

Margarida Madureira Dias



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Margarida Madureira Dias

**Comunicação entre o Profissional de Saúde-
Doente Crónico: Sua relação com o Afeto Positivo
e Negativo**



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Margarida Madureira Dias

**Comunicação entre o Profissional de Saúde-
Doente Crónico: Sua relação com o Afeto Positivo
e Negativo**

Margarida Dias

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

Resumo

O principal objetivo do presente estudo é analisar a relação entre a comunicação profissional de saúde-doente e os afetos positivo e negativo em indivíduos com diagnóstico de doença crónica acompanhados nos cuidados de saúde primários. Participaram no presente estudo 107 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 19 e os 86 anos ($M=55,93$; $DP=15,91$). Foram administrados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico; versão portuguesa do *Health Care Communication Questionnaire* (HCCQ) e versão portuguesa do *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS). Os resultados descritivos apontam para que os doentes se mostrem globalmente satisfeitos com a comunicação profissional de saúde e com maior presença de afetos positivos do que de afetos negativos. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a perceção da comunicação profissional-doente e os afetos positivo e negativo. Os principais resultados diferenciais mostraram que foram os homens que pontuaram mais na dimensão *Ausência de Hostilidade*, tendo esta sido mais pontuada pelos indivíduos que possuem uma perceção mais positiva da gravidade da sua doença. Observou-se igualmente uma maior presença de afeto positivo nos pacientes com escolaridade ao nível do secundário e licenciatura e de afeto negativo no seio daqueles com perceção mais negativa da gravidade da sua doença e mais insatisfeitos com a sua saúde. O presente estudo sublinha a necessidade de uma maior consciencialização dos profissionais de saúde para a comunicação profissional de saúde-doente, bem como para a importância da formação nestes profissionais, ao nível das competências comunicacionais e relacionais.

Palavras-chave: Comunicação; doente crónico, afetos positivo e negativo

Abstract

The main objective of this study is to analyze the relationship between the health professional-patient communication and the positive and negative affect on individuals diagnosed with chronic illness accompanied in primary care. Participated in this study 107 individuals of both sexes, aged between 19 and 86 years ($M=55,93$; $SD=15,91$). The following instruments were administered: socio-demographic and clinical questionnaire; Portuguese version of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) and Portuguese version of Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). The descriptive results pointed out that patients are generally satisfied with the health professional communication and greater presence of positive emotions than negative affect. No statistically significant correlations were found between the perception of health professional-patient communication and the positive and negative affect. The main differential results showed that men scored more in the Absence of hostility dimension, having this dimension more punctuated by individuals who have a more positive perception of their illness seriousness. There was also a greater presence of positive affect in patients with secondary-level schooling and degree and negative affect within those with more negative perception the seriousness of their illness and more dissatisfied with their health. This study underlines the need for a greater awareness of health professionals for health professional-patient communication, as well as to the importance of training these professionals, at the level of communication and relational skills.

Keywords: Communication; chronic patient, positive and negative affect

Agradecimentos

É muito difícil para mim, agradecer a todas as pessoas que comigo fizeram este percurso académico, tendo-o tornado especial e único. Difícil porque, corro o risco de me esquecer de alguém, o que não é minha pretensão e, se o fizer, desde já peço desculpa.

Ao meu **Pai** que do Céu me iluminou para me inscrever no “Exame de maiores de 23 anos” e, que durante estes sete anos, tantas vezes o ouvia sussurrar – **“Não tenho culpa que os alunos sejam maus”**. A Si Pai, que sei estar a sorrir neste momento...

À minha **Mãe** que fez todas as disciplinas comigo, quando me ouvia nos momentos mais difíceis, mesmo naqueles (e que não foram poucos) em que quis desistir. Ficou sozinha, várias noites à minha espera, com o jantar quentinho e a cama aberta para não perder tempo. A Ti Mami...

Ao Miguel que todos os dias esperava por mim, à entrada do portão, quando eu chegava da Faculdade para poder “petiscar” do meu jantar.

Aos meus Tios Manel e Luzia a quem eu pedia ajuda com a sua oração, nos dias das frequências (principalmente a Estatística) e, me respondiam – “Estuda, Deus não ajuda preguiçosos”.

À minha madrinha que no final da Licenciatura me ajudou a tornar a noite do Baile de Finalistas, única, ao fazer-me o vestido.

Aos meus Professores pelos seus ensinamentos, quer científicos quer humanos, tendo permitido que eu crescesse enquanto pessoa. O meu sincero Obrigada.

À Professora Doutora Isabel Silva, que aceitou a difícil tarefa de ser minha Orientadora. Em momento algum duvidou que eu a terminasse, incentivando-me, ajudando-me nas dúvidas constantes sempre com grande disponibilidade e, essencialmente com muita paciência.

Aos meus colegas de curso que comigo fizeram este percurso e, que senão fossem eles, certamente não tinha chegado até aqui. **Obrigada a Todos.**

Á Cláudia e à Fátima, duas colegas que se destacaram não só na vida académica, mas que passaram a fazer parte integrante da minha vida. São as irmãs que eu não tive e, sem elas, tenho a certeza absoluta que não tinha terminado.

Ao Nuno, companheiro das três amigas, que tantas vezes nos “salvou” quando os trabalhos informáticos e, não só, estavam a correr mal.

À Aurorita que estava sempre disponível para fotocopiar os artigos e a encadernar os trabalhos, que eram sempre urgentes...

Ao meu amigo Moreira que me incentivou a inscrever-me na Faculdade, tal como ele o acabava de fazer. Obrigada.

Ao meu Amigo Quim, pela sua amizade, que nos momentos mais difíceis deste percurso da minha vida, foi muito importante.

Faty, a Si Um Valente OBRIGADA.

“Tens uma forma de estar na vida que não interessa a ninguém, mas tens uma forma de lidar com ela que faz inveja a muita gente”..... Nita, estas palavras jamais as esquecerei.

A Todos o meu Sincero OBRIGADA!

Índice

Introdução	1
Parte I - Enquadramento Conceptual	3
Capítulo I - A Comunicação Profissional de Saúde-Doente	4
1.1. Comunicação em Saúde: Dados e Desafios	6
1.2. Comunicação Centrada no Paciente	10
1.3. Barreiras à Comunicação Profissional de Saúde-Doente	14
1.4. Avaliação da Comunicação Profissional de Saúde-Doente	27
1.5. Formação dos Profissionais de Saúde	32
Capítulo II - Bem-Estar Subjetivo: O Lugar dos Afetos	38
2.1. Bem-Estar Subjetivo: Definição e Delimitação do Conceito.....	39
2.2. Componentes do Bem-Estar Subjetivo	44
2.3. Avaliação do Bem-Estar Subjetivo	51
2.4. Comunicação Centrada no Doente e Bem-Estar Subjetivo	56
Parte II - Estudo Empírico	61
Capítulo III - Percurso Metodológico	62
3.1. Pertinência do Estudo	62
3.2. Objetivos	63
3.2.1. Variáveis do Estudo	64
3.3. Método	64
3.3.1. Participantes	64
3.3.2. Material	66
3.3.3. Procedimento	69
Capítulo IV - Resultados	72
Capítulo V - Discussão	79
Conclusões	86
Referências	89

Índice de Quadros

Quadro 1 - Elementos essenciais na construção da relação médico-paciente	35
Quadro 2 - Variáveis sociodemográficas	65
Quadro 3 - Variáveis clínicas	66
Quadro 4 - Dimensões do <i>Health Care Communication Questionnaire</i>	67
Quadro 5 - Comunicação profissional de saúde-doente crónico	72
Quadro 6 - Descrição dos afetos positivos e negativos	73
Quadro 7 - Diferenças na comunicação em função do sexo.....	73
Quadro 8 - Médias e desvios padrões nos afetos em função da escolaridade	74
Quadro 9 - Diferenças de médias nos afetos em função da escolaridade	75
Quadro 10 - Perceção da Gravidade da Doença	75
Quadro 11 - Médias e desvios padrões nas dimensões e total do HCCQ em função da perceção da gravidade da doença	76
Quadro 12 - Diferenças de médias na comunicação em função da perceção da gravidade da doença	76
Quadro 13 - Médias e desvios padrões nos afetos em função da perceção da gravidade da doença	77
Quadro 14 - Diferenças de médias nos afetos em função da perceção da gravidade da doença	77
Quadro 15 - Perceção da satisfação com a sua Saúde	77
Quadro 16 - Médias e desvios padrões nos afetos em função da satisfação com a saúde	78
Quadro 17 - Diferenças de médias nos afetos em função da satisfação com a saúde	78
Quadro 18 - Relação entre a comunicação profissional e os afetos	78

Índice de Figuras

Figura 1. Representação dos modelos teóricos do BES, <i>bottom-up</i> , <i>top-down</i> e integrativo, respetivamente	45
Figura 2 - Estrutura bifatorial do afeto	48

Lista de Siglas

Siglas	Significado
BES	Bem-estar subjetivo
HCCQ	<i>Health Care Communication Questionnaire</i>
OSCE	<i>Objective Standardized Clinical Examination</i>
PANAS	<i>Positive and Negative Affect Scale</i>
QdV	Qualidade de Vida
QQPPI	<i>Questionnaire on the Quality of Physician-Patient Interaction</i>
RCS-O	<i>Relational Communication Scale for Observational Measurement</i>
S.P.S.S.	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SWLS	<i>Satisfaction With Life Scale</i>

Introdução

A comunicação profissional de saúde-doente tem vindo a ser alvo de diversas investigações nos últimos tempos, uma vez que ela se mostra crucial para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e, conseqüentemente para a satisfação do paciente (Makoul, 2001).

Diversos estudos têm mostrado que a comunicação (verbal e não verbal) dos profissionais de saúde possui um impacto ao nível da adesão do paciente ao tratamento e também na melhoria do prognóstico da doença (e.g., Matusitz & Spear, 2014; Silverman & Kinnersley, 2010).

Assim sendo, a comunicação assume particular relevância no âmbito das doenças crónicas, pois os pacientes acometidos por estas doenças devem ser envolvidos no processo de tomada de decisão, na adesão aos tratamentos e recomendações clínicas que possam aportar mudanças nos comportamentos relacionados com a saúde (Platt & Keating, 2007).

A comunicação eficaz tem sido igualmente tida como promotora de uma redução de *distress* psicológico, em pacientes com elevados níveis de sintomas, nomeadamente com ansiedade e depressão (Talvitie, 2000; van Zanten, Boulet, McKinley, DeChamplain, & Jobe, 2007). Nos pacientes com doenças crónicas, a perceção da qualidade de vida (QdV) e do bem-estar está fortemente condicionada à gravidade da doença, ao tratamento necessário e às dificuldades sociais, físicas e psicológicas associadas à doença (Pressman & Cohen, 2005).

Sendo o Bem-Estar Subjetivo (BES) uma medida tripartida que integra o afeto positivo e negativo e a satisfação com a vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004), ele diz respeito à forma como o indivíduo avalia a sua vida (Siqueira & Padovam, 2008).

Nos indivíduos com doenças crónicas é natural encontrar-se uma avaliação mais reduzida dos seus níveis de felicidade, BES, satisfação com a vida, bem como se mostrarem mais suscetíveis a outros problemas de saúde (Ng, Diener, Aurora, & Harter, 2009). Nestes pacientes, verifica-se ainda um impacto da comunicação profissional na sua saúde física e psicológica (DiMatteo, Haskard, & Williams, 2007; Shaw, Pransky et al., 2009).

É neste sentido que surge o presente estudo, que tem como principal objetivo analisar a relação entre a comunicação profissional de saúde-doente e os afetos positivo e negativo em indivíduos com diagnóstico de doença crónica acompanhados nos cuidados de saúde primários.

Assim, o presente estudo encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte integra a revisão bibliográfica, sendo esta constituída por dois capítulos. O primeiro capítulo apresenta os aspetos associados à comunicação profissional-doente e, o segundo, associados ao BES.

A segunda parte apresenta o estudo empírico realizado, sendo que se encontra dividida em três capítulos. No terceiro capítulo é apresentada a metodologia utilizada, no quarto capítulo os resultados encontrados e, no quinto capítulo, são discutidos os resultados à luz da revisão bibliográfica realizada.

O presente estudo apresenta algumas conclusões, onde se procura realizar um balanço entre os pontos fortes e de melhoria da presente investigação, bem como as principais limitações do trabalho e sugestões para futuras investigações.

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Capítulo I - A Comunicação Profissional de Saúde-Doente

A comunicação profissional de saúde assume um papel central na transição entre a abordagem biomédica tradicional e a abordagem centrada no paciente (Andrew, Kallayarapu, Thomas, & Swain, 2014).

A abordagem biomédica tradicional assenta numa visão cartesiana do mundo, na qual a doença é tida como uma "avaria" (temporal ou permanente) do funcionamento ou da relação entre os componentes, pelo que a cura, significaria a reparação da máquina (Pais-Ribeiro, 2005). Nesta abordagem, há uma clara cisão entre a mente-corpo e um reducionismo, ou seja, a mente e corpo são vistos como identidades separadas e independentes (Dias, 2004). As doenças são exteriores ao corpo e causam mudanças físicas ou têm origem nas mudanças físicas internas involuntárias, causadas por desequilíbrios químicos, bactérias, vírus e predisposição genética (Odgen, 2004). Assim, a saúde seria a ausência de doença (DeMarco, 2003), por isso ou se é saudável ou se é doente, não havendo entre estes dois estados uma continuidade.

Após a II Guerra Mundial, este modelo deixou de dar respostas satisfatórias às grandes questões que se colocavam à medicina, pelo que a manutenção deste modelo (que ainda predomina em muitos contextos) deixou de ser possível, pois não se trata de um modelo científico, mas sim de um dogma (Pais-Ribeiro, 2005). Na segunda metade do século XX, houve necessidade de se encontrarem modelos explicativos que permitissem ultrapassar o reducionismo do modelo biomédico, assumindo a saúde e a doença não como duas identidades separadas e determinadas por fatores biológicos e orgânicos, mas igualmente pelas dimensões social e psicológica (Pais-Ribeiro, 2005).

A aceitação da influência dos fatores psicossociais tornou-se numa realidade cada vez mais presente, estritamente associada ao desenvolvimento das doenças, nomeadamente as doenças crónicas, dando lugar ao fortalecimento de uma abordagem biopsicossocial (DeMarco, 2003). Esta abordagem suporta a ideia de que os processos biológicos, psicológicos e sociais, encontram-se integral e interactivamente implicados na saúde e na doença (DeMarco, 2003), pelo que atende aos determinantes da doença, à escolha de um tratamento racional, à definição de padrões de cuidados de saúde, à consideração pelo paciente, sistema social e sistema alargado onde se insere, ao papel crucial do médico e dos sistemas de saúde (Pais-Ribeiro, 2005). Este modelo, centrado no paciente, melhora a

compreensão da doença, permitindo uma abordagem mais holística que integra os modelos da biologia, da dimensão psicológica e social (Dias, 2004).

Os profissionais de saúde, hoje em dia, experienciam diversos tipos de frustrações associadas a mudanças no sistema de prestação de cuidados de saúde nos países industrializados, que se constituem numa ameaça à verdadeira natureza e aos valores associados ao profissionalismo, já que a sua prática se encontra condicionada pelas disparidades entre as necessidades legítimas dos pacientes, pelos recursos disponíveis para satisfazer essas necessidades, pela crescente dependência das forças do mercado e dos próprias unidades de saúde onde trabalham, levando-os à tentação para abandonar o tradicional compromisso com a primazia dos interesses dos pacientes (Blank, 2002).

Os pacientes têm, geralmente, dificuldades em avaliar a competência do profissional, nomeadamente no início do acompanhamento, no entanto conseguem realizar uma avaliação da forma como o profissional os atende (Pinheiro, 2005). Por conseguinte, a satisfação do paciente está associada à quantidade de informação recebida na consulta, à comunicação que foi realizada e à competência técnica e interpessoal, sendo estes os aspetos que fortalecem a confiança que o paciente atribui aos profissionais de saúde com quem lida (Barletta, Gennari, & Cipolotti, 2011; Robertson, Dixon, & Legrand, 2008).

Também é certo que a insatisfação dos pacientes relativamente ao atendimento recebido tem grande impacto no próprio (e.g., adesão, bem-estar), no desempenho clínico dos profissionais de saúde condicionado pelas críticas de que são alvo (Allen, 2015) e, consequentemente, no próprio sistema de saúde (van Zanten, Boulet et al., 2007).

É neste sentido que o presente capítulo procura focalizar-se nas questões relativas à comunicação profissional em saúde, apresentando dados de investigações que se assumem como verdadeiros desafios ao nível das competências comunicacionais dos profissionais de saúde-paciente, da construção da relação interpessoal e da recolha/fornecimento de informação. Focaliza-se a importância de uma comunicação centrada no paciente, como forma de ultrapassar os desafios colocados a estes profissionais de saúde, explorando-se alguns aspetos relativos à forma de avaliação da comunicação profissional em saúde, bem como à formação necessária destes profissionais através de programas que procuram potenciar e melhorar as suas competências comunicacionais.

1.1. Comunicação em Saúde: Dados e Desafios

A comunicação possui um papel decisivo no âmbito das relações interpessoais, sendo que no contexto de saúde deve assumir-se como uma estratégia crucial e eficaz na transformação do sistema de cuidados de saúde (Andrew et al., 2014; Asan, Montagne, & Xu, 2012; Asan, Xu, & Montagne, 2013; van Zanten et al., 2007).

É neste sentido que Araújo, Pagnan, Zanetti e Simões (2011) referem que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes deve ser tida como ponto-chave na melhoria da qualidade do serviço de saúde e compreende aspectos como a personalização da assistência, a humanização do atendimento, o direito à informação e o consentimento informado. Assim, o elemento básico da comunicação profissional de saúde-paciente é construir uma relação, criar um caminho de discussão entre ambos, recolher informação sobre os problemas do paciente e, mutuamente decidirem o plano de ação a ser implementado (Makoul, 2001).

Tal como assegura Teixeira (2009), desde os primórdios da humanidade que a prestação de cuidados de saúde se fundamenta na relação com o paciente, priorizando-se a arte de ouvir e examinar cuidadosamente o indivíduo acima de qualquer intervenção terapêutica, pelo que o profissional de saúde exerce uma importante influência no psiquismo do paciente e na evolução das enfermidades, transmitindo, através do relacionamento interpessoal, a solidariedade, o amparo e a segurança, muitas vezes necessários ao despertar da reação vital do organismo, sendo que, em muitos casos, curava pela simples presença, ou seja, através de efeitos terapêuticos psicológicos ou inespecíficos segundo os parâmetros da medicina científica.

É nesta linha de pensamento que Grilo (2012) sustenta que as competências dos profissionais de saúde integram três tipos de aptidões necessárias à interação: competências relacionadas com o *conteúdo*, que traduzem aquilo que os profissionais comunicam; relacionadas com o *processo*, i.e., como comunicam os profissionais e, *perceptivas*, que se referem àquilo que os profissionais de saúde pensam e sentem.

Assim sendo, a comunicação integra não somente os aspectos verbais, mas também os não-verbais. Os elementos verbais referem-se ao uso do som, das palavras, do discurso e da linguagem (Silverman & Kinnorsley, 2010), enquanto a linguagem não-verbal permite o estabelecimento da relação profissional-paciente, fornecendo pistas para as preocupações e emoções subjacentes, bem como auxilia a que os comentários verbais sejam bem

compreendidos (Asan et al., 2012). Nesse sentido, o contacto visual assume particular preponderância no estabelecimento da interação, já que funciona como sinal para que ambas as partes se compreendam e, associado com outros comportamentos não-verbais, ajuda na troca de conteúdos emocionais (Silverman & Kinnersley, 2010).

A diversa literatura existente sobre a comunicação dos profissionais de saúde sublinha que esta tem um impacto a diversos níveis, nomeadamente na adesão do paciente ao tratamento (Ambady, Koo, Rosenthal, & Winograd, 2002; Asan et al., 2013) e na melhoria do prognóstico (Conthe et al., 2014; Matusitz & Spear, 2014), sendo que a adesão ao tratamento é definida pela regularidade e pontualidade com a qual os pacientes tomam a medicação prescrita, seguem uma dieta ou exercício recomendado (Hall, Willgoss, Humphrey, & Kongso, 2014).

No âmbito das doenças crónicas (e.g., hipertensão, diabetes, doenças da artéria coronária e insuficiência cardíaca), a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente assume particular relevo, tal como Beck, Daughtridge e Sloane (2001) assinalam. Estes autores referem que, quando os pacientes com doenças crónicas são envolvidos e informados relativamente ao processo de tomada de decisão, acabam por aderir mais facilmente aos tratamentos e recomendações clínicas, tendo esta adesão um impacto visível na mudança de comportamentos relacionados com a sua saúde (e.g., exercício, dieta, cessação tabágica), todavia, para que uma decisão possa ser partilhada, ambas as partes têm que se encontrar devidamente informadas sobre as alternativas e potenciais riscos do tratamento, bem como existir confiança mútua na relação estabelecida entre ambas as partes.

A investigação tem sublinhado que a comunicação eficaz (que integra explicações, *feedback* e partilha de dados clínicos) potencia a adesão dos pacientes ao tratamento ou às recomendações clínicas (Chen et al., 2007; Platt & Keating, 2007; Tongue, Epps, & Forese, 2005), sugerindo que aqueles que recebem menos informação dos profissionais de saúde apresentam uma parca adesão aos tratamentos (Friedman et al., 2008). As lacunas na comunicação, tais como tomadas de decisão unilaterais e a falta de conhecimento sobre os pacientes, são indicadores de uma comunicação pobre que pode levar à não adesão e, conseqüentemente, a efeitos adversos no estado de saúde dos pacientes (Wilson et al., 2007).

Para além do tratamento clínico da doença, outros aspetos assumem grande relevância neste contexto, como sendo o afeto, a cognição, o comportamento e outros aspetos sociais como as pressões financeiras e relações sociais, pelo que o impacto de uma comunicação de elevada qualidade deve ser percebido em todas estas dimensões (van Zanten et al., 2007). Uma comunicação de elevada qualidade leva a uma mútua compreensão, satisfação do paciente, confiança, envolvimento bilateral na tomada de decisão, acordo relativamente ao tratamento e motivação do paciente (Street, Makaol, Arora, & Epstein, 2009).

Ainda neste âmbito, investigações têm mostrado que a comunicação direta e um positivo suporte percebido assumem um papel importante na redução de visitas de emergência e no controlo de doenças crónicas (Andrew et al., 2014). A literatura tem referido que a comunicação eficaz nos tratamentos médicos leva a uma melhoria da saúde, do estado funcional e emocional, uma maior adesão ao regime de tratamento, satisfação dos profissionais de saúde e redução de riscos decorrentes de más práticas clínicas (Wong & Lee, 2006), bem como se mostra eficaz na gestão pós-operatória da dor, em doentes cirúrgicos (Sugai et al., 2013).

Assim, os pacientes parecem preferir os profissionais de saúde em função da qualidade da sua comunicação, tal como Schattner, Rudin e Jellin (2004) verificaram no seu estudo, no qual 38% dos pacientes selecionaram os profissionais de saúde com base na sua experiência profissional, enquanto 30% os selecionou com base na paciência apresentada, atenção dedicada, informação dada, valorização, transparência e respeito pelos interesses e preferências do paciente. Os autores referiram que excluindo a experiência profissional, todos os fatores assinalados podiam ser incluídos dentro de uma comunicação eficaz.

Num estudo que pretendeu rever as intervenções com pacientes com cancro, os resultados mostraram a importância de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes na promoção de uma maior satisfação com os cuidados de saúde (Bredart et al., 2005). Os resultados deste estudo sublinharam o uso de várias estratégias que potenciam a satisfação dos pacientes e que fornecem resultados positivos ao nível da saúde, sendo que a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e o paciente, foi identificada como sendo uma das estratégias mais eficazes.

Zachariae e colaboradores (2003) realizaram um estudo com intuito de analisar a associação entre o estilo de comunicação do médico, percebido pelo paciente, a satisfação, *distress*, autoeficácia associada ao cancro e controlo percebido sobre a doença. Os autores utilizaram o Inventário de Relação Paciente-Médico e concluíram que quanto maior a pontuação neste inventário, maior a satisfação dos pacientes, autoeficácia percebida e menor *distress* por estes apresentado.

Assim, quanto maior for a adesão e os autocuidados do paciente, melhores serão os seus resultados ao nível da saúde (Moore et al., 2004). A comunicação eficaz é também promotora de uma redução de *distress* psicológico nos pacientes com níveis elevados de sintomas, bem como potenciadora de um prognóstico mais positivo (van Zanten et al., 2007).

Uma boa comunicação produz igualmente impacto nos próprios profissionais de saúde (Allen, 2015; Kuhn, 2002; Lang, 2012), nomeadamente na potenciação da sua satisfação com o trabalho e na sua produtividade (Ambady et al., 2002; Haas et al., 2000). Profissionais de saúde satisfeitos levam a pacientes satisfeitos com o serviço de cuidados de saúde que recebem, sendo esta satisfação fundamental na redução dos níveis de *stress* associados à área da saúde e de *burnout* (Bredart, Bloulec, & Dolbeault, 2005) e na redução das queixas por parte dos pacientes (Araújo et al., 2011; Asan et al., 2012; Asan et al., 2013; Brinkman et al., 2007).

Por último, o impacto de uma comunicação eficaz pode ser visto em todos os resultados envolvidos no processo de prestação de cuidados, nas tomadas de decisão democráticas, na melhoria de uma confiança mútua e na melhoria da relação profissionais de saúde-paciente (Sugai, Deptula, Parsa, & DonParsa, 2013). A tomada de decisão partilhada assegura, igualmente, uma responsabilidade partilhada, o que leva o paciente a uma adesão clínica (Kuhn, 2002).

Uma comunicação eficaz e ativa por parte dos profissionais de saúde facilita o processo de empatia com o paciente, o que acaba por fortalecer a confiança na relação, diminuindo os medos, ansiedades e apreensões que o paciente possa ter (Bredart et al., 2005; Dijkstra, Albada, Cronauer, Ausems, & Dulmen, 2013), facilitando a expressão das emoções por parte dos pacientes (van Zanten et al., 2007).

Assim, a empatia e a compreensão (Deladisma et al., 2007), o trabalho colaborativo (Cant & Aroni, 2008) e a comunicação centrada no paciente (Larson & Yao, 2005)

potenciam a satisfação profissional. O estudo realizado por Fan, Bruman, McDonell e Fihn (2005) mostrou que o humanismo dos profissionais de saúde se assume como um preditor significativo da satisfação do paciente, enquanto uma comunicação pobre, prediz experiências negativas por parte dos pacientes, baixa satisfação e reduz grandemente a probabilidade desses pacientes recomendarem esses profissionais de saúde a famílias ou amigos.

Em suma, pode-se dizer que a comunicação profissional de saúde-paciente assume-se como pedra basilar do processo terapêutico, com impacto visível no nível de adesão aos tratamentos e recomendações, no estado emocional, funcional e de saúde do paciente, na sua satisfação, na construção de uma relação interpessoal profícua, na satisfação dos próprios profissionais de saúde e nos resultados esperados. Pelo exposto apresentam-se, em seguida, os princípios básicos que caracterizam a comunicação centrada no paciente.

1.2. Comunicação Centrada no Paciente

A comunicação entre profissional de saúde-paciente tem o potencial de regular as emoções do paciente, facilitando a compreensão da informação transmitida e permitindo uma melhor identificação das necessidades do paciente, suas percepções e expectativas (Arora, 2003; Bredart et al., 2005; Platt & Keating, 2007; van Zanten et al., 2007).

Com a transição do paradigma biomédico para a abordagem biopsicossocial nos cuidados de saúde, a avaliação dos profissionais de cuidados de saúde exige um conjunto de competências associadas à comunicação centrada no paciente (Mead & Bower, 2000), uma vez que os doentes crónicos que procuram um tratamento fazem-no num contexto psicossocial (Andrew et al., 2014).

Por este motivo, é importante compreender para além da doença que o paciente apresenta, se o mesmo possui ansiedade e depressão (com impacto na sua dimensão cognitiva e na sua memória), se possuem uma rede de suporte social (e.g., família e amigos) que o possa ajudar na adesão terapêutica (e.g., dieta, exercício) e a sua condição económica para fazer face aos custos da medicação e outros regimes de tratamento que possam ser prescritos (Golin, Thorpe, & DiMatteo, 2007).

Estas considerações podem ter um papel importante na linha de tratamento somente se a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente for eficaz e proporcionar uma

informação suficientemente abrangente relativamente ao contexto psicossocial do paciente (Bredart et al., 2005; Durieux, Bissery, Dubois, Gasquete, & Coste, 2004).

Esta preocupação centrada no paciente, através de uma abordagem biopsicossocial, ajuda a construir uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o paciente, na qual as informações sobre as necessidades dos pacientes e os conselhos profissionais assumem grande impacto ao nível dos resultados esperados (Arora, 2003).

Durante este processo, o profissional de saúde possibilita que o paciente desenvolva um vínculo de confiança que vai para além das competências clínicas percebidas e que permitem avaliar estes profissionais como "humanos" e "apoiantes" (van Zanten et al., 2007).

Assim, o paciente, para além de olhar para o profissional de saúde como apenas um profissional, ele percebe a sua dimensão humana que é essencial ao desenvolvimento de uma relação eficaz (Platt & Keating, 2007). Por conseguinte, as competências comunicacionais eficazes são requeridas na abordagem centrada no paciente, enfatizando a construção de um *rapport* através do uso da empatia e das competências comunicacionais de escuta ativa e não-verbais (Mead & Bower, 2000). Portanto, a comunicação em saúde que utiliza uma abordagem biopsicossocial forma uma relação de reciprocidade entre o profissional de saúde e o paciente (Andrew et al., 2014).

A abordagem centrada no paciente é crucial para o sucesso do trabalho clínico e terapêutico, sendo que ela extravasa as fronteiras do trabalho do psicólogo, atingindo a ação de outros profissionais de saúde, inclusivamente do médico, pelo que a relação médico-paciente pode ser vista como terapêutica uma vez que através dela podem ser maximizados os efeitos positivos e minimizados os negativos na construção da saúde (Barletta et al., 2011).

Assim sendo, a relação terapêutica é essencial pois interfere diretamente no resultado do tratamento, podendo prever os resultados positivos e potenciá-los (Rodríguez, Kolling, & Mesquida, 2007). De acordo com estes autores, a forma como o indivíduo processa os eventos que ocorrem na sua vida influencia diretamente as suas respostas emocionais e comportamentais, pelo que o fracasso do tratamento poderá estar associado à qualidade da relação estabelecida entre o profissional e o paciente.

Neste sentido, e tal como Lins, Franco e Alves (2005) assinalam, é importante que a decisão adequada seja tomada e, para tal, é necessário que os participantes do processo

possam fazer as suas escolhas ajustadamente, traçando metas e desenvolvendo competências e habilidade para resolver os problemas. Este envolvimento e participação só são possíveis quando se detém a informação necessária sobre as alternativas e consequências dos diversos tratamentos. Por conseguinte, os autores referem que quer os profissionais de saúde, quer o paciente, devem assumir um papel de destaque neste processo, assumindo-se mutuamente como parceiros de uma relação terapêutica, trabalhando em aliança e favorecendo a relação colaborativa. É, por isso, que a abordagem centrada no paciente se apresenta como bidirecional e horizontal, na qual se encontram presentes componentes fundamentais da dinâmica interpessoal (Beck et al., 2001).

Quer os profissionais de saúde, quer os pacientes possuem crenças que acabam por estar presentes nessa dinâmica interpessoal, sendo que ambos repetem modelos de relacionamentos antigos que foram aprendidos e se encontram enraizados (Lins et al., 2005). Assim, as crenças negativas que o paciente tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo que o rodeia são dominantes na sua perceção, pelo que o seu comportamento tende a ser disfuncional e desadaptativo à situação de doença (Ciechanowski, Walker, Katon, & Russo, 2002). Da mesma forma, os profissionais de saúde mantêm expectativas irreais sobre os pacientes, nomeadamente perante aqueles que representam um desafio para si, podendo ter dificuldades e reações também desadaptativas para com estes (Ciechanowski et al., 2002).

Numa situação de doença, o sistema de crenças, comportamentos e sentimentos poderá ser mais facilmente acedido se a relação com o profissional de saúde for percecionada como favorável (Garcia, Lima, Gorender, & Badaró, 2005).

No processo de dinâmica interpessoal, a comunicação é assumida como crucial, já que ela permite consolidar a relação de confiança e estabelecer um vínculo positivo, tornando-se numa estratégia essencial para iniciar e manter um relacionamento favorável entre o profissional e o paciente (Gask & Upherwood, 2002; Lins et al., 2005). Com base num nível adequado de comunicação, abre-se o canal para ambos os participantes ouvirem, entenderem, discutirem, refletirem e construírem, em conjunto, habilidades e estratégias comportamentais de promoção de saúde, assim como para diluírem e gerirem dúvidas, medos, expectativas e crenças que possam ser distorcidas (Barletta et al., 2011).

Quando a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente decorre de forma positiva, ela própria torna-se terapêutica, pois permite o aumento da confiança, do respeito

e da própria empatia (Borges, Freitas, & Gurgel, 2012; Müller, 2009; Oliveira & Gomes, 2004).

Um estudo realizado por Ruiz-Moral, Rodríguez, Torres e Torre (2006) mostrou que grande parte dos médicos de várias especialidades utilizava um estilo centrado na componente biomédica, pouco empáticos, não exploravam as emoções e expectativas dos pacientes e inibiam a participação destes nas tomadas de decisão.

A abordagem centrada na doença assegura que o profissional de saúde tenha como principal objetivo chegar ao diagnóstico e tomar decisões, pelo que é comum os profissionais socorrerem-se de perguntas fechadas e específicas e interromperem frequentemente o discurso do paciente (Barletta et al., 2011), sendo que espera que este apenas responda às questões específicas que lhe são colocadas e siga as recomendações médicas (Bensing et al., 2006).

Esta abordagem recebe inúmeras críticas pois, perante a sua atitude em controlar o diálogo e em demonstrar indisponibilidade, o paciente sente-se inibido para levantar questões e verbalizar as suas angústias (Street et al., 2009). Esta atitude leva o profissional de saúde a colocar hipóteses incorretas e a fazer suposições erradas relativamente às necessidades do paciente (Silverman, 2009). Contrariamente, a participação ativa do paciente no tratamento e nas decisões a ele associadas, tendem a diminuir a angústia emocional e a potenciar a sua satisfação (Ruiz-Moral et al., 2006).

Little e colaboradores (2001), num estudo conduzido com 824 pacientes de cuidados de saúde primários, concluíram que a maioria dos pacientes desejava uma relação centrada no paciente, que incluía três domínios: (i) comunicação eficaz que integra a exploração do ponto de vista do paciente e suas expectativas perante o tratamento; (ii) relação de parceria, ou seja, construção de uma relação em que o paciente se sente compreendido e na qual o profissional de saúde é percebido como uma pessoa amigável e acessível e (iii) promoção de saúde.

Também Stewart, Brown e colaboradores (2000) constataram que o uso de uma abordagem centrada no paciente se encontrava associada com melhorias no estado de saúde e no aumento da eficácia nos cuidados de saúde. Assim, a abordagem centrada no paciente utiliza uma comunicação terapêutica, para trocar e partilhar conhecimentos e pontos de vista com o paciente, levando a uma tomada de decisão partilhada e construindo uma relação de confiança (Bensing et al., 2006).

Staiger, Jarvik, Deyo, Martin e Braddock (2005) observaram que aqueles pacientes que sofriam de lombalgia alcançavam um elevado nível de acordo com os profissionais de saúde que os acompanhavam, apresentavam maiores níveis de satisfação e melhorias mais significativas na saúde.

Mead e Bower (2000) referem que o conceito de abordagem centrada no paciente inclui cinco dimensões:

- Adoção do modelo biopsicossocial, oposto ao modelo biomédico;
- Compreensão do paciente enquanto indivíduo único, com os seus direitos e não apenas como um simples corpo com doença;
- Partilha de poder e de responsabilidade entre profissional de saúde e paciente;
- Construção de uma aliança terapêutica;
- Compreensão do profissional enquanto pessoa e não apenas um técnico provido de competências específicas.

Para que o profissional de saúde possa aceder ao significado profundo do paciente e da sua doença é importante que ele esteja atento às suas ideias e preocupações, bem como aos aspetos culturais que podem condicionar as atitudes e comportamentos do paciente (Bensing et al., 2006). A abordagem centrada no paciente exige que o profissional de saúde seja flexível para ir adequando as estratégias de intervenção em função das realidades específicas de cada paciente e no momento (Stewart, Brown et al., 2000).

Em suma, pode-se afirmar que a comunicação centrada no paciente aporta impactos positivos na relação entre o profissional de saúde-paciente, facilitando a construção da relação entre ambos e uma maior adesão aos tratamentos e recomendações médicas. Em seguida, abordam-se as principais barreiras ao nível da comunicação dos profissionais de saúde-pacientes e o seu impacto na construção da relação interpessoal.

1.3. Barreiras à Comunicação Profissional de Saúde-Doente

A literatura tem vindo a sublinhar, consistentemente, uma prevalência de problemas de comunicação nos profissionais de saúde com os seus pacientes (e.g., Anden, Anderson, & Rudebeck, 2005; Andrew et al., 2014; Beach, Roter, Wang, Duggan, & Cooper, 2006; Bulduklu, 2014; DiMatteo et al., 2007; Fan et al., 2005; Keating et al., 2002; Larson & Yao, 2005; McLafferty, Williams, Lambert, & Dunnington, 2006; Schattner et al., 2004;

Schofield, Diggins, Charleson, Marigliani, & Jefford, 2010; Shaw, Pransky et al., 2009; Sugai et al., 2013).

Muitos pacientes têm referido que a tónica que é colocada na alta tecnologia dos tratamentos mais modernos, aportou experiências de desumanização (Asan et al., 2012; Asan et al., 2013; Barletta et al., 2011), sendo que os relatos mais surpreendentes desta desumanização e falta de empatia nos cuidados de saúde são referenciados pelos próprios médicos, quando estes, pelas circunstâncias da vida, se encontram no papel de pacientes (Klitzman, 2007). Por conseguinte, denota-se que o avanço da tecnologia fez com que muitos profissionais de saúde utilizassem o computador durante as consultas, o que acabou por aportar consequências negativas nas interações que estabelecem com os pacientes (Asan et al., 2012; Asan et al., 2013; Barletta et al., 2011).

Uma das primeiras barreiras ao nível da comunicação remete-nos para a ausência do contacto ocular entre o profissional de saúde e os pacientes, tal como referem Asan e colaboradores (2013), que conduziram um estudo com intuito de identificarem as diferenças nos padrões de contacto visual em três tipos de interação clínica (estilo centrado na tecnologia; centrado no paciente e estilo misto de interação). Os autores analisaram 100 pacientes (44 mulheres e 56 homens), com uma média etária de 45,2 anos e 6 profissionais de saúde, com média etária de 47,6 anos, explorando os padrões de contacto visual através de gravações que foram captadas através de três câmaras: uma focalizada no profissional de saúde, outra no paciente e outra na sala de consulta para captar a interação total. Os principais resultados deste estudo mostraram que o estilo centrado na tecnologia está mais centrado a um menor contacto visual mútuo entre o profissional-paciente, do que os restantes estilos. Os autores observaram ainda que quando o profissional de saúde fixava o seu olhar no computador, mais o paciente mantinha o seu olhar focalizado num outro local qualquer da sala, mostrando descomprometimento na interação. Os autores sublinharam, no entanto, que o uso do computador por parte dos profissionais de saúde durante a consulta deve ser um procedimento para a promoção de uma interação eficaz, funcionando como um mediador da própria relação e do maior contacto ocular entre os intervenientes.

Hoje em dia, devido ao aumento da esperança média de vida no mundo ocidental, observa-se um acréscimo significativo do número de indivíduos com doenças crónicas (Okamoto, 2007), sendo que a investigação revela que a qualidade de vida destes pacientes depende, em muito, do suporte psicossocial e do encorajamento dos profissionais de saúde,

para utilizarem as estratégias de confronto mais adequadas (Jangland, Gunningberg, & Carlsson, 2009).

Investigações têm mostrado que uma das principais barreiras de comunicação dos profissionais de saúde parece associar-se a determinadas variáveis sociodemográficas, como a idade, o sexo, o nível socioeconómico e habilitações académicas (Bertakis, Franks, & Epstein, 2009; Govender & Penn-Kekana, 2007; Peck, 2011; Thiedke, 2007; Thorson & Johansson, 2004; Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & DeMaeseneer, 2005).

Assim, a idade dos pacientes é assumida como um determinante da qualidade de escuta por parte dos profissionais (Govender & Penn-Kekana, 2007). Um estudo com pacientes idosos mostrou que os profissionais de saúde tendem a utilizar uma abordagem centrada no paciente nas comunicações que realizam com pacientes com mais de 65 anos (Peck, 2011), sendo que são os pacientes mais velhos que revelam maior satisfação com o sistema de saúde (Thiedke, 2007).

Também o género tem mostrado ser uma barreira no uso dos estilos comunicativos, pelo que o estudo conduzido por Thorson e Johansson (2004) mostrou que as pacientes mulheres, com níveis socioeconómicos mais baixos, eram tidas como envergonhadas, hesitantes e limitadas no seu conhecimento e que tendiam a confirmar a informação recebida por parte dos profissionais de saúde, junto dos seus maridos, familiares e vizinhos. Assim, os profissionais de saúde tendiam a fazer uso de um estilo de comunicação centrado no paciente quando estavam perante pacientes mulheres, sugerindo que estas expressavam mais os seus sentimentos e falavam mais sobre assuntos psicossociais (Bertakis et al., 2009). No entanto, o efeito do género ainda se apresenta contraditório nos diversos estudos, havendo estudos que mostram que são as mulheres que se apresentam menos satisfeitas com os cuidados de saúde prestados, enquanto outros mostram ser os homens que apresentam essa satisfação (Thiedke, 2007).

As habilitações académicas são percecionadas como uma barreira na comunicação profissional, pois pacientes com níveis de habilitações superiores, detêm mais competências e confiam mais nos profissionais de saúde, procurando mais informação, fazendo mais questões e falando mais do que pacientes com habilitações mais baixas (Willems et al., 2005). Os autores verificaram que os pacientes com habilitações superiores se mostravam mais expressivos, concedendo mais opiniões, pelo que recebiam mais

informação sobre a sua saúde e diagnóstico clínico, do que os pacientes com habilitações mais baixas.

Assim, das investigações atrás referenciadas, pode-se dizer que são os pacientes com níveis de habilitações mais elevados, mais velhos e pertencentes a níveis socioeconómicos mais elevados, que recebem mais informação clínica sobre a sua saúde, porque patenteiam estilos comunicacionais que eliciam informação dos profissionais de saúde (Bertakis et al., 2009; Peck, 2011; Willems et al., 2005).

Existem outros fatores que funcionam como barreira na qualidade da comunicação, nomeadamente os fatores de personalidade e a gravidade do estado clínico do paciente (Pollock & Grime, 2002, 2003). Neste sentido, a gravidade do estado clínico do paciente assume-se como um fator a ser tido em consideração no processo de comunicação, já que tal como Schofield e colaboradores (2010) sublinharam, os profissionais de saúde devem considerar os aspetos psicológicos da doença e a relação destes com o impacto da comunicação, nomeadamente os que dizem respeito ao bem-estar do paciente, *distress* psicológico, confiança e humor negativo e positivo, depressão mascarada, saúde emocional e qualidade de vida. Os autores sustentaram que muitos destes aspetos psicológicos decorrem da própria experiência de doença por parte dos pacientes, já que esta é assumida como a interpretação que o paciente confere à sua doença, condicionando o tipo de comunicação que possa ser estabelecido.

Assim, por exemplo, estudos realizados por DiMatteo e colaboradores (2007) e Shaw, Pransky e colaboradores (2009) mostraram o impacto da comunicação dos profissionais de saúde no estado de saúde física e psicológica dos pacientes. DiMatteo e colaboradores (2007) constataram que os pacientes com doenças crónicas, que necessitam de mais atenção, atribuíam maior importância à comunicação destes profissionais, sendo que a gravidade do quadro clínico da doença se encontrava correlacionada negativamente com a qualidade da comunicação. Shaw, Pransky e colaboradores (2009), no seu estudo, mostraram que os profissionais de saúde comunicavam cada vez mais, mas de forma menos eficaz com os pacientes que possuem problemas ao nível da sua saúde mental, sublinhando que a fraca qualidade da comunicação se encontrava implicada na ampla dimensão da psicopatologia, na qual muitas vezes, nenhum critério de diagnóstico se encontrava presente no paciente (entendido como *distress* psicológico percebido). Também Talvitie (2000), no seu estudo, constatou que os pacientes que se encontravam deprimidos e num estado clínico mais grave, recebiam menos *feedback* informativo por parte dos

fisioterapeutas, do que aqueles pacientes mais ativos e que apresentavam um bom estado geral de saúde.

Diversos estudos assinalados por Thiedke (2007) mostraram que os pacientes com doenças crónicas se apresentavam menos satisfeitos com o sistema de saúde, sendo que esta insatisfação era potenciada quando existia mais do que uma doença crónica concomitante.

Segundo Keating e colaboradores (2002) existem basicamente três razões pelas quais os pacientes se sentem insatisfeitos com os cuidados de saúde prestados: (a) os profissionais de saúde não despendem tempo suficiente para responder a todas as suas questões; (b) não concedem informação clara quando respondem às questões; e (c) não facultam muita informação.

Também McLafferty e colaboradores (2006) realizaram um estudo para determinar quais os comportamentos dos profissionais de saúde que se relacionavam com a insatisfação dos pacientes e que reduziam a possibilidade de estes recomendarem os profissionais de saúde às suas famílias e amigos. Os autores constataram que esses fatores radicavam numa comunicação ineficaz por parte do profissional, nomeadamente a falta de explicações sobre as condições clínicas do paciente, dos tratamentos e complicações associadas, bem como o facto de se manterem sentados durante o atendimento, falta de interesse demonstrado, atitudes que mostravam ausência de dignidade, não colocavam questões e não convidavam os pacientes a fazer questões ou a responder às suas questões.

A insatisfação dos pacientes relativamente aos profissionais de saúde pode levá-los a optarem pelas medicinas complementares e alternativas¹, tal como se observa no estudo de Bulduklu (2014), que procurou analisar os motivos pelos quais 226 pacientes da Turquia, com dores crónicas nos ossos, procuravam estas medicinas. O autor constatou que as principais razões dessa procura se deviam à vergonha que os pacientes sentiam em ir aos médicos, medo de consultar assumindo que estes não se interessavam por eles e não prestavam atenção às suas queixas e aos seus problemas de saúde. Verificou, ainda, que estas crenças dos pacientes relativamente aos profissionais de saúde radicavam na sua perceção de comunicação, no suporte convencional que lhes era proporcionado pelo sistema de saúde e na sua insatisfação, concluindo que os pacientes preferiam profissionais

¹ O autor refere que as medicinas alternativas são o conjunto de terapias que não se encontram inseridas na medicina convencional, sendo que as complementares são aquelas que já começam a ser aceites pela medicina convencional, como é o caso da acupuntura, do reiki e do yoga.

de saúde que os informassem adequadamente e que tinham atitudes de transparência e de sinceridade para com eles.

Relativamente ao respeito percebido, Beach e colaboradores (2006, p. 7) conduziram um estudo no qual verificaram que os pacientes estavam sempre atentos ao facto dos profissionais de saúde mostrarem respeito por si e este respeito encontrava-se intimamente associado aos seus comportamentos de comunicação. Os autores constataram que os profissionais de saúde que concediam mais informação aos seus pacientes e que apresentavam mais afetos positivos durante as consultas eram percebidos como mais respeitadores. No entanto, os autores sublinharam a dificuldade em estudar o efeito das atitudes destes profissionais a partir do seu comportamento com os pacientes, pois nem sempre é fácil distinguir o efeito do comportamento do paciente no desenvolvimento de uma atitude por parte dos profissionais de saúde e no seu comportamento subsequente, levantando algumas questões pertinentes como: *será que os profissionais de saúde respeitam os pacientes que fazem inúmeras questões? Se sim, será que o profissional responde às questões concedendo mais informação? Similarmente será que os profissionais têm mais respeito pelos pacientes que apresentam uma atitude emocional mais positiva, ou poderá ser que o contágio emocional seja explicativo de uma postura emocional mais positiva por parte destes profissionais?*

Também na recolha e no fornecimento de informação têm sido identificadas barreiras no decurso dos atendimentos de saúde. Silverman (2009) assinalou que a história do paciente contribui entre 60 a 80% para o diagnóstico e diversos autores (Bensing et al., 2006; Clever, Levinson, & Meltzer, 2008) têm sublinhado que os pacientes são verdadeiros especialistas dos seus próprios sintomas, pelo que o profissional de saúde deve ouvir a sua história e compreender a sua perspetiva relativamente à doença.

Os estudos conduzidos a este respeito têm mostrado que os profissionais de saúde encontram barreiras na recolha de informação relevante (Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer, & Greitemann, 2009), nomeadamente no que diz respeito às preocupações e/ou expectativas do paciente (Roter & Larson, 2001). Os profissionais de saúde duvidam, por diversas vezes, das descrições que os pacientes fazem da sua doença, sendo que para estes últimos, o sintoma é um alerta, enquanto para os profissionais de saúde as queixas dos pacientes permitem a realização de um diagnóstico e, conseqüentemente, de um plano de tratamento (Van Dalen et al., 2001).

Por conseguinte, nem sempre é conferida ao paciente a oportunidade para se expressar abertamente na primeira consulta (Friedman et al., 2008), sendo que os profissionais de saúde regulam a quantidade de informação solicitada no início da consulta, com o uso de questões fechadas (Friedman et al., 2008), exercendo um claro controle sobre o discurso do paciente (Roter & Larson, 2001). Assim sendo, o profissional de saúde incorre no risco de se deter sobre a primeira queixa do paciente, sendo que esta nem sempre é a principal, originando problemas na elaboração de um diagnóstico preciso e acurado (Silverman, 2009) ou na concessão de recomendações mais adequadas (Roter & Larson, 2001).

Nesta linha de pensamento, um estudo conduzido por Robinson e Heritage (2006) com pacientes portadores de patologias agudas demonstrou que as perguntas abertas no início da consulta se encontravam diretamente relacionadas com os níveis de satisfação dos pacientes. De igual forma, Roter e Larson (2001) verificaram que, mesmo no contexto dos cuidados de saúde primários, 80% das questões que os médicos efetuavam eram fechadas e referentes a assuntos biomédicos.

Também Staiger e colaboradores (2005) verificaram, no seu estudo, que 21% dos pacientes com dores lombares discordavam em pelo menos um dos três aspetos abordados na consulta pelo clínico. Estes aspetos incluíam a explicação para a causa do problema, o plano para elaboração do diagnóstico e o plano do tratamento.

Relativamente ao fornecimento de informação, esta tem um papel central na comunicação em saúde (Christen, Alder, & Bitzer, 2008), pelo que a informação transmitida deve ir ao encontro das necessidades de cada paciente, para potenciar a sua satisfação, adesão e reduzir os sintomas psicológicos como a ansiedade (Díaz et al., 2009; Durieux et al., 2004).

Estudos têm mostrado a insatisfação dos pacientes perante a qualidade e a quantidade de informação fornecida pelos profissionais de saúde (Dibbelt et al., 2009; Durieux et al., 2004; Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher & Rowlands, 2009), referindo que essa informação é insuficiente, imprecisa e até mesmo ambígua (Teixeira, 2000).

Também Odgen e colaboradores (2002) verificaram que o fornecimento de informação é precisamente uma das temáticas sobre a qual os profissionais e pacientes não são concordantes. Os pacientes atribuem uma importância grande à informação que lhes é transmitida, ao contrário dos profissionais de saúde, considerando que estes falham não

apenas no fornecimento de informação adequada sobre o diagnóstico, prognóstico, explicação dos efeitos secundários do tratamento, bem como na verificação da compreensão do paciente relativamente àquilo que lhe foi transmitido (Farrell, Kuruvilla, Eskra, Christopher, & Brienza, 2009). Isto significa que os profissionais de saúde não realizam uma leitura adequada dos sinais emitidos pelo paciente, que indicam que este necessita de mais informação (Coelho & Galan, 2012; Levinson, Gorawara-Bhat, & Lamb, 2000; Roter & Larson, 2001).

Teixeira (2000) sugere que os profissionais de saúde transmitem informação de forma rotineira, sem atenderem ao estilo cognitivo, crenças sobre saúde e nível cultural do paciente, sendo que os problemas de comunicação passam, muitas vezes, pela falta de clareza da mesma. Estudos mostraram que pacientes hospitalizados com pouca literacia em saúde apresentavam uma pobre comunicação no que toca à clareza, responsividade sobre as preocupações da sua doença e explicações de cuidados, quando comparados com aqueles que possuíam elevada literacia em saúde (Katz, Jacobson, Veladar, & Kripalani, 2007; Kripalani et al., 2010).

Da mesma forma, outros estudos têm mostrado que os médicos utilizam, frequentemente, termos técnicos (jargões) nas suas comunicações com os pacientes, que se encontram para além da compreensão destes (Castro, Wilson, Wang, & Schillinger, 2007), contribuindo para o empobrecimento da comunicação com estes interlocutores. Os cardiologistas, por exemplo, utilizam termos técnicos que não são compreendidos por pacientes jovens adultos (Thomas, Hariharan, Rana, Swain, & Andrew, 2014).

O uso deste tipo de linguagem (jargões) deixa os pacientes confusos, levando a uma compreensão parca do conteúdo da mensagem e, conseqüentemente pode levar a comportamentos de saúde contrários ao esperado (Fields, Freiberg, Fickenscher, & Shelley, 2008). Um estudo realizado com 96 pacientes pré-operatórios mostrou que o uso de termos técnicos na comunicação potenciava a insatisfação dos pacientes (Fields et al., 2008), contribuindo para distanciar o profissional de saúde e o paciente. Também num estudo de natureza qualitativa realizado por Anden e colaboradores (2005) se verificou que uma consulta é percebida como bem-sucedida pelos pacientes quando estes compreenderam a comunicação ocorrida, levando-os a uma maior satisfação.

De facto, é através do *feedback* dos pacientes que os profissionais de saúde podem refletir sobre a qualidade da sua comunicação (Swaminathan, 2007). Muitos pacientes

queixam-se da duração das consultas que se apresenta inadequada (Swaminathan, 2007), sendo que, muitas vezes, a pressão é mais sentida quando existem poucos profissionais ao serviço, levando aqueles que se encontram de serviço a serem mais céleres e breves nos atendimentos que realizam (Pollock & Grime, 2002, 2003).

Outro tipo de barreiras na comunicação dos profissionais de saúde é visível aquando da necessidade de comunicação de uma má notícia, uma vez que esta comunicação se constitui numa das áreas mais difíceis de complexas no contexto das relações interpessoais (Quintana & Kleger, 2006).

Borges e colaboradores (2012) conduziram um estudo com intuito de conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da comunicação de más notícias. Os autores entrevistaram 15 profissionais de saúde (6 enfermeiras, 5 médicos, 2 psicólogos e 2 assistentes) e os resultados mostraram que as representações sociais sobre a comunicação de más notícias são forjadas a partir do modelo de formação profissional e reproduzidas quotidianamente nos serviços de saúde, pelo que esta comunicação decorre de forma solitária pelo profissional de saúde, colocando-o numa posição de extrema vulnerabilidade.

Por último, importa referir que os problemas de comunicação nos profissionais de saúde aportam custos económicos não apenas para os pacientes, mas também para o sistema de saúde (Alexander, Casalino, & Meltzer, 2003). Se, por um lado, o elevado número de profissionais de saúde que comunica de forma ineficaz se assume num grave problema dos serviços de saúde, por outro, parece que estes profissionais possuem uma perceção reduzida da sua responsabilidade das falhas existentes na sua comunicação (Hagihara & Tarumi, 2006).

Sabe-se, também, que um dos aspetos essenciais da comunicação dos profissionais de saúde refere-se ao estabelecimento de uma relação eficaz com o paciente (Crow et al., 2002). Uma relação interpessoal eficaz é um requisito essencial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade (Bensing et al., 2006).

Beck e colaboradores (2001) referem que a interação entre os pacientes e os profissionais de saúde assume uma relevância central nos cuidados de saúde, pelo que uma entrevista clínica é favorável à criação de uma boa relação interpessoal, troca de informação e consequente tomada de decisão. Da mesma forma, referem que a qualidade da relação estabelecida influencia um conjunto de resultados incluindo os de curto-prazo

(e.g., satisfação e confiança), médio-prazo (e.g., adesão) e longo-prazo (e.g., resolução dos sintomas e qualidade de vida). Por fim, sugerem que os profissionais de saúde devem focalizar-se nos comportamentos favoráveis valorizados pelos pacientes (e.g., empatia, educação, amabilidade, conforto, suporte e encorajamento para fazer questões, reforços positivos, alívio de tensão) e não nos comportamentos não favoráveis à construção da relação clínica (e.g., estilo diretivo de comunicação, nervosismo, mau humor, incapacidade de escutar e de questionar, fornecer informação vaga ou não clara, interrupções constantes, ausência de contacto visual).

A relação centrada nos cuidados de saúde encontra-se ancorada em quatro princípios básicos, sendo que os relacionamentos que ocorrem no âmbito da saúde incluem, necessariamente, a presença de papéis e da personalidade (Beach & Inui, 2006). O primeiro princípio pressupõe que, para os profissionais de saúde, os pacientes são indivíduos únicos nas suas expectativas, valores e perspectivas, pelo que a autenticidade se afigura como fundamental (Mead & Bower, 2000). Quando presentes em contexto de consulta, ambos aportam características próprias da sua personalidade, valores e experiências, pelo que não basta, por exemplo, que os profissionais de saúde ajam com respeito para com o paciente, importando sim, que eles próprios procurem ter (intrinsecamente) o respeito que apresentam pelo paciente (Beach & Inui, 2006).

O segundo princípio aponta para as emoções e afetos como elementos centrais nas relações no campo da saúde, pelo que estes devem estar patentes no início, durante e no fim dos encontros estabelecidos (Beach & Inui, 2006). Segundo Allen (2015) a expressão de emoções por parte dos profissionais de saúde reconhece um grande desafio, já que estes são ensinados, durante a sua formação, a manterem-se distantes dos seus pacientes para não criarem laços de vulnerabilidade. Na perspectiva da autora, este distanciamento acaba por levar a uma desumanização que se encontra patente na dificuldade em utilizar, de forma adequada, as competências comunicacionais e relacionais. Os profissionais de saúde devem promover a empatia com os seus pacientes, pois ela potencia as experiências destes e a expressão das suas emoções, ajudando os profissionais de saúde a compreender melhor as necessidades dos seus pacientes (Beckman & Frankel, 2003).

O terceiro princípio refere que todas as relações que são estabelecidas no âmbito da saúde devem ocorrer num processo de influência recíproca, uma vez que não são indissociáveis, pois essas relações baseiam-se numa interação de trocas (Beach & Inui, 2006). Os profissionais de saúde são beneficiados quando têm a oportunidade de conhecer

os seus pacientes e as relações centradas nos cuidados de saúde, encorajando-os a desenvolverem-se através do *feedback* que vão tendo (Beckman & Frankel, 2003).

O quarto e último princípio sublinha que as relações de saúde devem encontrar-se ancoradas numa moral (Beach & Inui, 2006), pois segundo os autores, a formação e manutenção da relação em saúde deve ser primordial, genuína e moralmente desejável, pois é através dela que os profissionais de saúde são capazes de gerar interesse e investimento do seu paciente, pelo que os seres humanos tendem a ser mais moralmente comprometidos com aqueles com quem estabelecem um relacionamento pessoal de proximidade.

O estabelecimento de uma relação eficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes assume particular relevância quando perante pacientes com doenças crónicas (Coleman & Newton, 2005). O paciente portador de doenças crónicas (e.g., diabetes, hipertensão, asma, insuficiência cardíaca, depressão) necessita de um apoio personalizado para se tornar autónomo e independente na gestão da sua doença (Coleman & Newton, 2005).

Neste sentido, compete aos profissionais de saúde promover essa autonomia através de uma abordagem centrada no paciente, conduzida por um estilo de entrevista motivacional, onde devem ser exploradas algumas dúvidas e incertezas (Lorig et al., 2001), onde devem ser identificadas barreiras múltiplas que possam agravar a condição ou os sintomas do paciente (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002) e onde deve promover-se a empatia, a identificação da discrepância (i.e., onde o indivíduo se encontra e onde pretende chegar), a estimulação da autoeficácia, o *feedback*, a ajuda ativa e a diminuição da resistência, ancorando-se em dois conceitos fundamentais: o de ambivalência (que reflete a experiência de conflito psicológico para decidir sobre caminhos diferentes) e a prontidão para a mudança, que integra o desejo/importância conferida à mudança, a confiança/habilidade para mudar e as prioridades da mudança (Miller & Rollnick, 2002).

Ambady e colaboradores (2002), no seu estudo com pacientes crónicos, concluem que o comportamento não-verbal dos prestadores de cuidados de saúde se encontrava associado com a perceção que os pacientes faziam deles, assim como dos resultados terapêuticos que poderiam vir a ser alcançados. Assim, neste estudo, os autores sublinharam que os profissionais que exibiam expressividade facial e afeto positivo aos

seus pacientes eram percebidos como sendo mais afáveis, cuidadosos, preocupados e empáticos.

A prática tem mostrado que os profissionais de saúde, muitas vezes, na sua interação com os pacientes, encontram-se apenas centrados em si mesmo, descurando ou desvalorizando os primeiros momentos do encontro (Klitzman, 2007). No entanto, há evidências que mostram que estes primeiros momentos são de extrema importância, pois determinam a formação de juízos que o paciente elabora (Hall, Roter, Blanch, & Frankel, 2009).

São diversos os aspectos que podem levar a julgamentos errados por parte dos pacientes, nomeadamente: não tratarem o paciente pelo nome, não se apresentarem, mostrarem falta de paciência ou de tempo, ausência de simpatia e sensibilidade perante a situação do paciente, entre outros (Hall et al., 2009; Klitzman, 2007).

No estudo de Talvitie (2000) observou-se que os vídeos analisados mostravam que a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes era essencialmente unidirecional, i.e., centrada nos próprios profissionais e negligenciando a perspectiva dos pacientes.

Carl Rogers (2009) foi pioneiro na terapia centrada no paciente e defendeu a existência de três condições essenciais na construção de uma relação terapêutica: aceitação incondicional, genuinidade e empatia. A empatia tem sido estudada em diversos estudos, por exemplo Neumann e colaboradores (2007) num estudo com 323 pacientes com cancro verificaram que a empatia dos profissionais de saúde funcionava como um pré-requisito para o fornecimento de informação, exercendo um efeito preventivo na depressão e promovendo a qualidade de vida dos doentes. No entanto, Paasche-Orlow & Roter (2003) analisaram centenas de vídeos de consultas de profissionais de medicina interna e de família e verificaram que a frequência de utilização de expressões empáticas e de outros comportamentos que facilitavam a construção da relação (e.g., tranquilização) era muito baixa em ambas as especialidades médicas.

Também Wong e colaboradores (2013), no seu estudo com 1030 pacientes, mostraram que o uso de máscara, por parte dos médicos, durante a consulta possuía um impacto negativo na percepção dos pacientes relativamente à sua empatia. Os autores deste estudo esperavam que o uso de máscara não fosse condicionador da relação, nomeadamente naqueles casos em que o médico já era bem conhecido do paciente.

Contrariamente ao esperado, foi precisamente no seio destes pacientes que o uso de máscara teve o seu efeito negativo mais pronunciado.

A dificuldade em expressar empatia parece ser mais marcante quando os pacientes apresentam emoções negativas (Bylund & Makoul, 2005). Kruijver, Kerkstra, Bensing e Wiel (2001) analisaram entrevistas de enfermeiros e pacientes simulados, que tinham recebido recentemente diagnóstico de cancro, verificando que mais de 60% das interações de enfermeiros eram de natureza instrumental (i.e., fornecer informação médica), sendo que a comunicação afetiva estava mais relacionada com aspetos globais (i.e., expressar acordo) do que com demonstração de empatia, preocupação ou otimismo. Os pacientes apresentavam-se como emocionalmente perturbados, porém os enfermeiros praticamente não utilizaram comportamentos facilitadores da expressão emocional, optando por questões fechadas, em 88% dos casos.

Ao que parece, os profissionais de saúde confrontam-se com barreiras nas suas competências relacionais, nomeadamente mais presentes quando lidam com problemas de difícil resolução, adotando estratégias de distanciamento (Kruijver et al., 2001; Neumann et al., 2007). Segundo Teixeira (2000), estas estratégias de distanciamento evitam que o profissional de saúde se envolva demasiado com as situações e prejudiquem o seu próprio equilíbrio emocional. Essas estratégias são comportamentos de bloqueio, segundo Maguire e Pitceathly (2002), de entre as quais destacam a focalização exclusiva nos aspetos médicos, a mudança de assunto, a apresentação de um conselho direto antes do problema central ser identificado e a tentativa de tranquilizar o paciente rapidamente através do uso de clichés (e.g., "não se preocupe", "seja positivo"). Todavia, o estabelecimento de uma relação eficaz, na qual o profissional de saúde explora as emoções do paciente e fornece explicações claras acerca da doença e das opções de tratamento, é tida como a melhor forma para gerir situações complexas que possam surgir no decurso da relação com o paciente (Street et al., 2009).

Neste sentido, pode-se dizer que o processo de comunicação e de construção da relação interpessoal em saúde se deve ancorar numa abordagem centrada no paciente (Andrew et al., 2014; Beach & Inui, 2006).

Em suma, observou-se que as barreiras de comunicação entre os profissionais de saúde-doente são uma realidade e apontadas em diversas investigações. Essas barreiras possuem um impacto a diversos níveis e dificultam o estabelecimento de uma relação

interpessoal profícua para ambas as partes. Em seguida, são assinalados alguns aspetos relativos à avaliação da comunicação profissional-doente, nomeadamente as dificuldades e limitações presentes nessa avaliação.

1.4. Avaliação da Comunicação Profissional de Saúde-Doente

A avaliação da comunicação assume-se como uma tarefa desafiante, pois apesar de a comunicação profissional ser apontada como um elemento-chave para a prestação de serviços com qualidade, são poucos os instrumentos que a avaliam e os que existem possuem algumas limitações na sua construção (Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008).

Os investigadores da área da comunicação em saúde sublinham inúmeras formas de medir, quantificar e categorizar a comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente, podendo encontrar-se, basicamente, dois tipos de abordagens: as qualitativas e as quantitativas (Andrew et al., 2014). As abordagens quantitativas focalizam-se nos aspetos de medida, como a troca de informação, tomada de decisão partilhada, habilidade dos pacientes, dominância verbal e controlo da comunicação, enquanto nas abordagens qualitativas, o foco da medida encontra-se orientado para a responsabilidade profissional e comportamentos, bem como para detalhes observados e gravados da comunicação que ocorre durante a consulta e sua estrutura e fases (Andrew et al., 2014).

A avaliação da comunicação profissional tem como intuito identificar lacunas no processo comunicacional no contexto de saúde, pelo que deverá realizar-se durante a prestação de cuidados, nas diversas interações que os profissionais de saúde empreendem com os pacientes (Gremigni et al., 2008).

Neste sentido, é importante reconhecer o conjunto de competências que os profissionais de saúde devem exibir e demonstrar na sua prática quotidiana, para se poder avaliar se as mesmas são ou não colocadas em prática (Andrew et al., 2014).

Diversos autores (e.g., Hobgood, Riviello, Jouriles, & Hamilton, 2002; Skillings, Porcerelli, & Markova, 2010) sugerem o uso de *checklists* através da observação direta e da interação dos profissionais de saúde com os pacientes, o *feedback* dos pacientes relativamente às experiências vivenciadas, simulações de interação com doentes-padrão, gravações em formato de áudio e/ou vídeo e avaliação de 360°. Duffy e colaboradores

(2004) acrescentam a avaliação de conhecimentos, percepções e atitudes dos profissionais de saúde através de provas escritas e/ou orais.

A *checklist* é um instrumento amplamente utilizado e referido na literatura (Gremigni et al., 2008; Griffith, Wilson, Longer, & Haist, 2003), sendo utilizada nos processos de observação direta onde se avaliam os cuidados prestados ao doente, conhecimentos teóricos e práticos dos profissionais, competências interpessoais e de comunicação, bem como o profissionalismo e sistematização de práticas (Skillings et al., 2010). Pressupõem a descrição de comportamentos observáveis e envolvem um elemento observador treinado que assiste à interação e que avalia os comportamentos dos profissionais, em função de uma escala gradual de desempenho (Skillings et al., 2010). Para os observadores menos experientes, a *checklist* pode ser vantajosa já que tem definido comportamentos passíveis de serem observados, sendo, portanto, útil na autoavaliação (Skillings et al., 2010). Por seu turno, a observação direta é uma forma abrangente de se avaliar o desempenho do profissional, todavia tem custos associados ao fator tempo (Hobgood et al., 2002) e, tal como Crow e colaboradores (2002) referem, a percepção dos pacientes dos serviços de saúde não pode ser compreendida apenas pela observação direta, devido à sua natureza subjetiva e multidimensional.

O *feedback* dos pacientes também é útil no processo de avaliação das competências comunicacionais dos profissionais de saúde, uma vez que o paciente é, por excelência, aquele que melhor poderá contribuir para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde e para o funcionamento do sistema de saúde (Duffy et al., 2004). Este método permite que os pacientes avaliem e atribuam uma classificação aos profissionais de saúde, relativamente às suas competências comunicacionais, focando-se em itens comportamentais observáveis, incluindo outros atributos complexos e multidimensionais (Duffy et al., 2004). Uma das principais vantagens deste método é o facto de dispensar uma observação por parte de um terceiro elemento, evitando diferenças nas interpretações das interações que ocorrem entre os profissionais de saúde e o paciente, já que este é um elemento envolvido no processo (Duffy et al., 2004). O *feedback* por parte do paciente pode ser realizado através de inquéritos gerais (e.g., questionário de avaliação de competências via correio eletrónico, telefone ou plataforma web); através de inquéritos de resposta imediata, logo após a realização da consulta e em espaço de reclamações existente nos locais de saúde (Duffy et al., 2004; Fitzpatrick, 2002).

As simulações são uma outra forma de se avaliar a comunicação dos profissionais, sendo um método muito utilizado no âmbito das investigações e no âmbito da emergência médica (Curtis et al., 2013; Hobgood et al., 2002). Este método consiste no treino de um "paciente-padrão" para representarem o papel de paciente e assim, poderem avaliar o desempenho do profissional de saúde numa situação clínica real (Hobgood et al., 2002). Este paciente simulado, ensaia os casos clínicos e simula a história clínica e os sintomas associados durante a interação, conseguindo ser mais objetivo, flexível e mais consistente do que um doente real (Hobgood et al., 2002). Neste processo, pode ser utilizada uma *checklist* ou um microfone para gravar a interação, sendo posteriormente avaliado, dispensando, portanto, outras técnicas para completar a avaliação (Hobgood et al., 2002). Duffy e colaboradores (2004) referem que este método é muito utilizado por algumas faculdades e instituições de saúde para avaliações do âmbito formativo e certificação de competências, designado por *Objective Standardized Clinical Examination* (OSCE), cujo intuito é avaliar a qualidade dos cuidados prestados e as capacidades comunicacionais dos estudantes ou profissionais de saúde.

A gravação através de meios audiovisuais também constitui uma outra forma de avaliar a comunicação dos profissionais de saúde, dando *feedback* para o desenvolvimento de competências de interação e de comunicação (Hobgood et al., 2002). Este é um método dispendioso e utilizado muitas vezes no âmbito da investigação (Duffy et al., 2004).

Também a "avaliação de 360º" se constitui numa forma de se avaliarem as competências de interação e de comunicação, consistindo numa avaliação do profissional de saúde por parte de múltiplos atores que se envolvem diariamente com o seu trabalho, nomeadamente pacientes e elementos da equipa multidisciplinar, pretendendo-se uma avaliação das características humanas do comportamento do profissional de saúde (Skillings et al., 2010). Quanto mais variado for o grupo de avaliadores, mais útil e representativo se assume o *feedback* obtido, pelo que a autoavaliação por parte do profissional de saúde também se encontra contemplada (Hobgood et al., 2002).

Por último, a avaliação dos conhecimentos sobre a comunicação pode ser realizada com o objetivo principal de testar os conhecimentos, perceções e atitudes dos profissionais de saúde e estudantes, relativamente ao processo e ao conteúdo comunicacional (Duffy et al., 2004). Esta avaliação inclui perguntas de escolha múltipla e testes com escalas de inteligência emocional, com questões de natureza ética e relacionadas com atitudes

empáticas, estimulando a aprendizagem das competências comunicacionais (Duffy et al., 2004).

Para além destes métodos, existem ainda diversos questionários e escalas que pretendem aferir a interação dos profissionais de saúde, a comunicação e a satisfação dos pacientes, de entre os quais se destacam:

- A *Relational Communication Scale for Observational Measurement (RCS-O)*, é uma medida desenvolvida por Burgoon e Hale (1987), que permite avaliar (através de observadores externos) a prática dos profissionais já formados e o desempenho de estudantes durante a sua formação, sendo que o seu uso implica um treino específico para a cotação, o que possui custos associados (Gallagher, Hartung, & Gregory, 2001). Os autores originais sugerem que a análise fatorial realizada aos 32 itens identifica 8 dimensões:
 1. Imediatismo/Afeição (*Immediacy/Affection*: A pessoa "A" está fortemente envolvida na comunicação);
 2. Similaridade/Profundidade (*Similarity/Depth*: "A" não quer saber o que "B" pensa);
 3. Recetividade/Confiança (*Receptivity/Trust*: "A" quer que "B" confie nele/a);
 4. Postura (*Composure*: "A" está calmo/a e tranquilo/a com "B");
 5. Formalidade (*Formality*: "A" tornou a comunicação muito formal);
 6. Dominância (*Dominance*: "A" dominou a comunicação);
 7. Igualdade (*Equality*: "A" não tratou "B" como um igual);
 8. Orientação para a Tarefa (*Task Orientation*: "A" focalizou-se no objetivo essencial da interação).

Burgoon e Hale (1987) reportaram coeficientes de alfa de Cronbach que variam entre 0,42 e 0,88 nas diferentes subescalas, sugerindo que a fidelidade do instrumento deverá ser alvo de estudos, ainda que o alfa total seja aceitável. Sob o ponto de vista da sensibilidade, os autores originais sugerem que esta escala permite discriminar: (a) comportamentos imediatos e não imediatos; (b) níveis elevados e baixos de interação ocular; (c) vozes agradáveis e hostis; (d) elevadas e baixas recompensas comunicacionais; (e) comunicação em função do género; (f) dimensões de credibilidade e (g) dimensões de personalidade. Não se

encontrou informação sobre a existência de uma adaptação deste instrumento na população portuguesa.

- O *Health Care Communication Questionnaire* (HCCQ), foi desenvolvido por Gremigni e colaboradores (2008) e permite aceder à perspetiva do paciente relativamente à sua experiência, tendo 13 itens que se dividem em quatro domínios: *Resolução de Problemas*, *Respeito*, *Ausência de Hostilidade* e *Proximidade Não-Verbal*, sendo que a sua construção teve em consideração as perspetivas dos funcionários da instituição hospitalar e dos pacientes (Gremigni et al., 2008). Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Andrade (2014) e foi utilizado no presente estudo.
- O *Questionnaire on the Quality of Physician-Patient Interaction* (QQPPI), foi construído por Beiber, Müller, Nicolai, Hartman e Eich (2010) e possui 14 itens que pretendem avaliar, quer a interação entre o profissional de saúde e o paciente, como também avalia os programas de treino e formações em comunicação. Os autores realizaram o estudo da sua fidelidade e encontraram um valor de alfa de Cronbach de 0,95, que revela uma muito boa consistência interna entre os itens. Estudos de validade convergente mostraram boas relações entre o QQPPI e outras medidas (e.g., *Perceived Involvement in Care*; *Satisfaction with Decision*, *Quality Health Care*), bem como a validade de construto assinalou a sua unidimensionalidade (Beiber et al., 2010). Este questionário encontra-se adaptado para a população portuguesa (Silva et al., versão em estudo).

Nenhum método de avaliação, por si só, consegue avaliar completamente as competências interpessoais e de comunicação dos profissionais de saúde, pois todos eles apresentam finalidades diferentes de acordo com o seu grau de validade e fiabilidade (Gremigni et al., 2008).

No entanto, a avaliação assume-se como um procedimento crucial neste âmbito, que vai para além do mero exercício académico, com o objetivo de conhecer a realidade e as necessidades para que se possa intervir. Uma das formas de intervenção é precisamente a formação dos profissionais de saúde, que é apresentada no ponto seguinte.

1.5. Formação dos Profissionais de Saúde

Diversos estudos têm sublinhado a importância da formação dos profissionais de saúde no âmbito das competências comunicacionais, alinhada com as necessidades biopsicossociais dos pacientes (e.g., Carvalho et al., 2010; Chatterjee & Choudhury, 2011; Duffy et al., 2004; Ellman & Fortin, 2012; Finset, 2012; Golin et al., 2007; Gremigni et al., 2008; Hobgood et al., 2002; Skillings et al., 2010).

Aydin (2013) conduziu um estudo com o intuito de analisar a percepção dos pacientes relativamente às competências não-verbais evidenciadas pelos profissionais de saúde e o impacto destas na sua satisfação. O autor concluiu que um programa de desenvolvimento de competências não-verbais poderia ser muito útil nestes profissionais, pois potencializaria não apenas a satisfação emocional dos pacientes, como reduziria os custos associados ao sistema de cuidados de saúde, tornando o sistema de cuidados de saúde mais humanizado.

Os profissionais de saúde devem desenvolver as suas competências comunicacionais em função das necessidades e dos desejos dos pacientes (Lazarus, 2013), melhorando o sistema de saúde, respondendo de forma adequada às emoções dos pacientes e expressando-se sem o recurso a terminologias clínicas não compreendidas pelos demais (Terpstra, 2012), facilitando o *feedback* dos pacientes após a consulta e acelerando o *empowerment* destes (Chana, 2012).

Uma comunicação eficaz por parte dos profissionais de saúde potencia o desempenho clínico (Allen, 2015), através de diagnósticos mais precisos e completos, e na deteção precoce de *distress* nos pacientes (van Zanten et al., 2007). Os profissionais que comunicam de forma eficaz conseguem que os pacientes verbalizem as suas expectativas e emoções e revelem as suas necessidades de informação (Bensing et al., 2006), levando-os a apresentarem menores índices de insatisfação (Roter & Larson, 2001), maior adesão aos procedimentos clínicos (Ambady et al., 2002; Asan et al., 2013) e menor ansiedade (Díaz et al., 2009; Durieux et al., 2004).

Os treinos de competências comunicacionais para pacientes mostraram-se bastante úteis quer na melhoria do estado de saúde, quer no aumento da satisfação dos pacientes (e.g., Cegala, Marinelli & Post, 2000; Cegala, McCure, Marinelli & Post, 2000; Grilo, 2012).

O ensino de competências comunicacionais nas escolas médicas apresentou, a partir de 1990, um desafio: a necessidade de se ensinarem as competências técnicas e a mudança

necessária de alguns dos princípios meramente biomédicos que sustentaram a docência durante décadas (Haq, Steele, Marchand, Seibert, & Brody, 2004; Rousseau & Blackburn, 2008). Tal como afirma Nassar (2005) as escolas de formação médica praticam um ensino tradicional, voltado para a aquisição de conteúdos e capacidades que enfatizam apenas os aspetos físicos da doença, sem qualquer referência aos aspetos culturais e socioeconómicos que constituem o indivíduo e a sua forma de perceber a doença.

Nesta perspetiva, verifica-se que as competências comunicacionais foram, até à década de 90, desvalorizadas e desintegradas dos conteúdos ensinados, uma vez que os professores e docentes perfilhavam a crença de que estas acabariam por melhorar automaticamente através da experiência (Haq et al., 2004). Todavia, um estudo realizado em 2001, por Langille, Kaufman, Laidaw, Sargeante e MacLeod, mostrou que os docentes possuíam atitudes muito positivas relativamente à comunicação médico-paciente, mas falhavam no ensino e na avaliação dessas competências nos seus estudantes. Da mesma forma, a investigação tem mostrado que as competências comunicacionais não melhoram como o tempo e que a experiência pouco ou nada contribui para a sua aprendizagem (Chan et al., 2003).

É neste sentido que têm surgido estudos que sublinham que a abordagem dos aspetos afetivos da relação médico-paciente deve ser repensada, pois os estudantes de medicina quando ingressam no curso possuem expectativas bastante emocionais sobre a medicina e vão-se distanciando das suas emoções à medida que consolidam os seus conhecimentos técnicos, acabando por suprimir a relação humana (Fraga, Vilas Boas, & Mendonça, 2011). Todavia, tal como as autores assinalam, mesmo que o distanciamento se assuma como uma estratégia, os sentimentos irão estar sempre presentes, nas mais variadas formas, pelo que os profissionais precisam de se preparar para lidarem com eles.

O ensino e aprendizagem das competências comunicacionais, exige que, quer os estudantes quer os docentes, tenham sensibilidade interpessoal, flexibilidade e motivação para a autorreflexão (Epstein & Hundert, 2002), pelo que várias escolas médicas alteraram os conteúdos programáticos dos seus cursos e integraram, de forma consistente, o treino das competências comunicacionais na educação dos médicos (Carvalho et al., 2010; Haq et al., 2004). A título de exemplo, Ellman e Fortin (2012) compararam dois programas de treino de competências comunicacionais para os estudantes da Yale Medical University, para que estes possam potenciar a sua comunicação relativamente a pessoas portadoras de doenças sérias. Os autores identificaram que esses dois programas, apesar de diferentes,

possuíam aspetos comuns, como métodos educacionais (que incluíam a aprendizagem experiencial), comunicação centrada na paciente, aprendizagem baseada em competências estruturadas, autorreflexão e autocuidado.

No contexto específico de Portugal, estes programas são também uma realidade. Carvalho e colaboradores (2010) sublinham que a relação entre o paciente e o médico exige o recurso a diversas competências que podem e devem ser aprendidas (e.g., saber observar, ouvir, informar, identificar sentimentos, agir adequadamente e lidar com desafios comunicacionais particulares), já que elas se assumem como essenciais numa boa prática clínica. Reconhecendo esta importância na prática clínica, o Serviço de Psicologia Médica do Curso de Medicina da Universidade do Porto propôs o ensino de competências de comunicação desde 2001, que enfatiza a compreensão da totalidade do indivíduo na sua situação específica (i.e., a consciência da interdependência de aspetos psicológicos, sociais e culturais subjacentes à doença, fatores esses que predisõem, precipitam, mantêm e modificam as doenças médicas) e a importância do vivido (i.e., levar o profissional de saúde a tomar conhecimento e consciência das suas próprias atitudes e respostas durante a comunicação e tomar consciência, reconhecer e saber lidar com as reações do paciente, incluindo possíveis expressões afetivo-emocionais). Os autores referem que o encontro médico-doente realiza-se através de competências relacionais e comunicacionais que permitem o cumprimento de três funções da entrevista clínica: obter informação, proceder à intervenção terapêutica e construir uma relação com o doente conducente ao cumprimento das tarefas anteriores. Assim sendo, estas competências fazem da própria entrevista parte da cura.

A uniformização do ensino e da avaliação das competências comunicacionais encontra-se assente em dois marcos importantes (e.g., Ellman & Fortin, 2012; Epstein & Hundert, 2002; Makoul, 2001): (a) o *Consensus* de Toronto e (b) o *Consensus* de Kalamazoo.

O primeiro (*Consensus* de Toronto), decorrente da *International Conference on Teaching Communication in Medicine*, realizada em 1996, propõe oito recomendações relativas ao desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas de competências comunicacionais (Makoul, 2001). Essas oito recomendações (a saber: o ensino e avaliação devem ser baseados numa visão abrangente da comunicação em medicina; o ensino das competências comunicacionais e clínicas deve ser consistente e complementar; o ensino deve ajudar os estudantes a implementar a utilização do modelo centrado no paciente; o

ensino e avaliação da comunicação deve promover o crescimento pessoal e profissional; o ensino de competências comunicacionais deve obedecer a um plano coerente; a aquisição de competências comunicacionais por parte dos estudantes deve ser avaliada de forma direta; os programas de competências comunicacionais devem ser avaliados e a formação dos docentes deve ser apoiada) foram redefinidas na *Communication in Health Care Conference*, que decorreu dois anos mais tarde em Amesterdão.

Em maio de 1999, os líderes e representantes de escolas médicas e de organizações profissionais reuniram novamente em Kamalazoo, Michigan, com intuito de identificarem as tarefas essenciais da comunicação médico-paciente, bem como definir os conhecimentos, atitudes e competências relevantes para cada tarefa (Makoul, 2001). Em 2001, surge um modelo sequencial, constituído por seis elementos considerados essenciais para a construção da relação médico-paciente (Makoul, 2001), que se encontram espelhados no Quadro 1.

Quadro 1

Elementos essenciais na construção da relação médico-paciente

<p>1. Abertura da discussão Permitir que o paciente verbalize, sem interrupções, a sua queixa inicial Eliciar todas as preocupações do paciente Estabelecer e manter conexão pessoal</p> <p>2. Recolha de informação Utilizar de forma apropriada questões abertas e fechadas Estruturar, clarificar e sumarizar a informação Utilizar a escuta ativa, como forma de encorajar o paciente a falar</p> <p>3. Compreensão da perspetiva do paciente Explorar fatores contextuais (e.g., família, cultura, estatuto socioeconómico) Explorar crenças, preocupações e expectativas relativamente à saúde e doença Reconhecer e responder às ideias, sentimentos e valores do paciente</p> <p>4. Partilha de informação Utilizar terminologia compreensível pelo paciente Verificar o entendimento do paciente Encorajar questões</p> <p>5. Acordo nos problemas e planos de ação Encorajar o paciente a participar nas decisões Avaliar a motivação e a capacidade do paciente para seguir o plano estabelecido Identificar e listar recursos e formas de suporte</p> <p>6. Encerramento do encontro Averiguar se o paciente tem outras preocupações Sumarizar e reafirmar o acordo em relação ao plano de ação estabelecido Discussão relativa ao <i>follow-up</i> (e.g., próxima visita, plano para resultados inesperados)</p>

Fonte: Adaptado de Makoul (2001)

Os diversos programas de desenvolvimento de competências comunicacionais foram alvo de uma análise por Grilo (2012, pp. 99-106), tendo a autora constatado que:

- O conteúdo de competências comunicacionais é complexo e envolve conteúdos e metodologias diferentes daquelas que habitualmente são utilizadas na

aprendizagem de outras competências clínicas. Apesar dos dois *Consensus* anteriormente referidos, os mesmos não integram aspetos relativos à duração, quantidade e qualidade de ensino dessas competências, por conseguinte os docentes que ensinam competências comunicacionais apresentam grandes diferenças no conteúdo que escolhem ensinar;

- Grande parte dos programas de competências destina-se a estudantes de medicina, médicos e enfermeiros. Outros programas envolvem outros profissionais de saúde, como é o caso dos fisioterapeutas;
- Não há consenso relativamente aos formadores dessas competências, se deverão ser os profissionais de saúde que lecionam nas escolas de saúde onde os referidos programas são realizados ou se formadores profissionais de saúde não docentes. Neste âmbito, tal como a autora refere, há quem defenda que o ensino das competências comunicacionais deve ser realizado por uma equipa de psicólogos, especialistas em comunicação e com interesse na área da saúde e médicos de clínica geral com interesse pela comunicação;
- Também existe uma grande variedade na duração e periodicidade dos programas, que podem durar de uma hora e meia até 96 horas, em períodos que variam do meio-dia a 27 meses, decorrendo em dias consecutivos ou em períodos espaçados no tempo;
- As metodologias de ensino privilegiadas incluem as instruções (e.g., conferências, manuais e/ou vídeos com instruções), modelagem (que fornece exemplos claros de comportamentos positivos e negativos), prática de competências (e.g., através de *role-playings*), *feedback* (em contexto real) e discussão dos aspetos teóricos aprendidos e colocados na prática;
- Por último, a autora refere ainda as competências comunicacionais mais valorizadas nesses programas, que nos remetem para a elaboração de questões, expressão de empatia, resistência ao *feedback* imediato e ao fornecimento e explicação da informação. Todavia, a autora assinala que nem todas estas competências se encontram presentes em todos os programas, havendo alguns que abordam competências genéricas e pouco claras. Roter, Frankel, Hall e Sluyter (2006) sublinham a importância e necessidade de desenvolvimento, treino e implementação de abordagens de formação e ensino não apenas das competências verbais, mas também das não-verbais.

Perante o exposto, considera-se que quer os profissionais de saúde, quer os estudantes destas áreas, necessitam de melhorar as suas competências comunicacionais, uma vez que não se pode esperar que estas sejam potenciadas na sua prática (Chan et al., 2003). A importância da comunicação e da formação dos profissionais de saúde neste âmbito reforça uma abordagem centrada no paciente e nas suas necessidades biopsicossociais (Carvalho et al., 2010; Ellman & Fortin, 2012; Finset, 2012; Golin et al., 2007), tornando a relação profissional de saúde-paciente mais humanizada (Nassar, 2005). A melhoria das competências comunicacionais tem um impacto visível na satisfação dos pacientes (Lazarus, 2013), no desempenho e na satisfação dos profissionais de saúde envolvidos (Allen, 2015) e, conseqüentemente, uma melhoria para o próprio sistema de saúde (Alexander et al., 2003).

Tal como Silva (2015) sublinha:

É essencial continuar a investir na promoção das competências comunicacionais e relacionais dos futuros e atuais profissionais de saúde, mas não podemos esquecer que os processos de comunicação não são unidirecionais, pelo que também será importante desenvolver programas de promoção de competências de comunicação que tenham como alvo os próprios utentes dos serviços, promovendo-se uma alfabetização funcional em saúde (p. 73).

Em suma, neste ponto observou-se que a formação dos profissionais de saúde em competências comunicacionais e relacionais se assume de crucial importância, já que estas são variáveis fundamentais com visível impacto na satisfação dos pacientes e sua adesão aos tratamentos e recomendações sugeridas.

A comunicação profissional assume, portanto, um papel preponderante nomeadamente quando perante pacientes que apresentam emoções negativas. Por conseguinte, as emoções expressas pelos diversos pacientes podem assumir-se como pedras basilares para que o profissional de saúde potencie a sua comunicação e, conseqüentemente estabeleça relações interpessoais profícuas e congruentes com o seu profissionalismo.

Capítulo II - Bem-Estar Subjetivo: O Lugar dos Afetos

O conceito de BES aparece, por diversas vezes na literatura sobre o tema, associado ao conceito de "felicidade" e/ou "satisfação com a vida", sendo utilizados, amiudamente, como sinónimos (Eid & Diener, 2004; Moons, Budts, & De Geest, 2006), havendo também quem o considere como a avaliação subjetiva da qualidade de vida (e.g., Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Apesar de serem construtos diferenciáveis, a sua operacionalização em termos de medida ainda se encontra insipiente, confusa e muitas vezes deturpada, não existindo um consenso entre os investigadores relativamente ao assunto, o que acaba por dificultar as investigações que se preconizam em torno da medida do BES (Moons et al., 2006).

Apesar desta dificuldade de delimitação de conceitos, a maioria das investigações considera o modelo tripartido do BES, no qual se podem observar três fatores relacionados, embora independentes: o afeto positivo, o afeto negativo e a satisfação com a vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Segundo Eid e Diener (2004), o BES diz respeito à forma como as pessoas avaliam a sua vida, pelo que inclui variáveis associadas à satisfação com a vida, satisfação conjugal, ausência de depressão e de ansiedade e presença de estados de ânimo e emoções positivos.

Assim, o conceito de BES pode ser aferido através de diferentes dimensões (cognitivas e afetivas) e diferentes níveis de análise (globais e específicas) dependendo dos instrumentos que são utilizados na sua avaliação (Diener, 2006; Galinha & Pais-Ribeiro, 2008; Sirgy, 2002).

É neste sentido que se assume que o BES integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a, 2011). Assim, a dimensão cognitiva do BES compreende a avaliação (global ou específica) que o indivíduo realiza da sua vida, incluindo vários domínios (e.g., família, trabalho, saúde) que correspondem a critérios de avaliação importantes para o indivíduo caracterizar a sua satisfação com a vida (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Por outro lado, a dimensão afetiva é representada pela presença de emoções (positivas e/ou negativas) que expressam, em termos globais, a felicidade (Diener et al., 2003), sendo que esta dimensão do BES é bidimensional, ou seja, corresponde cada tipo de emoção a uma componente da afetividade distintas (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a). Neste sentido, as emoções positivas dizem respeito à vivência de emoções e

sentimentos agradáveis, tais como o orgulho, a felicidade e o entusiasmo, enquanto as emoções negativas são caracterizadas pela vivência de sentimentos e emoções desagradáveis, tais como a tristeza, a ansiedade e/ou culpa (Diener et al., 2003).

Por conseguinte, um indivíduo tende a avaliar a sua vida a partir de um conjunto de cognições (e.g., quando o indivíduo possui um julgamento consciente avaliativo de um determinado aspeto da sua vida) e, essa avaliação pode conter uma dimensão emocional ou afetiva (i.e., quando experiencia determinados estados de espírito ou emoções agradáveis/desagradáveis perante essa situação de vida).

No presente capítulo aborda-se o BES, procurando-se definir o conceito e delimitá-lo de construtos afins, assinala-se a dimensão afetiva desse construto e as suas principais componentes, bem como se apresentam diversos estudos que têm sido preconizados relativamente ao BES e sua associação com a comunicação profissional-paciente.

2.1. Bem-Estar Subjetivo: Definição e Delimitação do Conceito

O conceito de BES integra o conceito de satisfação com a vida, já que esta se assume como uma avaliação da qualidade de vida, envolvendo processos cognitivos (opostos aos processos afetivos que caracterizam o afeto positivo e negativo) que requerem um determinado julgamento avaliativo (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Neste sentido, a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de algum domínio específico da vida do indivíduo, um processo de juízo e uma avaliação geral da própria vida, tratando-se de uma avaliação sobre a vida em função de critérios próprios (Diener & Seligman, 2002). O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido (Fredrickson, 2001).

Nesta linha de pensamento, o BES engloba o conceito de julgamento global de satisfação com a vida ou com domínios específicos desta e as experiências emocionais positivas ou negativas (Diener et al., 2003), espelhando uma articulação entre duas perspetivas da psicologia: uma que assenta nas teorias sobre os estados emocionais, emoções, afetos e sentimentos (afeto negativo e positivo) e outra que é sustentada pelos domínios cognitivos que se operacionalizam na avaliação da satisfação global com a vida e com domínios específicos a ela associados (Siqueira & Padovam, 2008).

De acordo com Diener e colaboradores (2003), o BES assume-se, frequentemente, como o termo técnico para o conceito de felicidade, prazer ou satisfação com a vida, o que constitui uma condição amplamente comprovada para uma vida saudável. Apesar da atual preocupação com o conceito de felicidade, esta tem estado presente desde a antiguidade, pois desde sempre se procurou decifrar o conceito de uma existência feliz (Giacomoni, 2004; Ryff, Burton, & Love, 2004). Assim sendo, o conceito de BES associado à felicidade procura compreender aquilo que está na sua base, aquilo que a destrói e quem a possui, pelo que a felicidade se assume como uma componente afetiva do conceito de BES (Diener, Lucas, & Oishi, 2002). A aceção do BES enquanto felicidade assenta numa perspetiva claramente hedonista, a qual concebe uma simetria entre o afeto positivo e o afeto negativo (Diener & Ryan, 2009).

Para além da felicidade, o BES encontra-se, muitas vezes, associado ao conceito de QdV (Eid & Diener, 2004). A QdV pode associar-se à saúde e ao estado subjetivo de saúde, considerados como conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas ligados, necessariamente, ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (Passareli & Silva, 2007).

O conceito de QdV não inclui apenas fatores associados à saúde (e.g., bem-estar físico, funcional, emocional e mental), mas também elementos não relacionados à saúde, como por exemplo: o trabalho, a família, os amigos e as circunstâncias de vida (Giacomini, 2004). Assim, para os investigadores do bem-estar, o elemento subjetivo assume-se como essencial na avaliação da QdV de um indivíduo ou grupo, pois os indicadores sociais *per si*, não seriam capazes de a definir, uma vez que as pessoas reagem diferentemente a circunstâncias semelhantes (Diener & Biswas-Diener, 2000). Sendo a QdV representativa do efeito da doença no indivíduo, percecionado pelo próprio, fornece dados médicos e epidemiológicos complementares, constituindo-se num construto abrangente, com uma ampla gama de experiências humanas (Wandell, 2005). Nesse sentido, as investigações existentes sugerem que a presença de doenças crónicas se encontra relacionada com uma diminuição significativa na QdV (Brown et al., 2000).

O BES distingue-se igualmente do conceito de saúde mental. Um indivíduo pode ser ou estar saudável e sentir-se muito feliz, já outro poderá estar bem em diversos aspetos da sua vida, mas não ser particularmente feliz (Diener, 2000). O bem-estar não significa necessariamente saúde psicológica, ele é apenas um aspeto do bem-estar psicológico,

sendo necessário, mas não suficiente para o indivíduo estar bem na vida (Lyubomirsky, 2001).

Diener (2000) refere que o BES possui três características que o diferenciam dos demais construtos:

- Baseia-se na experiência pessoal do indivíduo e, por isso subjetivo;
- Inclui medidas positivas, não se caracterizando apenas pela ausência de fatores negativos, como se observa na maior parte das medidas de saúde mental (pese embora a relação entre os indicadores positivos e negativos não esteja claramente compreendida);
- Inclui a avaliação global de todos os aspetos da vida do indivíduo.

O bem-estar, refere-se, assim, a uma experiência interna de cada indivíduo e, consequentemente, subjetiva. Assim, as condições externas objetivas, tais como a saúde, o conforto, a virtude ou a riqueza não devem fazer parte das definições de bem-estar (Biswas-Diener & Diener, 2001).

Pode-se, portanto afirmar que, apesar do BES acolher discordâncias teóricas relativamente à sua definição, é consensual assumir-se que o mesmo integra as dimensões relativas à satisfação com a vida e ao afeto negativo e positivo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a). Assim, o bem-estar encontra-se potenciado quando existem experiências emocionais positivas, raras experiências emocionais negativas e satisfação com todos os aspetos da vida do indivíduo (Diener, 2000). Naturalmente que o humor das pessoas, as suas emoções e os seus julgamentos podem não ser permanentes no tempo, pelo que este aspeto leva a que o BES seja encarado não apenas como um construto multidimensional, mas também dinâmico (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Apesar da impermanência das emoções e dos humores, o BES não é assumido como um construto instável, pelo contrário, as flutuações momentâneas parecem não obscurecer um julgamento mais abrangente daquilo que pode ser considerado como o nível mais estável que o indivíduo julga caracterizar a sua satisfação com a vida (Diener, 2000).

No doente crónico, o BES (bem como a perceção da sua QdV) pode ser afetado por fatores associados à gravidade da doença, à quantidade de tratamento necessário e, essencialmente, às dificuldades sociais e psicológicas que possam estar associadas ao curso

da doença (Collins, O'Sullivan, Harkins, & Perry, 2009; Hart, Bilo et al., 2003; Silva et al., 2003).

Neste sentido, o BES encontra-se associado com as melhorias nos resultados em saúde e na diminuição de comorbilidades, embora o seu efeito ainda seja alvo de discussões. Por exemplo, Howell, Kern e Lyubomirsky (2007) realizaram uma meta-análise que integrou os resultados de 150 estudos experimentais longitudinais que procuraram analisar o impacto do BES em índices objetivos de saúde. Os autores observaram que o impacto positivo do BES na saúde se encontrava relacionado com resultados a curto e longo prazo e na capacidade em controlar o sintoma da doença.

Outros investigadores (e.g., Castro, 2009; Pressman & Cohen, 2005; Seligman, Rashid, & Parks, 2006) têm defendido que a felicidade e o bem-estar podem potenciar a capacidade de concentração, criatividade e resiliência, neutralizando o possível efeito provocado pelas emoções negativas no nosso corpo e protegendo-o da depressão, ansiedade e de outras perturbações.

Também Silva e colaboradores (2003) concluíram, no seu estudo, que os indivíduos com diabetes que sofrem complicações crónicas associadas à sua doença demonstram ter uma menor qualidade de vida por comparação àqueles que não sofrem de sequelas decorrentes da doença, sendo que estes resultados apontam para o facto de ser, frequentemente mais difícil para o paciente lidar com a incerteza, com a dúvida relativamente ao agravamento da doença crónica do que com a sua presença.

Vilhena e colaboradores (2014) procuram identificar os fatores psicossociais preditivos (de entre os quais o afeto positivo e negativo) na QdV e BES em pacientes com doenças crónicas. Os principais resultados deste estudo mostraram que os indivíduos mais otimistas, mais ativos e com uma melhor adesão aos tratamentos, patentearam um melhor bem-estar geral, uma melhor saúde mental e um melhor BES.

Fredrickson (2001) propõe um modelo denominado de *broaden-and-build*, para explicar o funcionamento das emoções positivas. De acordo com este modelo, a experiência de emoções positivas (e.g., alegria, contentamento, orgulho, amor e bondade) contribui para a expansão de repertórios e, conseqüentemente, uma maior capacidade de pensamento e de ação. Segundo a autora, estes repertórios mais alargados influenciam o desenvolvimento de recursos sociais, intelectuais e físicos que podem ser de grande

utilidade em situações promotoras de *stress* ou desafios, pelo que sugere que as emoções positivas possibilitem a prevenção de doenças e a proteção da saúde.

Curiosamente, na investigação conduzida por Veenhoven (2008), o autor verificou que o fator felicidade não prevê a longevidade em populações já afetadas por uma doença, mas que o faz em populações saudáveis. A felicidade, não parece, portanto, exercer um efeito curativo, mas sim preventivo, sugerindo a sua importância na saúde pública.

Ainda nesta linha, Guven e Saloumidis (2009), num estudo onde pretenderam relacionar a felicidade e a mortalidade verificaram que por cada 10% de aumento nos níveis de felicidade, havia um decréscimo de 4% nos níveis de mortalidade, sendo este facto mais notório nos indivíduos com doença crónica.

Com intuito de avaliar o efeito da sintomatologia depressiva nos índices de mortalidade, Blazer e Hybels (2004) conduziram um estudo longitudinal durante 10 anos, tendo verificado que 51% da amostra diagnosticada com depressão tinha morrido no fim do estudo. Os níveis de BES avaliados no início do estudo foram sugestivos de uma relação entre os indivíduos que morreram e aqueles que tinham registado valores mais baixos de níveis de felicidade. Os autores, em função dos resultados obtidos, colocaram a possibilidade da perceção subjetiva de bem-estar poder ser um fator crucial na previsão da mortalidade de adultos com sintomatologia depressiva.

Outras investigações têm sugerido que as pessoas com doença crónica, vivenciam níveis elevados de *stress*, atribuindo à sua vida níveis de felicidade e bem-estar mais reduzidos, estando suscetíveis a outros problemas de saúde, mais frequentemente devido ao facto de o *stress* crónico exercer influência negativa no seu sistema imunitário (Ng et al., 2009).

O BES é, portanto, uma dimensão positiva da saúde e representa uma área de investigação que procura compreender as avaliações que os indivíduos fazem das suas vidas (Siqueira & Padovam, 2008). Diener, Sapyta e Eunkook (2009) referem que, neste campo de conhecimento, não é preocupação o estudo dos estados psicológicos negativos ou patológicos (ansiedade e depressão), mas a clara diferenciação dos níveis de bem-estar que os indivíduos conseguem alcançar nas suas vidas.

Em seguida, apresenta-se, de forma mais detalhada, as componentes que integram o construto do BES.

2.2. Componentes do Bem-Estar Subjetivo

Os diversos autores que se debruçam sobre a elucidação dos determinantes do BES, têm procurado definir os elementos centrais que fazem parte deste conceito (e.g., Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012). No entanto, a clarificação da estrutura do BES tem-se apresentado como uma tarefa complexa, dada a multiplicidade de conceções e modelos de investigação existentes (Giacomoni, 2004).

Assim, de entre os principais modelos destacam-se os de tradição hedonista e eudemonista, com as teorias de *bottom-up* e *top-down*, que se assumem como duas abordagens significativas na compreensão deste construto (Diener et al., 2009).

As teorias *bottom-up* assumem que o BES é decorrente de fatores externos (i.e., fatores contextuais), tais como situações de vida e variáveis sociodemográficas que predizem e influenciam a felicidade (Giacomoni, 2004), pelo que se investiga a influência das experiências como eventos prazerosos ou desprazerosos nos afetos positivos e negativos (Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas, 2011). O BES, ancorado nesta perspetiva, resulta de um efeito cumulativo de experiências (Diener & Ryan, 2009), assentando esta teoria na filosofia de Locke, a qual concebe a mente como uma tábua rasa, onde tudo será moldado a partir da experiência com o exterior (Simões et al., 2000). Tendo como pano de fundo estas teorias, o BES seria resultante de acontecimentos positivos, pelo que quanto mais momentos positivos forem experienciados pelo indivíduo, maior seria o seu nível de bem-estar (Diener et al., 2009). O indivíduo possui, nesta linha de pensamento, um papel passivo na obtenção do seu bem-estar e as variáveis sociodemográficas assumem particular relevância neste âmbito (Diener & Ryan, 2009).

Por outro lado, as teorias *top-down* assumem que o bem-estar decorre de processos internos ao indivíduo (e.g., valores pessoais) e, por isso, de fatores intrínsecos (Diener & Ryan, 2009) ou intrapessoais (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Estas teorias partem do pressuposto que os indivíduos interpretam as situações e experiências de vida de forma positiva e negativa, sendo que a sua interpretação influencia a avaliação que fazem da sua própria vida (Giacomoni, 2004). Estas teorias encontram-se ancoradas na filosofia de Kant, que encara o indivíduo como um sujeito ativo e organizador da sua própria experiência

(Simões et al., 2000). Assim, nestas teorias, o indivíduo assume um papel ativo na sua experiência e o BES passa a ser encarado como uma causa de acontecimentos positivos e não apenas o efeito de experiências de vida acumuladas (Diener et al., 2009), pelo que o indivíduo gozará dos prazeres porque é feliz e não o contrário, sendo que a interpretação subjetiva dos eventos é a principal causa de influência do BES (Diener & Ryan, 2009). Neste contexto, as variáveis sociodemográficas podem assumir particular relevância, muito embora a personalidade se assuma, mais frequentemente, como variável preditora do BES (Diener & Ryan, 2009).

A estes dois modelos, Galinha e Pais-Ribeiro (2011) associam os modelos integrativos para compreensão do BES, sendo que estes enfatizam a contribuição dinâmica dos fatores intrapessoais (*top-down*) e contextuais (*bottom-up*), conforme se pode observar na Figura 1.

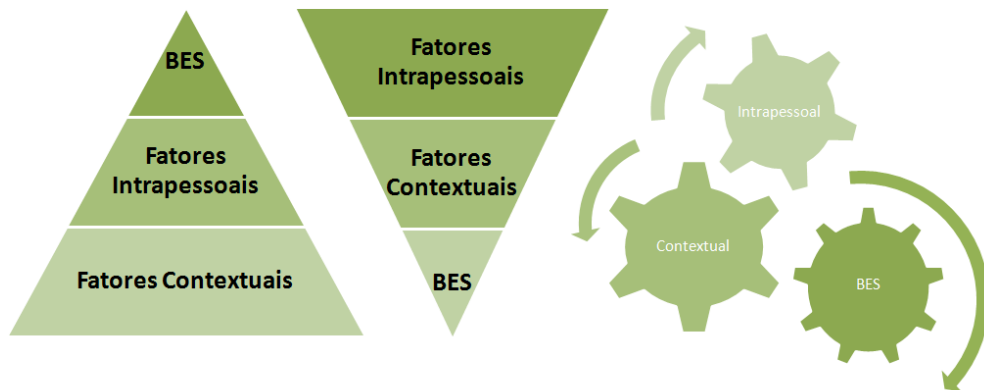


Figura 1. Representação dos modelos teóricos do BES, *bottom-up*, *top-down* e integrativo, respetivamente (adaptado de Galinha & Pais-Ribeiro, 2011, p. 35)

Assim, os modelos integrativos, de base holística, encontram-se ancorados na compreensão da interação de vários fatores no BES. Estes modelos defendem que o BES é influenciado por múltiplas variáveis (e.g., estados emocionais individuais, eventos passados, expectativas face ao futuro e comparações sociais) numa interação dinâmica (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Neste âmbito, os principais objetivos dos diversos estudos radicam na compreensão dos processos inerentes às diferentes medidas de BES (Diener & Biswas-Diener, 2000), pelo que diversos investigadores (e.g., Luhmann et al., 2011; Oishi, Kesebir, & Diener, 2011), apesar de referirem que não existe uma resposta simples relativamente aos determinantes que fazem parte do BES, assinalam que podem ser identificados dois conjuntos de fatores que influenciam o BES: (i) os fatores intrínsecos ao

indivíduo (e.g., valores, crenças, estratégias de *coping*, condições de saúde e religiosidade) e (ii) fatores extrínsecos (como aspetos sociodemográficos, culturas e eventos de vida).

Apesar disso, permanece ainda a incerteza relativamente aos fatores que mais influenciam o BES, bem como quais serão os preditores mais significativos de entre os habitualmente considerados (Zhang et al., 2009). Nesse sentido, investigações defendem a importância de se usarem separadamente as medidas cognitivas e as afetivas que compõem o BES, para que se possam identificar os diferentes preditores do BES (Diener, 2000, 2006); outras investigações defendem a importância de se usarem separadamente as medidas do afeto positivo e negativo, porque elas são independentes e aportam diferentes relações com diversas variáveis (Diener, 2000, 2006; Fredrickson, 2006); enquanto outras defendem a importância de se analisarem os diversos níveis de medida do BES (global e específico) no sentido de se identificarem os diferentes preditores do BES (Sirgy, 2002).

Neste sentido e tal como Eid e Larsen (2008) afirmam, o BES (enquanto variável que espelha aquilo que os indivíduos sentem e a forma como avaliam as suas vidas), abrange dois componentes: o BES afetivo (presença de afeto positivo e ausência de afeto negativo) e o BES cognitivo (já que inclui uma avaliação cognitiva sobre a vida). Realça-se, assim, que o BES afetivo e o BES cognitivo são dois construtos diferenciáveis em função da estabilidade e variabilidade ao longo do tempo (Eid & Diener, 2004; Headey, 2008), bem como na associação com outras variáveis (Luhmann et al., 2011).

Alguns estudos empíricos mostram que os componentes do BES se associam de forma diferente (e.g., Jovanovic, 2011); que a dimensão cognitiva do BES se encontra mais associada com as variáveis contextuais e que a dimensão afetiva se encontra mais relacionada com as variáveis de personalidade (Schimmack, Schupp & Wagner, 2008). Assim, o afeto positivo e negativo apresentam funções diferentes, embora complementares: enquanto o elevado afeto negativo se associa à restrição e focalização de pensamentos e ações, o positivo está associado com a abertura desses pensamentos e ações, permitindo a construção, a longo-prazo, de recursos pessoais e otimização da saúde (Folkman & Moskowitz, 2000; Fredrickson, 2006).

Por conseguinte, a componente cognitiva do BES (i.e., a satisfação com a vida), reporta-se à avaliação global que o indivíduo faz acerca da sua vida e reflete o quanto este se apercebe distante ou próximo das suas aspirações (Diener et al., 2002). Não obstante, a definição do construto é considerada complexa, uma vez que o mesmo pode ser

influenciado por variáveis como a idade, o gênero, o nível socioeconômico, o estado civil, o estado da saúde, a situação face ao emprego, a educação, a cultura e a personalidade, entre outras variáveis. Muito amplamente é sugerido que uma pessoa com elevado BES apresenta satisfação com a vida, presença frequente de afetos positivos e a relativa ausência de afeto negativo (Diener et al., 2009; Giacomoni, 2004).

Por outro lado, a componente afetiva do bem-estar pressupõe a existência de um balanço entre as duas dimensões afetivas (i.e., emoções positivas e emoções negativas), pelo que é indispensável que o indivíduo reconheça manter alta frequência de experiências emocionais positivas (i.e., presença de emoções e humores positivos) e baixas frequências de experiências emocionais negativas (i.e., ausência de emoções e afetos desagradáveis) no decorrer da vida, ou seja, implica que na grande maioria as experiências vivenciadas sejam intercaladas muito mais por emoções prazerosas do que pelo sofrimento (Diener & Ryan, 2009; Diener et al., 2009; Eid & Larsen, 2008; Galinha & Pais Ribeiro, 2005a; Luhmann et al., 2011; Siqueira & Padovam, 2008).

Nesta linha de pensamento, a conceptualização mais comum na literatura é divulgada a partir do modelo circular do afeto, onde as duas dimensões se cruzam, resultando em diâmetros perpendiculares de um círculo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a). Assim, os estados afetivos específicos encontram-se algures no círculo, no cruzamento das duas dimensões (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a).

O modelo de afeto que mais consenso reuniu foi o proposto por Watson e Tellegen (1985), um modelo circular, bidimensional e que apresenta duas dimensões vastas de emoções básicas, que emergem nos estudos realizados - afeto positivo e afeto negativo (cf. Figura 2): o afeto positivo, enquanto medida que representa a manifestação de entusiasmo com a vida e o afeto negativo, enquanto medida que representa a manifestação de indisposição ou perturbação face à vida.

Os dois afetos são descritos como dimensões bipolares, mas afetivamente unipolares, reforçando que o nível elevado de cada dimensão representa um estado de excitação emocional (ou afeto elevado), enquanto o nível mais baixo de cada dimensão, reflete uma relativa ausência de intensidade afetiva (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a).

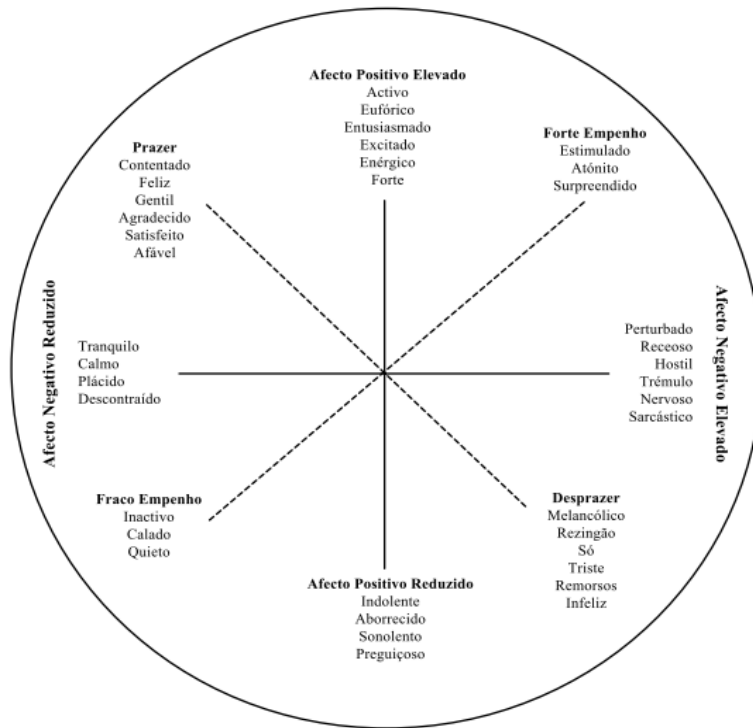


Figura 2 - Estrutura bifatorial do afeto (Adaptado de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a, p. 213)

Neste modelo, as estruturas podem desempenhar um papel relevante. A bidirecionalidade do afeto, embora explicando cerca de metade a três quartos da variância comum, não exclui a ação de outras fontes sistemáticas de variância. Assim sendo, a estrutura das dimensões apresenta-se como complementar, em vez de competitiva com as estruturas multifatoriais do humor, pelo que o afeto positivo e negativo se encontram hierarquicamente relacionados com outras emoções descritivas pelos diversos investigadores (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a).

Pela observação da Figura 2, e segundo Galinha e Pais-Ribeiro (2005a), verifica-se que os eixos (representados pelas linhas contínuas) emergem como os dois primeiros fatores dos estudos analisados e, os eixos representados pelas linhas a tracejado (prazer-desprazer e forte e fraco empenho) surgem como dois termos secundários, os primeiros dois fatores a seguir ao afeto positivo e negativo. Os eixos representados pelas linhas a tracejado (o octógono de prazer-desprazer representam uma mistura de alto afeto positivo com baixo afeto negativo. Os termos que denotam um forte envolvimento representam valores positivos nas duas dimensões adjacentes, enquanto um baixo envolvimento representa valores reduzidos nas duas dimensões adjacentes. Os termos dentro do mesmo octógono estão altamente e positivamente correlacionados. Os termos que estão no octógono adjacente estão moderada e positivamente correlacionados. Os termos que estão

180° afastados, ou seja, no octógono diretamente oposto, são opostos em significado e estão alta e negativamente correlacionados. Os termos distantes a 90°, por sua vez, afeto positivo e afeto negativo embora pareçam termos opostos, inversamente correlacionados, são na verdade independentes, não correlacionados (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a).

De um modo geral, sabe-se que as experiências afetivas são estados que mudam e que são influenciados por fatores situacionais e disposições individuais (Schimmack, Oishi, Diener, & Suh, 2000), ou seja, o afeto faz parte do cotidiano de todas as pessoas e surge com o intuito de auxiliar a sobrevivência e a reprodução humana, servindo para orientar os indivíduos a lidarem de modo adaptado com o mundo que os rodeia (Diener & Lucas, 2000).

Neste sentido, o afeto positivo e negativo, embora independentes, constituem-se como elementos do BES na sua componente emocional ou afetiva (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a), sendo que o afeto positivo é um contentamento hedônico puro, experienciado num determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade; é um sentimento transitório de prazer ativo; é mais uma descrição de um estado emocional, do que um julgamento cognitivo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a). O afeto positivo reflete a extensão em que a pessoa se sente entusiasmada, ativa e em alerta, ou seja, reflete o nível individual de prazer (Diener & Lucas, 2000), pelo que elevados níveis de afeto positivo refletem um estado de elevada energia, concentração total e de compromisso aprazível, ao passo que baixo afeto positivo é caracterizado pela letargia e tristeza.

Por contraste, o afeto negativo é uma dimensão geral da ansiedade subjetiva e de compromisso desagradável, com elevados níveis de afeto negativo a corresponderem a uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo irritação, desprezo, aborrecimento, culpa, medo e nervosismo, enquanto reduzidos níveis correspondem a um estado calmo e sereno (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a). Retrata um estado de distração e de envolvimento desprezível que também é transitório mas, que inclui emoções desagradáveis como a ansiedade, a depressão, a agitação, o aborrecimento, o pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes (Diener & Lucas, 2000).

As diversas investigações que abordam a estrutura do conceito de afeto sublinham, igualmente, a existência de duas abordagens: (i) uma abordagem específica, que defende a existência de muitos tipos de afetos com características diferentes (e.g., alegria, tristeza,

remorso) e (ii) outra abordagem que considera uma perspectiva dimensional, com duas dimensões afetivas centrais, uma dimensão afetiva positiva e uma dimensão negativa (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a).

Fredrickson (2003, 2006) conduziu um conjunto de investigações que têm mostrado que o afeto positivo tem impacto na saúde, embora de forma indireta, potenciando os recursos individuais intelectuais (e.g., criatividade, habilidade para aprender nova informação e memória), físicos (aumenta a força, a coordenação e saúde cardiovascular), psicológicos (desenvolve o otimismo, a resiliência, o sentido de identidade e a orientação para objetivos) e sociais (cria novos laços e solidifica ligações anteriores).

As pessoas com muita afetividade positiva relacionam-se socialmente com mais facilidade e lidam melhor com as situações promotoras de *stress* (Ostir, Ottenbacher, & Markides, 2004), além de sentirem maior controlo sobre as suas próprias vidas. Algumas investigações têm demonstrado que o afeto positivo parece estar relacionado com os traços extroversão e amabilidade, enquanto o afeto negativo parece estar relacionado com o traço neuroticismo (Gannon & Ranzijin, 2005; Steel, Schmidt & Shultz, 2008), concluindo-se que os afetos positivos e negativos são independentes (Diener, 2000; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011), já que uma pessoa pode sentir muitos afetos positivos, sem que isso signifique que sinta poucos afetos negativos e o mesmo acontece na situação contrária.

Fox (2000) apresenta uma definição simplificada dos afetos, referindo-se a estes como estados emocionais gerados em reação a determinados eventos ou avaliações. O afeto positivo é composto pelas emoções e humores agradáveis, como a alegria, contentamento, afeição e orgulho e está orientado para o afastamento, com o objetivo principal de manter o organismo longe dos problemas e das ameaças, através da inibição de comportamentos que originar a dor, castigo ou qualquer outra consequência indesejável (Watson, 2002).

Embora o afeto negativo não seja muito desejável, pode ser uma resposta conveniente e funcional em algumas situações. Por exemplo, o medo pode motivar e evitar o perigo; a irritação pode levar-nos a corrigir uma injustiça e a tristeza pode fazer renovar as nossas fontes e originar novos planos de ação após alguma perda (Diener, Scollon, & Lucas, 2003).

Também Oishi, Diener e Lucas (2007) realçaram a conveniência e a funcionalidade do afeto negativo em determinadas situações, referindo que o medo pode ajudar as pessoas

a evitar o perigo e prepará-las para situações stressantes; a ansiedade pode motivar as pessoas a trabalhar mais e a ter um desempenho melhor e a culpa e vergonha podem motivar as pessoas a evitar transgressões morais.

Na verdade, apesar do afeto negativo ser desagradável e muitas vezes evitado, indivíduos que experimentam a falta de afeto negativo, sofrem, frequentemente, consequências negativas (Oishi et al., 2007).

O estudo realizado por Galinha e Pais-Ribeiro (2011) procurou analisar os preditores do BES, sendo que os autores encontraram um modelo constituído apenas por fatores intrapessoais (dimensão cognitiva e afetiva) como explicativas do BES (reforçando os modelos *top-down*), sendo que as variáveis contextuais consideradas não se assumiram como preditores do construto analisado. Constataram, igualmente, que a depressão como preditora do afeto negativo, sugerindo que o BES é um indicador que integra a ausência de depressão.

Em seguida apresentam-se os aspetos mais relevantes que se encontram associados à avaliação do BES.

2.3. Avaliação do Bem-Estar Subjetivo

As primeiras investigações sobre o BES foram predominantemente americanas, sendo que com o passar dos anos, tornou-se claro o papel da cultura no bem-estar e a necessidade de compreender as razões das variabilidades do fenómeno, através das culturas, tendo crescido diversos estudos transculturais (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

É neste sentido que começam a existir diferentes e novos instrumentos de medida, construídos a partir das características da cultura avaliada e, por conseguinte, adaptados à população alvo de investigação (Diener et al., 2003).

As escalas de avaliação do BES são relativamente antigas e abrangem um vasto leque de áreas, sendo que o método mais usual de avaliação do bem-estar consiste no uso do autorrelato, através do qual o indivíduo avalia a satisfação relativamente à sua vida e/ou relata a frequência de emoções recentes de prazer e de desprazer (Diener et al., 2003).

Neste sentido, as medidas de autorrelato parecem ser particularmente apropriadas neste contexto, tendo em vista que somente o indivíduo pode experimentar os prazeres e

dores, bem como julgar se está ou não satisfeito com a sua vida (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Até mesmo as medidas globais do bem-estar, que simplesmente questionam o quão satisfeitos ou felizes os indivíduos estão, têm-se apresentado como válidas, apesar das limitações associadas (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Estas medidas têm mostrado qualidades psicométricas adequadas, bons índices de consistência interna, moderada estabilidade e sensibilidade perante mudanças de circunstâncias de vida (Diener et al., 2003; Eid & Diener, 2004).

Apesar disso, e tal como Galinha e Pais-Ribeiro (2011) assinalam, há aspetos de resposta que devem ser controlados aquando da aplicação destas escalas de autorrelato, nomeadamente a desejabilidade social, pelo que os investigadores devem procurar avaliar o impacto desses aspetos, sempre que for possível, a fim de controlar os efeitos de distorção que essas medidas podem sofrer (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Da mesma forma, as medidas de bem-estar devem ser administradas sob condições constantes ou sistematicamente variadas, pois a situação de mensuração pode influenciar o tipo de respostas (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Os valores dados ao bem-estar podem variar em função do tipo de escala que é utilizada, a ordem pela qual os itens são apresentados, o estado de humor no momento de responder ao instrumento e devido a outros fatores situacionais (Diener et al., 2003). Embora o humor espontâneo seja relevante na investigação do fenómeno, não é desejável que influencie indevidamente os relatos de como determinado indivíduo se tem sentido nos últimos meses ou anos (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Para se ultrapassarem algumas destas limitações, as investigações para além de utilizarem medidas globais do bem-estar, utilizam ainda uma série de medidas adicionais, tais como: relatos informativos (*o que é que os seus amigos e a sua família dizem sobre o seu bem-estar?*), medidas de memória (*you can rapidly remember good moments and not bad moments, in a period of time?*), entrevista e medidas qualitativas, onde são recolhidos relatos de humor em momentos aleatórios ao longo do dia ou num período de algumas semanas (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener & Biswas-Diener, 2000). Outras investigações têm em conta as medidas biológicas do bem-estar, como sendo os eletroencefalogramas, eletromiografias faciais e níveis de cortisol na saliva (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Por conseguinte, diversos investigadores têm intensificado a utilização de vários tipos de medidas no sentido de inferirem quais os processos psicológicos que influenciam o BES, mediante o padrão de valores das várias medidas, na tentativa de encontrarem uma conceptualização teórica que permita compreender o fenómeno do BES e que inclua a sua avaliação enquanto aspeto integral (Diener & Biswas-Diener, 2000). Estes aspetos, bem como a falta de uma teoria integradora e a existência de medidas com origem conceptual diversa, são algumas das críticas apontadas à avaliação neste âmbito (Novo, 2003).

Giacomoni (2004) realizou uma revisão dos instrumentos de avaliação do BES, sendo que a *Positive and Negative Affect Schedule* - PANAS foi identificada como uma escala de avaliação da dimensão afetiva do BES. Esta escala possui 20 itens (10 relativos aos afetos positivos e 10 aos afetos negativos) e foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005b).

Albuquerque e Tróccoli (2004) referem outras medidas de avaliação do BES, nomeadamente da sua dimensão cognitiva, tais como a *Subjective Well-Being Scale*, que inclui a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) constituída por 5 itens e validada para a população portuguesa por Neto (1999).

Lent (2004) refere que considerar a SWLS como medida da dimensão cognitiva do BES e a PANAS como medida da sua dimensão afetiva, não é tão linear quanto a literatura possa sugerir, dado que estas medidas possuem itens considerados afetivos que exigem uma reflexão (i.e., cognição) e itens cognitivos, que envolvem processos afetivos, nomeadamente quando é solicitado que se considere o que se sente. Por conseguinte, para este autor, a distinção parece operar-se não tanto ao nível da dicotomia cognição versus afeto, mas mais em termos de intensidade e globalidade/especificidade dos descritores de sentimentos. Nesta linha, o autor considera que a satisfação remete para julgamentos afetivos abstratos, enquanto o afeto positivo e negativo se referem à experiência mais específica e intensa ou a estados definidos.

Embora as diversas investigações calculem uma medida composta de BES a partir dos resultados nas três componentes, estudos recentes têm vindo a realçar que as correlações entre as diversas variáveis e as três componentes do BES se apresentam diferentes e que a predição de cada uma das componentes não é feita de igual forma pelas variáveis independentes (e.g., Galinha & Pais-Ribeiro, 2011; Simões et al., 2003).

Assim, o BES parece ser influenciado por um conjunto de variáveis sociodemográficas, sendo que, em algumas delas, o corpo de investigações não se mostra conclusivo (Vieira & Jesus, 2007). Assim, no que diz respeito à **idade**, as investigações têm sublinhado que as alterações observadas no BES podem ser melhor compreendidas quando os afetos positivos e negativos são examinados separadamente (Charles, Reynolds, & Gatz, 2001), uma vez que o bem-estar é muitas vezes conceptualizado como o balanço entre estes dois tipos de afeto (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Carstensen, Pasupathi, Mayr e Nesselroade (2000) analisaram as diferentes experiências emocionais em adultos com idades entre os 18 e os 94 anos. Os resultados deste estudo mostraram que, apesar de não terem encontrado diferenças significativas na frequência das experiências emocionais positivas ao longo da idade, as diferenças significativas foram assinaladas na frequência das experiências emocionais negativas, sugerindo que estas declinam a partir dos 60 anos.

No entanto, Ehrlich e Isaacowitz (2002) sustentam que os baixos níveis de afeto negativo não implicam, necessariamente, um aumento do BES, pelo que os indivíduos tornam-se emocionalmente estáveis no decurso da idade, podendo não apresentar mais afetos positivos. Para os autores, a anulação dos afetos negativos pode ser apenas resultado de uma melhor estabilidade.

Verifica-se que, se existem autores que defendem que os afetos negativos diminuem com a idade (e.g., Charles et al., 2001), outros que defendem que os afetos negativos tendem a diminuir até à idade adulta, aumentando a partir de uma idade mais avançada (Carstensen et al., 2000), outros ainda sublinham que apesar do declínio observável dos afetos positivos em função da idade, os afetos negativos parecem não apresentar variações (Diener & Lucas, 2000).

Relativamente ao **género**, Eddington e Shuman (2005) sustentam que as mulheres reportam mais afetos negativos e depressão, quando comparadas com os homens. Outras investigações (e.g., Diener, 2000) mostraram que, em média, as mulheres experienciam tanto os afetos positivos como os afetos negativos, com mais frequência e intensidade do que os homens. Por outro lado, Fujita, Diener e Sandvik (1991) salientaram que as mulheres são mais recetivas a experiências emocionais intensas e, conseqüentemente, mais vulneráveis à depressão no caso de viverem experiências negativas ou incontroláveis. Ao que parece, as pessoas que experienciam muitas emoções negativas também tendem a

experimentar muitas emoções positivas, i.e., apesar de reportarem mais afetos negativos também parecem viver mais experiências agradáveis (Diener et al., 2003).

Constata-se que relativamente ao género, os resultados também não apresentam um consenso. No estudo de Simões e colaboradores (2000) verificam-se diferenças significativas nos valores do BES, embora de pequena magnitude, estando os valores mais elevados presente nas mulheres. Outros estudos não encontraram diferenças em função do género (Neto, 1999), o que leva a Simões e colaboradores (2000) a afirmarem que o efeito do género no BES é bastante modesto ou mesmo inexistente.

Relativamente às habilitações, investigações têm mostrado que esta não se assume como um forte preditor do BES, embora possam apresentar um efeito negativo neste último, quando a realização dos objetivos e das metas falha (Diener, 2000; Diener et al., 2003; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011; Simões et al., 2000).

Por último, importa referir que o **estado de saúde** tem um forte impacto sobre o BES, tal como assinalam diversos estudos (Simões et al. 2000), reforçando a ideia de que os níveis de BES em populações com doença são significativamente menores, havendo a presença de emoções mais negativas e presença de maior sofrimento físico e psicológico (Blazer & Hybels, 2004; Collins et al., 2009; Hart et al., 2003; Howell et al., 2007; Ng et al., 2009; Silva et al., 2003; Vilhena et al., 2014).

Perante o exposto, a abordagem holística de saúde não assume o paciente crónico como apenas um portador de doença, mas um ser individual, físico, psicológico e espiritual (Andrew et al., 2014). Neste sentido, investigações têm mostrado que a comunicação profissional possui, igualmente, um impacto no estado mental do paciente e na relação deste com o profissional de saúde (Ha, Anat, & Longnecker, 2010), pelo que importa compreender de que forma a comunicação dos profissionais de saúde pode estar associada aos afetos positivos e negativos presentes nos pacientes e, de que forma, essa associação ocorre.

Em seguida, apresenta-se um corpo de investigações que tem sido realizado relativamente ao BES e sua associação com a comunicação profissional-paciente.

2.4. Comunicação Centrada no Doente e Bem-Estar Subjetivo

Como se verificou anteriormente, a diversa literatura relativa à comunicação dos profissionais de saúde tem sublinhado o impacto desta, a diversos níveis, nomeadamente ao nível da adesão ao tratamento (Asan et al., 2013) e na melhoria do prognóstico (Matusitz & Spear, 2014).

A qualidade da comunicação dos profissionais de saúde assume particular relevância no âmbito de pacientes com doenças crónicas (Beck et al., 2001), uma vez que estes necessitam de se envolver com os processos de tomada de decisão associados à sua doença, para mais facilmente aderirem aos tratamentos e recomendações clínicas, com intuito de promoverem uma mudança de comportamentos associados à saúde (Chen et al., 2007).

Assumindo que o paciente é um ser individual, físico, psicológico e espiritual, tal como sustenta a abordagem holística da saúde (Andrew et al., 2014), revela-se de particular relevância o impacto da comunicação profissional no estado mental do paciente (Ha et al., 2010). Diversas investigações têm sido conduzidas no sentido compreenderem o impacto da comunicação profissional como promotora da redução do *distress* psicológico em pacientes com elevados níveis de sintomas (Schofield et al., 2010; Pollock & Grime, 2002; Pransky et al., 2009; Talvitie, 2000; van Zanten et al., 2007; Zachariae et al., 2003), sublinhando a importância de se atenderem às necessidades biopsicossociais dos pacientes (Carvalho et al., 2010; Chatterjee & Choudhury, 2011; Ellman & Fortin, 2012; Golin et al., 2007; Skillings et al., 2010), bem como a sua influência no estado de saúde física e psicológica dos pacientes (DiMatteo et al., 2007; Shaw, Pransky et al., 2009).

Na prática, evidências têm sublinhado que os pacientes que apresentam *distress* psicológico acabam por ser aqueles que mais reconhecem lacunas na comunicação/relação com o profissional de saúde (DiMatteo et al., 2007; Shaw, Pransky et al., 2009; Talvitie, 2000).

Por exemplo, estudos realizados por DiMatteo (2004) e DiMatteo, Leeper e Croghan (2000), mostraram que a depressão e o suporte social se assumem como dois preditores fundamentais na adesão dos pacientes aos tratamentos. Da mesma forma, sendo a perceção da severidade da doença resultante de uma avaliação que se realiza desta, i.e., da perceção de que esta pode ser prevenida ou ser tratada como doença séria (DiMatteo et al., 2007), a educação para a saúde assume particular relevância, uma vez que exige o uso de

mensagens persuasivas, a compreensão do nível de literacia em saúde dos pacientes, bem como uma gestão adequada das barreiras de comunicação presentes na prática clínica, como por exemplo as barreiras associadas à linguagem, à cultura e à classe social dos pacientes, que influenciam a adesão destes ao tratamento (Baker, 2006; Fiscella, Franks, Doescher, & Saver, 2002; Smith, DeVellis, Kalet, Roberts, & DeVellis, 2005; Weinick, Jacobs, Stone, Ortega, & Burstin, 2004).

Tendo em linha de consideração que a perceção da severidade da doença pode afetar a adesão dos pacientes ao tratamento, é necessário que os profissionais de saúde transmitam mensagens promotoras dessa adesão, no contexto de uma comunicação centrada no paciente, e que as relações terapêuticas de confiança possam ser empreendidas de forma eficaz para ajudar os pacientes a reconhecerem as ameaças reais da sua doença, promovendo comportamentos de saúde que reduzam os riscos e potenciam o seu bem-estar (Fiscella et al., 2004; Stewart, Meredith, Brown, & Galajda, 2000).

O estudo conduzido por Castro e Gross (2013) com intuito de realizar uma revisão sistemática sobre a perceção da doença renal crónica em doentes em hemodiálise mostrou que a perceção negativa da doença se encontrava relacionada à não adesão ao tratamento, comportamentos de autocuidado, sintomas de depressão, qualidade de vida, mortalidade, sobrevida e adesão a tratamentos da medicina complementar e alternativa.

Também a meta-análise realizada por DiMatteo e colaboradores (2007) mostrou que os pacientes com pior estado de saúde aderiam mais rapidamente ao tratamento médico do que os que possuíam melhor estado de saúde. No entanto, os autores sublinharam que os pacientes com condições de saúde bastante graves se encontravam menos propensos à adesão quando comparados com aqueles que apresentavam condições de saúde com níveis de gravidade mais baixos, concluindo que os pacientes portadores de doenças mais graves, vivenciavam limitações físicas, psicológicas e práticas, bem como modelos de doença (em função das causas, consequências, controlabilidade e trajetória da doença) que se afiguraram disruptivos dos seus esforços de adesão. De facto, as rotinas associadas à medicação e aos tratamentos centrais utilizados para controlo das doenças mais graves (no sentido de proporcionar uma mais QdV a estes pacientes), podem ser tidas como mais difíceis de implementar quando o estado de saúde se torna cada vez mais precário (Wagner & Ryan, 2004).

Neste sentido, os pacientes podem ter dúvidas relativamente à eficácia dos tratamentos, especialmente se alguns deles não apresentaram resultados positivos no controlo da sua doença, se debelaram as suas expectativas e se as suas interações com os profissionais de saúde que os providenciam foram de baixa qualidade (Kravitz et al., 2002). Na verdade, para os pacientes com condições de saúde graves, a adesão pode parecer fútil e levá-los a tornarem-se mais isolados socialmente, depressivos, pessimistas e ambivalentes relativamente à sua sobrevivência (Lin et al., 2006).

O estudo conduzido por DiMatteo e colaboradores (2000) teve como intuito compreender a razão pela qual os pacientes com ansiedade e depressão apresentam resultados clínicos precários no decurso dos seus tratamentos, bem como analisar em que medida estes dois quadros clínicos se encontram associados à pobre adesão aos tratamentos e recomendações clínicas. Os autores constataram que em doze dos estudos analisados, os pacientes depressivos mostraram três vezes mais uma não adesão ao tratamento, sendo que a não adesão se encontrou associada à comunicação do profissional de saúde. Os autores concluíram que a depressão potencia a não adesão aos tratamentos, por diversas razões: (a) as expectativas positivas e as crenças nos benefícios e na eficácia do tratamento são essenciais à adesão ao mesmo. Assim, a depressão envolve, frequentemente, uma apreciação negativa e um nível elevado de desesperança que acaba por condicionar essa adesão; (b) a perceção de falta de suporte familiar, social e dos profissionais de saúde condiciona o processo de adesão aos tratamentos nestes pacientes, que não veem reconhecidas, compreendidas e aceites as suas necessidades de suporte emocional; e (c) a depressão encontra-se associada a um declínio das funções cognitivas, pelo que a comunicação dos profissionais de saúde nem sempre é clara e perceptível por estes pacientes, condicionando, desta forma, a adesão aos tratamentos. Por conseguinte, os autores defendem que entre a adesão aos tratamentos e a depressão existe um ciclo vicioso de *feedback* retroativo, pelo que a depressão leva à não adesão ao tratamento e a não adesão acaba por exacerbar o quadro depressivo do paciente.

Pollock e Grime (2002) no seu estudo com 32 pacientes de clínica geral e 30 pacientes da *Depression Alliance* constataram que a sensação intensa da pressão do tempo e um racionamento autoimposto do tempo das consultas emergem como fator-chave das preocupações dos pacientes entrevistados do seu estudo. Assim, a ansiedade relativamente ao tempo de duração das consultas acaba por afetar a liberdade dos pacientes para falarem sobre os seus problemas, pelo que estes assumem a responsabilidade de gestão do tempo,

para aliviarem a carga de trabalho que percecionam nos profissionais de saúde. Todavia, no estudo realizado por estes autores em 2003, junto de 19 pacientes deprimidos, mostrou que embora a percepção da pressão do tempo estivesse presente, esta não foi sentida como condicionadora na prestação dos cuidados e suportes de tratamento conferidos pelos profissionais de saúde a estes pacientes.

O estudo realizado por Gask, Rogers, Oliver, May e Roland (2003), procurou explorar a percepção dos pacientes deprimidos relativamente à qualidade dos serviços de cuidados de saúde prestado, pelo que realizaram entrevistas semiestruturadas a 27 pacientes. Os principais resultados mostraram que a percepção da qualidade dos serviços de cuidados de saúde prestados depende fortemente da boa comunicação que é estabelecida entre o profissional de saúde e o doente, embora os pacientes com depressão apresentem muitas vezes dificuldades em discutir os seus problemas com estes profissionais. Mostram-se, por isso, menos aderentes aos cuidados de saúde, por exemplo em marcar consultas de *follow-up*, especialmente quando não conferem à depressão uma razão legitimada para consultar um médico. Os autores concluíram que os pacientes com depressão sentem que não devem ocupar os profissionais de saúde com os seus problemas e que é difícil estes profissionais ouvi-los e compreender o que sentem.

Em suma, no presente capítulo observou-se que o construto do BES é multidimensional e que integra conceitos relativos aos afetos positivos e negativos, à felicidade, à QdV e satisfação com a vida. Nesse sentido, a avaliação do BES mostra ser uma tarefa inacabada e nem sempre consensual nos diversos investigadores do construto.

Particularmente nos doentes crónicos, o BES é afetado por diversas variáveis, como a gravidade da doença, o tratamento e as dificuldades físicas, sociais e psicológicas que a doença acarreta, pelo que a consideração das suas emoções (positivas e negativas) assumem particular relevância sob o ponto de vista da intervenção, já que elas condicionam o prognóstico da doença e a adesão aos diversos tratamentos. Neste sentido, o BES assume a dimensão afetiva da saúde, encontrando-se intimamente relacionado com a qualidade da comunicação/relação profissional percecionada. Apesar de os doentes crónicos constituírem uma população que exige cuidados especiais ao nível da intervenção, a investigação tem sublinhado que as barreiras da comunicação profissional e do

relacionamento interpessoal com os profissionais de saúde se encontram presentes, com visíveis impactos ao nível das suas necessidades biopsicossociais.

Tendo em linha de consideração a revisão bibliográfica realizada, em seguida apresenta-se o estudo empírico conduzido, que tem como principal objetivo analisar a comunicação profissional de saúde-doente e sua relação com o afeto positivo e negativo numa amostra de pacientes portadores de doenças crónicas.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III - Percurso Metodológico

O percurso metodológico apresentado, focaliza-se, num primeiro momento na justificação da pertinência do presente estudo, sendo que em seguida são apresentados os diversos aspetos que caracterizam o método de investigação preconizado, nomeadamente os objetivos e variáveis em estudo, a caracterização dos participantes e do material, bem como o procedimento de recolha de dados e o tratamento/análise dos dados.

3.1. Pertinência do Estudo

Atendendo à revisão bibliográfica apresentada anteriormente, consideramos que o presente estudo se mostra pertinente, por diversas razões. Em primeiro lugar, pelo facto de as investigações relativas à comunicação profissional de saúde constituírem um corpo teórico crescente na literatura sobre o tema, o que configura a necessidade de serem realizadas investigações para que as questões suscitadas possam ser analisadas e serem equacionadas outras questões que se mostrem pertinentes.

Em segundo lugar, porque se encontra bem visível na diversa literatura sobre o tema, que os problemas associados à comunicação de saúde-doente possuem um impacto negativo nos pacientes com doença crónica, afetando toda a intervenção que se encontra associada a estas populações. Espera-se, portanto, que uma abordagem centrada no paciente tenha em linha de consideração as emoções desses pacientes, seja facilitadora de uma compreensão relativa à informação transmitida e que permita uma melhor identificação das suas necessidades, perceções e expectativas. Naturalmente que esta abordagem exige dos profissionais de saúde, competências associadas à comunicação e ao estabelecimento de uma relação interpessoal eficaz.

Em terceiro lugar, consideramos que, apesar de existirem investigações que abordam os problemas de comunicação nos profissionais de saúde, poucas e recentes são aquelas que se focalizam na sua relação com o BES e, mais especificamente com os afetos positivos e negativos. Como se verificou na revisão bibliográfica realizada, os afetos, a sua identificação e compreensão, são essenciais para a potenciação de uma maior adesão aos tratamentos e às recomendações clínicas nos doentes crónicos. Os doentes crónicos necessitam de ter uma perceção positiva relativamente ao suporte social, sendo que o suporte conferido pelos próprios profissionais de saúde assume, neste contexto, uma importância fundamental, já que a abordagem centrada no paciente exige uma abordagem

psicossocial promotora de uma aliança terapêutica entre os atores envolvidos, para que possa ser bem-sucedida.

Em quarto e último lugar, consideramos também pertinente compreender a relação entre a comunicação profissional de saúde e a dimensão afetiva do BES em doentes crónicos portugueses. Grande parte dos estudos existentes sobre esta temática é de cariz internacional, afigurando-se importante compreender a realidade onde nos encontramos inseridos. A compreensão desta realidade assume-se como um ponto de partida para a melhoria da intervenção clínica nos diversos contextos de saúde.

3.2. Objetivos

O objetivo principal do presente estudo foi analisar a relação entre a comunicação profissional de saúde-doente e os afetos positivos e negativos em indivíduos com diagnóstico de doença crónica acompanhados nos cuidados de saúde primários.

Fazem parte dos objetivos mais específicos os seguintes:

1. Descrever a perceção que doentes crónicos acompanhados nos cuidados de saúde primários apresentam sobre a comunicação profissional de saúde-doente.
2. Descrever os afetos positivo e negativo em doentes crónicos acompanhados nos cuidados de saúde primários.
3. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à perceção da comunicação profissional-doente.
4. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto aos afetos positivo e negativo.
5. Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a perceção da comunicação profissional de saúde-doente.
6. Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e os afetos positivo e negativo.
7. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes com distintos níveis de escolaridade quanto à perceção da comunicação profissional-doente.
8. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes com distintos níveis de escolaridade quanto aos afetos positivo e negativo.

9. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes com diferentes perceções de gravidade da doença quanto à perceção da comunicação profissional-doente.
10. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes com diferentes perceções de gravidade da doença quanto aos afetos positivo e negativo.
11. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes que avaliam a satisfação com a sua saúde de diferentes modos quanto à perceção da comunicação profissional-doente.
12. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes que avaliam a satisfação com a sua saúde de diferentes modos quanto aos afetos positivos e negativos.
13. Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a perceção da comunicação profissional-doente e os afetos positivo e negativo.

3.2.1. Variáveis do Estudo

As variáveis principais do presente estudo são a comunicação profissional de saúde-doente e os afetos positivo e negativo. As variáveis secundárias estudadas são o género, a idade, a escolaridade, perceção de sofrer de uma doença crónica, doença diagnosticada, perceção da gravidade da doença, ocorrência de internamento no último ano e perceção da satisfação com a saúde.

3.3. Método

3.3.1. Participantes

Participaram no presente estudo 107 indivíduos, com diagnóstico de doença crónica, em acompanhamento em centro de saúde, maioritariamente do sexo feminino (63,6%), com idades compreendidas entre os 19 e os 86 anos ($M=55,93$; $DP=15,91$) e com habilitações entre o "nunca ter frequentado a escola" e o Mestrado (Quadro 2).

Quadro 2

Variáveis sociodemográficas

Variáveis	<i>n</i>	%
Género		
Masculino	39	36,4
Feminino	68	63,6
Escolaridade		
Sem frequência do sistema de ensino	1	0,9
1º ciclo	52	48,5
2º ciclo	13	12,1
3º ciclo	11	10,3
Secundário	18	16,9
Licenciatura	10	9,4
Mestrado	2	1,9

Relativamente às variáveis clínicas, verifica-se no Quadro 3 que a maioria (67,3%) tem a perceção de sofrer uma doença, mesmo não tendo estado internada no último ano (78,5%).

Dos 66,4% que referiram ter uma alguma doença, observa-se que a Diabetes é a doença mais prevalente (14,2%), seguida de hipertensão (12,1%). Para além destas doenças foram assinaladas outras (insónia, apneia do sono, dor ciática, fissura, angioma cerebral, hiperandrogenismo, epilepsia e degenerescência macular da idade) embora com frequências francamente mais baixas (Quadro 3).

Quadro 3

Variáveis clínicas

Variáveis	<i>n</i>	%
Perceção de que sofre de uma doença		
Sim	71	66,4
Não	36	33,6
Tipo de doença		
Diabetes	15	14,2
Hipertensão	13	12,1
Outras	8	7,2
Osteoporose	7	6,6
Hipertiroidismo	6	5,6
Dor crónica	4	3,7
Colesterol	4	3,7
Depressão	3	2,8
Asma	2	1,9
Hérnias lombares	2	1,9
Bronquite	2	1,9
Rinite Alérgica	2	1,9
Úlcera gástrica	2	1,9
Ansiedade	2	1,9
Internamento no último ano		
Sim	23	21,5
Não	84	78,5

3.3.2. Material

O protocolo de recolha de dados da presente investigação foi constituído pela seguinte bateria:

Questionário sociodemográfico e clínico - desenvolvido especificamente para o presente estudo com intuito de recolher informações relativas ao género, idade, escolaridade, perceção de sofrer de doença crónica, doença diagnosticada, perceção da gravidade da doença, internamento no último ano e perceção da satisfação com a saúde.

Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) - este instrumento foi inicialmente desenvolvido por Gremigni e colaboradores (2008) com o objetivo de avaliar a experiência de comunicação do paciente com os profissionais de saúde, nomeadamente ao nível das seguintes dimensões: (a) *Resolução de Problemas*; (b) *Respeito*; (c) *Ausência de Hostilidade* e (d) *Proximidade Não-Verbal*. Este instrumento constitui-se por 13 itens que devem ser respondidos numa escala do tipo Likert de 5 posições, sendo que o valor

mínimo corresponde a "nada" e o valor máximo a "completamente". Todos os itens são cotados de forma direta, sendo que os itens 4, 6 e 8 cotados inversamente. Assim, os valores mais elevados espelham maior satisfação (cf. Quadro 4).

Quadro 4

Dimensões do Health Care Communication Questionnaire

Dimensões	Itens	Valor mínimo-valor máximo
Resolução de problemas	10, 11, 12 e 13	4-20
Respeito	2, 3, 5 e 7	4-20
Ausência de hostilidade	4, 6 e 8	3-15
Proximidade não-verbal	1 e 9	1-10

Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Andrade (2014) e é esta a versão utilizada no presente estudo. A autora realizou o estudo das qualidades psicométricas do HCCQ, tendo encontrado bons indicadores ao nível da validade, da fidelidade e da sensibilidade. Com recurso a uma análise fatorial em componentes principais, seguida de uma rotação varimax, foi possível identificar 4 fatores explicativos de 75,4% da variância dos resultados, idêntica à estrutura fatorial proposta pelos autores originais. Andrade (2014) realizou ainda uma análise de correlações corrigidas para sobreposição (através do coeficiente de Pearson), tendo encontrado correlações estatisticamente significativas moderadas entre as dimensões e os itens do HCCQ, superiores entre os itens e a dimensão a que pertencem do que entre estes e as restantes dimensões.

No que diz respeito à fidelidade, Andrade (2014) identificou um valor de alfa de Cronbach de 0,89 ($N=107$) para a escala total e valores de alfa que oscilam entre 0,60 (dimensão Proximidade Não-Verbal) e 0,90 (dimensão Respeito). Estes valores são idênticos aos obtidos por Gremigni e colaboradores (2008), e confirmam a fidelidade do instrumento.

Por fim, relativamente à sensibilidade, isto é, capacidade para discriminar os sujeitos através da curva gaussiana, Andrade (2014) constatou um ligeiro enviesamento à direita e com uma ligeira tendência pontiaguda, concluindo que o instrumento possui uma sensibilidade aceitável.

No presente estudo, realizamos uma análise da fidelidade através do alfa de Cronbach, tendo-se identificado um valor de 0,72 para o total dos 13 itens do HCCQ ($N=107$), valor ligeiramente inferior ao encontrado por Andrade (2014), mas que suporta uma razoável fidelidade do instrumento.

No que toca às dimensões, verificamos um valor de 0,71 para a dimensão *Resolução de Problemas* (sendo que se o item 10 fosse retirado, faria aumentar o valor de alfa para 0,76); 0,90 para a dimensão *Respeito*; 0,78 para a dimensão *Ausência de Hostilidade* (sendo que se o item 8 fosse retirado, faria aumentar o valor de alfa para 0,96) e 0,60 para a dimensão *Proximidade Não-Verbal*. Estes valores apresentam-se idênticos aos obtidos por Andrade (2014) e ligeiramente mais baixos nos encontrados por Gremigni e colaboradores (2008), e uma vez confirmam a sua fidelidade.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) - este instrumento foi desenvolvido em 1988 por Watson, Clark e Tellegen e adaptado para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005b). Esta escala avalia o BES na sua dimensão afetiva. A versão utilizada no presente estudo é constituída por 20 itens, sendo que 10 avaliam o afeto negativo (itens 2, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18 e 20) e os outros 10, o afeto positivo (itens 1, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 17 e 19). Os itens são respondidos numa escala do tipo Likert de cinco posições, desde o "nada ou muito ligeiramente" a "extremamente". Ao respondente é solicitado que assinale em que medida sentiu cada uma das emoções apresentadas na lista, nas últimas semanas, sendo que as pontuações mais elevadas sugerem a presença de afeto negativo e/ou positivo.

Galinha e Pais-Ribeiro (2005b) realizaram estudos de consistência interna dos itens, através do alfa de Cronbach, tendo encontrado um valor de 0,86 para a escala de afeto positivo, por comparação a um valor de 0,88 da versão original da escala e um valor de 0,89 para a escala de afeto negativo, por comparação ao valor de 0,87 da versão original.

No presente estudo, realizamos igualmente as análises de fidelidade desta escala, através do método de consistência interna, tendo-se encontrado um valor de alfa de Cronbach de 0,84 para a escala do afeto positivo e 0,83 para a escala do afeto negativo, valores ligeiramente inferiores aos encontrados pelos autores da escala original e por Galinha e Pais-Ribeiro (2005b), mas que suportam a boa fidelidade do instrumento.

No que diz respeito à correlação entre as duas dimensões da PANAS (afeto positivo e afeto negativo), Galinha e Pais-Ribeiro (2005b) referem que o esperado é que seja

próximo de zero, já que o desenvolvimento da escala foi realizado com esta intenção de acordo com o pressuposto da ortogonalidade do modelo que é defendido pelos autores. Porém, Galinha, Pereira e Esteves (2014) referem que podem ser pontualmente observadas correlações significativas fracas entre estas duas dimensões da escala. Assim sendo, para a escala original a correlação encontrada entre estas duas dimensões foi de -0,17 e para a versão portuguesa foi de -0,10. No presente estudo foi encontrado um valor de correlação igual ao de Galinha e Pais-Ribeiro (2005b).

3.3.3. Procedimento

O presente estudo encontra-se integrado num projeto mais amplo, 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 Prof. Doutora Isabel Silva.

O procedimento de recolha de dados iniciou com o pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, para ser realizado o estudo. Após a autorização, foi apresentado o estudo ao Conselho Executivo e ao Conselho Clínico de um Centro de Saúde, que após ter consentido a sua realização, encaminhou o pedido para a Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS).

O estudo foi igualmente apresentado à Comissão de Ética e Saúde do Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa. Os três organismos concederam autorização para a realização do estudo.

Os critérios de seleção dos participantes foram os seguintes: adultos, com idade mínima de 18 anos; diagnóstico de doença crónica; estarem a ser acompanhados nos serviços de cuidados de saúde cujas administrações e direções aceitaram participar no estudo e que deram consentimento informado para participarem no estudo.

Todos os participantes foram informados relativamente à natureza voluntária da sua participação, bem como a possibilidade de desistirem, se assim o desejassem, sem qualquer consequência para si mesmos, em qualquer momento do estudo.

Os participantes foram incluídos no estudo à medida que foram aparecendo para o seguimento em consulta com o médico ou com o enfermeiro, que os sinalizou com doença crónica e os encaminhou para os investigadores que se encontravam a recolher os dados.

Os questionários foram de autopreenchimento quando os pacientes apresentavam autonomia para tal, caso contrário, o próprio investigador encarregou-se de os ajudar a preenchê-los, procedendo-se a uma administração assistida. A administração do protocolo de recolha de dados demorou, em média, 10 minutos.

Não foram recolhidos dados pessoais dos participantes que permitissem a sua identificação, salvaguardando, desta forma, a confidencialidade e anonimato da sua participação. Por conseguinte, procurou-se manter em separado o consentimento informado assinado pelo paciente e os questionários que este respondeu.

Após a recolha dos questionários, os dados foram introduzidos no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences*® (IBM® SPSS) versão 22.0 para Windows e extraídos os principais resultados.

Iniciou-se com a realização do teste de normalidade através do Teste de Kolmogorov-Smirnov (que é para amostras ≥ 50), para as variáveis consideradas (i.e., género, idade, escolaridade), no sentido de auxiliar na decisão relativa às estatísticas mais adequadas (i.e., paramétricas ou não paramétricas).

O Teste de Kolmogorov-Smirnov encontra-se ancorado na máxima diferença entre a distribuição acumulada da amostra e a distribuição acumulada esperada, partindo do pressuposto de que a distribuição é considerada normal, quando o nível de significância (p) é maior do que 0,05, sendo que nestes casos se devem prosseguir com as estatísticas paramétricas. Se, o nível de significância for inferior a 0,05, então, a melhor opção recai para o uso de estatísticas não paramétricas (Kinnear & Gray, 2001).

No presente estudo ao ser realizado o teste de normalidade, os valores de significância encontrados para as variáveis consideradas foi superior a 0,05, pelo que opção estatística que se afigurou mais adequada apontou para os testes paramétricos.

A partir daqui, foram realizadas as estatísticas descritivas e inferenciais (correlacionais e diferenciais). As análises descritivas permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram recolhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis. As estatísticas descritivas incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão. Estas estatísticas são importantes pois dão iniciadores ao investigador sobre a posição dos valores e as tendências centrais/variabilidade ou dispersão (Fortin, 2009).

As análises correlacionais foram realizadas através do teste de Pearson que permite analisar a existência de relações entre as variáveis consideradas (Almeida & Freire, 2008). Estas relações podem ser analisadas em função da sua intensidade (i.e., o coeficiente de correlação oscila entre -1,00 e +1,00, sendo que o valor zero significa ausência de correlação), apresentando-se mais perfeita quanto mais próximo estiver da unidade. As correlações podem ser positivas ou inversas (negativas), dependendo das oscilações dos resultados nas variáveis (Almeida & Freire, 2008).

As análises diferenciais foram realizadas através do teste *t* de *Student* e *Anova One Way* para amostras independentes, que são dois testes paramétricos. O *t* de *student* é utilizado para analisar as diferenças de médias entre duas situações (género) enquanto a *Anova One Way* permite analisar as diferenças de médias existentes entre mais do que duas situações (escolaridade, perceção da gravidade da doença, perceção da satisfação com a saúde). A *Anova One Way* foi seguida do teste *Post-Hoc LSD (Least Significant Difference)*, sempre que existem diferenças significativas. Em seguida são apresentados os principais resultados da presente investigação.

Capítulo IV - Resultados

Para uma melhor estruturação dos resultados encontrados, os mesmos serão apresentados em função dos objetivos inicialmente propostos.

Assim, pretendeu-se descrever a perceção que os doentes crónicos apresentavam sobre a comunicação profissional de saúde-doente, tal como previa o **primeiro objetivo específico**, sendo que os resultados estão espelhados no Quadro 5.

Quadro 5

Comunicação profissional de saúde-doente crónico (N=107)

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Curtose	Assimetria	Mínimo	Máximo
Problemas	15,9	16,00	2,10	-0,39	1,45	10	20
Respeito	15,7	16,00	2,98	-1,67	4,53	4	20
Hostilidade	14,1	15,00	1,95	-2,67	7,33	6	15
Proximidade	7,29	8,00	1,71	-0,97	1,24	2	10
Total HCCQ	53,09	55,00	6,97	-1,22	2,14	29	65

Importa sublinhar que foram apreciados os valores da média dos resultados e sua proximidade relativamente à mediana. Numa distribuição considerada normal estes dois valores devem distribuir-se acima e abaixo da média, numa amplitude entre 2,5 e 3 unidades de desvio padrão (Almeida & Freire, 2008). Ainda se apreciaram os valores de assimetria e de curtose, que se referem ao grau de assimetria e de achatamento da distribuição dos resultados. Assim, pela análise do referido quadro verifica-se que quer as dimensões do HCCQ, quer o seu total atingiram os valores máximos previstos, sendo que unicamente a dimensão Respeito, atingiu os valores mínimos possíveis. Os valores médios alcançados espelham que os participantes do presente estudo se apresentam satisfeitos com a comunicação que estabelecem com o profissional de saúde, em todas as dimensões do HCCQ consideradas.

O **segundo objetivo** pretendeu descrever o afeto positivo e negativo dos doentes crónicos, cujos resultados podem ser observados no Quadro 6.

Quadro 6

Descrição dos afetos positivos e negativos (N=107)

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Curtose	Assimetria	Mínimo	Máximo
Afeto Positivo	26,1	26,0	7,22	0,29	0,51	10	49
Afeto Negativo	17,7	16,00	5,84	1,23	1,92	10	41

Denota-se uma proximidade entre a média e mediana dos afetos positivo e negativo, bem como valores de Curtose e de Assimetria se encontram próximos da unidade, o que sugere uma distribuição normal dos resultados encontrados. Denota-se, também, uma média mais elevada de afetos positivos na presente amostra.

Procurou-se analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os homens e mulheres do presente estudo, relativamente à percepção da comunicação profissional-doente, tal como previsto no **terceiro objetivo**. Os resultados encontram-se espelhados no Quadro 7.

Quadro 7

Diferenças na comunicação em função do sexo (N=107)

	Feminino (n=39)		Masculino (n=68)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
Resolução de Problemas	15,9	2,38	15,8	1,53	105	0,06	0,94
Respeito	15,4	3,53	16,3	1,49		-1,56	0,12
Ausência de Hostilidade	13,8	2,29	14,6	0,96		-2,04	0,04
Proximidade Não-Verbal	7,26	1,84	7,35	1,49		-0,27	0,78
Total HCCQ	52,4	8,15	54,2	4,04		-1,51	0,20

Constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões e no total do HCCQ, com exceção da dimensão *Ausência de Hostilidade*, que sugere uma maior pontuação a favor do grupo dos indivíduos do sexo masculino, por comparação ao feminino ($p < 0,05$).

Relativamente ao **quarto objetivo**, que pretendeu analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os homens e mulheres relativamente aos afetos, verificou-se que os resultados não apresentaram qualquer significância estatística quando a variável género foi considerada ($p > 0,05$).

Através das estatísticas correlacionais, procurou-se analisar a relação entre a idade e a perceção da comunicação profissional de saúde-doente, tal como anunciado no **quinto objetivo**. Os principais resultados não apresentaram significância estatística ($p>0,05$) com nenhuma dimensão do HCCQ e com o seu total, sugerindo que a idade não mostrou ser uma variável influenciadora das variações dos resultados do HCCQ.

Da mesma forma, quando se considerou a relação entre a idade e os afetos tal como previsto no **sexto objetivo**, observou-se que não existiram correlações estatisticamente significativas entre as variáveis consideradas ($p> 0,05$).

O **sétimo objetivo** pretendeu analisar as diferenças na perceção da comunicação profissional-doente, em função da escolaridade², sendo que os resultados mostraram que estas não se encontraram presentes, sugerindo que a escolaridade também não se apresentou influenciadora das variações dos resultados do HCCQ.

No entanto, quando se procurou analisar as variações dos afetos em função da escolaridade, conforme o **oitavo objetivo**, denotou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no afeto positivo em função da escolaridade, verificando-se que os pacientes que possuíam habilitações ao nível do Secundário ($M=28,5$) e da Licenciatura ($M=29,7$) pontuaram mais nesta dimensão quando comparados com os que possuíam habilitações ao nível do 1º Ciclo ($M=24,1$). No que diz respeito ao afeto negativo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, tal como se pode observar nos Quadros 8 e 9.

Quadro 8

Médias e desvios padrões nos afetos em função da escolaridade (N=107)

		1º Ciclo (n=52)	2º Ciclo (n=13)	3º Ciclo (n=11)	Secundário (n=18)	Licenciatura (n=10)	Mestrado (n=2)
Afeto Positivo	<i>M</i>	24,1	26,7	26,7	28,5	29,7	30,6
	<i>DP</i>	(6,95)	(4,54)	(4,54)	(6,49)	(10,1)	(15,3)
Afeto Negativo	<i>M</i>	18,2	18,2	16,3	17,5	15,9	17,0
	<i>DP</i>	(6,08)	(5,41)	(6,50)	(6,50)	(6,26)	(6,08)

² Para efeitos estatísticos não foi considerado o doente que assinalou não ter frequentado o sistema de ensino.

Quadro 9

Diferenças de médias nos afetos em função da escolaridade

	<i>F-value</i>	<i>p</i>	Diferenças
Afeto Positivo	2,033	0,02	Secundário e Licenciatura > 1º Ciclo
Afeto Negativo	0,431	0,82	<i>ns</i>

O **nono objetivo** pretendeu analisar as diferenças na comunicação profissional em função da perceção da gravidade da doença. As análises descritivas relativamente à perceção de gravidade da doença mostraram que 22,4% a consideraram um *pouco grave*, sendo que apenas 3,7% a consideraram *muito grave*. De sublinhar que 33,6% não considerou ser detentor de uma doença embora sejam referenciados pelo médico de família como portadores de uma doença crónica (Quadro 10).

Quadro 10

Perceção da Gravidade da Doença

	<i>n</i>	<i>%</i>
Nada grave	8	7,5
Um pouco grave	24	22,4
Mais ou menos grave	22	20,6
Bastante grave	14	13,1
Muito grave	4	3,7
Sem doença	35	32,7

O Quadro 11 mostra as médias e desvios padrões obtidos em cada uma das dimensões do HCCQ e no seu total, em função das opções de resposta da variável considerada.

Quadro 11

Médias e desvios padrões nas dimensões e total do HCCQ em função da percepção da gravidade da doença (N=107)

		Não tem doença (n=35)	Nada grave (n=8)	Um pouco grave (n=24)	Mais ou menos grave (n=22)	Bastante grave (n=14)	Muito grave (n=4)
Problemas	<i>M</i>	15,9	15,6	15,8	16,3	15,0	17,2
	<i>DP</i>	(1,96)	(1,50)	(1,78)	(2,30)	(2,84)	(1,89)
Respeito	<i>M</i>	15,4	16,8	15,3	16,4	15,4	16,2
	<i>DP</i>	(2,99)	(1,45)	(3,37)	(2,44)	(3,34)	(4,50)
Hostilidade	<i>M</i>	14,1	15,0	14,0	14,4	13,4	12,5
	<i>DP</i>	(1,63)	(0,00)	(2,12)	(1,05)	(2,82)	(4,35)
Proximidade	<i>M</i>	6,8	7,6	7,5	7,4	7,4	7,7
	<i>DP</i>	(1,95)	(1,30)	(1,61)	(1,22)	(1,86)	(2,87)
Total HCCQ	<i>M</i>	52,4	55,1	52,8	54,6	51,3	53,7
	<i>DP</i>	(6,82)	(2,58)	(7,44)	(5,66)	(8,49)	(12,8)

O Quadro 12 apresenta diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Ausência de Hostilidade* em função da percepção da gravidade da doença, verificando-se que os pacientes que possuíam a percepção de que a sua doença era "nada grave" ($M=15,00$) pontuaram mais nesta dimensão quando comparados com os que possuíam a percepção de que a sua doença era "muito grave" ($M=12,5$).

Quadro 12

Diferenças de médias na comunicação em função da percepção da gravidade da doença

	<i>F-value</i>	<i>p</i>	Diferenças
Problemas	1,009	0,41	ns
Respeito	0,674	0,64	ns
Hostilidade	1,385	0,03	<i>Nada grave > Muito grave</i>
Proximidade	0,637	0,67	ns
Total HCCQ	0,603	0,69	ns

Procurou-se, ainda, tal como previsto no **décimo objetivo**, analisar as diferenças nos afetos em função da percepção da gravidade da doença, sendo que o Quadro 13 e 14 apresentam diferenças estatisticamente significativas no afeto negativo em função da percepção da gravidade da doença, verificando-se que os pacientes que possuíam a percepção de que a sua doença era "bastante grave" ($M=21,00$) pontuaram mais no afeto negativo quando comparados com os que possuíam a percepção de que a sua doença era "um pouco grave" ($M=15,9$) e "não tem doença" ($M=16,1$).

Quadro 13

Médias e desvios padrões nos afetos em função da percepção da gravidade da doença (N=107)

		Não tem doença (n=35)	Nada grave (n=8)	Um pouco grave (n=24)	Mais ou menos grave (n=22)	Bastante grave (n=14)	Muito grave (n=4)
Afeto Positivo	<i>M</i>	27,2	27,7	27,0	24,8	22,7	27,2
	<i>DP</i>	(6,34)	(5,94)	(8,23)	(8,58)	(6,04)	(4,34)
Afeto Negativo	<i>M</i>	16,1	19,7	15,9	18,9	21,0	19,7
	<i>DP</i>	(5,85)	(6,40)	(5,13)	(4,47)	(7,52)	(1,50)

Quadro 14

Diferenças de médias nos afetos em função da percepção da gravidade da doença

	<i>F-value</i>	<i>p</i>	Diferenças
Afeto Positivo	1,095	0,36	<i>ns</i>
Afeto Negativo	2,480	0,001	<i>Bastante grave > Não tem doença e um Pouco grave</i>

O **décimo-primeiro objetivo** procurou analisar as diferenças na percepção da comunicação profissional-doente, em função da percepção da satisfação com a sua saúde. As análises descritivas mostraram que 43,9% dos participantes se mostrou *satisfeito* com a sua saúde, sendo que apenas 5,6%, *muito insatisfeito* (Quadro 15).

Quadro 15

Percepção da satisfação com a sua Saúde

	<i>n</i>	<i>%</i>
Muito insatisfeito	6	5,6
Insatisfeito	7	6,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	42	39,3
Satisfeito	47	43,9
Muito satisfeito	5	4,7

As análises inferenciais mostraram que não existiam diferenças estatisticamente significativas na percepção de comunicação profissional-doente quando a variável percepção da satisfação com a sua saúde é considerada ($p > 0,05$).

No entanto, quando se consideraram os afetos em função da percepção de satisfação com a saúde (cf. Quadro 16 e 17), tal como o **décimo-segundo objetivo** considerou, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no afeto negativo em função da

satisfação com a saúde, denotando-se que os pacientes que possuíam muita insatisfação com a sua saúde pontuaram mais no afeto negativo ($M=22,8$) que os que se apresentaram satisfeitos com a sua saúde ($M=18,0$).

Quadro 16

Médias e desvios padrões nos afetos em função da satisfação com a saúde (N=107)

		Muito Insatisfeito (n=6)	Insatisfeito (n=7)	Nem satisfeito nem insatisfeito (n=42)	Satisfeito (n=47)	Muito satisfeito (n=5)
Afeto Positivo	<i>M</i>	21,6	25,5	25,3	27,4	27,6
	<i>DP</i>	(7,91)	(7,29)	(6,43)	(7,71)	(7,56)
Afeto Negativo	<i>M</i>	22,8	17,2	18,3	16,5	18,0
	<i>DP</i>	(6,49)	(3,45)	(5,17)	(6,31)	(6,40)

Quadro 17

Diferenças de médias nos afetos em função da satisfação com a saúde

	<i>F-value</i>	<i>p</i>	Diferenças
Afeto Positivo	1,132	0,34	<i>ns</i>
Afeto Negativo	1,835	0,01	<i>Muito insatisfeito > Satisfeito</i>

Por último, o **décimo-terceiro objetivo** do presente estudo foi analisar a relação entre a comunicação profissional de saúde-doente e os afetos positivos e negativos, sendo que o Quadro 18 mostra uma ausência de correlações significativamente estatísticas entre as dimensões da comunicação profissional e o seu total, com o afeto positivo e negativo.

Quadro 18

Relação entre a comunicação profissional e os afetos

		Afeto Positivo	Afeto Negativo
Problemas	<i>r</i>	0,14	0,02
	<i>p</i>	0,12	0,83
Respeito	<i>r</i>	0,15	-0,00
	<i>p</i>	0,11	0,95
Hostilidade	<i>r</i>	-0,04	-0,04
	<i>p</i>	0,62	0,66
Proximidade	<i>r</i>	-0,02	0,05
	<i>p</i>	0,79	0,59
Total HCCQ	<i>r</i>	0,09	0,00
	<i>p</i>	0,35	0,96

Capítulo V - Discussão

Os principais resultados encontrados irão ser discutidos no presente capítulo, sendo que a discussão se encontra estruturada em função dos objetivos inicialmente propostos.

Assim, no que diz respeito ao **primeiro objetivo** do presente estudo, que procurou analisar a percepção dos doentes relativamente à comunicação profissional-doente verificou-se, pela observação da distribuição dos resultados, que os valores médios encontrados foram relativamente altos tendo em linha de conta os valores máximos possíveis para cada uma das dimensões. Constatou-se, que apenas a dimensão *Respeito* atingiu os valores mínimos possíveis da dimensão, sugerindo que estamos perante uma amostra globalmente satisfeita com a comunicação que é estabelecida com os profissionais de saúde. Este resultado possui uma relevância particular, uma vez que se trata de uma amostra de doentes crónicos, com múltiplas necessidades e apresentando, muitas vezes, mais do que uma doença crónica concomitante, configuradas num conjunto de crenças negativas sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo, e exibindo, frequentemente, comportamentos desadaptativos à situação de doença (Ciechanowski et al., 2002).

Para estes doentes é fundamental que o profissional de saúde seja percecionado como um parceiro da relação terapêutica, assumindo a comunicação profissional um papel de extrema importância, tal como Beck e colaboradores (2001) referiram. São doentes que requerem mais atenção, pelo que é natural que atribuam uma maior importância à comunicação dos profissionais de saúde com quem interagem (DiMatteo et al., 2007), esperando uma comunicação de qualidade, isenta de barreiras associadas à linguagem, à cultura e à classe social dos pacientes (Baker, 2006; Fiscella et al., 2002; Smith et al., 2005; Weinick et al., 2004) e que acima de tudo, potencie uma mútua compreensão, satisfação, confiança e envolvimento (Street et al., 2009). Neste sentido, os profissionais de saúde quando perante pacientes com doenças crónicas devem envolvê-los e informá-los adequadamente sobre a sua doença, para que estes possam assumir responsabilidade ao nível das suas tomadas de decisão, facilitando o processo de adesão ao tratamento e às recomendações clínicas.

Quando a comunicação com estes pacientes não se realiza de forma adequada, irá potenciar a resistência destes para formularem questões e para verbalizarem as suas angústias, medos e receios, levando o profissional de saúde a incorrer em suposições erradas relativamente às suas reais necessidades (Silverman, 2009).

Por conseguinte, a abordagem centrada nestes pacientes deve ser psicossocial, com flexibilidade para se identificarem estratégias de intervenção adequadas às realidades específicas do próprio paciente e do momento (Stewart, Brown et al., 2000). Quando a comunicação do profissional de saúde com os doentes crónicos decorre de forma positiva, ela própria assume-se como terapêutica, na medida em que permite o aumento da confiança, do respeito e da empatia (Borges et al., 2012; Müller, 2009; Oliveira & Gomes, 2004).

O **segundo objetivo** procurou descrever os afetos positivo e negativo dos doentes crónicos do presente estudo. Os principais resultados descritivos mostraram médias mais elevadas de afeto positivo na presente amostra e relativamente baixas de afeto negativo. Estes dados permitem dizer que estamos perante uma amostra de pacientes com emoções positivas, i.e., emoções associadas a um estado de elevada energia, concentração e de compromisso aprazível (Diener & Lucas, 2000; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a) ou, pelo menos, que estas emoções seriam as mais prevalentes no momento de resposta ao questionário, uma vez que, tal como Schimmack e colaboradores (2000) sublinharam, as experiências afetivas são estados que mudam e são influenciados por fatores situacionais e disposições individuais.

No doente crónico, os afetos positivo e negativo encontram-se intimamente associados às dificuldades sociais e psicológicas decorrentes do próprio curso da doença (Collins et al., 2009), bem como à capacidade de controlar o sintoma da doença (Howell et al., 2007). Estes doentes têm que lidar com as situações de incerteza e de dúvidas relativamente ao agravamento da doença (Silva et al., 2003), vivenciando níveis mais elevados de stresse (Ng et al., 2009).

Por conseguinte, a presença de emoções positivas potencia a resiliência, neutralizando o possível efeito das emoções negativas no corpo, protegendo-o da depressão, ansiedade e de outras perturbações (Castro, 2009; Pressman & Cohen, 2005; Seligman et al., 2006), pelo que quando estes doentes são otimistas, ativos e com melhor adesão aos tratamentos é possível apresentarem um melhor bem-estar geral, melhor saúde mental e emoções positivas (Vilhena et al., 2014).

A presença de emoções positivas nesta amostra poderá explicar-se à luz do modelo de *broaden-and-build*, proposto por Fredrickson (2001), o qual prevê que a experiência de emoções positivas permite expandir repertórios de emoções positivas que podem ser úteis

em situações promotoras de *stress*, como é o caso de uma doença crónica. Quanto mais os indivíduos experienciarem emoções positivas ao longo da sua vida, mais facilmente, numa situação de doença, essas emoções podem estar presentes.

No que tange ao **terceiro objetivo** do presente estudo, que procurou analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à perceção da comunicação profissional-doente, os resultados mostraram que apenas a dimensão *Ausência de Hostilidade* apresentou uma média estatisticamente superior no grupo dos homens por comparação ao das mulheres, significando que foram os homens que perceberam menor hostilidade na comunicação com os profissionais de saúde.

Estes resultados acabam por ir ao encontro de outros estudos (e.g., Thorson & Johansson, 2004), que sugerem que são as mulheres que se mostram mais sensíveis à comunicação do profissional de saúde, muito embora, tal como defende Thiedke (2007), o efeito do género ainda se assume como contraditório nos diversos estudos sobre a comunicação profissional-doente. Na verdade, o efeito do género no presente estudo só foi marcante numa das dimensões da comunicação profissional-doente, não se tendo observado diferenças estatisticamente significativas nas outras dimensões do HCCQ.

Relativamente ao **quatro objetivo** que procurou analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente aos afetos, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando o sexo foi considerado, sendo que estes resultados vão ao encontro do estudo de Neto (1999) no qual essas diferenças também não estiveram presentes. No entanto, importa referir que o papel da variável género nos afetos ainda não é consensual, levando Simões e colaboradores (2000) a assinalarem que o efeito do género parece ser modesto ou até mesmo inexistente para este construto.

A relação entre a comunicação profissional-doente e a idade foi igualmente analisada, tal como previsto no **quinto objetivo**. Os principais resultados mostraram não existir correlações estatisticamente significativas entre estes dois construtos. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Gremigni e colaboradores (2008), em que se constatou que as respostas dadas ao HCCQ não se mostraram associadas às características dos indivíduos. Apesar de a idade ser assumida como condicionadora da qualidade de escuta por parte dos profissionais (Govender & Penn-Kekana, 2007), os

resultados agora encontrados permitem concluir que a perceção de comunicação profissional-saúde não se encontra associada à idade dos pacientes da presente amostra.

Relativamente ao **sexto objetivo** que pretendeu analisar a relação entre a idade e os afetos, também não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis consideradas, sendo que estes resultados são congruentes com os encontrados por Diener e Lucas (2000), muito embora estudos tenham observado um decréscimo do afeto negativo com a idade (Charles et al., 2001) e outros tenham defendido que este tende a diminuir até à idade adulta, aumentando a partir de uma idade mais avançada (Carstensen et al., 2000). De facto, a amostra do presente estudo é constituída por pacientes com idades entre os 19 e os 86 anos, tendo-se verificado, como já anteriormente referido, uma presença de afeto positivo, por comparação ao afeto negativo.

Relativamente à escolaridade e a perceção da comunicação profissional-doente, tal como previsto no **sétimo objetivo**, verificou-se que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Estudos têm apontado para o facto de os pacientes com habilitações superiores tenderem a confiar mais nos profissionais de saúde, procurando mais informações e fazendo mais questões (Willems et al., 2005), todavia este dado não foi observado no presente estudo, em que cerca de 48,5% da amostra era detentora de uma escolaridade ao nível do 1º ciclo e, tal como se verificou, globalmente apresentou-se satisfeita com a comunicação com o profissional de saúde.

Ao procurarmos analisar a escolaridade e os afetos dos doentes do presente estudo, tal como previsto no **oitavo objetivo**, observaram-se diferenças estatisticamente significativas que apontaram para o facto de serem os pacientes com habilitações ao nível do ensino Secundário e da Licenciatura, que pontuaram mais no afeto positivo quando comparados com os que possuíam habilitações ao nível do 1º Ciclo. Estes resultados não vão ao encontro dos estudos que têm mostrado um efeito negativo da escolaridade no BES (Diener, 2000; Diener et al., 2003; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011; Simões et al., 2000), talvez porque no presente estudo apenas se considerou a dimensão afetiva do BES e não a cognitiva.

Considerando a perceção de comunicação profissional-doente e a perceção de gravidade da doença, tal como previsto no **nono objetivo**, os principais resultados descritivos mostraram que apesar dos participantes do presente estudo serem detentores de uma doença crónica, 33,6% não considerou possuir uma doença crónica. Este dado é

interessante na medida em que mostra que apesar da presença de doença crónica, os avanços nos tratamentos permitem gerir eficazmente as limitações decorrentes dessas doenças, com um impacto mínimo no dia-a-dia do paciente (Pais-Ribeiro, 2005).

Os resultados inferenciais mostraram diferenças estatisticamente significativas que apontaram para o facto de terem sido os pacientes que possuíam a percepção de que a sua doença era "nada grave" que pontuaram mais na dimensão *Ausência de Hostilidade*, quando comparados com os que possuíam a percepção de que a sua doença era "muito grave". Este dado é igualmente curioso na medida em que mostra que a hostilidade do profissional de saúde é mais percecionada por pacientes que avaliam a sua doença como "muito grave", o que acaba por ir ao encontro dos estudos que mostraram que a gravidade do estado clínico do paciente poderá ser uma barreira na percepção da qualidade de comunicação (Pollock & Grime, 2002, 2003).

Este indicador assume particular relevância no presente estudo, uma vez que sublinha que o estado clínico do paciente (ou a sua percepção perante o mesmo) deve ser considerado pelos profissionais de saúde, sendo que estes devem atender não apenas às condições físicas da doença, mas também aos aspetos psicológicos e sociais que a mesma acarreta (Schofield et al., 2010).

Por conseguinte, constata-se, na prática, que os pacientes com doenças crónicas que necessitam de mais atenção são aqueles que, paradoxalmente, se mostram mais insatisfeitos com a comunicação dos profissionais de saúde, tal como DiMatteo e colaboradores (2007) assinalaram.

Nesta linha de pensamento e tendo em conta os resultados encontrados, considera-se que o processo de comunicação e de construção da relação interpessoal em saúde deve ancorar-se numa abordagem centrada no paciente (Andrew et al., 2014; Beach & Inui, 2006), permitindo regular as emoções do paciente, facilitando a compreensão da informação transmitida e permitindo uma melhor identificação das necessidades do paciente, suas percepções e expectativas (Arora, 2003; Bredart et al., 2005; Platt & Keating, 2007; van Zanten et al., 2007), uma vez que os doentes crónicos que procuram um tratamento fazem-no num contexto psicossocial (Andrew et al., 2014).

Tendo em linha de consideração a percepção da gravidade da doença em função dos afetos, tal como previsto no **décimo objetivo**, os principais resultados inferenciais mostraram que os pacientes que possuíam a percepção de que a sua doença era "bastante

grave" pontuaram mais no afeto negativo quando comparados com os que possuíam a percepção de que a sua doença era "um pouco grave" e "não tem doença". Estes resultados vão ao encontro de estudos que mostraram maior afeto negativo e sofrimento físico e psicológico em função da percepção de doença (Blazer & Hybels, 2004; Collins et al., 2009; Hart et al., 2003; Howell et al., 2007; Ng et al., 2009; Silva et al., 2003; Simões et al. 2000; Vilhena et al., 2014).

Mais uma vez, estes resultados sublinham a importância de uma abordagem holística da saúde, em que o paciente crónico não deve ser assumido como um portador de doença, mas um ser individual, físico, psicológico e espiritual, tal como Andrew e colaboradores (2014) assinalaram.

Relativamente ao **décimo-primeiro objetivo**, que pretendeu analisar as diferenças na percepção da comunicação profissional-doente em função da percepção da satisfação com a sua saúde, os principais resultados descritivos mostraram que 43,9% dos participantes se mostrou *satisfeito* com a sua saúde, sendo que apenas 5,6%, *muito insatisfeito*.

Os resultados das estatísticas inferenciais mostraram não existir diferenças estatisticamente significativas quando se cruzaram as variáveis da comunicação e da satisfação com a saúde.

Relativamente ao **décimo-segundo objetivo**, que procurou analisar diferenças estatisticamente significativas na satisfação com a sua saúde em função dos afetos positivo e negativo, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas que mostraram que os pacientes que possuíam muita insatisfação com a sua saúde pontuaram mais no afeto negativo do que aqueles que se apresentaram satisfeitos com a sua saúde. De facto, o BES é uma medida subjetiva que resulta da experiência individual, influenciada por condições externas como é o caso da saúde (Biswas-Diener & Diener, 2001). Por conseguinte, a satisfação que o indivíduo possui relativamente à sua saúde possui impacto nos seus níveis de BES (Blazer & Hybels, 2004; Collins et al., 2009; Hart et al., 2003; Howell et al., 2007; Ng et al., 2009; Silva et al., 2003; Simões et al. 2000; Vilhena et al., 2014).

No caso do doente crónico, o seu BES pode ser afetado pela percepção de gravidade da doença, quantidade de tratamento necessário e dificuldades sociais e psicológicas associadas (Collins et al., 2009; Hart, Bilo et al., 2003; Silva et al., 2003).

Por último, procurou-se analisar a relação entre a comunicação profissional de saúde-doente e os afetos positivos e negativos, tal como previsto no **décimo-terceiro objetivo**. Os principais resultados correlacionais mostraram uma ausência de correlações estatisticamente significativa entre as dimensões da comunicação profissional e o seu total, com o afeto positivo e negativo.

Estes dados são discordantes dos diversos estudos (e.g., Castro & Gross, 2013; DiMatteo et al., 2000; DiMatteo et al., 2007; Gask et al., 2003; Ha et al., 2010; Pollock & Grime, 2002; Pransky et al., 2009; Schofield et al., 2010; Shaw, Pransky et al., 2009; Talvitie, 2000; van Zanten et al., 2007; Zachariae et al., 2003), que têm mostrado uma associação entre a comunicação profissional-doente e o estado psicológico e emocional dos pacientes.

Uma das explicações para não se ter encontrado uma correlação entre estes dois construtos poderá radicar no facto da presente amostra apresentar-se globalmente satisfeita com a comunicação profissional-doente e apresentar níveis elevados de emoções positivas. Apesar disso, as evidências têm sistematicamente apontado para o facto de serem os pacientes com maior *distress* psicológico que acabam por reconhecer mais lacunas na comunicação com o profissional de saúde (DiMatteo et al., 2007; Shaw, Pransky et al., 2009; Talvitie, 2000).

Nos doentes crónicos, as rotinas associadas à medicação e aos tratamentos centrais que são utilizados no controlo de doenças mais graves podem ser mais difíceis de ser implementadas atendendo ao seu estado de saúde geral e à presença de emoções mais negativas (Wagner & Ryan, 2004). Muitos destes doentes podem duvidar da eficácia dos tratamentos se a comunicação e interação estabelecida com os profissionais de saúde for percecionada como sendo de baixa qualidade (Kravitz et al., 2002), colocando mesmo em perigo a sua vida (Lin et al., 2006).

Por outro lado, tal como DiMatteo e colaboradores (2000) assinalaram, os doentes com emoções negativas possuem, frequentemente, um elevado nível de desesperança, uma perceção de falta de suporte familiar, social e dos profissionais de saúde, que acabam por condicionar fortemente a adesão aos tratamentos. Também são pacientes que apresentam dificuldades em discutir os seus problemas com os profissionais de saúde, pois consideram que estes nem sempre os ouvem e compreendem aquilo que sentem (Gask et al., 2003).

Conclusões

A presente investigação teve como principal objetivo analisar a relação entre a comunicação profissional de saúde-doente e os afetos positivos e negativos em indivíduos com diagnóstico de doença crônica acompanhados nos cuidados de saúde primários.

Os principais resultados descritivos mostraram que os doentes crônicos do presente estudo se apresentaram globalmente satisfeitos com a comunicação profissional de saúde e apresentaram elevado afeto positivo. Os resultados diferenciais sugerem ser os homens e os doentes com uma percepção mais positiva relativamente à gravidade da sua doença, a perceberem uma comunicação profissional isenta de hostilidade. A presença de afeto positivo foi mais visível no seio dos pacientes com escolaridade ao nível do ensino Secundário e Licenciatura, enquanto o afeto negativo mais presente no grupo dos doentes com uma percepção mais negativa da gravidade da sua doença e mais insatisfeitos com a sua saúde.

Na verdade, uma boa comunicação profissional assume-se como ponto-chave na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, promovendo uma maior humanização no atendimento, nomeadamente no seio de populações com doenças crónicas. Estes doentes parecem seleccionar os profissionais de saúde com base na qualidade de comunicação percebida (Schattner et al., 2004).

A avaliação da comunicação profissional de saúde-doente afigura-se como uma tarefa importante, apesar de serem poucos os instrumentos que a avaliam e os existentes possuírem algumas limitações (Gremigni et al., 2008). No presente estudo os instrumentos de recolha de dados revelaram valores bastantes aceitáveis de fidelidade.

Apesar das limitações identificadas nas medidas de avaliação da comunicação profissional de saúde-doente, ela afigura-se como crucial, já que permite identificar lacunas no contexto de saúde, pois é através do *feedback* dos pacientes que os profissionais de saúde podem refletir sobre a qualidade da sua comunicação (Swaminathan, 2007), muito embora estes profissionais, muitas vezes, possam ter uma percepção reduzida da sua responsabilidade nas lacunas comunicacionais existentes (Hagihara & Tarumi, 2006).

Por outro lado, é importante refletir sobre o grande desafio que, hoje em dia, os profissionais de saúde se deparam na sua prática, uma vez que estes foram ensinados a manterem-se distantes dos seus pacientes para evitarem criar laços de vulnerabilidade. No entanto, este distanciamento cria um fosso intransponível quando as competências de

comunicação e de relacionamento não são agilizadas de forma adequada. Este aspeto tem merecido cada vez mais atenção por parte dos investigadores, sublinhando-se a necessidade de formação dos profissionais de saúde no âmbito destas competências, alinhada com as necessidades biopsicossociais dos pacientes (Carvalho et al., 2010; Chatterjee & Choudhury, 2011; Duffy et al., 2004; Ellman & Fortin, 2012; Finset, 2012; Golin et al., 2007; Gremigni et al., 2008; Hobgood et al., 2002; Skillings et al., 2010).

Apesar do presente estudo ter permitido uma maior compreensão de todos estes aspetos, subsistem limitações que merecem alguma reflexão. Assim, uma das principais limitações remete para o tamanho da amostra e sua distribuição nas diversas estatísticas realizadas. Em algumas situações verificou-se uma discrepância na distribuição dos sujeitos pelos grupos contrastantes, pelo que os resultados do presente estudo deverão ser analisados com certa parcimónia.

Neste sentido, considera-se importante que futuras investigações possam ser realizadas sobre a temática aqui discutida, nas quais possam ser consideradas outras variáveis que são tidas em diversas investigações (e.g., Pollock & Grime, 2002, 2003), como os fatores de personalidade, gravidade do estado clínico do paciente e a adesão aos tratamentos. Nessas investigações deverá igualmente haver uma preocupação em se validarem outras medidas de avaliação da comunicação profissional de saúde-doente, promovendo-se, desta forma a importância de estudos neste âmbito. Por outro lado, considera-se pertinente a realização de futuras investigações com amostras mais amplas e em diversos contextos de saúde onde a comunicação dos profissionais de saúde assume grande importância.

A importância da comunicação profissional de saúde-doente foi sublinhada ao longo desta investigação, enquanto estratégia para melhorar a experiência dos pacientes, reduzir os custos dos cuidados prestados e melhorar a saúde. A qualidade desta comunicação assume-se como pedra basilar numa abordagem centrada no paciente, pelo que as competências comunicacionais dos profissionais de saúde devem ser valorizadas e potenciadas através da sua inclusão nos diversos programas universitários de formação destes profissionais.

Consideramos, assim, que o presente estudo se assume como um ponto de partida e não de chegada, para a melhoria da intervenção clínica nos diversos contextos de saúde e,

acima de tudo, para melhorar a intervenção que é realizada junto dos pacientes com doença crónica.

Referências

- Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164. doi: org/10.1590/S0102-37722004000200008
- Alexander, G., Casalino, L., & Meltzer, D. (2003). Patient-physician communication about out-of-pocket costs. *Journal of American Medical Association*, 290(7), 953-958. doi:10.1001/jama.290.7.953
- Allen, J. (2015). How patients think: Assessing clinician competence in university settings. *Spectrum: An Online Journal*, 7-15. Consultado em http://cola.unh.edu/sites/cola.unh.edu/files/student-journals/SpectrumFall15_allen.pdf
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Ambady, N., Koo, J., Rosenthal, R., & Winograd, C. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*, 17(3), 443-452.
- Anden, A., Andersson, S., & Rudebeck, C. (2005). Satisfaction is not all: Patients' perception of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BioMed Central Family Practice*, 6(43). doi: 10.1186/1471-2296-6-43
- Andrade, S. (2014). *Comunicação centrada no doente crónico: Validação do Health Care Communication Questionnaire para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Andrew, A., Kallayarapu, V., Thomas, M., & Swain, S. (2014). Doctor-patient communication in health care: Issues and challenges. *Journal of Indian Health Psychology*, 9(1), 21-36.
- Araújo, L., Pagnan, L., Zanetti, L., & Simões, J. (2011). A arte de ouvir o paciente. *Revista do Médico Residente*, 13(3), 1-5.
- Arora, N. (2003). Interacting with cancer patients: The significance of physician' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57(5), 791-806. doi:10.1016/S0277-9536(02)00449-5

- Asan, O., Montagne, E., & Xu, J. (2012). Assessing patient and doctor eye gaze patterns between two styles of doctor EHR use in primary care encounters. *Proceedings of the human factors and ergonomics society annual meeting*, 56(1), 951-955. doi: 10.1177/1071181312561199
- Asan, O., Xu, J., & Montagne, E. (2013). Dynamic comparison of physicians' interaction style with electronic health records in primary care settings. *Journal of General Practice*, 2(1), 137. doi:10.4172/2329-9126.1000137
- Aydin, M. (2013). Nonverbal immediacy in human resources training and development programs: The case of physicians. *International Journal of Business and Social Sciences*, 4(9), 156-164.
- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878-883. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Barletta, J., Gennari, M., & Cipolotti, R. (2011). A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspetos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicologia em Revista*, 17(3), 396-413. doi <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2011v17n3p396>
- Beach, M., & Inui, T. (2006). Relationship-centered care. *Journal of General Internal Medicine*, 21, S3-S8. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x
- 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
- Beck, R., Daughtridge, R., & Sloane, P. (2001). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Beckman, H., & Frankel, R. (2003). Training practitioners to communicate effectively in cancer care: It is the relationship that counts. *Patient Educational Counselling*, 50, 85-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0738-3991\(03\)00086-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0738-3991(03)00086-7)
- Beiber, C., Müller, 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., Tromp, F., Dulmen, S., Brink-Muinen, A., Verheul, W., & Schellevis, F. (2006). Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: A study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BioMed Central Family Practice*, 7, 62. doi:10.1186/1471-2296-7-62
- Bertakis, K., Franks, P., & Epstein, R. (2009). Patient-centered communication in primary care: Physician and patient gender and gender concordance. *Journal of Women's Health*, 18(4), 539-545. doi: 10.1089.jwh.2008.0969
- Biswas-Diener, R., & Diener, E. (2001). Making the best of a bad situation: Satisfaction in the slums of Calcutta. *Social Indicators Research*, 55, 329-352. doi: 10.1007/978-90-481-2352-0_13
- Blank, L. (2002). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243-246. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050
- Blazer, D., & Hybels, C. (2004). What symptoms of depression predict mortality in community-dwelling elders? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(12), 2052-2056. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52564.x
- Bodenheimer, T., Wagner, E., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1775-1779. doi:10.1001/jama.288.14.1775.
- Borges, M., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 113-126. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i3.1159>
- Bredart, A., Bloulec, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(14), 351-354. doi: 10.1097/01.cco.0000167734.26454.30
- Brinkman, W., Geraghty, S., Lanphear, B., Khoury, J., Gonzalez del Rey, J., Dewitt, T., & Britto, M. (2007). Effect of multisource feedback on resident communication skills

and professionalism: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(1), 44-49. doi:10.1001/archpedi.161.1.44

- Brown, G., Brown, M., Sharma, S., Brown, H., Gozum, M., & Denton, P. (2000). Quality of Life associated with diabetes mellitus in an adult population. *Journal of Diabetes Complications*, 14(19), 18-24. doi: org/10.1016/S1056-8727(00)00061-1
- Bulduklu, Y. (2014). The motives of the patients in preferring complementary and alternative treatments within the communication context. *The International Journal of Communication and Health*, 4, 59-68.
- Burgoon, J., & Hale, J. (1987). Validation and measurement of the fundamental themes of relational communication. *Communication Monographs*, 54, 19-41.
- Bylund, C., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication*, 18(2), 123-140. doi: 10.1207/s15327027hc1802_2
- Cant, R., & Aroni, R. (2008). Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills of effective dietitian-patient communication. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(5), 502-511. doi: 10.1111/j.1365-277X.2008.00883.x
- Carstensen, L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality & Social Psychology*, 79, 644-655. doi: org/10.1037/0022-3514.79.4.644
- Carvalho, I., Ribeiro-Silva, R., Pais, R., Figueiredo-Braga, M., Castro-Vale, I., Teles, A., ... & Mota-Cardoso, R. (2010). O ensino da comunicação na relação médico-doente: Uma proposta em prática. *Ata Médica Portuguesa*, 23(3), 527-532.
- Castro, C., Wilson C., Wang, F., & Schillinger, D. (2007). Babel babble: Physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S85-S95. doi: 10.5555/ajhb.2007.31.supp.S85
- Castro, E. (2009). Bem-estar subjetivo de adolescentes transplantados de órgãos. *Análise Psicológica*, 1(27), 89-98.
- Castro, E., & Gross, C. (2013). Perceção sobre a doença renal crónica de pacientes em hemodiálise: Revisão sistemática. *Salud & Sociedad*, 4(1), 070-089.

- Cegala, D., Marinelli, T., & Post, D. (2000). The effect of patient communication skills training on treatment compliance in primary care. *Archives of Family Medicine, 9*, 57-64.
- Cegala, D., McCure, L., Marinelli, T., & Post, D. (2000). The effects of communication skills training on patients` participation during medical interviews. *Patient Education and Counselling, 41*, 209-22.
- Chan, C., Wun, Y., Cheung, A., Dickinson, J., Chan, K., Lee, H., & Yung, Y. (2003). Communication skill of general practitioners: Any room for improvement? How much can it be improved? *Medical Education, 37*, 514-526.
- Chana, P. (2012). Patient empowerment: A new dimension in doctor-patient relationship. *Revista Médica do Chile, 140*, 404-405. doi: 10.4067/S0034-98872012000300020
- Charles, S., Reynolds, C., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*(1), 136-151.
- Chatterjee, S., & Choudhury, N. (2011). Medical communication skills training in the Indian setting: Need of the hour. *Asian Journal of Transfusion Science, 5*(11), 8-10. doi: 10.4103/0973-6247.75968.
- Chen, W., Starks, H., Shiu, C., Fredriksen-Goldsen, K., Simoni, J., Zhang, F., ... & Zhao, H. (2007). Chinese HIV-positive patients and their healthcare providers: Contrasting Confucian versus Western notions of secrecy and support. *Advances in Nursing Science, 30*(4), 329-342. doi: 10.1097/01.ANS.0000300182.48854.65
- Christen, R., Alder, J., & Bitzer, J. (2008). Gender differences in physicians`communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. *Patient Education and Counseling, 66*, 1474-1483. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.011
- Ciechanowski, P., Walker, E., Katon, W., & Russo, J. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine, 64*, 660-667. doi: 10.1097/00006842-200207000-00016

- Clever, S., Levinson, W., & Meltzer, D. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Research and Educational Trust*, 43(5), 1505-1519. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x.
- Coelho, K., & Galan, C. (2012). Physician cross-cultural nonverbal communication skills, patient satisfaction and health outcomes in the physicians-patient relationship. *International Journal of Family Medicine*, Article ID376907, 1-5. doi: org/10.1155/2012/376907
- Coleman, M., & Newton, K. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72(8), 1503-1510.
- Collins, M., O'Sullivan, T., Harkins, V., & Perry, I. (2009). Quality of Life and quality of care in patients with diabetes experiencing different models of care. *Diabetes Care*, 4, 603-605. doi: 10.2337/dc08-1169
- Conthe, P., Contreras, E., Pérez, A., García, B., Martín, M., Jurado, M., ... & Pinto, J. (2014). Treatment compliance in chronic illness: Current situation and future perspectives. *Revista Clínica Española*, 2565(14), 127-131. doi:10.1016/j.rce.2014.03.008.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32). doi: http://dx.doi.org/10.3310/hta6320
- Curtis, J., Back, A., Downey, L., Shannon, S., Doorenbos, A., Kross, E., ... & Engelberg, R. (2013). Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness. *Journal of the American Medical Association*, 310(21), 2271-2281. doi:10.1001/jama.2013.282081
- Deladisma, A., Cohen, M., Stevens, A., Wagner, P., Lok, B., Bernard, T., ... & Lind, D. (2007). Do medical students respond empathetically to a virtual patient. *The American Journal of Surgery*, 193(6), 756-760. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.01.021

- DeMarco, M. (2003). *A face humana da medicina: Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. S. Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, A. (2004). Personalidade e coronariopatia. *Millenium- Revista do ISPV*, 30, 191-201.
- Díaz, J., Barreto, P., Galleto, J., Barbero, J., Bayés, R., & Barcia, J. (2009). Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. *Acta Neurochirurgica*, 151, 357-362. doi: 10.1007/s00701-009-0195-7
- 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.2009.07.03
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43. doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151-157. doi.org/10.1007/s11482-006-9007-x
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 21-33.
- Diener, E., & Lucas, R. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Prelative standards, need fulfilment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41-78. doi: 10.1023/A:1010076127199
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. Snyder, & S. Lopez (Orgs.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). New York: Oxford.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406. doi: 10.1177/008124630903900402

- Diener, E., Sapyta, J., & Suh, E. (2009). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 9, 1, 33-37. doi:10.1207/s15327965pli0901_3
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in the cell aging and gerontology*, 15, 187-219.
- Diener, E., & Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84. doi: 10.1111/1467-9280.00415
- Dijkstra, H., Albada, A., Cronauer, C., Ausems, M., & Dulmen, S. (2013). Nonverbal communication and conversational contribution in breast cancer genetic counseling: Are counselors' nonverbal communication and conversational contribution associated with counsellees' satisfaction, needs fulfilment and state anxiety in breast cancer genetic counseling? *Patient Education and Counseling*, 93(2), 216-223. doi: 10.1016/j.pec.2013.05.014
- DiMatteo, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23, 207-218. doi: org/10.1037/0278-6133.23.2.207
- DiMatteo, M., Haskard, K., & Williams, S. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521-528. doi: 10.11.547.5870&rep=rep1&type=pdf
- DiMatteo, M., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: A meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101
- Duffy, F., Gordon, G., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., ...& Langdon, L. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79, 495-507. doi: 10.1097/00001888-200406000-00002
- Durieux, P., Bissery, A., Dubois, S., Gasquet, I., & Coste, J. (2004). Comparison of health care professional's self-assessments of standards of care patients' opinions on the care

they received in hospital: Observational study. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 198-202. doi: 10.1136/qshc.2003.007336

- Eddington, N., & Shuman, R. (2005). *Subjective well-being: Happiness. Continuing Psychology Education*. Consultado em <http://www.texcpe.com/html/pdf/ca/ca-happiness.pdf>
- Ehrlich, B., & Isaacowitz, D. (2002). Does subjective well-being increase with age? *Perspectives in Psychology*, 5, 20-26.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgements of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245-277.
- Eid, M., & Larsen, R. (2008). *The science of subjective wellbeing*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Epstein, R., & Hundert, E. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287, 226-235. doi:10.1001/jama.287.2.226
- Fan, V., Bruman, M., McDonell, M., & Fihn, S. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 226-233. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x
- Farrell, M., Kuruvilla, P., Eskra, K., Christopher, S., & Brienza, R. (2009). A method to quantify and compare clinicians' assessments of patient understanding during counseling of standardized patients. *Patient Education and Counseling*, 77, 128-135. doi:10.1016/j.pec.2009.03.013.
- Fields, A., Freiberg, C., Fickenscher, A., & Shelly, K. (2008). Patients and jargon: Are we speaking the same language? *Journal of Clinical Anesthesia*, 20(5), 343-346. doi: 10.1016/j.jclinane.2008.02.006
- Finset, A. (2012). "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 88, 359-363. doi: 10.1016/j.pec.2012.06.022

- Fiscella, K., Franks, P., Doescher, M., & Saver, B. (2002). Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: Findings from a national sample. *Medicine Care, 40*, 52-59. doi:10.1097/00005650-200201000-00007
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C., Duberstein, P., McDaniel, S., & Epstein, R. (2004). Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medicine Care, 42*, 1049-1055.
- Fitzpatrick, R. (2002). Capturing what matters to patients when they evaluate their hospital care. *Quality & Safety in Health Care, 11*, 306.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*, 647-654. doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fox, K. (2000). Self-esteem, self-perception and exercise. *Sport Psychology, 31*, 228-240.
- Fraga, F., Vilas Boas, R., & Mendonça, A. (2011). O significado da relação médico-paciente para alunos de medicina. *Revista Bioética, 19*(3), 753-763.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychology, 55*, 218-226. doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist, 91*, 330-335. doi: 10.1511/2003.4.330
- Fredrickson, B. (2006). The broaden-and-build theory of positive emotions. In M. Csikszentmihalyi, & I. Csikszentmihalyi, (Eds.), *A life worth living: Contributions to positive psychology* (pp. 85-103). New York: Oxford University Press.
- Friedman, D., Hahn, S., Gelb, L., Tan, J., Shah, S., Kim, E., ... & Quigley, H. (2008). Doctor patient communication, health-related beliefs, and adherence in glaucoma: Results from the glaucoma adherence and persistency study. *Ophthalmology, 115*(8), 1320-1327. doi: 10.1016/j.ophtha.2007.11.023

- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 427-434.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da positive and negative affect schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afeto. *Análise Psicológica*, *2*(23), 209-218.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão positiva da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, *2*(23), 219-227.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2008). The structure and stability of subjective well-being: A structure equation modelling analysis. *Applied Research Quality Life*, *3*, 293-314. doi: 10.1007/s11482-009-9063-0
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, *2*(1), 34–53. doi:10.5502/ijw.v2i1.3
- Galinha, I., Pereira, C., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo - PANAS - VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, *28*(1), 53-65.
- 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
- Gannon, N., & Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, *38*, 1353-1364. doi:10.1016/j.paid.2004.09.001
- Garcia, R., Lima, M., Gorender, M., & Badaró, R. (2005). The importance of the doctor-patient relationship in adherence to HIV/AIDS treatment: A case report. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, *9*(3), 251-256. doi.org/10.1590/S1413-86702005000300008

- Gask, L., & Upherwood, T. (2002). ABC of psychological medicine: The consultation. *British Medical Journal*, 324, 1567-1569. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7353.1567>
- Gask, L., Rogers, A., Oliver, D., May, C., & Roland, M. (2003). Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *British Journal of General Practice*, 53, 278-283.
- Giacomini, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 12(1), 43-50.
- Golin, C., Thorpe, C., & DiMatteo, M. (2007). Accessing the patient's world: Patient – physician communication about psychosocial issues. In J. Earp, E. French, & M. Gilkey (Eds.), *Patient advocacy for health care quality: Strategies for achieving patient-centered care* (pp. 185-213). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Govender, V., & Penn-Kekana, L. (2007). Gender biases and discrimination: A review of health care interpersonal interactions. *Global Public Health*, 3(1), 90-103. doi: 10.1080/17441690801892208
- 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., Longer, S., & Haist, S. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 18(3), 170-174.
- Grilo, A. (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: Situação atual e perspectivas. *Revista Ibero-Americana de Educación Superior*, 3(7), 93-112.
- Guyen, C., & Saloumidis, R. (2009). *Why Is the world getting older?: The influence of happiness on mortality*. Consultado em http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.99432.de/diw_sp0198.pdf

- Ha, J., Anat, D., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, *10*, 38-43. doi:10.1111/j.1468-1331.2008.02143.x.
- Haas, J., Cook, E., Puopolo, A., Burstin, H., Cleary, P., & Brennan, T. (2000). Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*, *15*(2) 122-128.
- Hagihara, A., & Tarumi, K. (2006). Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *20*, 143-150. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00420.x
- Hall, J., Roter, D., Blanch, D., & Frankel, R. (2009). Observer-rated rapport in interactions between medical students and standardized patients. *Patient Education and Counseling*, *76*, 323-327. doi: 10.1016/j.pec.2009.05.009
- Hall, R., Willgoss, T., Humphrey, L., & Kongso, J. (2014). The effect of medical device dose-memory functions on patients' adherence to treatment, confidence, and disease self-management. *Patient Preference and Adherence*, *8*, 775-788. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S61248>
- Haq, C., Steele, D., Marchand, L., Seibert, C., & Brody, D. (2004). Integrating the art and science of medical practice: Innovations in teaching medical communication skills. *Family Medicine*, *36*, S43-S50.
- Hart, H., Bilo, H., Redekop, W., Stolk, R., Assink, J., & Meyboom-de Jong, B. (2003). Quality of life of patients with type I diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, *12*, 1089-1097.
- Headey, B. (2008). The set-point theory of well-being: Negative results and consequent revisions. *Social Indicators Research*, *85*, 389-40. doi 10.1007/s11205-007-9134-2
- Hobgood, C., Riviello, R., Jouriles, N., & Hamilton, G. (2002). Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Academic Emergency Medicine*, *9*(11), 1257-1269. doi: 10.1197/aemj.9.11.1257
- Howell, R., Kern, M., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytic determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, *1*, 83-136. doi: 10.1080/17437190701492486

- Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, M (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 199-204. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.10.007>
- Jovanovic, V. (2011). Personality and subjective well-being: One neglected model of personality and two forgotten aspects of subjective well-being. *Personality And Individual Differences*, 50(5), 631-635. doi:10.1016/j.paid.2010.12.008
- Katz, M., Jacobson, T., Veledar, E., & Kripalani, S. (2007). Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: A mixed-method analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 782-786. doi: 10.1007/s11606-007-0184-6
- Keating, N., Green, D., Kao, A., Gazmararian, J., Wu, V., & Cleary, P. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians?. *Journal of General Internal Medicine*, 17(1), 29-39.
- Kinnear, P., & Gray, C. (2001). *SPSS for windows: Made simple*. United Kingdom: Psychology Press.
- Klitzman, R. (2007). "Patient-time", "doctor-time", and "institution-time": Perceptions and definitions of time among doctors who become patients. *Patient Education and Counseling*, 66, 147-155. doi:10.1016/j.pec.2006.10.005
- Kravitz, R., Bell, R., Azari, R., Krupat, E., Kelly-Reif, S., & Thom, D. (2002). Request fulfilment in office practice: Antecedents and relationship to outcomes. *Medicine Care*, 40, 38-51.
- Kripalani, S., Jacobson, T., Mugulla, I., Cawthon, C., Niesner, K., & Vaccarino, V. (2010). Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 5(5), 269-275. doi: 10.1002/jhm.667
- Kruijver, I., Kerkstra, A., Bensing, J., & Wiel, H. (2000). Nurse-patient communication in cancer care. A review of literature. *Cancer Nursing*, 23, 20-31.
- Kuhn, G. (2002). Diagnostic errors. *Academic Emergency Medicine*, 9(7), 740-750. doi: 10.1197/aemj.9.7.740

- Lang, E. (2012). A better patient experience through better communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31(4), 114-119. doi: 10.1016/j.jradnu.2012.08.001
- Langille, D., Kaufman, D., Laidaw, T., Sargeant, J., & MacLeod, H. (2001). Faculty attitudes towards medical communication and their perceptions of students' communication skills training at Dalhousie University. *Medical Education*, 35, 548-554.
- Larson, E., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *The Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100-1106. doi:10.1001/jama.293.9.1100.
- Lazarus, A. (2013). Can we talk? The search for common ground in the doctor-patient relationship. *The Journal of medical practice management*, 29(3), 152-156.
- Lent, R. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509. doi.org/10.1037/0022-0167.51.4.482
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1021-1027. doi:10.1001/jama.284.8.1021
- Lin, E., Katon, W., Rutter, C., Simon, G., Ludman, E., Von Korff, M., ... & Walker, E. (2006). Effects of enhanced depression treatment on diabetes self-care. *Annals of Family Medicine*, 4, 46-53. doi: 10.1370/afm.423
- Lins, A., Franco, A., & Alves, V. (2005). A dimensão psicossocial e a autonomia do paciente: Desafios para a relação médico-paciente no programa saúde da família. *Psico*, 36(1), 99-106.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould C., & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7284.468>

- Lorig, K., Ritter, P., Stewart, A., Sobel, D., Brown, B., Bandura, A., ... & Holman, H. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39, 1217-1223.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. (2011). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 592-616. doi: 10.1037/a0025948
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others: The role of cognitive and motivational process in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249. doi 10.1037//0003-066X.56.3.239
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325, 697-700.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393. doi: 10.1097/00001888-200104000-00021
- Matusitz, J. & Spear, J. (2014). Effective doctor-patient communication: An updated examination. *Social Work and Public Health*, 29(3), 252-266. doi: 10.1080/19371918.2013.776416
- McLafferty, R., Williams, R., Lambert, A., & Dunnington, G. (2006). Surgeon communication behaviors that lead patients to not recommend the surgeon to family members or friends: Analysis and impact. *Surgery*, 140(4), 616-624. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2006.06.021>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. doi:10.1016/S0277-9536(00)00098-8
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>

- Moore, P., Sickel, A., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., & Adler, N. (2004). Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: The role of the doctor-patient relationship. *Journal of Health Psychology, 9*, 421-433. doi: 10.1177/1359105304042351
- Müller, M. (2009). Aspectos relevantes da comunicação em saúde. *Psicologia, 1*(1), 72-79.
- Nassar, M. (2005). Comunicação e humanização: A reconstrução do relacionamento médico-paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. *Anais do Atas do XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*, 1-5.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica, 22*, 55-70.
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S., Warm, M., Wolf, J., & Pfaff, H. (2007). Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling, 69*, 63-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2007.07.003>
- Ng, W., Diener, E., Harter, J., & Arora, R. (2009). Affluence, feelings of stress, and well-being. *Social Indicators Research, 94*, 257-271. doi: 10.1007/s11205-008-9422-5
- Novo, R. (2003). *Para além de eudaimonia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi
- Odgen, J., Ambrose, L., Khadra, A., Manthri, S., Symons, L., Vass, A., & Williams, M. (2002). A questionnaire study of GPs` and patients` beliefs about the different components of patient centredness. *Patient Education and Counseling, 47*, 223-227. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00200-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00200-2)
- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy? *Perspectives on Psychological Science, 2*(4), 346-360.
- Oishi, S., Kesebir, S., & Diener, E. (2011). Income inequality and happiness. *Psychological Science, 22*(9), 1095-1100. doi:10.1177/0956797611417262

- Okamoto, S. (2007). Transformations in doctor-patient communication in Japan: The role of cultural factors. *Patient Education and Counseling*, 65, 153-155. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2006.11.004>
- Oliveira, V., & Gomes, W. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos em Psicologia*, 9(3), 459-469. doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300008
- Ostir, G., Ottenbacher, K., & Markides, K. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19(3), 402-408. doi: 10.1037/0882-7974.19.3.402
- Paasche-Orlow, M., & Roter, D. (2003). The communication patterns in internal medicine and family practice physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16(6), 485-493. doi: 10.3122/jabfm.16.6.485
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto
- Passareli, P., & Silva, J. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513-517.
- Peck, B. (2011). Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Article ID 137492. doi: 10.1155/2011/137492
- Pinheiro, L. (2005). A importância da Psicologia para a humanização hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 1(1), 25-35.
- Platt, F., & Keating, K. (2007). Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: Understanding the communication gap. *International Journal of Clinical Practice*, 61(2), 303-308. doi: 10.1111/j.1742-1241.2006.01277.x
- Pollock, K., & Grime, J. (2002). Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: Qualitative study. *British Medical Journal*, 325(7366), 687. doi.org/10.1136/bmj.325.7366.687

- Pollock, K., & Grime, J. (2003). GP's perspectives on managing time in consultations with patients suffering from depression: A qualitative study. *Family Practice*, 20(3), 687. doi: 10.1093/fampra/cm306
- Pressman, S., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971. doi: org/10.1037/0033-2909.131.6.925
- Quintana, A., & Kleger, P. (2006). Sentimentos e percepções da equipa de saúde frente ao paciente terminal. *Paideia*, 16(35), 415-425. doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300012
- Robertson, R., Dixon, A., & Legrand, J. (2008). Patient choice in general practice: the implications of patient satisfaction surveys. *Journal of Health Service, Research and Policy*, 13(2), 67-72. doi: 10.1258/jhsrp.2007.007055
- Robinson, J., & Heritage, J. (2006). Physicians' opening questions and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 60, 279-285. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.009
- Rodríguez, C., Kolling, M., & Mesquida, P. (2007). Educação e saúde: Um binômio que merece ser resgatado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(1), 60-66. doi.org/10.1590/S0100-55022007000100009
- Rogers, C. (2009). *Grupos de encontro* (9ª ed.). S. Paulo: Martins Fontes.
- 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
- Roter, D., & Larson, S. (2001). The relationship between residents' and attending physicians' communication during primary care visits: An illustrative use of the Roter Analysis system. *Health Communication*, 13(1), 33-48.
- Rousseau, P., & Blackburn, G. (2008). The touch of empathy. *Journal of Palliative Care Medicine*, 11(10), 1299-1300.
- Ruiz-Moral, R., Rodríguez, E., Torres, L., & Torre, J. (2006). Physician-patient communication: A study on the observed behaviours of specialty physicians and the

ways their patients perceive them. *Patient Education and Counseling*, 64, 242-248.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2006.02.010>

Ryff, C., Burton, H., & Love, G. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *The Royal Society*, 359, 1383-1394. doi:10.1098/rstb.2004.1521

Schattner, A., Rudin, D., & Jellin, N. (2004). Good physicians from the perspective of their patients. *BioMed Central Health Services Research*, 4, 26. doi: 10.1186/1472-6963-4-26

Schimmack, U., Oishi, S., Diener, E., & Suh, E. (2000). Facets of affective experiences: A framework for investigations of trait affect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 655-668. doi: 10.1177/0146167200268002

Schimmack, U., Schupp, J., & Wagner, G. (2008). The influence of environment and personality on the affective and cognitive component of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 89, 41-60. doi.org/10.1007/s11205-007-9230-3

Schofield, P., Diggins, J., Charleson, C., Marigliani, R., & Jefford, M. (2010). Effectively discussing complementary and alternative medicine in a 86 conventional oncology setting: Communication recommendations for clinicians. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 143-151. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.038

Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774

Shaw, A., Ibrahim, S., Reid, F., Ussher, M., & Rowlands, G. (2009). Patients' perspectives of the doctor-patient and information giving across a range of literacy levels. *Patient Education and Counseling*, 75, 114-120. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.026>

Shaw, W., Pransky, G., Winters, T., Tveito, T., Larson, S., & Roter, D. (2009). Does the presence of psychosocial "yellow flags" alter patient provider communication for work-related, acute low back pain?. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1(9), 1032-1040. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181b2f539

- Silva, I. (2015). Como é que o seu médico fala consigo? Princípios básicos e implicações práticas da comunicação centrada no doente. In M.C. Oliveira (Coord.), *Sobre saúde* (pp. 66-76). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2(21), 185-194.
- Silverman, J. (2009). Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? *Patient Education and Counseling*, 76, 361-367. doi: 10.1016/j.pec.2009.06.011
- Silverman, J., & Kinnersley, P. (2010). Doctors' non-verbal behaviour in consultations: Look at the patient before you look at the computer. *The British Journal of General Practice*, 60(571), 76. doi: 10.3399/bjgp10X482293
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjetivo: Estado atual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjetivo em adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, Bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Sirgy, M. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Skillings, J., Porcerelli, J., & Markova, T. (2010). Contextualizing SEGUE: Evaluating residents' communication skills within the framework of a structured medical interview. *Journal of Graduate Medical Education*, 102-107. doi: 10.4300/JGME-D-09-00030.1
- Smith, V., DeVellis, B., Kalet, A., Roberts, J., & DeVellis, R. (2005). Encouraging patient adherence: Primary care physicians' use of verbal compliance-gaining strategies in Medical interviews. *Patient Education & Counseling*, 57, 62-76. doi: org/10.1016/j.pec.2004.03.017

- Staiger, T., Jarvik, J., Deyo, R., Martin, B., & Braddock, C. (2005). Brief Report: Patient-physician agreement as a predictor of outcomes in patients with back pain. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 935-937. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0175.x
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.138
- Stewart, M., Brown, J., Donner, A., McWhinney, D., Oates, J., Weston, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49, 796-804.
- Stewart, M., Meredith, L., Brown, J., & Galajda, J. (2000). The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16, 25-36. doi.org/10.1016/S0749-0690(05)70005-7
- Street, R., Makaol, G., Arora, N., & Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician- patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015.
- Sugai, D., Deptula, P., Parsa, A., & DonParsa, F. (2013). The importance of communication in the management of postoperative pain. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, 72(6), 180-184.
- Swaminathan, G. (2007). Doctor-patient communication: Patient perception. *Indian Journal of Psychiatry*, 49(3), 150-153.
- Talvitie, U. (2000). Socio-affective characteristics and properties of extrinsic feedback in physiotherapy. *Physiotherapy Research International*, 5, 173-188. doi: 10.1002/pri.197
- Teixeira, M. (2009). Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: Evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(1), 13-18. doi.org/10.1590/S0104-42302009000100008
- Terpstra, O. (2012). On doctor-patient relationship and feedback interventions. *Perspectives of Medical Education*, 1, 159-161. doi: 10.1007/ s40037-012-0030-3

- Thiedke, C. (2007). What do we really know about patient satisfaction? *Family Practice Management*, 33-36.
- Thomas, M., Hariharan, M., Rana, S., Swain, S., & Andrew, A. (2014). Medical jargons as hindrance in doctor–patient communication. *Psychological Studies*, 59(4), 394-400. doi:10.1007/s12646-014-0262-x
- Thorson, A., & Johansson, E. (2004). Equality or equity in health care access: A qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health Policy*, 68(1), 37-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.07.010>
- Tongue, J., Epps, H., & Forese, L. (2005). Communication skills for patient-centered care. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 87A(3), 652-658. doi: 10.1177/1043659608330354
- Van Dalen, J., Bartholomeus, P., Kerkhofs, E., Lulofs, R., Thiel, J., Rethans, J., ... & Vleuten, C. (2001). Teaching and assessing communication skills in Maastricht: The first twenty years. *Medical Teacher*, 23(3), 245-251. doi: 10.1080/01421590120042991
- van Zanten, M., Boulet, J., McKinley, D., DeChamplain, A., & Jobe, A. (2007). Assessing the communication and interpersonal skills of graduates of international medical schools as part of the United States Medical Licensing Exam (USMLE) Step 2 Clinical Skills (CS) Exam. *Acta Medica Academica*, 82(10), S65–S68. doi: 10.1097/ACM.0b013e318141f40a
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449-469. doi: 10.1007/s10902-006-9042-1
- Vieira, L., & Jesus, S. (2007). A felicidade nos professores como expressão de saúde. In M. Siqueira, S. Jesus, & V. Oliveira (Eds), *Psicologia da Saúde, Teoria e Pesquisa* (pp. 259-285). São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., ... & Mendonça, D. (2014). Fatores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crônicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 220-233. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150118>

- Wagner, G., & Ryan, G. (2004). Relationship between routinization of daily behaviors and medication adherence in HIV-positive drug users. *AIDS Patient Care STDS*, *18*, 385-393. doi:10.1089/1087291041518238.
- Wandell, P. E. (2005). Quality of life of patients with diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *23*, 68-74. doi: 10.1080/02813430510015296
- Watson, D. (2002). Positive affectivity: The disposition of experience pleasurable emotional states. In C. Snyder, & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 106-119). New York: Oxford University Press.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, *98*, 219-235. doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219
- Weinick, R., Jacobs, E., Stone, L., Ortega, A., & Burstin, H. (2004). Hispanic healthcare disparities: Challenging the myth of a monolithic Hispanic population. *Medicine Care*, *42*, 313-320. doi: 10.1097/01.mlr.0000118705.27241.7c
- Willems, S., DeMaesschakck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, *56*(2), 139-146. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2004.02.011>
- Wilson, I., Schoen, C., Neuman, P., Strollo, M., Rogers, W., Chang, H., & Safran, G. (2007). Physician-patient communication about prescription medication non adherence: A 50-State Study of America's seniors. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(1), 6-12. doi: 10.1007/s11606-006-0093-0
- Wong, C., Yip, B., Mercer, S., Griffiths, S., Kung, K., Wong, M., ... & Wong, S. (2013). Effect of facemasks on empathy and relational continuity: A randomised controlled trial in primary care. *BioMed Central Family Practice*, *14*, 200-206. doi:10.1186/1471-2296-14-200
- Wong, Y., & Lee, A. (2006). Communication skills and doctor-patient relationship. *Medical Bulletin*, *11*(3), 7-9.
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. (2012). Determinantes do bem-estar subjetivo. *Psico*, *43*(3), 280-288.

Zachariae, R., Pedersen, C., Jensen, A., Ehnrooth, E., Rossen, P., & von der Maase (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88, 658-665. doi: 10.1038/sj.bjc.6600798

Zhang, J., Yao, S., Ye, M., Huang, H., He, G., & Leng, X. (2009). A study on the subjective well-being and its influential factors in chronically ill inpatients in Changsha, China. *Applied Nursing Research*, 22(4), 250-257. doi: 10.1016/j.apnr.2008.02.005