tiradas e os seus significados ajuda o paciente a tornar-se parte da solução e não apenas do problema. Ajuda a melhorar a comunicação e a alcançar uma comunicação eficaz e centrada no utente.
------	---	---

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Resultados
Lang, E. (2012). EUA.	Fornecer uma visão geral de algumas das abordagens de <i>Comfort Talk</i> (estilo comunicacional que ajuda a reduzir a ansiedade, dor, stress dos doentes), descrevendo alguns exemplos, de técnicas específicas de comunicação que os profissionais de saúde podem implementar nas suas práticas.	A utilização de <i>Comfort Talk</i> , incluindo o uso de técnicas de comunicação verbal e não verbal melhorarão a satisfação do doente mas também a dos profissionais de saúde. Uma comunicação centrada no doente permitirá conhecer as preferências dos doentes, adequando o plano de tratamento que terá mais sucesso, será mais seguro e confortável tanto para o doente como para o profissional de saúde.

Quadro 4

Resumo dos artigos empíricos analisados no capítulo II

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Joos, S., Hickam, D. & Borders, L. (1993). EUA.	1) Identificar que tipo de serviços e assistências desejam os doentes crónicos; 2) Determinar com que frequência os recebe; 3) Determinar se as características dos pacientes e profissionais de saúde estão relacionadas com a satisfação dos utentes.	243 doentes crónicos (todos do sexo masculino), 41 médicos, 16 pessoas do <i>staff</i> e 25 estagiários.	O questionário <i>Patient Request for Services Schedule</i> e um questionário sócio-demográfico.	Os desejos dos doentes foram divididos em 4 categorias: 1) Informação e tratamento biomédico; 2) Discutir com o médico problemas em seguir o plano de tratamento; 3) Assistência psicossocial; e 4) Informação sobre a medicação. Não foi encontrada relação entre o tipo de serviços desejados e a frequência com que os recebem. Contudo verificou-se que os doentes mais satisfeitos aderem mais aos tratamentos e preocupam-se em seguir as recomendações médicas.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Velikova, G., Brown, J., Smith, A. & Selby, P. (2001). Inglaterra.	Avaliar a viabilidade de computorizar as percepções da qualidade e vida de cada paciente, para que o médico pudesse ter um feedback imediato das mesmas, examinando o impacto destas no conteúdo da consulta médica e na satisfação do doente crónico com a comunicação estabelecida.	3 médicos oncologistas e 28 pacientes	“ <i>Quality of Life Questionnaire</i> ”, “ <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> ” e sessões de treino organizadas para treino dos profissionais na interpretação dos resultados da qualidade de vida.	Os resultados do estudo confirmam que a computorização das percepções da qualidade de vida de cada paciente é viável e fíável. Os questionários foram introduzidos juntamente com os restantes questionários de rotina e todos os pacientes foram capazes de responder aos mesmos durante o tempo de espera pela consulta. O facto de médico ter <i>feedback</i> imediato acerca da percepção de qualidade de vida do seu utente, tem um efeito bastante positivo e benéfico durante a consulta pois, traz para o diálogo diferentes áreas para discussão. Estes aspectos levam a que os pacientes se sintam mais

satisfeitos com a qualidade de interação com o seu médico.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Mishra, P.(1), Hansen, E.(2), Sbroe, S.(3) & Kafle, K.(4) (2006). (1;3) Dinamarca. (2;4) Nepal.	Investigar, com base nos relatos dos pacientes, a relação entre o comportamento do profissional de saúde e a sua qualidade comunicacional, assim como, a influência na comunicação do seu paciente acerca da sua saúde, não-adesão ao tratamento de controlo da tuberculose.	50 pacientes que não aderiram ao tratamento e 100 utentes no grupo de controlo (aderentes ao tratamento).	Questionário sócio-demográfico e um questionário sobre comportamento e habilidades comunicacionais.	Uma “pobre” comunicação entre o farmacêutico - paciente e médico – paciente está estatisticamente relacionada com uma elevada não adesão ao tratamento. Assim, uma melhor comunicação entre os diferentes profissionais de saúde e os utentes pode potenciar a adesão ao tratamento.
Green, B., Ralston, J., Fishman, P., Catz, S., Cook, A., Carlson, J., Tyll, L., Carrell, D. & Thompson, R. (2008). EUA.	Determinar se o procedimento de atendimento e tratamento baseado no <i>Chronic Care Model</i> e a utilização da internet como meio de acompanhamento à distância do utente melhoram melhora o	780 indivíduos com hipertensão divididos em três grupos que receberam diferentes intervenções.	1) Criação de uma plataforma online para os participantes – <i>MyGroupHealth</i> ; 2) Livros; Checklist;	Através da análise dos resultados os autores pretendem determinar se um modelo centrado no utente, utilização de plataformas virtuais melhorará o controlo da hipertensão, a adesão ao tratamento e a

tratamento e satisfação do
utente com hipertensão.

satisfação com os cuidados.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Bayliss, E., Edwards, A., Steiner, J. & Main, D. (2008). EUA.	Explorar a perspectiva dos pacientes idosos, com múltiplas co-morbilidades crónicas , no que respeita às estratégias de atendimento que consideram melhores de forma a se desenvolver no futuro melhorias nas intervenções.	26 pacientes idosos com múltiplas co-morbilidades.	Guião de entrevista, gravador de som e imagem.	Através da análise das entrevistas verificou-se que as preferências de atendimento dos doentes incluem: 1) fácil acesso ao seu médico (telefone, internet, pessoalmente); 2) Comunicação e transmissão clara do plano de tratamento individualizado; 3) Cuidados continuados (por exemplo, o enfemeiro ligar a recordar sobre uma consulta de <i>follow-up</i>); e 4) Serem escutados e compreendidos.

<p>Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C. & Greitemann, B. (2009).</p> <p>Alemanha.</p>	<p>Capturar a percepção da qualidade da interacção médico – paciente em reabilitação através dos resultados obtidos no preenchimento do P.A. INT. (Patient-Arzt-Interaction) e examinar a relação entre a qualidade da interacção e os resultados do tratamento a longo prazo.</p>	<p>470 pacientes provenientes de 7 clínicas de reabilitação do norte da Alemanha e 61 médicos.</p>	<p>P.A.INT e grelhas de observação para avaliar as dimensões: afectiva; instrumental; participação; factores do contexto e satisfação.</p>	<p>No internamento, tanto os médicos como os pacientes pontuaram positivamente a qualidade afectiva (empatia e coerência). Por outro lado no que respeita o comportamento instrumental (transmissão da informação e estruturação do tratamento), este foi avaliado menos positivamente pelos pacientes do que pelos médicos.</p> <p>Os pacientes que pontuaram mais positivamente a qualidade da comunicação na altura do internamento demonstram melhores resultados na eficácia do tratamento.</p>
---	--	--	--	--

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
<p>Allegretti, A., Borkan, J., Reis, S. & Griffiths, F. (2010).</p>	<p>Explorar as entrevistas de experiências partilhadas entre doentes com dor lombar crónica</p>	<p>23 doentes com dor lombar crónica e 5 médicos.</p>	<p>Guião de entrevista semi-estruturado, gravador de som e imagem e uma escala numérica</p>	<p>A análise das entrevistas enfatiza que ambas as partes poderiam beneficiar de</p>

EUA.	e os seus médicos com o objectivo final de melhorar a comunicação entre médico-doente e os seus resultados clínicos.	de avaliação da dor.	educação e instruções adicionais acerca das crenças e modelos de gestão da doença assim como, uma comunicação centrada no doente melhorará os resultados clínicos e satisfação dos doentes.
------	--	----------------------	---

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Greene, J., Choudhry, N., Kilabuk, E. & Shank, W. (2010). USA.	Avaliar, qualitativamente, os conteúdos sobre a diabetes, exibidos no Facebook.	233 comentários “postados” no Facebook e 457 tópicos de discussão.		Os resultados sugerem a existência de diversas comunidades no Facebook com uma grande pluralidade de participantes (doentes crónicos, familiares, publicitários, investigadores), que procuram partilhar informação clínica pessoal, pedir orientações e informações acerca da diabetes e receber apoio emocional. Informações clinicamente

incorrectas não se encontravam frequentemente, mas estavam normalmente associadas a um produto ou serviço.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Roblin, D. (2011). EUA.	Descrever vários designs e decisões subjacentes a um estudo-piloto em que a tecnologia celular foi usada para mediar as interações entre adultos com diabetes tipo 2, e os seus sistemas de suporte (família, amigos) com o objectivo de motivar os adultos com diabetes tipo 2 a monitorizar regularmente a glicose.	15 participantes, seleccionados em dois sites: <i>Guinnett Medical Office of Kaiser Permanente Georgia</i> e <i>Oakhurst Clinic</i> . De forma a serem incluídos no estudo os participantes deviam ter diabetes tipo 2 não utilizar insulina e documentar um deficiente controlo da glicose.	Canetas transmissoras de glicose, lancetas para 90 dias, instruções para utilização, dadas num curso motivacional.	Os resultados demonstram que a utilização das tecnologias é eficaz na comunicação e transmissão de informações acerca da saúde dos utentes, potenciando a adesão à auto-monitorização da glicose. Neste estudo as duas metodologias utilizadas – apoio dos pares e mensagens de texto- mostraram-se eficazes mesmo quando utilizadas em separado.
Zhao, X., Villagran, M., Kreps, G. & McHorney, C.	1) Investigar o efeito das mensagens de promoção de	1108 doentes crónicos que não aderiram ao tratamento.	1) Questionário sócio-demográfico;	1) Mensagens redigidas em termos de ganhos são mais

(2011). EUA.	adesão ao tratamento quando redigidas em termos de ganho na saúde vs. Perdas; Investigar a influência das mensagens de promoção de adesão ao tratamento quando redigidas na perspectiva de tempo (consequências imediatas vs. distantes).	2) Questionário acerca da aderência e não aderência ao tratamento; 3) Cartões com mensagens redigidas em termos de ganhos e perdas assim como, efeitos imediatos vs. distantes; 4) CFC- <i>Consideration of Future Consequences scale</i> ;	eficazes na promoção da adesão ao tratamento; 2) A perspectiva de tempo no que respeita as consequências é uma variável importante na perspectiva dos doentes crónico
---------------------	--	---	--

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Garcia, R., Beuter, M., Budó, M., Girardon-Perlini, N. & Oliveira, S. (2012). Brasil	Descrever a inter-relação e comunicação nos diferentes sectores de cuidados de saúde sob a perspectiva de cuidadores de familiares com doença crónica incapacitante.	11 cuidadores de familiares com doença crónica incapacitante.	Guião de entrevista, gravador e grelhas de observação.	Na percepção dos cuidadores existe uma grande lacuna quanto às orientações disponibilizadas pelos profissionais de saúde, sobre os cuidados a ter com o doente crónico após a alta hospitalar o que se torna um obstáculo para uma correcta adesão ao

tratamento.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Houle, J., Beaulieu, M-D., Lussier, M-T., Grande, C., Pellerin, J-P., Authier, M., Duplain, R., Tran, T. & Allison, F. (2012). Canadá.	Examinar a perspectiva dos utentes sobre a qualidade dos tratamentos recebidos nos contextos de saúde primários, com base no Modelo de Cuidados Crónicos.	364 pacientes com diabetes, hipertensão ou obstrução pulmonar crónica.	PACIC (<i>Patient Assessment of Chronic Illness</i>).	O aspecto mais valorizado pelos participantes foi a utilização de uma comunicação centrada no doente e que estes identificam como inerente ao Modelo de Cuidados Crónicos. Os resultados confirmam ainda a importância de despender tempo a discutir com os utentes as suas expectativas, medos, dúvidas e necessidades e ainda a estabelecer uma relação de colaboração eficaz para a gestão da doença crónica. Os autores ressaltam ainda a necessidade de na formação inicial dos profissionais de saúde haver formação em

comunicação e em modelos de cuidado aos doentes crónicos.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Johnston, S., Irving, H., Mill, K., Rowan, M. & Liddy, C. (2012). Canadá.	Descrever as reacções dos participantes no Programa <i>Stanford Chronicc Disease Self- Management.</i>	20 doentes crónicos que participaram no Programa <i>Stanford Chronicc Disease Self- Management.</i>	_____	Depois de participarem no programa os indivíduos relatam ter percebido mais amplamente, como uma área (a diabetes) pode afectar todos os aspectos das suas vidas. A maioria dos participantes iniciou a pratica de actividade física, enquanto outros desenvolveram habilidades sociais, resultando assim numa maior adesão ao tratamento. Os participantes identificaram ainda a deficiente comunicação e relação com os profissionais de saúde como o maior obstáculo para gerir a sua condição no quotidiano

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Slatore, C., Cecere, L., Reinke, L., Ganzini, L., Udris, E., Moss, B., Bryson, C., Curtis, J. & Au, D. (2013). EUA.	Avaliar a associação entre comunicação centrada no doente, mensurada pelo instrumento QOC (<i>Quality of Communication</i>), e os resultados de saúde relatados pelos doentes com obstrução pulmonar crónica.	342 doentes com obstrução pulmonar crónica.	QOC.	Uma excelente comunicação centrada no doente está associada a relatos de elevada satisfação com os cuidados de saúde recebidos e ainda a doentes que se sentem à vontade para confidenciar os seus problemas respiratórios, aumentando assim a adesão ao tratamento.

Quadro 5

Resumo dos artigos analisados no capítulo III

Autor, Ano	Objectivo (s) do estudo	Amostra, população	Nome do instrumento (composição, nº de itens, escala de resposta, dimensões, <i>scores</i>)
Gallagher, T., Hartung, P. & Gregory, S. (2001).	Examinar a validade de constructo do RCS-O.	13 estudantes de Medicina que completaram um curso de 9 semanas em Ciências do Comportamento.	RCS – O – <i>Relational Communication Scale for Observational measurement</i> . É composto por 34 itens, apresenta 6 dimensões. Apresenta um escala de <i>Likert</i> de 7 pontos desde o “discordo totalmente” ao “ concordo totalmente”.
Britto, M., DeVellis, R., Hornung, R., DeFriese, G., Atherton, H. & Slap, G. (2004).	Desenvolver um instrumento de medição das preferências dos adolescentes, com doença crónica, e determinar os factores demográficos, desenvolvimentais e de saúde associados às preferências dos adolescentes;	Na primeira fase (desenvolvimento do questionário) participaram 29 adolescentes, com idades entre os 11-19 anos, com doença crónica e 25 adolescentes saudáveis. Na segunda fase (administração do questionário desenvolvido) participaram 155 adolescentes com doença crónica.	<i>HCPQ – Health Care Preference Questionnaire</i> . É composto por 82 itens, em que 65 itens são relativos à qualidade dos cuidados e os restantes são relativos aos estilos comunicacionais entre profissionais-utentes. A escala utilizada é de <i>Likert</i> de 6 pontos desde o “nada importante” até ao “extremamente importante”.
Gremigni, P., Sommaruga, M. & Peltenburg, M. (2008).	Validar um instrumento de medida para a experiência comunicacional dos seus utentes com os diferentes funcionários do	401 utentes (215 homens) em ambulatório, com uma idade média de 55.68 anos (<i>D.P.</i> =15), 65 % têm baixa	<i>HCCQ – Health Care Communication Questionnaire</i> , composto por 13 itens, numa escala de <i>Likert</i> (5 pontos). O

hospital.

escolaridade.

Todos os
participantes eram
italianos.

questionário apresenta 4
domínios: Resolução de
problemas; Respeito;
Ausência de hostilidade; e
Proximidade não-verbal.

Autor, Ano	Objectivo(s) do estudo	Amostra, Participantes	Nome do instrumento (composição, nº de itens, escala de resposta, dimensões, <i>scores</i>)
Aragones, A., Schaefer, E., Stevens, D., Gourevitch, M., Glasgow, R. & Shah, N. (2008).	Validar a tradução para Espanhol de um instrumento que pretende avaliar a qualidade dos cuidados centrados nos doentes crónicos de acordo com o CCM (<i>Chronic Care Model</i>).	100 doentes com diabetes tipo 2 (70 mulheres), maiores de 18 anos (Média= 63.7), que falavam espanhol, e que receberam cuidados em ambulatório num hospital em Nova Iorque.	PACIC – <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i> . Composto por 20 itens, este questionário está dividido em 5 subescalas. Cada item tem um <i>score</i> de 1 (nunca) a 5 (sempre).
Jayasinghe, U., Proudfoot, J., Holtom, C., Davies, G., Amoroso, C., Bubner, T., Beilby, J. & Harris, M. (2008).	Examinar de que forma é que as características dos pacientes (sexo, idade, escolaridade, estado civil, nacionalidade, doença crónica, etc) e a os cuidados prestados aos mesmos estão associados à avaliação que estes fazem da qualidade dos cuidados.	96 médicos de clínica geral e 7505 pacientes com doença crónica de idade ≥ 18 anos.	GPAS – <i>General Practice Assessment Survey</i> . Composto por 21 itens que vão de encontro a três factores Com a excepção de 1 item todos têm escala de resposta de 6 pontos desde “muito pobre” até “excelente”, o outro item acrescenta a opção de “não se aplica” às outras 6 opções.

Autor, Ano	Objectivo(s) do estudo	Amostra, população	Nome do instrument (composição, nº de itens, escala de resposta, dimensões, <i>scores</i>)
Bieber, C., Muller, K., Nicolai, J., Hartmann, M. & Eich, W. (2010).	Validar um questionário que permite avaliar a qualidade de interacção entre profissional de saúde- utente durante uma consulta de rotina.	147 utentes (81 mulheres), com uma média de idade de 48.82 anos, todos maiores de 18 anos e falantes de alemão. 19 profissionais de saúde (32% mulheres) também participaram no estudo.	QQPI – <i>Questionnaire on the Quality of Physician – Patient Interaction</i> . Composto por 14 itens, o questionário apresenta uma escala de <i>Likert</i> que vai desde 1 (Discordo) a 5 (Concordo totalmente).
Wong, E., Leung, M., Cheung, A., Yam, C., Yeoh, E. & Griffiths, S. (2011).	Explorar a relação entre a experiência de utentes em internamento com aspectos específicos dos cuidados que recebem e a satisfação com os mesmos, utilizando um questionário.	1264 utentes (486 mulheres), com idade \geq 15 anos, 446 apenas têm a escolaridade primária e 604 têm doença crónica.	PPE -15 – <i>Picker Patient Experience Questionnaire – 15</i> , é composto por 15 itens, para cada item, existe 2 ou 3 hipóteses de resposta.

Quadro 6

Resumo dos artigos teóricos e de revisão da literature analisados no capítulo IV

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Resultados
<p>Kruijver, I., Kerkstra, A., Francke, A., Bensing, J. & Wiel, H. (2000). Holanda</p>	<p>Avaliar os efeitos de programas de treino em comunicação para enfermeiros (as) na área da oncologia, analisando quais os comportamentos que se alteraram por parte dos enfermeiros e que resultados estes trouxeram para o comportamentos dos utentes. E ainda avaliar a eficácia desses programas.</p>	<p>A análise dos estudos concluiu que as formações mais eficazes eram as que combinavam módulos teóricos com módulos práticos. Nos programas de treino analisados, nenhum deles transmitiu informação acerca da comunicação não verbal. Por último, os poucos estudos que mostram claramente melhorias nos comportamentos comunicativos dos enfermeiros, não mostram de que forma essas alterações tiveram efeitos nos pacientes.</p>
<p>Makoul, G. (2001). EUA.</p>	<p>Examinar a utilidade e as características da <i>checklist</i> SEGUE baseada nas habilidades comunicacionais em consulta.</p>	<p>Este instrumento providencia uma estrutura coerente para apoiar a formação em comunicação.</p>
<p>Weel-Baumgarten, E. (2008). Holanda.</p>	<p>Descrever as vantagens de uma comunicação centrada no doente e a necessidade dessas habilidades serem ensinadas no percurso inicial de formação dos profissionais de saúde.</p>	<p>Quando o profissional aprendeu habilidades comunicacionais este pode utiliza-las e passa a ter na sua posse conhecimento acerca do estilo de vida do utente e ajudá- lo a adaptar os seus comportamentos a um estilo de vida mais saudável. É importante</p>

a investigação de mais programas de formação para tornar a aprendizagem mais eficaz.

Autor, Ano	Objectivo(s) do estudo	Resultados
Monzó, M. & Medina, S. (2010) Espanha	Demonstrar a necessidade de se implementarem programas de educação para os profissionais de saúde, que visem forma-los em comunicação e relação profissional de saúde-utente, para que consigam eficazmente explicar aos utentes a sua doença (asma), processos de tratamento, aumentando assim, o nível de aderência ao tratamento.	Para que os programas de educação sejam eficazes é necessário primeiramente, adequar a formação dos profissionais de saúde a essa tarefa, formação essa que deve focar a importância de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde-utentes para que estes últimos entendam a sua doença, tratamentos e melhorem a sua adesão.

Quadro 7

Resumo dos artigos empíricos analisados no capítulo IV

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Marita, P., Leena, L. & Tarja, K. (1999) Filândia	Descrevera opinião das enfermeiras acerca das suas habilidades comunicacionais e analisar os seus níveis de reflexão de acordo com Mezirow.	19 enfermeiras.	Gravador de vídeo e som. Escala de Mezirow.	As enfermeiras acham que têm capacidade de ouvir, usar linguagem simples e encorajar os pacientes a expressar as suas emoções. Por outro lado consideram que não têm uma boa comunicação não verbal e que precisam de treinar as suas habilidades de escuta e aprender técnicas para comunicar eficazmente com os utentes.
Helitzer, D., LaNoue, M., Wilson, B & Hernandez, B.. (2011) EUA.	Determinar a eficácia de um programa de treino para melhorar as habilidades dos profissionais de saúde em comunicação centrada no utente	28 profissionais de saúde, trabalhadores nos serviços de saúde primários.	Videos.	Os resultados sugerem que os treinos em comunicação com os profissionais de saúde são eficazes, ajudando-os a utilizar uma comunicação centrada no

quando discutem com este os riscos da sua saúde.

utente e ainda que estas aprendizagens são mantidas por um período superior a 24 meses. Uma comunicação centrada no utente está associada a uma maior satisfação com os cuidados de saúde adesão ao tratamento.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Reinke, L., Slatore, C., Uman, J., Udris, E., Moss, B., Engelberg, R. & H.Au, D. (2011). EUA.	1) Caracterizar a comunicação entre profissional de saúde- doente com obstrução pulmonar crónica acerca dos tratamentos paliativos. 2) Determinar se as características dos profissionais (sexo, idade e formação) estão ou não associadas à ausência de uma comunicação eficaz sobre	376 indivíduos com obstrução pulmonar crónica.	QOC- <i>Quality of Communication questionnaire.</i>	Os resultados demonstraram que os profissionais de saúde carecem de formação e preparação para abordar os tópicos referentes ao fim de vida dos seus utentes pelo que, será necessário intervir nas habilidades comunicacionais dos profissionais, melhorando-as, o

os temas de fim de vida.

que resultará numa promoção da autonomia dos doentes e numa maior satisfação com os cuidados de saúde.

Autor, Ano Origem	Objectivo(s) do estudo	Participantes	Material	Resultados
Puvanendran, R., Vasanwala, F., Kamei, R., Hock, L. & Lie, D. (2012). Singapura.	Examinar quais as aprendizagens retidas por um grupo de estudantes do que participou num estudo longitudinal baseado em acompanhar doentes com doença crónica, desde a sua alta hospitalar até à integração na comunidade.	44 alunos do 3º ano de Medicina que redigiram as 243 narrativas analisados neste estudo. 88 doentes crónicos foram acompanhados durante este estudo, que decorreu no âmbito da unidade curricular de Cuidados centrados no doente.	243 narrativas redigidas pelos alunos participantes no estudo.	Após a análise das primeiras 60 narrativas surgiram 6 temas para codificação das narrativas: 1) Gestão da doença crónica; 2) Cuidados Centrados no Doente; 3) Sistema de saúde; 4) Cuidados biomédicos; 5) Serviços prestados pela comunidade; 6) Conflito com o papel de aluno. Esta experiência permitiu aos alunos na prática atingir os objectivos proposto no programa curricular.
Altiner, A., Schafer, I., Mellert, C., Loffler, C., Mortsiefer, A., Ernst, A., Stolzenbach, C-O., Wiese, B.,	Investigar a eficácia de um intervenção multidisciplinar, que tem como objectivo, aumentar a qualidade dos	25 utentes com pelo menos três doenças crónicas.	EQ-5D, questionário que permite a medição da qualidade de vida através do relato dos participantes.	Na Alemanha é bastante comum os médicos especialistas não informarem os médicos de clínica geral acerca de novas

Scherer, M., Bussche, H. & Kaduskiewicz, H. (2012).

cuidados prestados aos com comorbilidades crónicas, promovendo o diálogo entre profissional de saúde-utente, identificando os valores e necessidades do utente e ainda verificando a toma da medicação prescrita.

medicações. Assim, de forma a resolver este problema que acarreta muitos gastos económicos de ambas as partes, torna-se necessário investir na formação em comunicação em equipas multidisciplinares e ainda informar e integrar o doente nos processos de decisão acerca do seu tratamento.

ANEXO B

Health Care Communication Questionnaire

ANEXO C

Declaração de Consentimento Informado da Universidade Fernando Pessoa

ANEXO D

*Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre da Direcção-Geral
da Saúde*

ANEXO E

Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

ANEXO F

*Parecer da Comissão de Ética do Hospital-Escola da Universidade Fernando
Pessoa*

ANEXO G

Parecer da Comissão de Ética da ARS - Norte

HCCQ (Versão do doente)

Instruções:

Estamos a realizar um estudo sobre a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Este questionário diz respeito à sua experiência com o profissional de saúde com que acabou de se encontrar.

Por favor, leia com atenção cada uma das perguntas e responda colocando uma cruz (X) na resposta apropriada.

Por favor, responda a todas as questões.

Este questionário é anónimo.

Muito obrigada.

Data _____

A sua idade: _____ anos

O seu sexo: Masculino _____ Feminino _____

A sua profissão: _____

O seu nível de escolaridade: quantos anos frequentou a escola? _____ anos

	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
1. O profissional de saúde olhou-me nos olhos quando eu estava a falar					
2. Senti que as minhas necessidades estavam a ser respeitadas					
3. Foram-me feitas perguntas de forma clara					
4. Foram-me feitas perguntas de forma agressiva					
5. Recebi informação clara e precisa					
6. Foram-me dadas respostas de forma agressiva					
7. Fui tratado com simpatia					
8. Fui tratado de uma forma rude e apressada					
9. O profissional de saúde dirigiu-se a mim com um sorriso					
10. O profissional de saúde foi capaz de resolver o meu problema					
11. O profissional de saúde foi capaz de gerir a consulta					
12. O profissional de saúde mostrou que era capaz de se manter calmo					
13. O profissional de saúde mostrou respeito pela minha privacidade					

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Como é que os profissionais de saúde comunicam consigo? Relação entre comunicação, adesão ao tratamento, satisfação com os cuidados e resultados de saúde em pessoas com diagnóstico de doença crónica

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial e a Convenção de Oviedo
(De acordo com as normas da Direcção-Geral da Saúde)*

Título do estudo: Como é que os profissionais de saúde comunicam consigo? Relação entre comunicação, adesão ao tratamento, satisfação com os cuidados e resultados de saúde em pessoas com diagnóstico de doença crónica.

Enquadramento: Este estudo é desenvolvido no âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

Explicação do estudo: Os participantes serão incluídos no estudo à medida que forem aparecendo na instituição para serem observados na consulta externa ou para realização de exames de rotina, precisando de aproximadamente 35 minutos para responder aos questionários. Apenas serão entrevistados os utentes que aceitarem assinar o consentimento informado, após o fornecimento de todas as informações sobre a investigação.

Neste estudo não serão realizadas gravações (áudio e/ou vídeo).

Condições e financiamento: Este estudo, que mereceu parecer favorável da Comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa, da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, IP e da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa, não requer qualquer tipo de pagamento e não se encontra financiado por nenhuma entidade.

A participação neste estudo é de carácter voluntário e não acarreta qualquer tipo de prejuízo ou contrapartida em caso de desistência. Assim, o inquirido poderá retirar o seu consentimento à prestação de informações, a qualquer momento, antes, durante e depois do processo de investigação.

Confidencialidade e anonimato: Não serão recolhidos dados pessoais dos participantes que os permitam identificar.

Os dados serão codificados numa base de dados em que não constarão quaisquer informações que permitam identificar os respondentes. Apenas os investigadores terão acesso aos questionários respondidos e à base de dados que será construída.

Os resultados nunca serão transmitidos nominalmente. Todas as comunicações (dirigidas a públicos de contexto científico ou outros) relativas aos resultados apenas dirão respeito ao grupo avaliado e em momento algum a indivíduos específicos, assegurando-se em todos os momentos a confidencialidade e anonimato no que respeita aos dados recolhidos.

Este documento de consentimento informado assinado será mantido em separado dos questionários respondidos pelo participante, de modo a que os dois documentos não possam em momento algum ser emparelhados, impossibilitando a identificação da pessoa.

Agradecemos desde já a sua participação neste estudo,

Investigadores da Universidade Fernando Pessoa:

Sofia Mariana Andrade (email: 19585@ufp.edu.pt)

Hélder Martins Pereira (email: 14718@ufp.edu.pt)

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se achar que está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações, se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura do investigador que pede consentimento:

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

Assinatura do doente: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

Nome: _____

BI/CC N° _____

DATA DE VALIDADE _____

O Investigador responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Das conhecimentos
do docente. >
Jenny
07/03/2013

Exma. Senhora
Prof. Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 07 de Março de 2013

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Investigação da Prof. Doutora Isabel Silva, intitulado "Como é que os profissionais de saúde comunicam consigo? Relação entre comunicação, adesão ao tratamento, satisfação com os cuidados e resultados de saúde em pessoas com diagnóstico de doença crónica", considera nada haver a opor ao mesmo,

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da
Comissão de Ética


Teresa Martinho Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

N.º 502 057 602 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA • [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] • [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto-Portugal • T. +351 22 507 1300 • F. +351 22 550 8269 • geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] • [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 • 4200-150 Porto - Portugal • T. +351 22 507 4630 • F. +351 22 507 4637 • R. Delfim Maia, 334 • 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 • geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima • Casa da Garrida • R. Conde de Bertiandos • 4990-078 Ponte de Lima-Portugal • T. +351 258 741 026 • F. +351 258 741 412 • geral.plima@ufp.pt

PARECER N.º 1

A – CONTEXTUALIZAÇÃO

A Comissão de ética para a saúde do Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa (CES-HE-FFP) recebeu, no dia 25 setembro 2013, o pedido de parecer sobre do projeto de investigação intitulado “**Como é que os profissionais de saúde comunicam consigo? Relação entre comunicação, adesão ao tratamento, satisfação com os cuidados e resultados de saúde em pessoas com diagnóstico de doença crónica**”, coordenado pela Doutora Isabel Maria de Sousa Lopes da Silva, docente da Universidade Fernando Pessoa.

Este projeto e prevê uma recolha de dados, sob a supervisão da Doutora Maria de Sousa Lopes da Silva, no Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa.

O projeto inclui a aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário Sócio-demográfico e Clínico; (tradução de) HCCQ (Versão do doente); (tradução de) Questionário da Qualidade da Interação Profissional de Saúde-Doente (QQPPI); (tradução de) Questionário de Satisfação dos Doentes – versão reduzida (PSQ-18); (instrumento) MOS SF36; (instrumento) ADESÃO AOS TRATAMENTOS; (instrumento) EADS-21; (instrumento) PANAS.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM IMPLICAÇÕES ÉTICAS

A CES-HE-FFP não encontrou implicações éticas intrínsecas aos instrumentos a aplicar na recolha de dados prevista no projeto de investigação.

Contudo, a CES-HE-FFP identificou a necessidade de tomar em consideração o princípio ético da vulnerabilidade nos aspetos procedimentais da recolha de dados prevista no mesmo projeto de investigação.

C – CONCLUSÕES

A CES-HE-FFP é de parecer favorável à realização, no Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa, do projeto de investigação intitulado “Como é que os profissionais de saúde comunicam consigo? Relação entre comunicação, adesão ao tratamento, satisfação com os cuidados e resultados de saúde em pessoas com diagnóstico de doença crónica”, com as seguintes recomendações:

— primeiro, a investigadora responsável, bem como os membros da equipa envolvidos na realização desta investigação, deverão tomar especialmente em consideração a fragilidade e, de forma mais geral, as características particulares das pessoas inquiridas nas várias etapas da recolha de dados.

Esse cuidado sendo justificado, em especial, pelo número e complexidade dos instrumentos a aplicar;

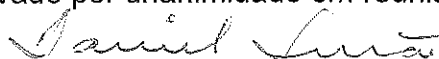
— segundo, a investigadora responsável, bem como os membros da equipa envolvidos na realização desta investigação, deverão tomar em consideração, na preparação da declaração de consentimento informado, o documento “Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos”, da Direcção-Geral da Saúde (documento em anexo).

Em particular, realça-se a possibilidade para as pessoas inquiridas de retirar o seu consentimento à prestação de informações no âmbito da investigação a qualquer momento, durante ou depois do processo de investigação.

O Relator, *João Casqueira*



Aprovado por unanimidade em reunião do dia 28 outubro 2013



Daniel Serrão

Presidente da Comissão de ética para a saúde do Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa

NÚMERO: 000/0000

DATA: 00/00/0000

ATUALIZAÇÃO:

ASSUNTO:	Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação
PALAVRAS-CHAVE:	Consentimento informado; consentimento livre; consentimento esclarecido
PARA:	Administrações Regionais de Saúde, dirigentes de unidades de saúde/instituições e profissionais de saúde do sistema de saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro, emite-se, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

1. O consentimento informado, pode ser expresso de forma escrita ou tácita, devendo, neste último caso, só ser considerado se devidamente fundamentada a sua razão no processo clínico^{1,2}.
2. O consentimento informado deverá ser inscrito no formulário em anexo à presente Norma e dela fazendo parte integrante, disponível na Plataforma de Dados da Saúde, no qual deve constar a declaração da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita e, a tê-la percebido, assumindo que lhe foram fornecidas todas as explicações e o tempo de reflexão de que necessitava para a sua aceitação explícita (anexo I).
3. O formulário, mencionado no n.º anterior, é suficientemente aberto para nele caber toda a informação específica, já adoptada em formulários nacionais de consentimento informado.
4. O documento de consentimento informado escrito deve:
 - a) Ser feito em duplicado, para que um dos exemplares possa ficar na posse da pessoa.
 - b) Identificar a unidade de saúde/instituição.
 - c) Apresentar de forma legível as assinaturas e números de cédula profissional ou números mecanográficos dos profissionais que dão a informação e recolhem o consentimento.
 - d) Apresentar os contatos dos profissionais que dão a informação e recolhem o consentimento para eventuais esclarecimentos de dúvidas;
 - e) Descrever o diagnóstico e a situação clínica e os objetivos que se pretendem alcançar;
 - f) Identificar o ato/intervenção proposto e a sua natureza;
 - g) Identificar os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao ato/procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas.
5. No caso de estudos de investigação, deve, ainda, ficar explícito no documento o âmbito e metodologia da investigação sendo que o original do documento de consentimento informado, esclarecido e livre deve fazer parte integrante do processo de investigação (anexo II).
6. O consentimento informado, esclarecido e livre, é dado por escrito nas seguintes situações previstas em lei, regulamento ou norma:
 - a) Interrupção voluntária da gravidez;³

¹Oliveira, Guilherme. Estrutura jurídica do ato médico – consentimento informado, in Temas do Direito da Medicina. Coimbra Editora. Coimbra. 2005. P.27.

² Cf. artigo 5.º da Convenção de Oviedo, artigo 38.º, n.º 2 do Código Penal, artigo 81.º, n.º 2 do Código Civil e artigo 6.º, n.º 2 e n.º 3 da Lei 46/2004, de 19 de agosto

- b) Realização de técnicas invasivas em grávidas (nomeadamente amniocentese, biópsia das vilosidades coriônicas, cordocentese, drenagem, amniotomias);⁴
- c) Esterilização voluntária (laqueação tubar e vasectomia);⁵
- d) Procriação medicamente assistida (PMA);⁶
- e) Colocação de dispositivos anticoncetivos intra-uterinos;⁷
- f) Administração de gamaglobulina anti-D;⁸
- g) Eletroconvulsivoterapia e intervenção psicocirúrgica;⁹
- h) Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana;¹⁰
- i) Testes genéticos;¹¹
- j) Dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana;¹²
- k) Transplante entre vivos;¹³
- l) Doação de sangue;¹⁴
- m) Videovigilância de doentes;¹⁵
- n) Bancos de ADN e de outros produtos biológicos;¹⁶
- o) Investigação sobre genoma;¹⁷
- p) Investigação em pessoas;¹⁸
- q) Realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos;
- r) Realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos *major*;
- s) Gravações de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual;
- t) Uso *off label* de medicamentos;¹⁹

³ Cf. artigo 142.º, n.ºs 4, 5 e 6 do Código Penal e Lei n.º 16/2007, de 17 de abril.

⁴ Cf. Circular Normativa n.º 16/DSMIA, de 5 de dezembro de 2001, da Direção-Geral da Saúde.

⁵ Cf. artigo 10.º da Lei n.º 3/84, de 24 de março, relativa à educação sexual e planeamento familiar.

⁶ Cf. artigo 14.º, n.º 1 da Lei da Procriação Medicamente Assistida, aprovada pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro.

⁷ Cf. Direção-Geral da Saúde. Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar. Referenciação e/ou colocação de dispositivos anticoncetivos. DGS, Lisboa 2008, disponível em www.dgs.pt

⁸ Cf. Circular n.º 2/DSMIA de 15 de janeiro de 2007, da Direção-Geral da Saúde, disponível em www.dgs.pt

⁹ Cf. artigo 5.º, n.º 1, alínea d) e artigo 5.º, n.º 2 da Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho e alterada pela Lei n.º 101/99, de 26 de julho.

¹⁰ Cf. artigo 8.º, n.º 6 da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, alterada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho.

¹¹ Cf. artigos 9.º, 18.º e segs. da Lei de Informação Genética Pessoal e Informação da Saúde, aprovada pela Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro

¹² Cf. Lei n.º 12/2009, de 26 de março.

¹³ Cf. artigo 8.º, n.º 6 (O consentimento do dador ou de quem legalmente o represente é sempre prestado por escrito, sendo livremente revogável) da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, alterada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, artigo 19º n.º 2 (O consentimento deve ser prestado de forma expressa e específica, quer por escrito quer perante uma instância oficial) da Convenção de Oviedo e Recomendação (78) 29 do Conselho da Europa, artigo 3.º (refere a necessidade do consentimento ser prestado por escrito).

¹⁴ Cf. Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 100/2011, de 29 de setembro.

¹⁵ Cf. Deliberação n.º 61/2004 e Autorização n.º 287/2006 da Comissão Nacional de Proteção de Dados, disponíveis em www.cnpd.pt

¹⁶ Cf. artigo 19.º, n.º 5 da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.

¹⁷ Cf. artigo 16.º, n.º 4 da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.

¹⁸ Cf. artigo 16.º, alínea v da Convenção de Oviedo. Os ensaios clínicos não se encontram abrangidos pela presente norma, sendo regulados pelo Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, dependendo do INFARMED

- u) Colheita, estudo analítico, processamento e criopreservação de sangue e tecido do cordão umbilical e placenta.
7. O consentimento informado é obrigatório para a participação da pessoa em qualquer ensino clínico, e nas situações de publicação ou apresentação pública de relato de caso clínico, desde que este não seja anonimizado ou possa de algum modo ser identificado.
8. A cada ato/intervenção corresponde um processo de informação e consentimento único.
9. O processo de informação e consentimento informado deve ficar registado e fundamentado no processo clínico.
10. As decisões sobre a saúde de uma pessoa que careça de capacidade para decidir obrigam, independentemente de ser tentado o seu envolvimento²⁰, à obtenção de autorização do seu representante legal, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.²¹
11. Quando a pessoa que consente não sabe assinar, comprovado por Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão, pode recorrer à assinatura a rogo²², depois de lhe ser dada toda a informação e lido o consentimento.
12. O consentimento é revogável a todo o tempo, sem sujeição a qualquer formalidade.²³
- a) A recusa de internamento ou de realização de ato/intervenção tem de ficar documentada no processo clínico, uma vez que dela resulta a não realização de algo que é proposto no melhor interesse do doente.
- b) Nos casos de recusa de internamento ou da sua continuidade, o registo no processo clínico deve ser acompanhado de segunda assinatura de um médico de graduação profissional igual ou superior.
13. No caso da interrupção voluntária da gravidez, a lei exige a prestação do consentimento informado com a antecedência mínima de 3 dias relativamente à data da intervenção.²⁴
14. A presente Norma revoga a Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 23-03-1998.

CRITÉRIOS DE SUPORTE À APLICAÇÃO DA NORMA

Consentimento informado livre e esclarecido

- A. O consentimento informado, livre e esclarecido, contém, em si, duas noções indissociáveis, a de informação e a de livre consentimento.^{25,26,27}
- B. A informação e o esclarecimento deverão ser disponibilizados numa linguagem clara e acessível, baseados no estado da arte e isentos de juízos de valor.

¹⁹ Cf. Circular Informativa n.º 184/CD INFARMED, de 12 de novembro de 2010 (A utilização de um medicamento fora do âmbito das indicações terapêuticas aprovadas é da inteira responsabilidade do médico prescriptor, que entende que um dado medicamento se adequa a uma dada indicação terapêutica, face ao caso particular de um seu doente).

²⁰ Cf. artigo 6.º, n.ºs 2 e 3 da Convenção de Oviedo.

²¹ Cf. artigo 6.º, n.ºs 2 e 3 da Convenção de Oviedo.

²² Cf. artigo 373.º do Código Civil.

²³ Cf. artigo 5.º da Convenção de Oviedo, artigo 38.º, n.º 2 do Código Penal, artigo 81.º, n.º 2 do Código Civil e artigo 6.º, n.º 2 e n.º 3 da Lei 46/2004, de 19 de agosto

²⁴ Cf. artigo 142.º, n.º 4, alíneas a) e b) do Código Penal e Lei n.º 16/2007, de 17 de abril (Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez).

²⁵ Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina aberta à assinatura dos Estados Membros em Oviedo, em 4 de abril de 1997, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro – artigos 5.º e 16.º (doravante apenas Convenção de Oviedo).

²⁶ Cf. artigo 219.º (Liberdade de forma) do Código Civil.

²⁷ Cf. artigos 38.º, 39.º, 150.º, 156.º e 157.º do Código Penal.

- C. Para além da comunicação verbal e, sempre que possível, a informação e o esclarecimento deve ser acompanhados de folheto explicativo da responsabilidade da unidade de saúde e/ou dos profissionais de saúde.
- D. A informação e o esclarecimento obrigam a um período de reflexão que emana da necessidade da pessoa avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos.
- E. A informação e esclarecimento aos menores deverão ser apropriados, em função da sua idade e grau de maturidade.^{28, 29}
- F. O consentimento informado é, numa lógica negocial, um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongando-se num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço.
 - i. O profissional de saúde tem o dever de averiguar se a pessoa entendeu a informação e o esclarecimento que lhe foram prestados.³⁰
 - ii. A revogação do consentimento informado, esclarecido e livre não pode acarretar qualquer prejuízo para a pessoa.
 - iii. A renovação do consentimento informado, esclarecido e livre torna-se necessária sempre que novos dados de diagnóstico, prognóstico ou terapêutica o tornem desatualizado ou quando haja alterações metodológicas relevantes nos protocolos dos estudos de investigação.

Consentimento Presumido

- G. Há consentimento presumido quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico, terapêutico ou de investigação é praticado.
- H. O consentimento presumido é importante nos casos em que a pessoa carece de capacidade para consentir ou está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde^{31 32 33} devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir.

Direito a recusar / Dissentimento

- I. Salvo disposição legal em contrário, a pessoa tem o direito de recusar o ato/intervenção que lhe é proposto, obrigando, conseqüentemente, a um esforço suplementar de esclarecimento e informação por parte do profissional de saúde, devendo tal decisão ser reconhecida como uma manifestação legítima de autonomia, desde que livre e esclarecida.
- J. Caberá ao profissional de saúde, com a concordância da hierarquia técnica, a invocação de razões ponderosas para não aceitar uma recusa da pessoa ou do seu representante legal e acionar o pedido de intervenção judicial para internamento compulsivo.

²⁸ Cf. n.º 1 do artigo 1878.º do Código Civil.

²⁹ Vide anotação aos artigos 4.º e 5.º da Carta da Criança Hospitalizada (EACH /European Association for Children in Hospital), Instituto de Apoio à Criança, 2004, Lisboa, disponível em www.iacrianca.pt

³⁰ Oliveira, Guilherme. Estrutura jurídica do ato médico – consentimento informado, in Temas do Direito da Medicina. Coimbra Editora. Coimbra. 2005. P.27.

³¹ Cf. artigo 156.º, n.º 2, alíneas a) e b) do Código Penal, artigo 8.º da Convenção de Oviedo e Parecer 46/CNECV/05 do CNECV.

³² Cf. artigo 8.º da Convenção de Oviedo.

³³ Cf. artigo 156.º, n.º 2, alínea b) do Código Penal.

- K. No caso de reclusos ou pessoas legalmente privados de liberdade, o direito de recusa está condicionado, nos termos estipulados pela lei.³⁴

Menores

- L. Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir de forma esclarecida e livre, um ato diagnóstico ou terapêutico ou de investigação não poderá ser efetuado sem a autorização prévia do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.
- M. A opinião do menor é tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.³⁵
- N. A regra geral é a de que qualquer menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico, terapêutico ou de investigação que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia.³⁶
- O. Os menores de 16 anos têm o direito a serem ouvidos para atos de diagnóstico, terapêutica ou de investigação que lhe sejam propostos.
- P. Aos menores com mais de 14 anos e capacidade de entendimento internados em unidades de saúde mental é reconhecida a capacidade de consentir.³⁷
- Q. Quando existe perigo para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores da responsabilidade parental, de quem tenha a guarda de facto ou ou na ausência do seu representante legal, o profissional de saúde deve realizar o ato de diagnóstico ou terapêutica, após procedimento junto do Ministério Público para limitação da responsabilidade parental.³⁸

Consentimento para a participação em estudos de investigação

- R. O consentimento escrito pode ser dispensado sempre que fique assegurado que os dados pessoais e de saúde são irreversivelmente anonimizados e sempre que esteja garantido a não realização de procedimentos não úteis para o diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Exceções ao dever de informar e ao dever de obter o consentimento

- S. Ao dever de informar:
- i. **Privilegio terapêutico.** A título excecional, entendido de forma restritiva, o profissional de saúde pode não transmitir à pessoa alguma informação, quando o conhecimento desta possa colocar em perigo a vida da pessoa ou seja suscetível de lhe causar grave dano, devendo existir registo justificativo e validado por outros profissionais no processo clínico.³⁹
 - ii. **Direito a não saber.** A vontade da pessoa em não ser informada é uma manifestação da sua autonomia e deve ser respeitada.⁴⁰
 - (i) A renúncia à informação deve ficar documentada no processo clínico.
 - (ii) Este direito pode sofrer restrições, tanto no interesse da própria pessoa como para proteção de terceiros, o que assume especial relevância, no caso de doenças contagiosas.⁴¹

³⁴ Cf. Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro.

³⁵ Cf. artigo 6.º, n.º 2 da Convenção de Oviedo.

³⁶ Cf. artigo 38.º, n.º 3 do Código Penal.

³⁷ Cf. artigo 7.º, alínea b) da Lei n.º 36/98, de 24 de julho.

³⁸ Cf. Lei n.º 147/99, de 1 de setembro.

³⁹ Cf. artigo 157.º, *in fine*, do Código Penal.

⁴⁰ Cf. artigo 10.º, n.º 2 da Convenção de Oviedo.

⁴¹ Cf. artigo 10.º, n.º 3 e artigo 26.º da Convenção de Oviedo.

- T. Ao dever de obter o consentimento informado, em caso, nomeadamente, de prevenção de epidemia, doença contagiosa, vacinação obrigatória ⁴², internamento compulsivo em saúde mental ⁴³, doença de Hansen ⁴⁴, medicina do trabalho⁴⁵ e em reclusos.⁴⁶

Intervenção das Comissões de Ética

- U. As comissões de ética para a saúde propõem, na ausência a nível nacional de formulários específicos já definidos legalmente, o conteúdo informativo a inscrever no formulário-tipo de consentimento informado proposto na presente Norma, após audição dos profissionais de saúde diferenciados na respetiva área.
- V. As comissões de ética para a saúde devem dar parecer desfavorável à realização de projetos de investigação cujos procedimentos de consentimento informado não estejam de acordo com o consignado na presente Norma.
- W. As comissões de ética para a saúde, em articulação com as comissões de qualidade e segurança criadas pelo Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 3635/2013, DR n.º 47, 2.ª série, de 7/3, devem promover e participar em auditorias internas ao processo de consentimento informado.

AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processo de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e dos dirigentes das unidades de saúde/instituições do Sistema Nacional de Saúde.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas para o seu cumprimento, são da responsabilidade das administrações regionais de saúde e dos dirigentes das unidades de saúde.

FUNDAMENTAÇÃO

- A. A presente Norma assenta, em primeira instância, no reconhecimento dos princípios éticos de respeito pela autonomia, vulnerabilidade, beneficência, ou seja, no respeito pela dignidade humana.
- B. O consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa, é uma manifestação de respeito pelo ser humano, esteja doente ou não. Reflete, em particular, o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida.^{47, 48}
- C. O consentimento informado, no âmbito da saúde, emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos. Implica a integração da pessoa no processo de decisão quanto aos atos/intervenções de saúde que lhe dizem respeito e para a participação em estudos de investigação que lhe são propostos, numa partilha de conhecimentos e aptidões que a tornem competente para essa decisão de aceitação ou recusa dos mesmos. Mais do que uma formalidade

⁴² Cf. nomeadamente, artigo 33.º, n.º 4, alínea c) do Decreto-Lei n.º 413/71, 27 de setembro, e artigo 2.º, n.º 3 do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril.

⁴³ Cf. artigo 6.º e segs da Lei de Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho.

⁴⁴ Cf. artigo 5.º, n.º 3 e artigo 6.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 547/76, de 10 de julho e artigo 3.º da Portaria 131/77, de 14 de março.

⁴⁵ Cf. artigos 108.º, 110.º e artigo 351.º, n.º 1 e n.º 2, alínea h), todos da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, que aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho.

⁴⁶ Cf. artigo 2.º, 35º e ss e artigo 126.º do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro.

⁴⁷ Cf. artigos 5.º e 16.º da Convenção de Oviedo.

⁴⁸ Cf. artigos 38.º, 39, 150.º, 156.º e 157.º do Código Penal.

tendente à obtenção de uma assinatura, na forma escrita, deve constituir um momento de comunicação efetiva, numa lógica de aumento da capacitação da pessoa, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias à decisão que vier a assumir, seja numa intervenção de saúde, seja na participação numa investigação, assumindo que os princípios basilares da beneficência, em que a proposta do ato surge a bem do doente, e da não-maleficência, que implica a ponderação dos riscos e dos benefícios, estão salvaguardados.

- D. A obtenção do consentimento informado deve passar por um processo pelo qual se deve promover o máximo de confiança possível da pessoa na relação a construir, a fim de se conseguir um maior sucesso terapêutico. O constructo final resultará da interação entre ambos, numa ponderação entre o possível e o aceitável para ambas as partes. Esta lógica negocial é, por definição, contínua, não se esgotando no momento da aceitação, mas prolongando-se, num tempo útil definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço.
- E. A Constituição da República Portuguesa consagra, no artigo 25.º, o direito universal à inviolabilidade da integridade moral e física e a Lei de Bases da Saúde ⁴⁹ operacionaliza este conceito na Base XIV com o direito do cidadão a ser informado sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, permitindo a decisão de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta. Estes princípios estão fixados, enquanto regime jurídico do consentimento em saúde, na Convenção de Oviedo. Ao visar proteger a liberdade da pessoa enquanto bem jurídico, esta matéria é tutelada pelo direito, sendo reforçada no Código Civil e no Código Penal ⁵⁰.
- F. A Convenção de Oviedo, no seu artigo 5.º, explicita, na sua regra geral ⁵¹ que:
- i. O âmbito do consentimento livre e esclarecido diz respeito a “qualquer intervenção no domínio da saúde”;
 - i. O sujeito do consentimento é a pessoa a quem são prestados os cuidados e não outros como os seus familiares, salvo as exceções, previstas no art.º 6.º ⁵²;
 - i. O âmbito do conteúdo da informação a transmitir quanto ao objetivo, natureza e consequências do ato/ intervenção proposto.
- G. O dever de informar é objeto de regulação nos regimes deontológicos dos diferentes profissionais de saúde. Assim, independentemente de exercerem em instituição pública ou privada e do vínculo contratual a que se obrigam, os profissionais de saúde devem procurar o consentimento informado da pessoa que a eles recorre.
- H. O processo de obtenção do consentimento informado não se esgota no procedimento administrativo de obter a anuência escrita ou verbal do doente para o ato proposto, devendo ser uma atitude sistemática e contínua do exercício dos profissionais de saúde, o que significa que, em cada momento, é admissível a sua revogação e que a sua renovação se torna pertinente perante o aparecimento de alterações aos dados diagnósticos ou prognósticos.
- I. A audição de terceiros pessoas é lícita quando seja notória a dificuldade do doente em expressar a sua vontade livremente assumida, sem prejuízo de ser escutado assim que possível.
- J. A Convenção de Oviedo ⁵³ garante que a opinião dos menores deve ser tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante em função da sua idade e do seu grau de maturidade e que as pessoas que careçam de capacidade para prestar o consentimento informado devem participar no processo de decisão, na medida do possível.

⁴⁹ Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

⁵⁰ Nos artigos 39.º, 150.º, 156.º e 157.º do Código Penal.

⁵¹ Artigo 5.º: “Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”

⁵² Cf. artigo 6º (Relativo às pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento) da Convenção de Oviedo.

⁵³ Cf. artigo 6.º da Convenção de Oviedo.

- K. Cabe ao profissional responsável pela prescrição e/ou execução do ato a sua proposta, explicação e obtenção do consentimento, entregando e recolhendo o formulário.
- L. A obtenção do consentimento informado, esclarecido e livre não altera a responsabilidade profissional pelo rigor e correção necessários na execução dos atos/intervenções consentidos.
- M. As intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos, quando praticados sem ou contra a vontade da pessoa, configuram um crime contra a liberdade.⁵⁴

APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Miguel Ricou designado pela Ordem dos Psicólogos, Paulo Sancho designado pela Ordem dos Médicos, Paulo Santos designado pela ARS Norte, Carla Barbosa designada pela ARS Centro, Renato Santos designado pela ARS Algarve, Rosalvo Almeida designado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Rui Moreira designado pela Ordem dos Enfermeiros, Susana Teixeira designada pela ARS Alentejo, Teresa Oliveira Marçal designada pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, Palma Mateus e Alejandro Santos designados pela Ordem dos Nutricionistas e Cristina Martins d'Arrábida (coordenação executiva).
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. Foi ouvido o Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental.

APOIO EXECUTIVO

Na elaboração da presente Norma o apoio executivo foi assegurado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
ARS	Administração Regional de Saúde
CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
DGS	Direção-Geral da Saúde

⁵⁴ Cf. Consentimento Informado – relatório final, Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p.42, disponível em www.ers.pt

BIBLIOGRAFIA

Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Convenção de Oviedo), aberta à assinatura dos Estados Membros em Oviedo, em 4 de abril de 1997, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro

Constituição da República Portuguesa, (VII Revisão constitucional - 2005)

Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de novembro

Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82 de 23 de setembro

Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, aprovado pela Lei n.º 115/2009 de 12 de outubro

Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto

Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 96/98, de 24 de julho

Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99 de 1 de setembro;

Lei de Informação Genética Pessoal e Informação da Saúde, aprovada pela Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro;

Lei da Procriação Medicamente Assistida, aprovada pela Lei n.º 32/2006 de 26 de julho;

Lei nº 3/84, de 24 de março, Lei relativa à educação sexual e planeamento familiar

Lei nº 12/93, de 22 de abril, que regula a colheita e transplante de órgãos, tecidos e células de origem humana

Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano

Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto, que regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização

Lei n.º 12/2009, de 26 de março, que estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana

Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, que aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho

Lei nº 25/2012, de 16 de julho, regula as diretivas antecipadas de vontade e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital

Decreto-Lei n.º 547/76, de 10 de julho, que estabelece medidas destinadas a reforçar a ação dos órgãos básicos da rede de saúde pública existente na luta contra a Doença de Hansen

Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio, que regula as comissões de ética para a saúde

Decreto-Lei n.º 267/2007, de 22 de abril, que aprova estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos

Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, que estabelece o regime jurídico da designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridades de saúde;

Portaria n.º 131/77, de 14 de março, que aprova o Regulamento da Luta contra a Doença de Hansen

Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**, aprovado pelo Decreto-Lei nº. 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Código Deontológico da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Regulamento n.º 14/2009, de 13 de janeiro

Código Deontológico da Ordem dos Nutricionistas, aprovado pelo Regulamento n.º 511/2012, de 27 de dezembro

Código Deontológico dos Médicos Dentistas, aprovado pelo Regulamento interno nº 2/99, publicado em Diário da República, II Série, nº 143, de 22 de Junho de 1999

Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, aprovado pelo Regulamento n.º 258/2011, publicado em Diário da República, II série, nº 78, de 20 de abril de 2011

Carta da Criança Hospitalizada - Anotações, EACH (*European Association for Children in Hospital*). Instituto de Apoio à Criança, Lisboa, 2004

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, publicada pelo Ministério da Saúde e posteriormente, pela Direcção-Geral da Saúde e pela Comissão de Humanização em duas edições, disponível em www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm

Carta dos Direitos do Doente Internado, publicada pelo Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/Carta+dos+Direitos+do+Doente+Internado.htm>

Deliberação n.º 61/2004 e Autorização n.º 287/2006, Comissão Nacional de Protecção de Dados., disponível em www.cnpd.pt

Circular Normativa n.º 16/DSMIA, de 5 de dezembro de 2001, Direcção-Geral da Saúde, disponível em www.dgs.pt

Circular n.º 2/DSMIA, de 15 de janeiro de 2007, Direcção-Geral da Saúde, disponível em www.dgs.pt

Circular Informativa n.º 184/CD, de 12 de novembro de 2010, INFARMED

Parecer 46/CNECV/05, sobre "Objecção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos". Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Consentimento Informado - relatório final, Entidade Reguladora da Saúde, 2009, disponível em www.ers.pt

Tom L. Beauchamp, James Franklin Childress. *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed. Oxford University Press, 2001

Oliveira, Guilherme. **Estrutura jurídica do acto médico - consentimento informado**, in Temas do Direito da Medicina, Coimbra Editora, Coimbra, 2005;

Oliveira G, Pereira A.D. **Consentimento Informado**, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, 2006;

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º xxxx/2013 DA Direção-Geral da Saúde

[Parte informativa: Diagnóstico e ou descrição da situação clínica; descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo; benefícios; riscos graves e riscos frequentes; atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas; riscos de não tratamento;]

A Pessoa/representante

[Parte declarativa do profissional] Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Nome legível do profissional de saúde: _____
Data Assinatura e número de cédula profissional

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

O pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Norma n.º ... do DGS de /0 /2013, da Direção-Geral da Saúde.

[Parte declarativa da pessoa que consente]

[exemplo 1] *Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

[exemplo 2] Riscar o que não interessar: "Declaro que concordo / não concordo com a
... .., conforme me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Assim, autorizo / não autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento."

... .. (local), (data)

Nome: _____

Assinatura

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

ANEXO II: CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º xxxx/2013 DA Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

[Este modelo destina-se a ser adaptado a cada caso concreto e os itens e sugestões nele contidos não esgotam os termos e possibilidades que cada investigador queira utilizar para o tornar mais claro. O documento utilizado representa uma forma de “contrato” entre investigador/a e participante, por isso cada parte fica com uma via assinada por ambos – o primeiro “outorgante” guarda-o para provar que pediu e obteve consentimento perante eventuais auditorias; o segundo “outorgante” guarda-o para reler, revogar se assim o entender ou reclamar se verificar eventual incumprimento do garantido. A linguagem a utilizar deverá ser tão simples quanto possível, livre de termos técnicos (exceto quando os participantes forem profissionais de saúde) e globalmente adequada à literacia dos participantes a recrutar.]

Título do estudo: ...

Enquadramento: ... [mencionar a unidade de saúde implicada; se tiver âmbito académico, referir escola e orientador/a]

Explicação do estudo: ... [referir se é questionário para preencher, entrevista gravada, recolha de dados de processo ou outro método; que tipos de dados serão colhidos; se a seleção do/a participante for aleatória ou houver grupo de controlo, explicar sumariamente o método; mencionar local onde o/a investigador/a se encontra com o/a participante, quantas vezes e durante quanto tempo aproximadamente; garantir destruição de gravações (áudio ou vídeo) num determinado prazo]

Condições e financiamento: ... [referir se há ou que não há pagamento de deslocações ou contrapartidas; informar quem financia o estudo (o/a investigador/a ou outrem); mencionar o carácter voluntário da participação e a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar; informar que o estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética]

Confidencialidade e anonimato: ... [garantir confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; prometer anonimato (não registo de dados de identificação) ou, caso contrário, afirmar que foi pedida e obtida autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados, garantindo, em qualquer caso, que a identificação dos participantes nunca será tornada pública; assegurar que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade]

... [agradecimentos e identificação do/a investigador/a – nome, profissão, local de trabalho, contacto telefónico, endereço eletrónico – e da pessoa que pede o consentimento, se for diferente;]

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s/ e número/s de cédula profissional de quem pede consentimento: ...

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

Nome:
Assinatura: Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CC N.º: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

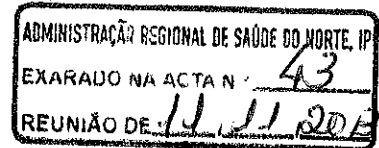
ASSINATURA

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



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 89 DATA: 7 Nov 13

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer N.º 87/2013

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer n.º 87/2013 (sobre o estudo: "Como é que os profissionais de saúde comunicam consigo? Relação entre comunicação, adesão ao tratamento, satisfação com os cuidados e resultados de saúde em pessoas com diagnóstico de doença crónica"), aprovado na reunião do dia 5 de Novembro de 2013, por unanimidade.

À Consideração Superior

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC

DELIBERADO AUTORIZAR
11/11/13

Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C.D.

2013/11/18

Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.D.

José Carlos Pedro
Vogal C.D.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

original

m

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 87/2013

Sobre o estudo T/203 – Como é que os profissionais de saúde comunicam consigo? Relação entre comunicação, adesão ao tratamento, satisfação com os cuidados e resultados de saúde em pessoas com diagnóstico de doença crónica

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC) iniciou a apreciação do Processo n.º T203, na sequência do pedido de parecer enviado a esta Comissão no dia 22/05/2013 pela Diretora Executiva do ACES Gaia, sobre o estudo de investigação “Como é que os profissionais de saúde comunicam consigo? Relação entre comunicação, adesão ao tratamento, satisfação com os cuidados e resultados de saúde em pessoas com diagnóstico de doença crónica”. Este estudo é realizado por Sofia Andrade e Hélder Pereira, estudantes do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva, Professora Associada da UFP.
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento; projeto do estudo; *curriculum vitae* dos investigadores e da orientadora; consentimento Informado, livre e esclarecido; declarações dos investigadores em como os dados obtidos são confidenciais, só irão ser utilizados neste estudo, e em como se comprometem a enviar cópia da tese; parecer positivo da Comissão de Ética da UFP, declaração da orientadora, instrumentos de avaliação (8) e respetivas autorizações e autorização do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Gaia. Os dados serão recolhidos no Centro de Saúde de Oliveira do Douro.
3. Trata-se de um estudo com desenho exploratório, transversal, descritivo e analítico, adotando uma abordagem quantitativa. Os participantes serão incluídos no estudo à



[Handwritten signature]

medida que forem aparecendo na instituição para consultas ou realização de exames de rotina. Será solicitado aos profissionais de saúde que terminada a consulta / atendimento ao utente o informem de que o presente estudo se encontra em curso, e caso este aceite, o encaminhem para um dos investigadores. Apenas serão avaliados os doentes que aceitarem assinar o consentimento informado, após o fornecimento de todas as informações sobre a investigação. A bateria de avaliação incluirá os seguintes instrumentos: 1- Questionário sócio-demográfico e clínico; desenvolvido especificamente para o presente estudo; 2 – Health Care Communication Questionnaire (HCCQ); 3 – Questionnaire on the Quality of Physician – Patient Interaction (QQPPI); 4 –The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ 18); 5 – MOS SF-36; 6 – Medida de adesão aos tratamentos (MAT); 7 – Escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS-21); 8 - Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS). Foram já obtidas as autorizações para a adaptação dos dois instrumentos de avaliação da comunicação profissional de saúde-doente para a língua e cultura portuguesa – HCCQ e QQPPI. Os investigadores declaram que as autorizações do MOS SF-36 e do PSQ 18 foram dadas automaticamente pela Rand Corporation e que no que respeita à Medida de adesão aos tratamentos (MAT) e às escalas de ansiedade depressão e stress (EADS-21), atestam que os autores disponibilizaram em publicação em revista científica os instrumentos na versão para administração em investigação, dispensando uma autorização adicional para o uso dos mesmos.

4. Os objetivos deste estudo são adaptar para a população portuguesa dois instrumentos de avaliação da comunicação centrada no doente, na perspetiva de pessoas com diagnóstico e doença crónica e analisar a existência de uma relação entre a perceção de uma comunicação centrada no doente, a perceção da qualidade da interação com os profissionais de saúde e os resultados de saúde.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência ao estudo.
2. Trata-se de um estudo com procedimentos não invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos na sua vida quotidiana.
3. A confidencialidade e o anonimato das respostas estão garantidos pelos investigadores.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado.

O relator

Maria Alzira Morais

Mestre Alzira Morais

Aprovado em reunião do dia 5/11/2013, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP

Alberto Pinto Hespanhol

Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol