



Avaliação da Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde

Construção e Validação de um Instrumento

Ana Helena Ribeiro dos Santos

Prof. Doutor Paulo Kuteev Moreira

Prof. Doutor Rui Pimenta

Porto, janeiro, 2013.

Apoios Financeiros

Esta dissertação teve apoio do Centro Hospitalar do Porto- Unidade Hospital de Santo António, através da concessão de equiparação a bolsheiro.

Resumo

A satisfação do utente na comunicação com profissionais de saúde é um indicador de qualidade dos serviços ou instituições. Na literatura não encontramos instrumentos padronizados e validados, que avaliem a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde. O presente estudo tem como objetivo construir e validar um instrumento para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde. Desenvolvemos este estudo em três ciclos. Um primeiro, revisão da literatura, para identificar dimensões e itens da comunicação interpessoal na saúde. No segundo ciclo, conduzimos um método de Delphi modificado em três rondas, com recurso à plataforma informática de questionários Survey Monkey, no qual participou um painel de 25 peritos; estabelecemos como critério mínimo de retenção para a ronda seguinte os itens que recebessem 70% do consenso por parte do painel. Após as três rondas, obtivemos um instrumento com seis dimensões comunicacionais (comunicação verbal, comunicação não verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e material de apoio), vinte e cinco itens específicos, e mais seis dimensões genéricas, que avaliam cada uma das dimensões. No terceiro ciclo avaliamos as características psicométricas, em termos de sensibilidade, validade do construto e fidelidade, numa amostra de 348 participantes. Os resultados mostram que todas as categorias de resposta estavam representadas em todos os itens. Validade do construto- a análise fatorial identificou uma solução de seis componentes que explicam 71% da variância total. Fiabilidade - os valores da correlação item-total variam entre 0,387 e 0,722, existindo uma correlação positiva moderada a forte. O valor de alfa de Cronbach ($\alpha=0,928$) indica que a consistência interna é excelente.

O instrumento construído apresenta boas propriedades psicométricas. Fica assim disponível uma nova ferramenta para auxiliar na gestão e no processo de planeamento necessários ao incremento da qualidade nos serviços e instituições de saúde.

Palavras-chave: satisfação do utente, comunicação, profissionais de saúde, instrumento, validação.

Resumen

La satisfacción de los usuarios en la comunicación con los profesionales de salud es un indicador de la calidad de los servicios o instituciones. En la literatura no se encontraron instrumentos estandarizados y validados para evaluar la satisfacción del usuario en la comunicación con los profesionales de la salud. Este estudio tiene como objetivo desarrollar y validar un instrumento para medir la satisfacción de los usuarios en la comunicación con los profesionales de salud. Hemos desarrollado este estudio en tres ciclos. Una primera, revisión de la literatura para identificar los elementos y dimensiones de la comunicación interpersonal en la salud. En el segundo ciclo, se realizó un método Delphi modificado en tres rondas, utilizando la plataforma de Survey Monkey ordenador cuestionarios, que participó en un panel de 25 expertos, hemos establecido como criterios mínimos para la siguiente ronda los elementos que recibieron el 70% de consenso por el panel. Después de tres rondas, teníamos un instrumento con seis dimensiones de comunicación (comunicación verbal, la comunicación no verbal, la empatía, el respeto, la resolución de problemas y el material de apoyo), veinticinco puntos específicos y genéricos seis dimensiones que evalúan cada dimensión. En el tercer ciclo se evaluaron las características psicométricas en términos de sensibilidad y la fiabilidad de la validez de constructo en una muestra de 348 participantes. Relativamente a los resultados: Sensibilidad - todas las categorías de respuesta fueron representados en todos los elementos. La validez de constructo, el análisis factorial identificó seis componentes de una solución que explican 71% de la varianza total. Fiabilidad - los valores de correlación elemento total rango entre 0,387 y 0,722, hay una correlación positiva moderada a fuerte. El valor de alfa de Cronbach ($\alpha = 0,928$) indica que la consistencia interna es excelente.

Este instrumento tiene buenas propiedades psicométricas. Por lo tanto, está disponible una nueva herramienta para ayudar en el proceso de gestión y planificación necesaria para la mejora de la calidad de los servicios e instituciones de salud.

Palabras clave: satisfacción de lo usuario, la comunicación, profissionales de la salud, instrumento, la validación

Abstract

The user satisfaction in communicating with health care professionals is an indicator of the quality of services or institutions. In related literature we have not found standardized and validated instruments that assess user satisfaction in communicating with health professionals. The present study aims to construct and validate an instrument to measure user satisfaction in communicating with health professionals. We have developed this study in three cycles. The first one is a review of related literature in order to identify items and dimensions of interpersonal communication in health. In the second cycle, we conducted a modified Delphi method in three rounds, using the computing platform of Survey Monkey questionnaires in which a panel of 25 experts participated; we established as minimum retention criteria for the next round items that receive 70% consensus by the panel. After the three rounds we obtained an instrument with six dimensions of communication (verbal communication, nonverbal communication, empathy, respect, problem solving and support material), twenty-five specific items, and other six global dimensions that assess each dimension. In the third cycle we evaluated the psychometric characteristics in terms of sensitivity, construct validity and fidelity in a sample of 348 participants. Regarding the results: Sensitivity - all response categories were represented on all items. Construct validity, factor analysis identified a solution made of six components that explains 71% of the total variance. Reliability - the values of item-total correlation range between 0,387 and 0,722, there is a moderate to strong positive correlation. The value of Cronbach's alpha ($\alpha=0,928$) indicates that the internal consistency is excellent.

This instrument has good psychometric properties. It is thus available a new tool to assist in the management and planning process necessary for improving the quality of services and health institutions.

Key words: user satisfaction, communication, healthcare professionals, instrument, validation.

*Queria agradecer em especial à minha família e dedicar esta dissertação à primeira pessoa
que comunicou comigo, a minha mãe*

Agradecimentos

Este estudo não é apenas resultado de empenho individual, mas sim de um conjunto de esforços que o tornaram possível e sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao fim desta etapa. Desta forma, manifesto a minha gratidão a todos quantos contribuíram para tornar este trabalho realidade nas suas múltiplas dimensões. Aos meus orientadores os professores doutores Paulo K. Moreira e Rui Pimenta, agradeço a sua orientação e palavras de incentivo.

Abreviaturas e Acrónimos

CCRN	Comissão da Coordenação da Região do Norte
CNV	Comunicação não-verbal
CV	Comunicação verbal
E	Empatia
ERGHO	<i>European Group on Health outcomes</i>
IPQ-	Instituto Português da Qualidade
MA	Material de apoio
MS	Ministério da Saúde
ODPHP	<i>Office of Disease Prevention and Health Promotion</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCC	<i>Patient Centered Communication</i>
R	Respeito
RP	Resolução de problemas
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UCLA	Universidade da Califórnia, Los Angeles
USF	Unidade de saúde familiar

Índice

Resumo	v
Resumen	vii
Abstract	ix
Agradecimentos	xiii
Abreviaturas e Acrónimos	xv
Lista de Figuras	xix
Lista de Tabelas	xxi
Capítulo I Enquadramento Teórico	5
1.1. Sistema de Saúde	7
1.2. Qualidade dos Serviços de Saúde	8
1.3. Satisfação do Utente	11
1.4. Avaliação da Satisfação do Utente	13
1.5. Conceitos da Comunicação	14
1.6. Comunicação Humana (Interpessoal).....	17
1.7. Comunicação em Saúde	18
1.8. Dimensões da Comunicação Interpessoal em Saúde	21
Capítulo II Metodologia	23
2.1. Primeiro Ciclo de Investigação - Revisão Literatura - Construção de Instrumento	26
2.2. Segundo Ciclo de Investigação – Método de Delphi - Construção do instrumento e Validação do conteúdo	28
2.3. Terceiro Ciclo de Investigação – Validação e Fiabilidade do instrumento construído.....	32
Amostra.....	33

Capítulo III Resultados	35
3.1. Primeiro Ciclo de Investigação – Revisão Literatura para construir questionário	37
3.1.1. Dimensão: Comunicação verbal	39
3.1.2. Dimensão: Comunicação não-verbal	40
3.1.3. Dimensão: Empatia	41
3.1.4. Dimensão: Respeito	42
3.1.5. Dimensão: Resolução de problemas	43
3.1.6. Dimensão: Material de apoio	44
3.1.7. Geração de itens para caracterizar as dimensões da comunicação interpessoal na saúde	45
3.2. Segundo Ciclo de Investigação – Método de Delphi	48
3.2.1. Resultados Ronda 1	48
3.2.2. Resultados Ronda 2.....	52
3.2.3. Resultados Ronda 3.....	56
3.3. Terceiro Ciclo de Investigação – Validação Instrumento construído	60
3.3.1. Estatística Descritiva.....	60
3.3.2. Validade fatorial de constructo.....	62
3.3.3. Fiabilidade do instrumento	64
3.3.4. Efeito em cada uma das variáveis correspondentes aos dados sócio- demográficos da amostra no questionário aplicado que construímos e validamos.....	67
Capítulo IV Discussão de Resultados e Conclusões	73
4.1. Revisão da Literatura para construção de Instrumento	75
4.2. Método de Delphi	78
4.3. Validação e Fiabilidade do instrumento construído	78
4.3.1. Diferenças de género, tipo de inquirido, área de residência, idade e habilitações académicas	79
4.4. Limitações do estudo	80
4.5. Direções futuras	80
Referências Bibliográficas	83
Anexo I Questionário Avaliação da Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde	103

Lista de Figuras

Figura 1: Etapas do método de Delphi utilizado neste estudo (adaptado de Day e Bobeda 2005)	31
Figura 2: Resultados 1ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey) (CV e CNV)	49
Figura 3: Resultados 1ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey) (E e R)	50
Figura 4: Resultados 1ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey) (RP e MA)	51
Figura 5: Resultados 2ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey) (CV e CNV)	53
Figura 6: Resultados 2ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (E,R)	54
Figura 7: Resultados 2ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (RP,MA)	55
Figura 8: Resultados 3ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (CV,CNV)	57
Figura 9: Resultados 3ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (E,R)	58
Figura 10: Resultados 3ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (RP,MA)	59

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resumo dos três ciclos de investigação da construção e validação do instrumento para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde.	26
Tabela 2: Os 5 critérios de escolha e distribuição do painel de peritos	29
Tabela 3: Características sociodemográficas da amostra	33
Tabela 4: PubMed sintaxe de pesquisa	37
Tabela 5: B-On sintaxe de pesquisa	38
Tabela 6: Resultados da revisão da literatura da dimensão comunicação verbal	39
Tabela 7: Resultados da revisão da literatura da dimensão comunicação não- verbal	40
Tabela 8: Resultados da revisão da literatura da dimensão empatia	41
Tabela 9: Resultados da revisão da literatura da dimensão respeito	42
Tabela 10: Resultados da revisão da literatura, da dimensão resolução de problemas.....	43
Tabela 11: Resultados da revisão da literatura da dimensão material de apoio	44
Tabela 12: Itens gerados da revisão da literatura para cada uma das dimensões.....	45
Tabela 13: Análise das frequências dos itens do instrumento construído e aplicado.....	61
Tabela 14: Análise descritiva de cada um dos itens avaliados no instrumento aplicado.....	62
Tabela 15: Correlações dos itens com as dimensões rodadas (rotação ortogonal Varimax).....	63
Tabela 16: Análise da consistência interna dos 25 itens (todos os itens).....	64
Tabela 17: Análise da consistência interna (alfa de Cronbach) das dimensões.....	65
Tabela 18: Análise da consistência interna da Satisfação Global de cada uma das dimensões	66
Tabela 19: Resultados dos valores da correlação do score total de cada uma das dimensões com a dimensão geral de cada dimensão	66
Tabela 20: Resultado da correlação do score total dos 25 itens das dimensões com o score total de cada uma das dimensões	67
Tabela 21: Resultados das médias e desvios padrão de cada componente do instrumento em função do género e respetivo valor de significância	68

Tabela 22: Médias e desvios padrão de cada dimensão do instrumento em função do tipo de inquirido e respetivo valor de significância.	69
Tabela 23: Médias e desvios padrão de cada dimensão do instrumento em função da área de residência e respetivo valor de significância.	69
Tabela 24: Comparação de cada dimensão do instrumento em função da idade e habilitações literárias	70
Tabela 25: Teste de comparações múltiplas da componente “Score Total” em função das habilitações literárias	71

Introdução

“Vamos: desçamos para lhes confundir a língua de forma que já não se compreendam uns aos outros”

Génesis 11:7

A sobrevivência de todos os seres vivos depende da informação adequada acerca do meio ambiente. Embora as espécies que existem na Terra tenham um processo de multiplicação celular idêntico, não é isso que nos torna únicos, o Homem desenvolveu formas especiais de interagir com os seus semelhantes, construídas a partir de uma forma diferente de comunicação, comparativamente com os outros seres vivos. Não pertencemos apenas à espécie *Homo sapiens*, somos seres falantes, *Homo loquens* (Benveniste, 1966). Não somos capazes de *não* comunicar com os nossos semelhantes (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1976).

A Comunicação faz parte da nossa definição como seres humanos. A sua importância para o Homem, na sua múltipla variedade de formas e nos seus diferentes níveis de realização é para todos nós, hoje, um facto evidente, não apenas a nível da ciência mas também e cada vez mais, a nível do conhecimento comum.

No seu sentido etimológico mais antigo, “comunicar” significa “partilhar”, e embora possam existir inúmeras definições deste conceito, temos em todas elas, duas componentes fundamentais: a transmissão de informações e a dimensão do outro, isto é, a vertente social da partilha dessas informações, ambas conjugadas num esforço de interpretar e agir sobre o mundo que nos rodeia (Mercer, 2000; Wolton, 2005).

A comunicação interpessoal, que envolve dois participantes faz parte das comunicações mais numerosas que estabelecemos, ao longo da nossa vida e dependendo de cada área, podem espelhar experiências diferentes, sejam elas das tecnologias da informação, dos estudos linguísticos e semióticos, dos estudos mediáticos e sociais, da psicossociologia ou da reflexão filosófica, a comunicação interpessoal é, assim, a forma privilegiada de que cada um se serve para estabelecer identidades e relações (Santos, 2011).

Refletir sobre a dimensão comunicacional na prática de saúde constitui um meio para a sua compreensão, possibilitando, ajustar, redefinir e reequacionar ações de e para a saúde (Beaulieu, et al., 2011).

Existe uma consciência crescente, entre políticos, profissionais da saúde, investigadores, de que a efetiva comunicação profissional de saúde-utente é importante na obtenção de resultados na saúde (Boon & Stewart, 1998). Aspetos da comunicação, entre o profissional de saúde-utente, têm sido

demonstrados como influência de uma variedade de resultados em saúde incluindo, adesão ao tratamento (Sackett & Haynes, 1976; Garrity, 1981; Barlett, Gravson, & Barker, 1984; Squir, 1990; Ong, De Haes, & Lammes, 1995), compreensão e memorização dos conselhos médicos (Smith, Polis, & Hadae, 1981; Roter, Hall, & Katz, 1987; Ong, De Haes, & Lammes, 1995), satisfação com o tratamento, qualidade de vida, e estado de saúde (Carter, Kukul, & Haight, 1982; Inui, Carter, Kulkull, & Haigh, 1982; Hall & Dornan, 1988; Kaplan, Greenfield, & Ware, 1989; Beckman, Kaplan, & Frankel, 1989; Henbest & Stewart, 1990; Bensing, 1991; Matthews, Suchman, & Branch, 1993 Stewart, 1995, diminuição do sentimento de isolamento do utente (Gulinelli, et al., 2004).

Não encontramos na literatura referência à avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde. Todos os estudos que analisamos desenvolveram-se no âmbito da comunicação: médico/utente; enfermeiro/utente ou terapeuta/utente, ou ainda outros que não médicos/utentes. Acreditamos que a equipa do sistema de saúde é mais vasta, conta com gestores, administrativos, médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, auxiliares de ação médica, e todos eles participam direta ou indiretamente na comunicação com o utente. Neste sentido, quando falamos em profissionais de saúde referimo-nos a uma variedade de especialistas, com formação diversificada, envolvidos no atendimento multiprofissional e interprofissional ao utente.

Por outro lado, as dimensões da comunicação interpessoal que se estabelecem nos singulares e restritos ambientes, onde subsistem o espaço e tempo do relacionamento profissional de saúde-utente, parecem não estar bem definidas, os instrumentos existentes avaliam de forma seletiva e isolada algumas dimensões comunicacionais. Estes apresentam limitações, quer na definição das dimensões, quer nos procedimentos e protocolos utilizados para as avaliar, o que, associado à falta de validade da sua maioria, torna difícil a credibilidade e comparação dos resultados dos diferentes estudos (Boon & Stewart, 1998).

Uma comunicação eficaz deve ser utilizada como estratégia básica para a qualidade da assistência na saúde, o diálogo efetivo entre profissionais de saúde e utentes deve ser desenvolvido, promovendo uma cultura de cidadania em saúde ativa e responsável em parceria entre o utente e o profissional de saúde (Ministério da Saúde,[MS], 2011).

A satisfação do utente é obtida quando a perceção do utente com a qualidade dos cuidados e serviços que receberam no estabelecimento de saúde foi positiva, satisfatória e atendeu as suas expectativas (Neves, 2002). Nesta perspetiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (Mcintyre, et al., 2002). No contato com os profissionais de saúde, os utentes esperam encontrar respostas em que confiem e entendam, que os assegurem da sua saúde ou que os ajudem na compreensão e solução da sua doença.

A escassez de instrumentos para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, motivou-nos a desenvolver um, no sentido de adicionar contributos à melhoria da avaliação na comunicação que favoreçam a promoção da saúde e melhores práticas.

Neste sentido, esta dissertação tem como objetivos contribuir teoricamente e metodologicamente para a compreensão e avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, concretamente construindo um instrumento, identificando dimensões e itens da Comunicação interpessoal na saúde e validando, este mesmo instrumento.

Este trabalho justifica-se como foi referido anteriormente, pela inexistência de instrumento na literatura que avalie a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde e ainda pela conjuntura económica atual, época de racionalização de custos, estimula a investir em ferramentas que não envolvam grandes custos e possam contribuir para ganhos efetivos na satisfação do utente, de modo a permitir a melhoria da comunicação quer do profissional de saúde quer de um para o outro e com o outro.

A primeira parte deste trabalho é constituída por um capítulo que providencia o enquadramento teórico desta dissertação, tentando circunstanciar o ambiente singular onde foi desenvolvido este estudo. Tem início com uma noção de sistema de saúde, qualidade dos serviços de saúde, satisfação do utente e sua avaliação e prossegue com uma sinopse sobre conceitos de comunicação, seguindo-se uma abordagem da comunicação humana (interpessoal), o papel da comunicação na humanização dos serviços de saúde e resultados em saúde, finalizando com referência à comunicação em saúde e suas dimensões. A segunda parte apresenta três capítulos, é dedicada à investigação realizada, sobre a avaliação da satisfação do utente na comunicação com o profissional de saúde. Assim, o segundo capítulo descreve a metodologia implementada: que teve por base a revisão da literatura, execução de um estudo Delphi e validação do instrumento construído. No terceiro capítulo apresentam-se os resultados deste estudo. O quarto e último capítulo, os resultados são analisados e discutidos, tendo como enquadramento a revisão de literatura dos capítulos iniciais, assim como os objetivos e as questões de investigação e conclusões, apresenta ainda reflexão sobre as limitações deste trabalho e implicações futuras.

Capítulo I

Enquadramento Teórico

1.1. Sistema de Saúde

“Toda a Organização é o produto da forma como os seus membros pensam e agem. Mude a forma como as pessoas pensam e interagem e poderá mudar o mundo”

Senge et al.

Um sistema pode ser entendido como um conjunto de partes e as suas interligações, que funcionam juntas para um propósito (von Bertalanffy, 1968).

O que especifica um sistema de saúde é o seu propósito, a saúde das pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), um sistema de saúde inclui todas as atividades cujo fim primário seja promover, restaurar ou manter a saúde, desde os serviços formais, incluindo a prestação de cuidados pelos profissionais de saúde (públicos e privados), até aos cuidados domiciliários, passando pelas atividades de saúde pública, pelos cuidadores tradicionais e pela articulação com diversos sectores sociais como a educação, o ambiente, os transportes, entre outros.

Desta definição fica subentendido que um sistema de saúde é, por natureza complexo e representado por atores cujos interesses nem sempre coincidem (Almeida, 1999).

Não existe consenso sobre o modelo ideal de organização ou mesmo sobre os elementos e responsabilidades quanto à saúde das populações. A diversidade de interpretações vem da dificuldade da definição de saúde e das diferentes posições políticas e teóricas sobre a saúde e tipos de organização. As características de cada sistema de saúde dependem da história e das condições políticas e socioeconômicas dos países e do grau de influência que exercem os diversos grupos de interesse na sua definição. Para que um sistema de saúde seja, um sistema apoiado, tem de ir ao encontro das necessidades e das expectativas legítimas da população em matéria de saúde. Deve incorporar na sua filosofia de valores, objetivos gerais e funções específicas para orientar e conduzir as políticas de saúde no âmbito de um governo que envolva a sociedade civil, o sector social e o sector privado. Isso, só se consegue se a liderança máxima (ministerial) impuser uma liderança moral baseada numa visão clara e com valores explícitos para o sistema de saúde (Biscoe, 1997).

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), é o conjunto de instituições e serviços que têm por objetivo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Os serviços públicos de saúde têm como objetivo prestar à população cuidados de: prevenção e tratamento de doença; reabilitação e apoio na reinserção familiar e social de doentes; informação sobre assuntos relacionados com a saúde e formas de a manter e promover; informação sobre o funcionamento dos serviços. Para além do SNS existem

diversos subsistemas de saúde, criados no âmbito de vários ministérios, seguradoras, empresas bancárias e outras instituições para prestação de cuidados de saúde aos trabalhadores e associados. Diversas instituições de saúde privadas e profissionais em regime liberal completam a oferta em cuidados de saúde (Frederico, 2000).

Atualmente, a prestação de cuidados de saúde é uma atividade predominantemente multidisciplinar e o conceito de equipa de saúde dentro da organização (hospital, centro de saúde, ou serviço) é hoje uma realidade estrutural de qualquer sistema de saúde, sendo entendida não como um fundamento monolítico mas uma entidade dinâmica. Os profissionais de saúde estão sujeitos a fenómenos psicológicos e emocionais comuns, subjacentes às suas práticas que tendem a substituir o interlocutor individualizado, na relação com o utente (Instituto Português da Qualidade[IPQ], 2004).

O utente tornou-se a palavra mais consensual que encerra a utilização alargada dos serviços de saúde, não só do ponto de vista curativo, destinada a doentes, mas também preventiva e de suporte, dirigida a um público mais vasto, que pode consumir um alargado conjunto de serviços de saúde. O utente surge como um compromisso entre o tradicional doente e o cliente, o utente é, somos todos nós, quando recorremos a qualquer serviço de saúde. Cada vez mais crítico relativamente à qualidade das relações com os profissionais de saúde. O seu papel na assistência que lhe é prestada nos serviços de saúde tem-se modificado ao longo do tempo. Passou de mero espectador para participante ativo, cuja opinião deve ser valorizada (Healthways, 2003).

Hoje em dia, ao SNS acresce o desafio de não só proporcionar melhor acesso dos serviços às populações, mas também desenvolver um funcionamento de melhor qualidade, onde coincidem a gestão rentável das instituições, a satisfação do utente e avaliação da satisfação (Direcção Geral de Saúde, 2004).

1.2. Qualidade dos Serviços de Saúde

Qualidade em Saúde é um conceito fluido, abstrato e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade ou grupo social.

Donabedian, in Kluck, 2005

É hoje reconhecida a importância dos cuidados de saúde como aspeto fundamental do desenvolvimento económico e social dos países, assim como a mudança de atitude quer dos utentes,

cada vez mais informados e exigentes, quer das instituições relativamente aos cuidados de saúde. Um mundo com qualidade é o que todos desejamos nas e para as nossas vidas. A expressão qualidade de vida foi empregue pela primeira vez pelo presidente dos estados unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (WHOQOL Group (1998) A qualidade na saúde é mais complexa que nos restantes ramos de atividade, tem três frações envolvidas como consumidores: o utente que recebe o serviço, os financiadores e os prestadores, todos eles têm as suas prioridades e procuram a satisfação do seu ponto de vista, mas o utente não pode deixar de ser o pivô da qualidade na saúde (Lengnick & Cynthia, 1995).

A qualidade é atualmente grande preocupação dos gestores e de todos os profissionais de saúde, obedecendo às diretrizes de certificação internacional, na procura de soluções para travar o défice e simultaneamente melhorar o desempenho. Não pode haver uma separação clara entre serviços de saúde, profissionais de saúde e utentes (Lengnick & Cynthia, 1995). Além disso, a interação entre consumidor e prestador de cuidados pode ser íntima e mais intensa que outras indústrias, em certos casos podem ter consequências de vida ou de morte (Josen, Siegler, & Winslade, 1998). Talvez a maior especificidade seja que, enquanto na indústria, a garantia de qualidade é para prevenir erros no futuro, na saúde procura-se também a prevenção e garantia de bons cuidados a cada utente em concreto (Vuori, 1982). Existem múltiplas definições de qualidade em saúde. A maioria das definições são listas de atributos mais ou menos desejáveis para os cuidados de saúde. A procura de cuidados de saúde com qualidade é contínua, mas ainda não existe concordância absoluta no que faz a “qualidade” e como medi-la. As características chave incluem: Segurança, evitando prejuízos aos utentes; Eficiência, evitando o desperdício, Equidade, fornecendo cuidados básicos a todos (Institute of Medicine, [IM] (2003). A Agência de Investigação de Saúde e Qualidade define-a como “*Fazer a coisa certa, na hora certa, para a pessoa certa e ter os melhores resultados possíveis*”. E a OMS como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, 1999). A qualidade na saúde tem sumariamente características importantes: não é um valor absoluto, varia com as situações e não pode ser medida com uma escala quantitativa; é multidimensional, fruto de muitos fatores, tendo algumas coisas facilmente quantificáveis e outras de mais difícil quantificação, como a relação estabelecida com o utente; aquilo que se pode considerar qualidade aceitável varia com o tempo, pois ao aumento das capacidades organizacionais e progressos clínicos e tecnológicos, junta-se o aumento das expectativas dos utentes. Os objetivos da qualidade em saúde são: a melhoria da qualidade, a satisfação dos cidadãos e das comunidades e o uso eficiente dos recursos (Pisco, 2001).

O domínio técnico da qualidade certifica apenas que o utente recebe procedimentos, testes e serviços, em que o resultado esperado excede em muito os riscos e que são prestados do ponto de vista técnico excelentemente. O domínio interpessoal certifica que o utente recebe cuidados de forma humana e culturalmente adequada e é convidado a participar de forma completa nas decisões sobre o seu estado físico. Este domínio, o interpessoal, é considerado o aspeto fulcral da qualidade, sendo a relação interpessoal a base da satisfação do doente e o maior determinante da qualidade do serviço e dos cuidados (Johnson, 1999). A qualidade pode ser analisada de forma diferente conforme o alvo que se pretende avaliar ou a posição que o observador ocupa no sistema de saúde. Os profissionais de saúde valorizam fundamentalmente as capacidades técnicas e de relação interpessoal, enquanto os utentes dão mais relevância aos aspetos não técnicos da prestação dos cuidados de saúde, como por exemplo a acessibilidade e a disponibilidade dos cuidados (Donabedian, 1988). A qualidade dos serviços de saúde pode ser vista como o potencial intrínseco aos atributos do serviço de fornecer satisfação, ressaltando que a qualidade percebida é dependente da função de utilidade para o utente em relação ao nível de qualidade ou desempenho fornecido (Anderson, Fornell, & Lehmann, 1992; Anderson & Fornell, 1994)

Uma das tendências mais significativas no desenvolvimento dos cuidados de saúde atuais é o envolvimento do utente na gestão dos seus cuidados e tratamento. Para apoiar este desenvolvimento é importante reconhecer que as experiências dos utentes com os cuidados de saúde variam consideravelmente. Alguns têm uma intervenção ocasional, enquanto outros têm uma relação mais permanente e de longo prazo com um prestador de serviços de acordo com a natureza e a extensão da sua necessidade. A participação do utente está cada vez mais relacionada com a melhoria da qualidade dos cuidados e melhores resultados de saúde. Há um impulso crescente para tomar decisões partilhadas nos cuidados, centrada no utente. A assistência centrada no utente tornou-se um conceito importante na área da saúde como resposta:

- À tendência geral no sentido crescente para a inclusão social e as necessidades do utente.
- Ao custo crescente dos cuidados de saúde e o imperativo de eficácia.
- Ao foco na melhoria de processos e resultados dos cuidados (Al-Assaf & Schmele, 1993).
- Ao maior acesso do utente a informação sobre tratamentos de saúde e opções.

O resultado final das empresas de saúde é a alteração do ser humano; esta alteração deve melhorar com o uso; o processo é tão importante como o resultado final e o utente é um participante ativo na produção e prestação do serviço, sem a sua colaboração, a qualidade do serviço diminui.

Há uma crescente evidência da relação entre feedback do utente e participação, na tomada de decisão, no cuidado individual que resulta em melhorias nos resultados de saúde (Fallowfield, Hall, Maguire, & Baum, 1990; England & Evans, 1992) e fortes alianças terapêuticas (Chambers, 1999).

1.3. Satisfação do Utente

“Ouvir o utente, ouvir o sem voz, não só passará a ser uma necessidade da qualidade que sonhamos, mas um resgate e um aperfeiçoamento de sua dignidade como cidadão e consumidor”

Noronha Filho

Satisfação, como outros conceitos psicológicos, é fácil de entender, mas difícil de definir. Na saúde é conseguida quando a perceção do utente com a qualidade dos cuidados e serviços que recebeu foi positiva, portanto satisfatória e atendeu às suas expectativas (Keegan, McDarby, & Tansey, 2003).

Ambos os conceitos, satisfação do utente e qualidade dos serviços, são mutáveis e com múltiplas definições, são conceitos que envolvem subjetividade e múltiplas dimensões. No entanto são geralmente aceites como indicadores importantes na avaliação dos cuidados de saúde, estando interrelacionados. A satisfação é considerada uma dimensão dos cuidados prestados, sendo uma importante medida de resultados e muito útil quando se avaliam consultas e comunicação entre o utente e profissionais de saúde. Utilizada sistematicamente permite ajudar na escolha entre várias alternativas de organizar e prestar cuidados de saúde. (Pisco, 2005).

Existe vasta literatura sobre o conceito de satisfação, com diferentes perspetivas de abordagem. Satisfação do utente é uma atitude - a orientação geral de uma pessoa para uma experiência total dos cuidados de saúde. Autores consideram este conceito como uma avaliação objetiva, de diferentes aspetos de prestação de cuidados de saúde em termos positivos e negativo, isto é, uma reação cognitiva e não emocional face a uma situação (Wensing, et al., 2002). Percecionada como uma resposta global na qual os utentes refletem os seus níveis de prazer, reflete uma reação emotiva (Vinagre & Neves, 2008). Outros consideram que compreende aspetos cognitivos e emocionais e relaciona experiências anteriores, expectativas e redes sociais. A satisfação é um conceito que depende da função valor, o qual pode ser definido como o quociente entre qualidade percebida e o preço, ou pela relação entre os benefícios recebidos pelo utente comparativamente aos custos ou sacrifícios despendidos para a sua obtenção (Anderson, Fornell, & Lehmann, 1992). Baseia-se não só

na experiência atual, mas também em experiências passadas e futuras, antecipadas pelo julgamento do utente em virtude das suas experiências acumuladas, além da projeção das suas expectativas (Fornell, 1995). É um atributo importante para a investigação, administração e para o planeamento nas instituições de saúde (Donabedian, 1988).

O conceito de satisfação assenta numa perspetiva multidimensional, caracterizada por inúmeras variáveis de estrutura, processo e resultados. Envolve um conjunto de várias dimensões e condicionantes próprias. Para entender esta dinâmica, as principais dimensões da satisfação dos utentes devem ser interpretadas separadamente. Deste modo, separá-las, conforme os objetivos pode ser a única forma de compreender as fontes de satisfação e insatisfação dos utentes (Pego, 1998).

Muitas são as classificações e divisões das dimensões da satisfação dos utentes. A mais nomeada na literatura é a divisão referenciada por (Ware, 1983; Nelson, 1989; Goldfield, 1994). De acordo com estes investigadores, a satisfação assenta em seis dimensões distintas: (1) acessibilidade/conveniência; (2) disponibilidade; (3) continuidade dos cuidados; (4) aspetos financeiros; (5) aspetos interpessoais; (6) aspetos técnicos.

Segundo os mesmos investigadores, todos estes aspetos são importantes para avaliar o grau de satisfação dos utentes num serviço de saúde. Contudo, cada instituição pode dar preferência apenas a alguns deles, ou mesmo apenas a um, de acordo com os objetivos ou necessidades de informação.

A satisfação dos utentes é hoje um imperativo que se impõem, a informação está cada vez mais acessível a todos, a todos os níveis e em todas as áreas. O nível educacional da população aumentou e o relacionamento passivo do utente relativamente aos profissionais de saúde, está a mudar necessariamente para uma forma cada vez mais participativa, aos mais variados níveis de exigência dos serviços de saúde, com vista a atingir a excelência dos serviços de saúde. A satisfação dos utentes, em relação ao cumprimento das suas expectativas, constitui nas Instituições de saúde um dos parâmetros a considerar na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Ao avaliarmos essa satisfação estamos a determinar o resultado dos cuidados prestados na perspetiva dos utentes (Qualidade para o utente), o qual pode contribuir conjuntamente com a avaliação da satisfação dos profissionais para uma melhor definição das estratégias de saúde (Qualidade para os Profissionais) tendo em conta o contexto económico ou seja o melhor uso dos recursos disponíveis (Qualidade de Gestão), (Cleary & Levitan, 1997; Starfield & Nanda, 1998).

O custo crescente dos serviços de saúde e a necessidade de melhor utilização dos recursos disponíveis é uma preocupação para os profissionais de saúde. Surge assim uma necessidade de medir a eficiência dos cuidados de saúde para determinar se a utilização adequada dos recursos disponíveis se está a fazer. A satisfação é um dos indicadores importantes da eficiência dos cuidados de saúde (Iloh, et al., 2012). Embora se possa referir a falta de consenso, a forma mais comum de conceber o conceito de satisfação é em termos de expectativas e da perceção que os utentes têm dos serviços recebidos. O que se mede muitas vezes não é a satisfação propriamente dita, mas a

percepção dos serviços e a expectativa prévia dos utentes (Parasumaran, Zeithaml, & Berry, 1988; Andrade, Farias, Medicini, & Nascimento, 2003).

1.4. Avaliação da Satisfação do Utente

“Pensar globalmente, agir localmente”

John Naisbitt

O processo de avaliação da satisfação deve ser entendido, não como um episódio, mas como um dos instrumentos de gestão, indispensável para medir a evolução da instituição, voltado para atingir a qualidade, excelência, utilidade e relevância social. A avaliação é um processo intencional, técnico e político, isento de neutralidade, auxiliado por diversas áreas do conhecimento e que pode ser aplicado a qualquer atividade profissional, a uma organização, a uma rede de serviços e a um programa. Existe a questão metodológica sobre a natureza dos métodos, qualitativos ou quantitativos. Os métodos quantitativos são os mais utilizados, especialmente questionários ou inquéritos populacionais. Compreendem a administração de questionários com questões fechadas e associam as questões a uma escala de valores, para medir as respostas e quantificar a satisfação (Aspinal, Addington - Hal, Hughes, & Higginson, 2003).

Os métodos quantitativos são valorizados porque permitem conseguir uma amostra mais representativa da população, dificilmente obtida por outras metodologias. São técnicas consideradas de fácil utilização, além de serem mais baratas, rápidas, administradas anonimamente e ainda poderem dispensar a presença do investigador. Geralmente utilizam escalas e questionários compostos por itens que avaliam uma ou mais questões (Leichner & Perrealut, 1990). Em alternativa os métodos qualitativos, que incluem abordagens compreensíveis ou dialéticas, permitem que os utentes falem sobre as questões a partir de um conjunto mais alargado de questões (Edwards & Staniszewska, 2000). Embora também tenha limitações, uma vez que a pesquisa qualitativa promove a aproximação entre sujeito e objeto, de natureza comum, torna-se necessário distinguir a compreensão que se tem do outro e da realidade, da compreensão introspectiva de si mesmo (Minayo, Deslandes, Cruz, & Gomes, 2001).

Existem diferentes métodos e instrumentos que apresentam vantagens e desvantagens, não existem estratégias únicas para avaliação da satisfação, tornando-se necessário cada investigador refletir

sobre a abordagem metodológica que pretende para medir a satisfação. A pesquisa da satisfação deu destaque ao lugar do utente nos serviços e sistemas de saúde, o utente adquiriu um lugar- social, político e simbólico, proeminente, na avaliação dos serviços e sistemas de saúde.

Os resultados na saúde têm sido medidos pelo sucesso técnico e terapêutico, hoje é cada vez maior a importância dada à avaliação e satisfação da comunicação do utente com profissionais de saúde (Ledford, Ledford, & Childress, 2012).

1.5. Conceitos da Comunicação

“Para se compreender a si próprio, o homem precisa de ser compreendido pelo seu semelhante. Para ser compreendido pelo seu semelhante, precisa de o compreender”

Thomas Hora

A preocupação com a comunicação é provavelmente tão antiga como o próprio homem. Etimologicamente, comunicação provém do latim communis, comum, que significa, tornar comum, partilhar, trocar opiniões, conferenciar. (Dicionário da Porto Editora latim - português 2010).

A comunicação assume-se hoje como um constituinte do conhecimento de diversas áreas do saber. Dependendo de cada área, pode espelhar uma experiência diferente, seja ela das tecnologias da informação, dos estudos linguísticos e semióticos, dos estudos mediáticos e sociais, da psicossociologia ou da reflexão filosófica. Na saúde é estratégia básica para a humanização da assistência, que consiste em perceber cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas, desenvolvendo o diálogo entre profissionais de saúde e utentes. É um sistema dinâmico, interativo e irreversível o qual viabiliza a permanente interação, coexistência e atuação do indivíduo com o outro. É um processo de criação e de recriação de informação, troca, de partilha e coloca em comum, sentimentos e emoções entre as pessoas (Phaneuf, 2005).

O processo de comunicação consiste em formas verbais e não-verbais que um remetente usa para partilhar informações. A comunicação verbal é a forma das trocas quando intervém a palavra. É uma combinação de palavras que dá sentido ao que se quer exprimir, uma ferramenta de relação, pelas palavras exprimem-se as informações, opiniões, sentimentos e as emoções que permitem aos

humanos entrar em contacto, criar relações e desenvolver relações expressivas e profundas (Phaneuf, 2005).

A comunicação verbal refere-se à comunicação falada e escrita. São usados sons e palavras para esta forma de comunicação, quando as palavras são usadas a comunicação depende de uma linguagem comum (Jackobson, 2001).

A comunicação verbal tem seis elementos fundamentais para que ocorra o ato da comunicação: remetente, destinatário, mensagem, contexto, contacto e código. O remetente envia uma mensagem ao destinatário. O destinatário recebe a mensagem. Para que a mensagem seja eficaz, requer um contexto de referência, precisa ser compreensível para o destinatário e verbal ou suscetível de verbalização; apresentar um código total ou parcialmente realizado em comum por remetente e destinatário (o codificador e decodificador da mensagem) e finalmente um contacto, isto é, um canal físico e uma conexão entre o remetente e o destinatário (Jackobson, 2001). Outras funções podem ser observadas no processo da comunicação, evidenciando-se as funções referenciais, emotiva e conativa. A função referencial está relacionada com alguém ou algo sobre o que se está a falar. Também pode ser chamada como o contexto da mensagem, sendo responsável pela troca de informações. A emotiva ou função expressiva, centrada no remetente, visa uma expressão direta da atitude do remetente em relação ao assunto. Ela tende a ativar a impressão de uma emoção verdadeira ou simulada. As condutoras da função conativa do destinatário tem como objetivo convencer o recetor de alguma coisa por meio de ordem ou sugestão, são onde se encontram as mais puras expressões gramaticais no imperativo e vocativo (Jackobson, 2001).

A comunicação não-verbal é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é em si mesma, de maneira intencional, portadora de sentido. São representações de mensagens transmitidas por processos, outros que não linguísticos, o que inclui os gestos, as mímicas, o volume e a modulação da voz, o débito do discurso e igualmente diversos sons e reações emotivas (Phaneuf, 2005)

A investigação sobre comunicação poderá dividir-se em três grandes áreas: sintática, semântica e pragmática, que permitem estudar, a semiótica. A sintática explora os problemas que resultam da transmissão de informação. O seu interesse é nos códigos, regras de pontuação, ruídos enquanto fatores perturbadores da comunicação, as redundâncias, os canais de comunicação, a capacidade de transmitir com as pessoas, entre outros. A semântica pressupõe um acordo com os significados que damos às palavras e se não existir clarificação questiona-se, do que se quer transmitir. A pragmática analisa como a comunicação afeta a conduta e todo o comportamento humano. A semiótica estuda o mundo das representações e da linguagem (Eco, 1972).

A transmissão de uma mensagem é a primeira componente da comunicação, essencial por nela se resumir da forma mais simples a relação estabelecida entre um emissor e um recetor, por meio de um canal de comunicação, utilizando um código. O esquema está consagrado desde o modelo matemático de Shannon e Weaver, difundido em 1949 no âmbito da engenharia das telecomunicações e reaproveitado por Roman Jakobson para as funções da linguagem (Santos, 2011).

Este é um modelo tipo processual, isto é, encara a comunicação como um processo, medindo a eficácia relativa do seu funcionamento global através da codificação e da decodificação de mensagens (Fiske, 1990). Destas características resultam consequências evidentes para a análise da comunicação. A mensagem é vista como um modelo monolítico, que passa de um emissor para um recetor, a intencionalidade, decisiva no estabelecimento do que é uma comunicação, a comunicação implica um ato voluntário e consciente por parte da fonte emissora e ainda fatores relevantes como a quantidade de informação recebida e qual a rendibilidade dos meios postos em prática. Todos estes fatores são bem delimitados, unitários, mensuráveis em termos matemáticos. Isso explica ainda que tenha sido criada para o modelo Shannon e Weaver a noção de “bit” (palavra formada de “binário”+ “dígito”). Explica também o princípio da proporcionalidade inversa entre informação e redundância: quanto mais repetida for uma informação, menos novidade contém e portanto mais redundante e menos pertinente será para o recetor (Santos, 2011).

O outro modelo ou processo semiótico implica além da participação de ambos os interlocutores, o contexto em que essa construção é levada a cabo, bem como os meios utilizados nessa construção. Não existem atos comunicativos isolados, mas um *continuum*, de comunicação interativa, que permite um conhecimento gradual do outro, construindo a relação social. Este processo funciona como matriz das relações interpessoais. Os modelos semióticos integram indivíduos e mensagens, num dado contexto e apuram como interagem uns com os outros e como se constroem mutuamente. Por tudo isto os modelos semióticos exprimem-se por uma forte componente cultural, que englobam na sua análise um grande número de fatores contextuais dificilmente sistematizáveis. Ainda no âmbito da semiótica, os símbolos também pertencem ao âmbito da comunicação, uma vez que, além de transmitirem informação, podem ser voluntariamente usados e são de certeza conscientemente interpretados, ainda que nem sempre da mesma maneira, no seio de um dado grupo (Esteves, 2011).

1.6. Comunicação Humana (Interpessoal)

“Comunicação não é o que diz, é o que os outros entendem”

David Ogilvy

A comunicação humana é um processo de construção, interpretação e partilha do mundo (sentidos, sentimentos, experiências, conhecimentos, etc.) processo esse que, no âmbito das sociedades humanas, garante a cooperação, ou êxito, nas iniciativas dos seus membros (Beebe, Beebe, Ivy, & Watson, 2005) e integra todos os elementos (signos, ícones ou símbolos) cujo sentido for produzido e interpretado num dado contexto cultural. (Adler & Rodman, 2006).

O recurso à linguagem verbal separa a comunicação humana de todas as outras formas possíveis de comunicação. Embora a comunicação entre seres humanos possa tomar diferentes formas, complementares, estas formas correspondem às partes funcionais do ser humano na sua dimensão relacional, terminam nas sensações, na emoção e na cognição. As sensações e as emoções são transmitidas por sinais corporais que apoiam, completam ou contradizem as palavras, trata-se da linguagem não-verbal. A cognição dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras, referindo-se à comunicação verbal. Estas duas formas de expressão apresentam características e limites que lhe são próprios (Hartley, 1999).

A comunicação interpessoal é especial, pertence à chamada *díade*: envolve dois participantes, que num modelo transaccional, seria representada por um emissor e um recetor que simétrica e continuamente trocassem de papéis, mas a comunicação só é interpessoal quando os dois interlocutores se tratam mutuamente como indivíduos únicos (Beebe, Beebe, Ivy, & Watson, 2005). A comunicação interpessoal é a forma privilegiada de que cada um de nós se serve para estabelecer identidades e relações. Para além de serem mais numerosas ao longo da nossa existência, as primeiras em que nos envolvemos, atribuímos-lhe um papel fundamental no desenvolvimento das nossas personalidades, na gestão das nossas relações com os outros e, inclusive no nosso próprio bem-estar. Esta *díade* não se circunscreve às relações de intimidade pessoal, também ocorre no âmbito profissional (Santos, 2011).

1.7. Comunicação em Saúde

“A comunicação efetiva é uma droga que pode ser prescrita!”

MacDonald, 2004

“... good communication is important not only because it relates to specific outcomes of care, but because it is the core of what makes medicine a human endeavour.”

Stein, Frankel e Krupat, 2005

Hipócrates (Cós, 460^a.c.- Tessália, 370^a.c.) considerado, uma das figuras mais importantes da história da saúde, frequentemente considerado “o pai da medicina”, apesar de ter desenvolvido esta ciência muito depois de Imhotep, do Egito antigo, tomou consciência que a comunicação era importante no efeito terapêutico no utente e escreveu sobre isso: *“Alguns doentes, embora conscientes de que o seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu contentamento para com a humanidade do médico.”* (Heinemann, 1923).

Existem numerosas definições para comunicação em saúde, pode ser definida como “uma área de pesquisa, teórica e prática, com o objetivo de entender e influenciar a interdependência da comunicação (interação simbólica nas formas das mensagens e significados) e de saúde relacionados com crenças, comportamentos e resultados” (Cline, 2003). Ou “A arte ou a técnica de informar, influenciar e motivar indivíduos, instituições, públicos e audiências sobre importantes questões da saúde, o objetivo, inclui a prevenção de doenças, promoção da saúde, política de saúde, gestão dos cuidados de saúde, bem como o aumento da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade” (Fishhoff & Noel, 2010). Ou ainda, “A comunicação em saúde é e tem uma abordagem multifacetada e multidisciplinar relacionada com a informação, pretende atingir diferentes públicos na saúde, tem como objetivo influenciar, envolver e apoiar indivíduos, profissionais de saúde, comunidades, decisores políticos e o público, de forma a introduzir, adotar, ou manter um comportamento, uma prática ou política que em última instância melhore os resultados em saúde” (Schiavo, 2012).

Pode contribuir para todos os aspetos de prevenção de doenças e promoção da saúde, e é relevante em inúmeros contextos, incluindo: relações de profissionais de saúde e utentes; exposição individual para procurar e usar informações na saúde; adesão individual às recomendações clínicas e regimes; a construção de mensagens de saúde pública e campanhas; a disseminação de informações sobre

riscos da saúde dos indivíduos e da população, ou seja, comunicação de riscos; imagens de saúde em informação de massa; a educação de consumidores sobre como ganhar acesso à saúde pública e sistemas de saúde; e o desenvolvimento de aplicações em telemedicina (Pessoni, 2007). É relacional, permite às pessoas trocarem ideias, valores, sentimentos, caracterizando-se num processo contínuo da interpretação da realidade, ou seja, é um processo histórico de interpretação da realidade, social e culturalmente construído, de modo que o passado, presente e futuro se inter-relacionem e produzam os modos de pensar e viver das sociedades (Bordenave, 2003). Hoje o objetivo da comunicação em saúde inclui a prevenção da doença, a promoção da saúde, políticas de saúde, cuidados de saúde, bem como a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade (Healthy, 2010). Esta temática, enquanto força motriz na dinâmica de disseminação de uma ideia eficaz, impõe uma profunda compreensão e conhecimento de fatores multidimensionais, nomeadamente sobre as necessidades, sobre as perceções, sobre as preferências, sobre os grupos de referência e os padrões de comportamento da população alvo (Moreira, 2004).

Apesar do desenvolvimento tecnológico ter permitido avanços significativos na realização de diagnósticos precisos e rápidos a entrevista e o contacto pessoal continuam a ser instrumentos de eleição através dos quais, os profissionais de saúde conseguem aceder aos problemas do utente. Os utentes são, efetivamente, os especialistas dos seus próprios sintomas, cabendo aos profissionais de saúde, ouvir as suas histórias e compreender a sua perspetiva acerca dos seus problemas de saúde (Moniz & Barros, 2005).

A comunicação é estratégia básica para a humanização da assistência, que consiste em perceber cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas, otimizando o exercício da sua autonomia, facilitando a interação pelo diálogo aberto entre quem presta o serviço e quem o recebe. A expressão humanização figura com frequência na área da saúde. O conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos – expressos individual e socialmente. O núcleo do conceito de humanização é a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre utentes e profissionais de saúde (Silva, 2002). O desafio da comunicação em saúde consiste em conseguir equilibrar as pressões da gestão hospitalar, cosmologia das profissões da saúde e novas cosmologias de consumo na relação direta com os comportamentos dos cidadãos, quando esta relação fica desequilibrada, estamos perante o fenómeno da desumanização (Moreira, 2009).

Resultados em saúde são os efeitos dos serviços de saúde nos utentes, assim como, a avaliação com os cuidados de saúde (Bowling, 2001). Variados resultados em saúde, têm sido demonstrados com a efetiva comunicação com profissionais de saúde: **adesão e sucesso no tratamento** (Sackett & Haynes, 1976; Garrity, 1981; Barlett, Gravson, & Barker, 1984; Squir, 1990; Ong, De Haes, & Lammes, 1995; Pereira, 2005), **compreensão e recordação dos conselhos médicos** (Smith, Polis, & Hadae, 1981; Roter, Hall, & Katz, 1987; Ong, De Haes, & Lammes, 1995;), **satisfação do utente**

(Carter, TS, Kulkull, & Haight, 1982; Inui, Carter, Kulkull, & Haigh, 1982; Hall & Dornan, 1988; Kaplan, Greenfield, & Ware, 1989; Beckman, Kaplan, & Frankel, 1989; Henbest & Stewart, 1990, Bensing, 1991; Matthews, Suchman, & Branch, 1993 Stewart, 1995), **maior confiança no profissional** (McLoughlin, 2002), **redução do nível de ansiedade do paciente durante a consulta** (Beckman, Kaplan, & Frankel, 1989), **aumento probabilidade de diagnóstico preciso** (Boon & Stewart, 1998) **deteção precoce de problemas de saúde, redução do tempo de internamento e custos associados** (Silverman, Kurtz, & Draper, 2005). É uma era de paradoxos, na qual pode-se, ao mesmo tempo, verificar os benefícios inegáveis nas áreas da saúde e comunicação e, em contraposição, os problemas causados nas mesmas áreas têm igual ou maior impacto. As atuais mudanças na sociedade exigem importantes alterações na forma como é encarado o papel dos profissionais de saúde, a autoridade dos profissionais de saúde, a quem cabia o papel de tomar todas as decisões, está gradualmente a ser substituída por um modelo de partilha da tomada de decisão entre o profissional de saúde e o utente (Bensing, Verhaak, van Dulmen, & Visser, 2000). Contribuem para esta mudança um conjunto de fatores, como o crescente interesse por questões éticas (Mullins, Sampanes, Kirkland, & Stewart, 2007), a centralização na vida da pessoas e não no seu corpo, ênfase na autonomia do utente (Bensing, Verhaak, van Dulmen, & Visser, 2000), a modificação dos padrões de doença, nomeadamente o predomínio de doenças crónicas (Schofield, 2004), maior acesso à informação por parte dos utentes (Neuhaus & Kreps, 2010). Existem evidências que os profissionais de saúde não comunicam eficazmente (Burnard, 2005). Apesar dos incríveis avanços na medicina, no último século, o utente manifesta grande descontentamento com muitas das interações com os profissionais de saúde. Uma parte importante da insatisfação dos utentes com a qualidade dos serviços de saúde diz diretamente respeito ao desempenho comunicacional dos profissionais de saúde (Berry, 2007) .

Efetivamente o número de utentes que se mostra insatisfeito com a relação profissional de saúde-doente tem vindo a aumentar (Silverman, Kurtz, & Draper, 2005), as falhas na comunicação têm consequências negativas de várias ordens: aumento das reações emocionais excessivas, diminuição da qualidade de vida, dificuldade na gestão dos sintomas, não adesão, desconfiança nas recomendações dos profissionais de saúde e até má prática clínica, (Jangland, Larsson, Carlsson, & Gunningberg, 2011). Em termos mais alargados, alguns autores destacam ainda os custos económicos para os utentes e para o sistema de saúde, da comunicação ineficaz dos profissionais de saúde e o quanto isso constitui motivo de preocupação (Silverman, Kurtz, & Draper, 2005). A literatura permite determinar problemas específicos para diversas fases do encontro utente-profissional de saúde, nomeadamente na recolha e fornecimento de informação (Bensing, Verhaak, van Dulmen, & Visser, 2000).

Resumindo, os processos comunicacionais e a comunicação em saúde podem influenciar os resultados em termos de resultados em saúde, no que se refere ao bem-estar psicológico e físico,

satisfação e qualidade de vida dos utentes. Uma comunicação clara e eficaz é essencial para o sucesso da saúde pública em todos os níveis e modelos, quer seja o modelo ecológico, interpessoal, grupo, intrapessoal, organizacional ou social.

1.8. Dimensões da Comunicação Interpessoal em Saúde

“Listen to the patient, he is telling you the diagnosis”

Osler, 1904

As aptidões dos profissionais de saúde com a comunicação são reconhecidas pelo utente como indicadores valiosos de satisfação e qualidade no atendimento. Efetivamente os profissionais de saúde parecem por vezes desvalorizar a importância dos primeiros minutos do encontro, porém estes revelaram-se de extrema importância (Silverman, Kurtz, & Draper, 2005). Negligenciar aspetos básicos da comunicação como sejam: apresentarem-se e explicarem as suas funções ou tratarem o utente pelo seu nome, assim como a demonstração de impaciência, falta de tempo, ausência de simpatia ou falta sensibilidade perante a situação do utente são exemplos de atitudes de centralização do profissional de saúde em si próprio (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Para além de por vezes utilizarem um discurso pouco claro ou insuficiente, os profissionais de saúde não encorajam os utentes a levantar questões, pedidos de clarificação perante informações imprecisas que o utente fornece (Kurtovich, et al., 2010).

A maioria dos estudos, encontrados na literatura centra-se na avaliação da comunicação médico-utente, ou enfermeiro-utente, dando pouca atenção a outros profissionais. Os utentes que frequentam uma instituição de saúde podem encontrar uma série de outros profissionais que não médicos que influenciam a qualidade da sua experiência. (Hall & Dornan, 1988).

A comunicação centrada no paciente (PCC-paciente centered communication) tem sido definida como a matriz de comunicação e comportamentos que podem melhorar a qualidade da saúde e relação fornecedor de serviços, paciente (Stewart, 2001 ; Beach & Inui, 2006).

Além disso, dada a incapacidade dos utentes para avaliar os procedimentos médicos e paramédicos, avaliam as suas experiências com base nas aptidões de comunicação do profissional de saúde (Rice, 1996). Da pesquisa na literatura, relativa à satisfação dos utentes com a comunicação dos profissionais de saúde e comportamentos de comunicação relacionados com a satisfação do utente,

percebemos que a comunicação pode ser sistematizada, identificada e categorizada (Ong, De Haes, & Lammes, 1995).

Assim identificamos comportamentos instrumentais por um lado e comportamentos socio-emocionais por outro. O primeiro tipo corresponde ao domínio cognitivo e inclui comportamentos como dar informações e colocar questões, o segundo tipo corresponde ao domínio emocional e inclui comportamentos como mostrar empatia ou fazer observações pessoais (Bensing, Verhaak, van Dulmen, & Visser, 2000; Roter, Richard, Frankel, Hall, & Sluyter, 2006).

Encontramos na literatura artigos que avaliavam a comunicação na saúde em dimensões ou comportamentos comunicacionais que incluíam: **comunicação verbal** (Rosenthal & Rubi, 1978), **forma clara e directa de comunicar** (Kreps & Thornton, 1992), **empatia e simpatia** (Stewart, 2001), **a expressividade de filiação não-verbal** (Griffith III, Wilson, & Langer S., 2003), **escuta** (Griffith III, Wilson, & Langer S., 2003; Fredriksson, 1999) e **outras aptidões básicas como cortesia** (Comstock, Hooper, Goodwin, & Goodwin, 1982), **informação, material de apoio** (Streiff, 1986; Davis, Crouch, Wills, Miller, & Abdehou, 1990; Plimpton, 1994) **gestão de tempo** (Gasquet, Villeminot, Estaquio, Durieux, & Ravaud, 2004), **primeira impressão** (Roter, Richard, Frankel, Hall, & Sluyter, 2006), **conforto** (Simpson, et al., 1991; Smith, Riuz, & Gallo, 2004; Michel, et al Europep questionnaire, 2006; Busato, 2010).

A "dimensão" neste contexto comunicacional remete o seu conceito, para um conjunto de objetos e ou práticas, vistos como autênticos meios comunicacionais, na medida em que nos servimos deles entre outros objetos ou práticas sociais para colocarmos em movimento as nossas transmissões (Teixeira, 1997) ou um conjunto de aspetos de comportamento na comunicação, relacionados entre si que têm um significado conceitual, teórico e empírico (Petukhova & Bunt, 2007).

Diversas dimensões têm sido sugeridas em estudos da satisfação do utente com a comunicação ou avaliação da comunicação como foi dito anteriormente, mas perante a inexistência de consenso na literatura sobre quais as dimensões que fazem parte da avaliação da comunicação, e, ainda, a falta de uniformização nos estudos já realizados, expressa nas diversas abordagens metodológicas descritas na literatura, propomo-nos desenvolver um instrumento de medida da satisfação do utente com a comunicação, confirmando os principais indicadores de satisfação que o utente reconhece quando forma a sua opinião sobre a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde.

Capítulo II

Metodología

“Everything should be made as simple as possible, but not simpler”

Albert Einstein

Investigação recente no âmbito da comunicação do utente com profissionais de saúde tem salientado a necessidade de desenvolver novos instrumentos com boas propriedades psicométricas para medir a experiência do utente na comunicação com os profissionais de saúde (Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008).

Na literatura que consultamos, não encontramos método padronizado para medir a experiência do utente na comunicação com os profissionais de saúde.

Propusemos como objetivo, construir e validar um instrumento para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, identificando dimensões e itens e ainda contribuir metodologicamente e teoricamente para a compreensão da comunicação na saúde (profissional de saúde - utente).

Organizamos a investigação em termos metodológicos em três ciclos:

- **Primeiro: Revisão da literatura** - Identificação de dimensões e itens
- **Segundo: Método de Delphi** - Construção do instrumento e validação de conteúdo
- **Terceiro: Validação do construto** - Análise Fatorial e Fiabilidade do Instrumento construído

Tabela 1: Resumo dos três ciclos de investigação da construção e validação do instrumento para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde.

Revisão da literatura <u>(Construção de Instrumento)</u>	Construção do Instrumento e Validação do conteúdo <u>(Painel de peritos)</u>	Validação e Fiabilidade do Instrumento <u>(Aplicação do Instrumento)</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Definição das dimensões da comunicação para o instrumento a construir 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização de questionário semi-estruturado 	<ul style="list-style-type: none"> • Estatística descritiva <ul style="list-style-type: none"> – Análise frequências – Medidas de tendência central – Medidas de dispersão
<ul style="list-style-type: none"> • Escolha Dimensões : <ul style="list-style-type: none"> – Comunicação verbal – Comunicação não verbal – Empatia – Respeito – Resolução de problemas – Material de apoio 	<ul style="list-style-type: none"> • Método de Delphi modificado - realizado em 3 rondas com painel de 25 peritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise fatorial para averiguar se as dimensões correspondem às dimensões teóricas propostas <ul style="list-style-type: none"> – Variância explicada
<ul style="list-style-type: none"> • Geração de itens para cada dimensão (101 itens) 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário final: <ul style="list-style-type: none"> – 6 dimensões – 25 itens distribuidos pelas 6 dimensões, – As 6 dimensões avaliadas global e individualmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilidade - Consistência interna do instrumento: <ul style="list-style-type: none"> – Correlação item-total de cada item – Coeficiente alfa de Cronbach

2.1. Primeiro Ciclo de Investigação - Revisão Literatura - Construção de Instrumento

A estratégia utilizada na revisão da literatura para a construção de instrumento para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde foi: A definição das palavras-chave e termos de pesquisa a utilizar. Nesta pesquisa utilizamos duas fontes de informação.

Identificamos e sistematizamos dimensões e itens da comunicação interpessoal na saúde, relativamente à satisfação e ou avaliação dos utentes com a comunicação de profissionais de saúde.

A revisão foi feita entre novembro de 2010 a maio 2011, embora atualizada até à finalização da dissertação, utilizando as bases de dados / motores de busca PubMed e B-On (trata-se de um serviço de pesquisa que possibilita acesso a um conjunto de recursos; EBSCO, PubMed, SpringerLink, Elsevier, entre outros). Procuramos uma combinação variada de palavras-chave relativamente à satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde para otimizar a estratégia de pesquisa. As palavras-chave utilizadas foram para artigos em língua inglesa, publicados entre 1980 e 2011: *Health communication and assessment instruments; Dimensions of communication; Patients and health professionals and communication and assessment tools communication; Tools and assesment and health communication; Doctor-patient and communication; nurse and health communication.*

Os itens foram analisados e escolhidos segundo os critérios propostos por Pasquali (Pasquali, 1998) dos quais citamos:

1. Critério comportamental: O item deve expressar um comportamento, não uma abstração.
2. Critério de desejabilidade: o inquirido pode concordar ou discordar sobre se tal comportamento lhe convém ou não.
3. Critério de simplicidade: o item deve expressar uma única ideia.
4. Critério de clareza: o item deve ser inteligível para todos os indivíduos da população alvo.
5. Critério de relevância: o item não deve insinuar atributo diferente do definido.
6. Critério de precisão: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos outros itens.
7. Critério de variedade: o uso dos mesmos termos em todos os itens deve ser evitado, pois provoca monotonia, cansaço e aborrecimento.
8. Critério de modalidade: formular frases com expressão de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas.
9. Critério de tipicidade: o item deve ser formulado com expressões condizentes com o atributo.

Por fim, o conjunto todo de itens deve obedecer aos critérios:

10. Amplitude: o conjunto dos itens deve cobrir toda extensão de magnitude do contínuo desse atributo.
11. Equilíbrio: os itens devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos do contínuo, devendo haver, portanto, grande parte dos itens de dificuldade mediana e itens fáceis ou difíceis em menor número. A razão deste critério encontra-se no fato de que a maioria das pessoas situa-se na faixa mediana de comportamento.

As dimensões e itens sintetizados neste ciclo foram a base do instrumento no segundo ciclo de investigação, método de Delphi.

2.2. Segundo Ciclo de Investigação – Método de Delphi - Construção do instrumento e Validação do conteúdo

O objetivo do segundo ciclo de investigação foi construir e validar o conteúdo do instrumento que desenvolvemos. O método Delphi foi a abordagem central utilizada neste ciclo de investigação. Delphi- este nome tem origens no oráculo de Delfos, nos relatórios de Woudenberg (1991, p.132), constava que o nome foi usado intencionalmente por Kaplan, professor associado de filosofia na Universidade da Califórnia, Los Angeles, UCLA, quando trabalhava para o projeto RAND. Este método foi desenvolvido no início do ano de 1950, pelos cientistas do projeto Rand Corporation, como uma ferramenta para a definição de prioridades militares. Desde então tem sido utilizado para resolver uma variedade de problemas, tais como ajudar grupos a desenvolver prioridades educacionais, indicadores de desempenho, diretrizes de tratamento (Fink A, 1984; Meyrick, 2002, de VilliersMR, 2005; Hsu, 2007), previsão tecnológica e avaliação de problemas sociais complexos (Landeta, 2006), tem sido particularmente útil em programas relacionados com questões de saúde pública (Cornish, 1977; Ziglio, 1996; de VilliersMR, 2005).

Conceptualmente, o método de Delphi é um questionário interativo, que circula repetidas vezes (rondas), por um grupo de peritos, preservando o anonimato das respostas individuais. É baseado num processo estruturado de recolha e consequente produção de conhecimento de um grupo de peritos por meio de uma série de questionários, intercalados com comentários de opinião controlados (Adler & Ziglio 1996).

Baseia-se na premissa de que a inteligência combinada aumenta a apreciação individual e capta a opinião coletiva dos peritos (Meyrick, 2002; de VilliersMR, 2005; Hsu, 2007). É valorizado pela sua capacidade de estruturar e organizar a comunicação em grupo, manter o anonimato dos peritos (Powell, 2003) e evitar influências interpessoais (Meyrick, 2002). O processo permite a participação ao longo do tempo de peritos que se encontram em locais geograficamente diferentes, resultando maior rentabilidade em custos e tempo comparativamente com reuniões face a face (Hasson, Keeney, & McKenna, 2000; Hsu, 2007). O processo envolve tipicamente, múltiplas interações de conteúdo da pesquisa entre os participantes que completam duas ou mais rondas, num relativo curto espaço de tempo (Hasson, Keeney, & McKenna, 2000). É conhecido por concluir com uma substancial sensação de finalização e realização dos participantes (Delbecq, Van de Ven, & Gustafson, 1975).

A chave para um estudo de Delphi de sucesso está na seleção dos peritos, uma vez que os resultados do Delphi dependem do conhecimento e colaboração dos mesmos. Os resultados do grupo são transmitidos de forma estatística e utilizam-se medidas simples, como a média, a variância e o desvio padrão e os resultados finais compreendem a média das opiniões de todos os participantes. Este facto obriga a que o painel de peritos apresente uma composição heterogénea composta por

especialistas qualificados e com conhecimentos profundos no tema em estudo, garantindo assim a validade dos resultados obtidos. Teoricamente este processo pode ser continuamente feito, até que o consenso pré-determinado (antes de começar o processo) seja alcançado. No entanto, três rondas são suficientes para reunir as informações necessárias e chegar a consenso na maioria dos casos (Cyphert, 1971; Brooks, 1979; Ludwig, 1994; Custer, 1999). Quando o Delphi inclui perguntas estruturadas, apresentadas após revisão sistemática da literatura, chama-se Delphi modificado (Altschuld, 2003).

Neste trabalho conduzimos um processo de Delphi modificado em três rondas, utilizando a plataforma de questionários Survey Monkey. O processo desenvolveu -se de maio 2011 a setembro 2011. Identificamos e convidamos 25 peritos nacionais. O convite que enviamos continha informações sobre em que consistia o método de Delphi, passos do processo, objetivos do projeto e ainda informação da obrigatoriedade de resposta à avaliação das rondas, caso aceitassem o convite. Os peritos foram escolhidos usando cinco critérios de seleção: cargos de autoridade ou influência das Instituições da Saúde, evidência de experiência na área da comunicação com pelo menos 10 anos de experiência profissional, representantes dos grupos profissionais de saúde, elementos do departamento da qualidade das Instituições de Saúde e docentes ou investigadores na área da comunicação em Saúde. A tabela 2 ilustra os cinco critérios de escolha do painel de peritos.

Tabela 2: Os 5 critérios de escolha e distribuição do painel de peritos

Painel de Peritos
Cargos de autoridade ou influência nas Instituições de saúde
Evidência de experiência na área da comunicação
Representantes dos grupos profissionais de saúde
Elementos do Departamento qualidade das Instituições de saúde
Docentes ou investigadores da Comunicação ou comunicação em saúde

Desenvolvemos um questionário *on-line*, na plataforma informática de questionários- Survey Monkey, os peritos foram convidados a modificar, acrescentar dimensões da comunicação e modificar, acrescentar e avaliar a importância de cada item, através de uma escala de avaliação de quatro pontos de Likert¹ a qual variava de discordo totalmente até concordo totalmente, utilizamos o sistema da plataforma informática de recolha de dados e análise de resultados. Este questionário foi revisto

¹ Este tipo de escala foi desenvolvido por Rensis Likert em 1932.

em termos linguísticos por dois professores de português, foram feitos alguns ajustes para tornar as afirmações incluídas no questionário mais claras e relevantes para este caso. A comunicação com os peritos foi efetuada exclusivamente através de mensagens individuais de correio eletrónico (*emails*), em detrimento de mensagens para o grupo.

A literatura sobre o método Delphi sugere que os investigadores estabeleçam regras de decisão a respeito da informação, classificação e definição de consenso antes de se iniciarem as rondas (Fink, 1984; Powell, 2003), é comum também definir consenso baseado num nível de percentagem específica (Powell, 2003). Estabelecemos que existia consenso mínimo de retenção quando mais de 70% dos peritos respondia da mesma forma a cada item, os itens concordo/concordo totalmente ou discordo/discordo totalmente eram consenso de retenção, para incluir ou excluir respetivamente. Ao final das três rondas as dimensões e itens, nas quais os especialistas, não obtiveram consenso não foram incluídas no instrumento final (Fink, 1984; Sumsion, 1998). Cada ronda teve um período médio de receção de respostas de duas semanas, período considerado razoável, tendo em conta o número de especialistas envolvidos, a complexidade do tema e o tempo disponível para a realização deste estudo. Para garantir que o correio eletrónico não fosse esquecido foi definido e enviado a todos os peritos, mensagem lembrete por correio eletrónico no início da segunda semana, para que os peritos que ainda não tivessem respondido, o fizessem.

Ronda 1: Na primeira ronda, para uma maior eficiência, o processo de Delphi começou com um questionário estruturado (método de Delphi modificado) que se baseou na revisão da literatura. Pedimos aos peritos para alterar a redação dos itens, avaliar os itens propostos, dando ainda possibilidade aos peritos de sugerirem novas dimensões ou itens adicionais.

Analisamos as respostas ao primeiro questionário – verificamos o consenso e fizemos as alterações propostas pelos peritos

Formulamos uma nova versão do questionário com as alterações propostas e enviamos aos peritos - pedimos aos peritos para fazerem a sua avaliação e justificações se necessário.

Ronda 2: Na segunda ronda, cada perito recebeu uma nova versão do questionário que incluiu os itens e modificações adicionadas na ronda 1. Os peritos foram convidados a fazer nova avaliação relativamente à importância de cada item no questionário (Pfeiffer 1968).

Ronda 3: Na terceira ronda, ou ronda final, enviamos a terceira versão do questionário com as avaliações anteriores e consenso. Os peritos foram convidados mais uma vez a avaliar o questionário reformulado. Em comparação com a ronda anterior, e como esperado, houve um enorme aumento no consenso (Weaver, 1971; Dalkey & Rourke, 1972; Anglin, 1991; Jacobs, 1996).

Após análise do consenso de peritos apresentamos a versão do questionário final alcançado. Os especialistas foram convidados a fornecer feedback sobre o instrumento final e o processo de Delphi global. A figura 1 ilustra as etapas do método de Delphi que realizamos.

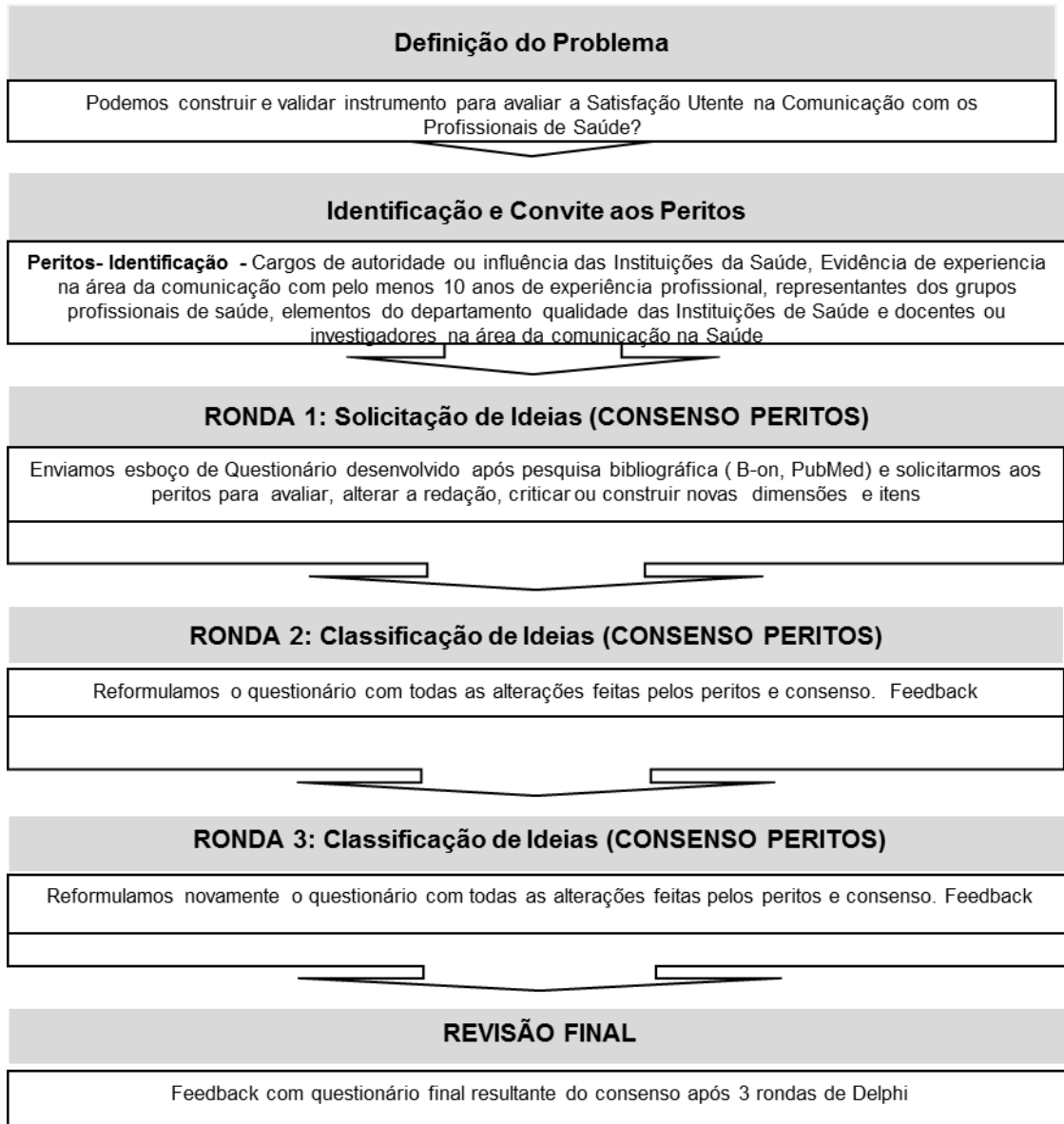


Figura 1: Etapas do método de Delphi utilizado neste estudo (adaptado de Day e Bobeda 2005)

A validade de conteúdo do instrumento não foi determinada por medidas estatísticas, ela resulta do julgamento de juízes ou pessoas reconhecidas na área do estudo, peritos, que analisam a

representatividade dos itens em relação aos conceitos que se pretende medir (Fachel & Camey, 2000).

O instrumento construído ficará assim validado no que diz respeito ao seu conteúdo.

2.3. Terceiro Ciclo de Investigação – Validação e Fiabilidade do instrumento construído

Neste ciclo validamos o instrumento construído nos ciclos anteriores. A Validação prende-se com o fato do instrumento medir aquilo a que se propõe (Lindeman, 1974), refere-se ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida (Fortin & Nadeau, 2003).

O objetivo do estudo estatístico são as variáveis e a informação que estas fornecem. Esta informação é dependente do modo como as variáveis em estudo são medidas e da qualidade dessa dimensão, isto é, da proporção do erro experimental de medida e da quantidade de informação da escala de medida utilizada.

O instrumento construído neste estudo, para ser aplicado a uma amostra e validado foi desenhado com duas partes, a primeira com as características sociodemográficas e a segunda, que avalia a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde.

A primeira parte do instrumento avaliou as variáveis: sexo, idade, habilitações literárias, área de residência urbana ou rural, relação do indivíduo com a instituição de prestação de serviços, utente ou acompanhante e número de contactos que tiveram com os profissionais de saúde nos últimos 12 meses (tabela 3). Na segunda parte do instrumento, desenvolvemos um questionário de auto resposta, com as dimensões e itens resultantes do consenso de peritos do método de Delphi com seis dimensões: comunicação verbal com seis itens, comunicação não verbal com quatro itens, empatia com quatro itens, respeito com quatro itens, resolução de problemas com três itens e material de apoio com quatro itens. Incluímos também neste instrumento uma avaliação global de cada dimensão. Todas as dimensões foram cotadas em escala de Likert de cinco pontos, em que cada inquirido respondeu como avaliava a sua satisfação na comunicação com os profissionais de saúde em relação a cada um dos itens das dimensões, a escala variava de 1- muito insatisfeito a 5- muito satisfeito). A escala de Likert apresenta vantagens: é de fácil elaboração e aplicação é objetiva e homogénea. Como desvantagem, salienta-se que a escala acaba por quantificar e padronizar respostas, o que impossibilita a deteção de pequenas diferenças e subtilezas de atitudes, que por sua vez são percebidas nas entrevistas e questionários abertos (Likert, 1932).

Amostra

A selecção dos participantes para esta investigação foi realizada com o objetivo de obter uma amostra representativa do SNS, o mais heterogénea possível (sistema público-privado, consulta- internamento, medicinas-cirurgias, Hospital-Centro de saúde-Clínica privada) para validação do instrumento de avaliação. Incluímos 222 utentes de Hospitais - Centro Hospitalar do Porto, EPE - Serviços de Medicina , Cirurgia (consulta e internamento), 55 utentes de Maternidade - Maternidade Júlio Dinis do Porto (consulta e internamento), 28 utentes Clínica privada (Gineco) e 43 utentes de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) de Anta, Espinho.

A amostra é constituída por 348 indivíduos, sendo a maioria utentes (88,5%) do sexo feminino (70.7%). Estando o grupo dos adultos (18-64 anos) mais representado. A maioria tinha escolaridade inferior ao 9º ano (53,4%) e vivia em meio urbano (83%). Em média cada participante teve 5,47±7,01 contactos nos últimos 12 meses com o/os profissional/ais de saúde (tabela 3).

Tabela 3: Características sociodemográficas da amostra

		N	(%)
Tipo de Inquirido	Utente	308	(88.5)
	Acompanhante	40	(11.5)
Sexo	Masculino	102	(29.3)
	Feminino	246	(70.7)
Idade	< 18 anos	7	(2.0)
	18 – 64 anos	290	(83.3)
	> 64 anos	51	(14.7)
Habilitações	Até 4ª classe	70	(20.1)
	5º - 9º ano	107	(30.7)
	9º - 12º ano	79	(22.7)
	Curso médio	25	(7.2)
	Curso superior	58	(16.7)
	Mestrado/Doutoramento	9	(2.6)
Área de Residência	Urbana	289	(83.0)
	Rural	59	(17.0)
Nº de contactos com profissionais de saúde da instituição nos últimos 12 meses		M=5.47	(DP=7.01)

Para efetuar a análise estatística deste estudo utilizamos Pasw[®] Statistic V.18 (SPSS, Chicago, Ilinóis, USA).

De entre as várias formas para caracterizar amostras, tomam particular importância, as medidas de tendência central, que procuram caracterizar o valor da variável sob estudo, que ocorre com mais frequência. Neste estudo, utilizamos a média e medidas de dispersão, a dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central ou na amostra, desvio-padrão e coeficiente de variação. O coeficiente de variação é uma medida relativa de dispersão, utilizada para comparar, em termos relativos, o grau de concentração em torno da média. É uma medida sem unidade de medida, podendo ser expressa em termos decimais ou percentuais (multiplicando por 100). Dizemos que uma distribuição é homogênea quando a variabilidade relativa expressa pelo coeficiente de variação, não ultrapassa os 30% (Amón, 1993).

A análise de Fiabilidade corresponde à necessidade de assegurar que os resultados obtidos numa replicação do estudo sejam idênticos. Fizemos a análise de fiabilidade com o cálculo do *alfa* de Cronbach e validade com validade fatorial exploratória, correlacionando as várias variáveis para encontrar um conjunto de “fatores” ou itens que, teoricamente, representam o que tinham em comum as variáveis analisadas. Análise fatorial confirmatória. A análise fatorial é o nome genérico dado para um conjunto de métodos estatísticos, cujo objetivo é definir a estrutura não aparente na matriz de dados. De uma forma mais abrangente, esta técnica procura resolver o problema das inter-relações e correlações entre um grande número de variáveis, apresentadas através de fatores. Desta forma, é possível juntar um maior número de variáveis, representando um conceito mais geral (Maroco, 2007). É uma técnica que exige uma série de tomadas de decisões ao longo de sua execução por parte do investigador, pelo que vários autores a consideram uma arte.

Para avaliar se as dimensões se encontram significativamente correlacionadas entre elas para efetuar a análise fatorial assumindo os respetivos pressupostos, avaliamos o valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). Este valor varia entre zero e um e compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre variáveis.

Avaliamos a validade do construto através de matriz de correlação: mede a associação linear entre as variáveis através do coeficiente de correlação de Pearson. Para poder aplicar o modelo fatorial deve haver correlação entre as variáveis. Na matriz, cada indicador deve apresentar correlação elevada com pelo menos alguns indicadores, não necessariamente todos. Isto significa que esse grupo de indicadores correlacionados tem um constructo em comum, capturado pelo fator comum. Se a correlação de um determinado fator for baixa com todos os outros, isto quer dizer que ele não traduz, juntamente com qualquer outro indicador, qualquer ideia em comum (Kumar & Day, 1998).

Capítulo III

Resultados

Para facilitar a apresentação dos resultados e à semelhança do capítulo anterior, este é dividido em três partes.

3.1. Primeiro Ciclo de Investigação – Revisão Literatura para construir questionário

No primeiro ciclo, com a sintaxe de pesquisa descrita anteriormente, na base de dados da PubMed, identificamos um total de 16876 artigos. Destes, 12681 foram excluídos, refinados com filtros, tópicos (comunicação em saúde, utente, saúde pública, utente, o papel do médico, enfermeiro, comunicação, habilidades da comunicação, prevenção na saúde). Restaram 4195 artigos que foram mais uma vez refinados pela visualização dos títulos completos dos artigos, após esta ação de refinar por títulos dos artigos pesquisados, restaram 533, destes foram excluídos 486 após termos visto, o texto completo do artigo, estes artigos foram excluídos porque não se referiam à avaliação da comunicação, satisfação com comunicação, dimensões da comunicação ou comunicação na saúde. No final ficaram 47 artigos, artigos que reconhecemos pertinentes para o nosso estudo (tabela 4).

Tabela 4: PubMed sintaxe de pesquisa

	Sintaxe de Pesquisa	Referências identificadas/ Refinadas com tópicos	Preencheram critério de inclusão
PubMed	Dimensions of communication	3964/60	25
	Health communication and user satisfaction	213/46	13
	Health communication and assessment instruments	475/70	15
	Dimentions and Health communication	993/69	8
	Patients and health professionals and communication and assessment tools	145/37	3
	Tools and assesement and health communication	640/243	13
	Doctor-patient and communication	1461/670	106
	Nurse and health communication	8985/3000	175
	Total	16876/4195	533/ 47

Com a mesma sintaxe de pesquisa descrita anteriormente, pesquisamos na base de dados da B-On, identificamos um total de 409354 artigos, destes, 394728 foram excluídos, refinados por filtros, tópicos (comunicação em saúde, utente, saúde pública, utente, o papel do médico, enfermeiro, comunicação, habilidades da comunicação, prevenção na saúde) Restaram 1462 artigos que foram mais uma vez refinados, após vermos títulos completos dos artigos, restaram 1192, destes foram excluídos 1123 após vermos texto completo do artigo estes artigos foram excluídos porque não referiam a avaliação da comunicação satisfação com comunicação, dimensões da comunicação ou comunicação na saúde. No final ficaram 69 artigos que reconhecemos como pertinentes para o nosso estudo (tabela 5).

Tabela 5: B-On sintaxe de pesquisa

	Sintaxe de Pesquisa	Referências identificadas/ Refinadas com tópicos	Preencheram critério de inclusão
B-On	Dimensions of communication	228574/1992	50
	Health communication and user satisfaction	4	0
	Health communication and assessment instruments	33553/1796	23
	Dimentions and Health communication	67512/1377	47
	Patients and health professionals and communication and assessment tools	11271/843	10
	Tools and assesement and health communication	62	2
	Doctor-patient and communication	17205/1995	530
	Nurse and health communication	51173/6557	540
	Total	409354/394728	1192/ 69

Dos 116 artigos que analisamos na totalidade, apresentamos em tabelas os artigos em que nos baseamos para gerar as seis dimensões, para avaliar a satisfação do utente na comunicação com profissionais de saúde, nas tabelas 6,7,8,9,10 e11.

Identificamos seis dimensões comunicacionais. Com esta escolha cremos ter encontrado um “conjunto dimensional” que identifica, sistematiza e categoriza a comunicação interpessoal, profissionais de saúde-utente, tornando assim possível a sua avaliação e conseqüente satisfação do utente.

3.1.1. Dimensão: Comunicação verbal

Tabela 6: Resultados da revisão da literatura da dimensão comunicação verbal

Dimensão	Autores	Título do artigo ou livro
Comunicação verbal	(Rosenthal & Rubi, 1978)	Interpersonal expectancy effects: The first 345 studies
	(Roberts, Whittle, Cleland, & Wald, 2012)	Measuring Verbal Communication in Initial Physical Therapy Encounters
	(Oliveira, et al., 2012)	Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review
	(Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Communication strategies in acute health care: evaluation within the context of infection prevention and control
	(Wolf, Putnam, James, & Stiles, 1978)	The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior
	(Rowland-Morin & Carroll, 1990)	Verbal communication skills and patient satisfaction. A study of doctor patient interviews
	(Street, Gordon, & Haidet, 2007)	Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?
	(Trummer, Muelle, Nowak, Stidl, & Pelikan, 2006)	Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study
	(Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Development of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with medical encounters
(Rao, et al., 2010)	Engaging communication experts in a Delphi process to identify patient behaviours that could enhance communication in medical encounters	

Conceito e significado da dimensão comunicação verbal retirados da pesquisa na literatura

A dimensão comunicação verbal envolve a comunicação falada. São usados sons e palavras para esta forma de comunicação, quando as palavras são usadas, a comunicação depende de uma linguagem comum (Jackobson, 2001). Para que a mensagem seja eficaz, requer um contexto de referência, precisa de ser compreensível para o destinatário e verbal ou suscetível de verbalização; apresenta um código total ou parcialmente realizado em comum por remetente e destinatário (Jackobson, 2001).

3.1.2. Dimensão: Comunicação não-verbal

Tabela 7: Resultados da revisão da literatura da dimensão comunicação não- verbal

Dimensão	Autores	Título do artigo ou livro
Comunicação não-verbal	(Larsen & Smith, 1981)	Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview
	(Oliveira, et al., 2012)	Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review
	(Silva M. , 2002)	Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde
	(Mookerjee, 2012)	Mapping Interpersonal Communication between Paediatricians and Mothers: Understandings, Interdependencies and Gaps
	(Ong, De Haes, & Lammes, 1995)	Doctor-patient communication: a review of the literature
	(Klein, 2005)	Effective communication with patients
	(Mark, Knapp, & Hall, 2010)	Nonverbal Communication in Human Interaction
	(Roter, Richard, Frankel, Hall, & Sluyter, 2006)	The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits
	(Guimond, et al., 2003)	Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills
(Griffith III, Wilson, & Langer S., 2003)	House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction	

Conceito e significado da dimensão comunicação não-verbal retirados da pesquisa na literatura

A dimensão não-verbal da comunicação envolve manifestações de comportamento não expressas por palavras, cujo significado está vinculado ao contexto em que ocorrem (Stefanelli, 1999). Os sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos (Silva M. , 2002). A comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprime emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo

perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente.

3.1.3. Dimensão: Empatia

Tabela 8: Resultados da revisão da literatura da dimensão empatia

Dimensão	Autores	Título do artigo ou livro
Empatia	(Oliveira, et al., 2012)	Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review
	(Davis M. , 2009)	A perspective on cultivating clinical empathy
	(Beckman, Kaplan, & Frankel, 1989)	Outcome-based research on doctor-patient communication: a review. In: Stewart MA, Roter DL, editors. Communicating with medical patients
	(Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008)	Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff
	(Derksen, Bensing, & Lagro-Janssen, 2013)	Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review
	(Hojat, et al., 2004)	An empirical study of decline in empathy in medical school
	(Ota, et al., 2008)	Reliability and validity of the Vietnamese version of the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ)

Conceito e significado da dimensão empatia retirados da pesquisa na literatura

A empatia é uma dimensão importante das relações interpessoais, sendo neste caso, fundamental nas relações, profissional de saúde-utente. É uma característica principalmente cognitiva, moderadamente dissecada por uma vertente afetiva, no meio hospitalar, empatia define-se como a capacidade de perceber o utente, ver o mundo da mesma forma que este o vê e transmitir esta percepção ao utente, capacidade de perceber os sentimentos e as experiências pessoais de cada utente, assim como a capacidade de ver o mundo da perspectiva de outra pessoa. A vertente afetiva agrega a capacidade de compreender as experiências e sentimentos das outras pessoas. Nas relações empáticas, a vertente cognitiva é dominante e o comportamento dos profissionais de saúde é de compreensão e comunicação (Hojat, et al., 2004; Hojat M. , 2007). A empatia possui um papel

importante na comunicação interpessoal e tem surgido associada a efeitos positivos sobre os resultados clínicos (Davis, 2009), diminui as queixas dos utentes (Rodriguez, et al., 2008) e aumenta a satisfação com os profissionais e com a qualidade de vida (Travalline, Ruchinskas, & D'Alonzo, 2005). Trata-se de um atributo praticado e desenvolvido em contextos profissionais, tal significa que apesar da sua importância crucial, a formação dos profissionais de saúde no que diz respeito à empatia terá lugar por processos experienciais (Dornam, 2006). Nestas circunstâncias, as oportunidades de aprendizagem surgem geralmente de forma desestruturada sendo ainda pouco compreendidos os processos que lhe são inerentes. (Swanwick, 2005).

3.1.4. Dimensão: Respeito

Tabela 9: Resultados da revisão da literatura da dimensão respeito

Dimensão	Autores	Título do artigo ou livro
Respeito	(Oliveira, et al., 2012)	Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review
	(Thorne, Harris, Mahoney, Con, & McGuinness, 2004)	The context of health care communication in chronic illness
	(Comstock, Hooper, Goodwin, & Goodwin, 1982)	Physician behaviours that correlate with patient satisfaction
	(Beach & Inui, 2006)	Relationship - centered care research network: relationship-centered care. A constructive reframing
	(Cleary & Levitan, 1997)	Health Care Quality: Incorporating Consumer. Perspectives
	(Jangland, Gunningberg, & Carlsson, 2009)	Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement
	(Ware, Davies, Avery, & Stewart, 1994)	Patient Satisfaction Questionnaire :PSQ-III
	(Duffy, et al., 2004)	Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report
	(Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008)	Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff
	(Beach, Rote, Wang, Duggan, & Cooper, 2006)	Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors?

Conceito e significado da dimensão respeito retirados da pesquisa na literatura

O comportamento comunicacional que envolve o respeito demonstrado pelos profissionais de saúde para com os utentes é fundamental para a compreensão e considerado como os utentes devem ser tratados (Beach, Rote, Wang, Duggan, & Cooper, 2006). Respeito é comumente designada como a proteção da autonomia dos utentes em termos de fornecimento de informação e envolvimento na tomada de decisões sobre o seu próprio cuidado (Internal, Medicine, & Medicine, 2002). A dimensão respeito inclui itens como: informação adequada e clara, qualidade de ser cortês, reverente, respeitoso, humilde, aceitação e reconhecimento de acordo com as necessidades próprias de cada utente (Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008).

3.1.5. Dimensão: Resolução de problemas

Tabela 10: Resultados da revisão da literatura, da dimensão resolução de problemas

Dimensão	Autores	Título do artigo ou livro
Resolução de problemas	(Oliveira, et al., 2012)	Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review
	(Guimond, et al., 2003)	Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills
	(Boon & Stewart, 1998)	Patient–physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review
	(Mendonça & Guerra, 2007)	Development and Validation of an Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy
	(Barnes, et al., 2012)	Enhancing patient - professional communication about end-of-life issues in life-limiting conditions: a critical review of the literature
	(Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Communication strategies in acute health care: evaluation within the context of infection prevention and control
	(Myhre, Ekeberg, & Stokland, 2011)	Satisfaction with communication in ICU Patients and relatives: comparisons with medical staffs' expectations and the relationship with psychological distress
	(Beaulieu, et al., 2011)	Interpersonal communication from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments

Conceito e significado da dimensão resolução de problemas retirados da pesquisa na literatura

A dimensão resolução de problemas na comunicação, é caracterizada como soluções aceitáveis mutuamente, é um modelo ideal de uma relação de cuidado, e na literatura, é muitas vezes sinónimo de modelo centrado no utente (Taylor, 2000). Também pode ser vista como uma forma de gerir o papel do trabalho de forma adequada. (Burke, 1989). A dimensão resolução de problemas inclui itens como: lidar eficazmente com situações difíceis, controlar emoções inapropriadas (ou seja impaciência) ou informação do tempo previsto no exame, consulta ou tratamento (Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008).

3.1.6. Dimensão: Material de apoio

Tabela 11: Resultados da revisão da literatura da dimensão material de apoio

Dimensão	Autores	Título do artigo ou livro
Material de apoio	(Houts, Doak, Doak, & Loscalzo, 2006)	The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence
	(Oliveira, et al., 2012)	Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review
	(Michel, et al., 2006)	EUROPEP- Revised Europep
	(Plimpton & Root, 1994)	Materials and Strategies That Work in Low Literacy Health Communication
	(Kountz, 2009)	Strategies for improving low health literacy
	(Bho & Mason, 2006)	Development and validation of a scale to assess attitudes of health care administrators toward the use of e-mail communication between patients and physicians

Conceito e significado da dimensão material de apoio retirados da pesquisa na literatura

A dimensão material de apoio, embora ainda não definida e limitada é cada vez mais utilizada na comunicação para a saúde. Para o Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP), a Comunicação para a Saúde tem feito uso crescente de tecnologias digitais, como o CD-ROM e a Web, que podem atingir audiências, adaptar mensagens e convencer as pessoas a mudanças

interativas sobre a saúde (Pessoni, 2007). Independente do que falamos, os documentos escritos são os que melhor transmitem os nossos pensamentos de acordo com o que queremos registrar que pode ser uma informação, reclamação, sugestão, conceitos, regras, entre outros objetivos. No entanto para que uma comunicação escrita seja eficaz é necessário que ela seja clara, objetiva, que se conheça bem a língua utilizada pelo recetor, e a forma como o mesmo a interpreta (Pimenta, 2002).

Prospetos, relatórios, cópias de receitas, explicações por escrito da toma da medicação, explicações por escrito do que se passou na consulta ou que tipo de exercícios fazer, são suportes tidos como material de apoio ou informação (Busato & Kunzi, 2010).

3.1.7. Geração de itens para caracterizar as dimensões da comunicação interpessoal na saúde

Na revisão da literatura encontramos itens, que caracterizavam cada uma das dimensões, os critérios de inclusão dos itens foram descritos anteriormente.

Tabela 12: Itens gerados da revisão da literatura para cada uma das dimensões

Comunicação verbal	Comunicação não-verbal	Empatia	Respeito	Resolução de problemas	Material de apoio
Plano de tratamento (Aspinal, Addington - Hal, Hughes, & Higginson, 2003)	Apressados (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Compreendem o que sente (Hojat, et al., 2004)	Atenção (Bertram, 1999)	Disponibilidade (Urdan, 2001)	Número de telefone (Plimpton & Root, 1994)
Como tomar medicação (Gasquet, Villeminot, Estaquio, Durieux, & Ravaud, 2004)	Atenção (Urdan, 2001)	Humor (Epstein, et al., 2005)	Disponibilidade (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Alterar datas (Urdan, 2001)	e-mail (Plimpton & Root, 1994)
Percebeu tipo tratamento (Gaskell & Bauer, 2002)	Entendeu (Urdan, 2001)	Poem-se no seu lugar (Hojat, et al., 2004)	Compreensão (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Compreender (Rowland-Morin & Carroll, 1990)	Resumo papel (Epstein, et al., 2005)
Não percebeu doença (Wolf, Putnam, James, & Stiles, 1978)	Distraídos (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Compreendem lado emocional (Hojat, 2007)	Interrupção (Epstein, et al., 2005)	Conhecer (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Relatório (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)
Percebido melhor (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Olhar (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Sentimentos (Epstein, et al., 2005)	Atraso (Urdan, 2001)	Implicação (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Elementos (Michel, et al., 2006)

(continuação)

Comunicação verbal	Comunicação não-verbal	Empatia	Respeito	Resolução de problemas	Material de apoio
Quando nova consulta (Rowland-Morin & Carroll, 1990)	Aborrecidos (Michel, et al., 2006)	Atenção (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Justificaram (Urdan, 2001)	Contacto (Michel, et al., 2006)	Sites (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)
Quando volta (Roberts, Whittle, Cleland, & Wald, 2012)	Gestos concordantes (Epstein, et al., 2005)	Vida pessoal (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Responderam Questões (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Indicaram tempo (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Marcação (Plimpton & Root, 1994)
Falavam Rápido (Rosenthal & Rubi, 1978)	Olhos nos olhos (Epstein, et al., 2005)	Simpáticos (Urdan, 2001)	Necessidades (Epstein, et al., 2005)		
Entendeu linguagem (Oliveira, et al., 2012)	Sem olhar (Urdan, 2001)	Antipáticos (Bensing J. , 1991)	Ignoraram (Urdan, 2001)		
Percebeu (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Contacto visual (Bensing J. , 1991)	Cuidadosos (Hojat, 2007)	Respeito (Michel, et al., 2006)		
Ouviram-no (Europep questionnaire, 2006)	Frios (Bensing J. , 1991)	Recomendava-os (Urdan, 2001)	Nome (Bensing J. , 1991)		
Falavam devagar (Oliveira, et al., 2012)	Distraídos (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Distantes (Urdan, 2001)	Intimidade (Urdan, 2001)		
O tom de voz (Street, Gordon, & Haidet, 2007)	Ausentes (Bensing J., 1991)	Elogiaram-no (HQCI, 2008)	Situação económica (Bimbela & Navarro, 2005)		
Muita informação (Bimbela & Navarro, 2005)	Desinteressados (Guimond, et al., 2003)	Falta de interesse (Bensing J. , 1991)	Personalizado (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)		
Mudanças (Guimond, et al., 2003)	Próximos (Bensing J. , 1991)		Número (Bensing J., 1991)		
Tempo a ouvi-lo (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Calorosos (Bensing J. , 1991)				
Comentários sociais (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Apoiantes (Bensing J. , 1991)				

(continuação)

Comunicação verbal	Comunicação não-verbal	Empatia	Respeito	Resolução de problemas	Material de apoio
Linguagem científica (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Tocavam-lhe (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)				
Falavam baixo (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Claros (Bensing J. , 1991)				
Falavam alto (Oliveira, et al., 2012)	Pacientes (Bensing J. , 1991)				
Explicação (Takemura, Liu, & Tsuda, 2006)	Afetuosos (Bensing J. , 1991)				
Tom (Edwards, Sevdalis, Vincent, & Holmes, 2012)	Alheados (Bimbela & Navarro, 2005)				
	Agressivos (Bimbela & Navarro, 2005)				

Resumindo os resultados da revisão da literatura, foram identificados cento e um itens (101) distribuídos por seis dimensões (6) da comunicação interpessoal profissionais de saúde-utentes:

- Dimensão Comunicação verbal com vinte e quatro (24) itens.
- Dimensão Comunicação não-verbal ” com vinte e seis (26) itens.
- Dimensão Empatia com dezasseis (16) itens.
- Dimensão Respeito, na qual se produziram dezasseis (16) itens.
- Dimensão Resolução de problemas com oito (8) itens.
- Dimensão Material de apoio com onze (11) itens gerados

Construímos no primeiro ciclo de investigação um instrumento estruturado, com cento e um (101) itens para as seis (6) dimensões que identificamos, para a construção de instrumento de avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde.

3.2. Segundo Ciclo de Investigação – Método de Delphi

A ferramenta selecionada para suporte da fase de recolha de dados do estudo de Delphi foi uma ferramenta *on-line*, Survey Monkey, como dito anteriormente, pelas suas vantagens na recolha e tratamento de dados e por facilitar a participação dos peritos, com um conjunto de funcionalidades que potenciam um preenchimento do questionário orientado, suportado por informação de fácil leitura, eliminando problemas de localização geográfica e disponibilidade horária dos peritos. A análise de resultados foi exportada diretamente da plataforma de análise de dados desta ferramenta, Survey Monkey. Dos 25 peritos convidados, todos aceitaram o convite, participaram efetivamente 24 peritos na 1ª Ronda do estudo. Quanto ao sexo a amostra de peritos, foi de dezassete mulheres e oito homens. O painel de peritos incluiu, dois investigadores, três gestores de Instituições, quatro docentes universitários, dois médicos que fazem consultas, dois enfermeiros responsáveis pela consulta, dois técnicos diretores, quatro gestores em comunicação, dois gestores de qualidade, dois administrativos e dois auxiliares de acção médica, todos eles especialistas na prestação de serviços de saúde.

A primeira ronda deste estudo foi iniciada com a disponibilização de um questionário estruturado que se baseou na revisão da literatura, com 6 dimensões e 101 itens. O questionário foi enviado aos 25 peritos que tinham aceitado o convite para participar neste processo. A comunicação com os peritos foi efetuada exclusivamente através de mensagens individuais de correio eletrónico (*emails*), em detrimento de mensagens para o grupo. As mensagens enviadas procuraram conter sempre toda a informação necessária para a resposta do perito, incluindo o endereço *on-line* do questionário, procurando não serem demasiado maçadores, de forma a não causarem desmotivação do perito em continuar a participar no estudo. A análise dos resultados obtidos em cada ronda foi efetuada através da percentagem de consenso mínimo. Estabelecemos que existia consenso mínimo quando mais de 70% dos peritos respondia da mesma forma a cada item. As opções de resposta foram agrupadas duas a duas, (discordo, discordo totalmente e em concordo, concordo totalmente, os itens que obtiveram consenso foram retidos, excluídos no caso de discordo ou discordo totalmente e incluídos no instrumento final no caso de concordo ou concordo totalmente.

3.2.1. Resultados Ronda 1

A primeira ronda decorreu de 12 de maio a 2 de junho de 2011, tendo sido concluída com o contributo de 96% dos participantes convidados (24 respostas em 25 peritos). Os resultados encontram-se representados nas figuras 2, 3 e 4.

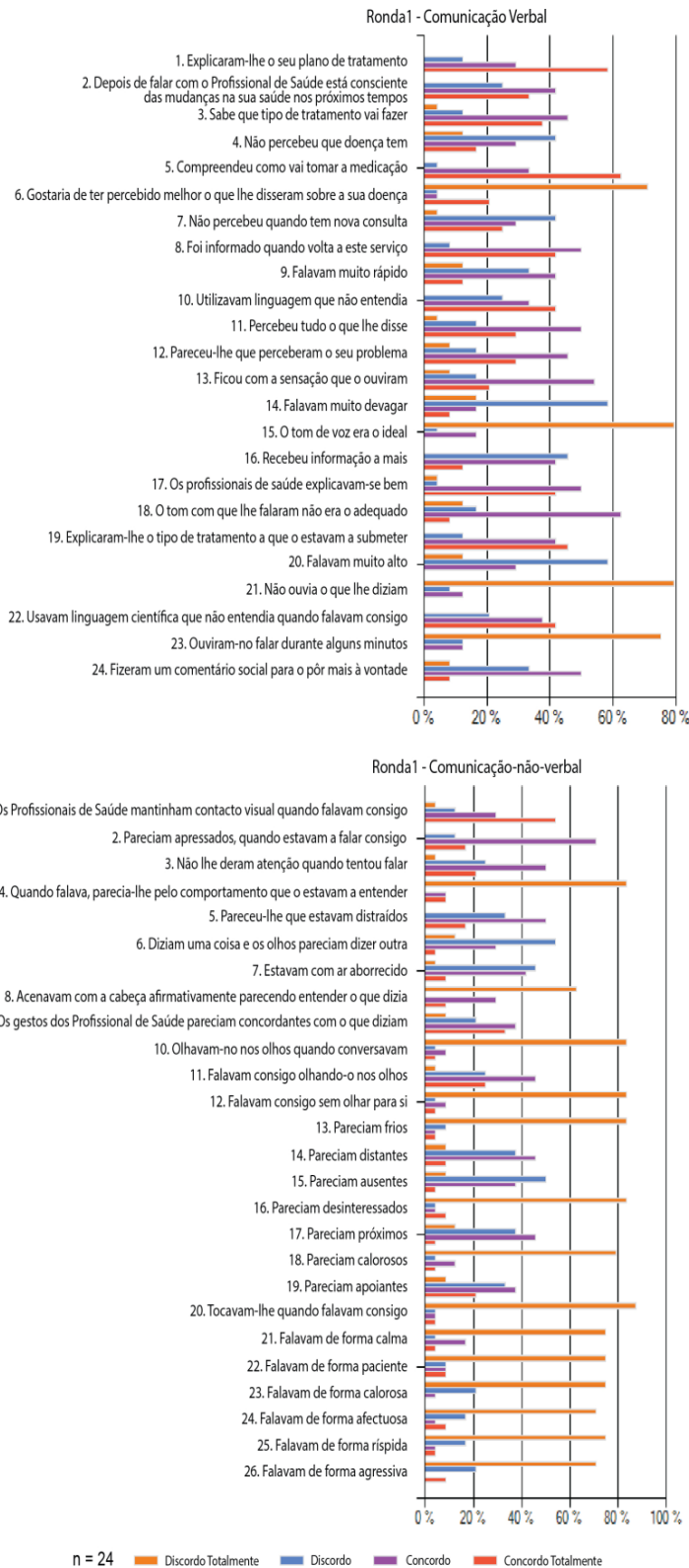


Figura 2: Resultados 1ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey) (CV e CNV)

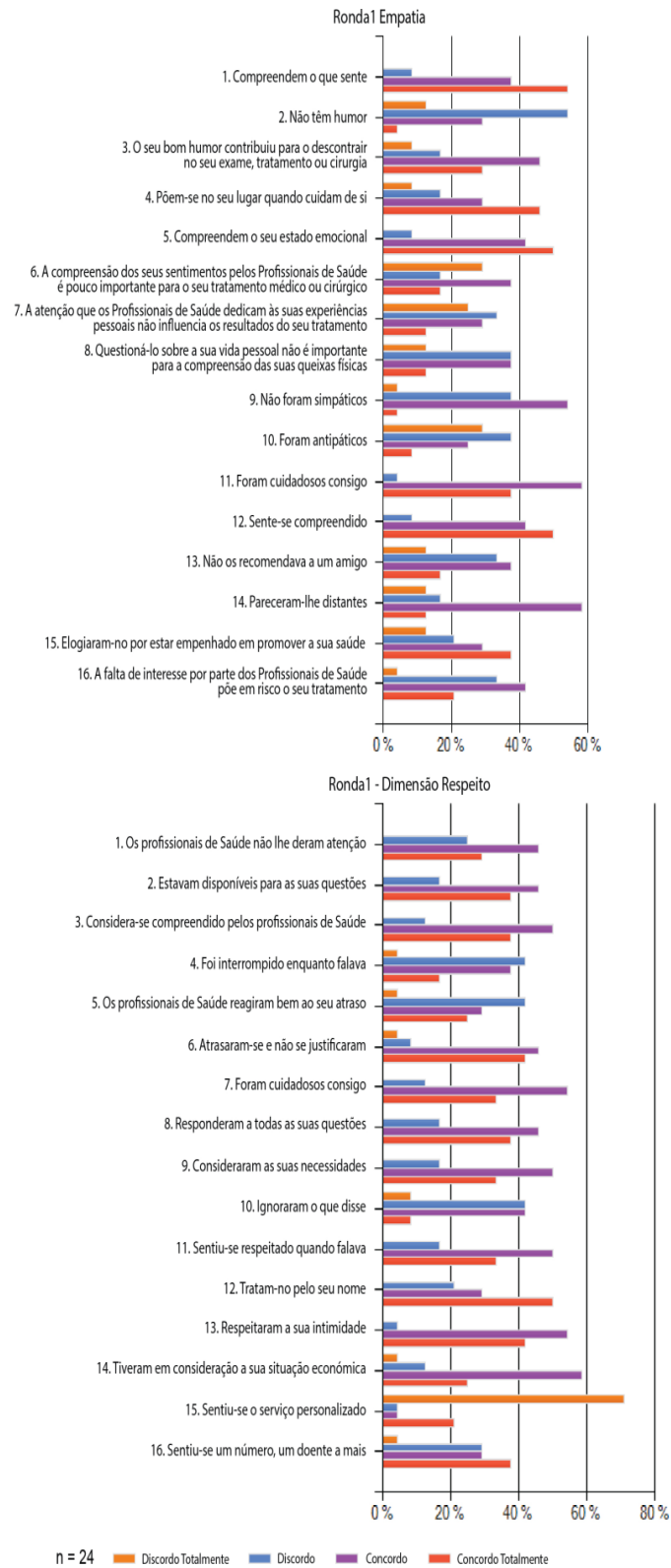


Figura 3: Resultados 1ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey) (E e R)

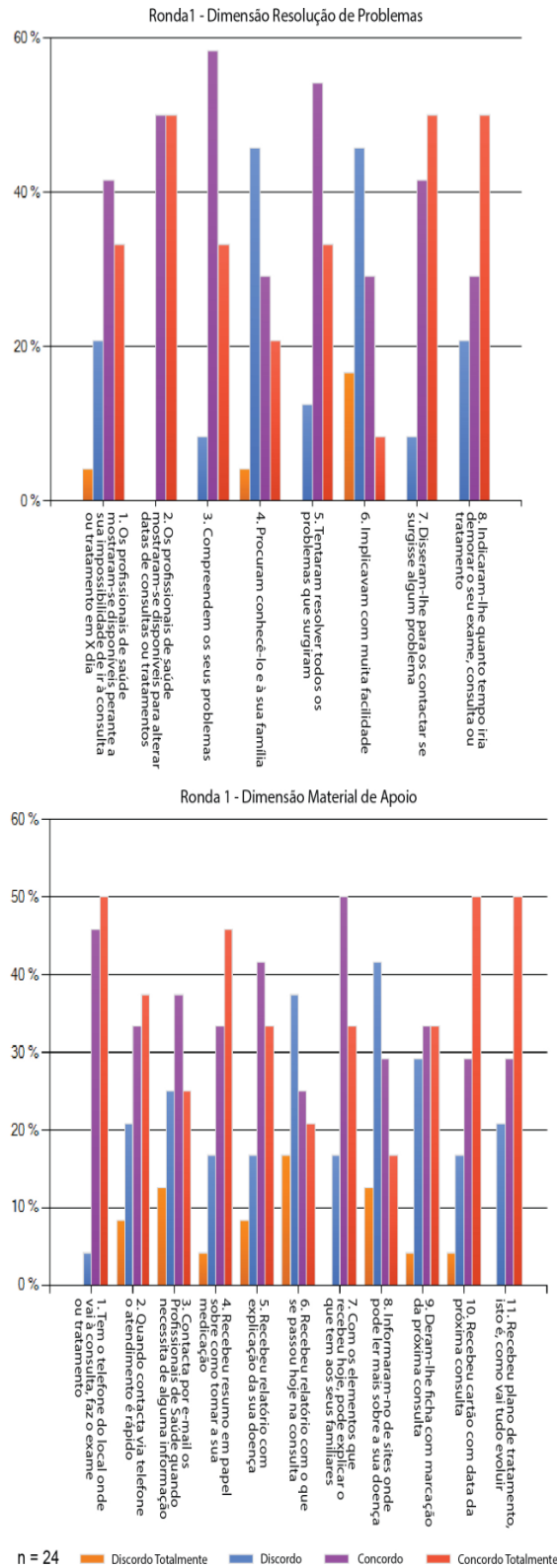


Figura 4: Resultados 1ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey) (RP e MA)

Os gráficos foram exportados da plataforma informática surveymonkey. Para além dos resultados gráficos, desta plataforma também se podem exportar valores numéricos, percentagens e médias das respostas, apresentamos aqui os resultados gráficos.

Ao longo desta ronda do questionário, o único meio de contacto com os membros do painel continuou a ser o correio eletrónico. Após análise estatística a percentagem de consenso > 70%, os peritos mantiveram as seis dimensões para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, resultantes da revisão da literatura, não acrescentaram nenhuma nova dimensão. Dos cento e um itens originalmente propostos (revisão da literatura), os peritos modificaram 21 itens, as modificações consistiram em mudanças minor, mudança de palavras ou estrutura da questão, adicionaram um novo item na comunicação verbal (CV25). Foram excluídos por consenso, quatro itens na dimensão comunicação verbal (CV6; CV15; CV21, CV23), treze itens na dimensão comunicação não-verbal (CNV4; CNV10; CNV12; CNV13; CNV16; CNV18; CNV20; CNV21; CNV22; CNV23; CNV24, CNV25; CNV26), caiu um item na dimensão respeito (R15). Após análise dos resultados da ronda 1 deste processo, foi apresentada uma nova versão do questionário na ronda 2, com 84 itens nas seis dimensões propostas.

3.2.2. Resultados Ronda 2

A segunda ronda decorreu de 30 de junho a 14 de julho de 2011, tendo sido concluída com o contributo de 96% dos participantes convidados (24 respostas em 25 peritos). Os resultados desta ronda encontram-se representados nas figuras 5, 6 e 7.

Ao longo desta ronda do questionário, o único meio de contacto com os membros do painel continuou a ser o correio eletrónico. Nesta ronda foram apresentados 84 itens nas 6 dimensões para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, resultantes da revisão da literatura, os peritos modificaram 12 itens e por consenso excluíram 32 itens no total. Na dimensão comunicação verbal caíram nove itens (CV4; CV8; CV9; CV10; CV12; CV13; CV14; CV20; CV22), na dimensão comunicação não-verbal caíram cinco itens (CNV5; CNV6; CNV7; CNV11; CNV14) caíram oito itens na dimensão empatia (E1;E3; E5; E7; E8; E10; E14; E16) caíram seis itens na dimensão respeito (R1; R3; R4; R5; R10; R16), caíram dois itens na resolução de problemas (RP1; RP6), caiu um item na dimensão material de apoio (MA2), os peritos voltaram a fazer modificações, mudança de palavras ou estrutura da questão. Após análise dos resultados da ronda 2, foi apresentada numa nova versão do questionário na ronda 3 deste processo, com 53 itens nas seis dimensões.

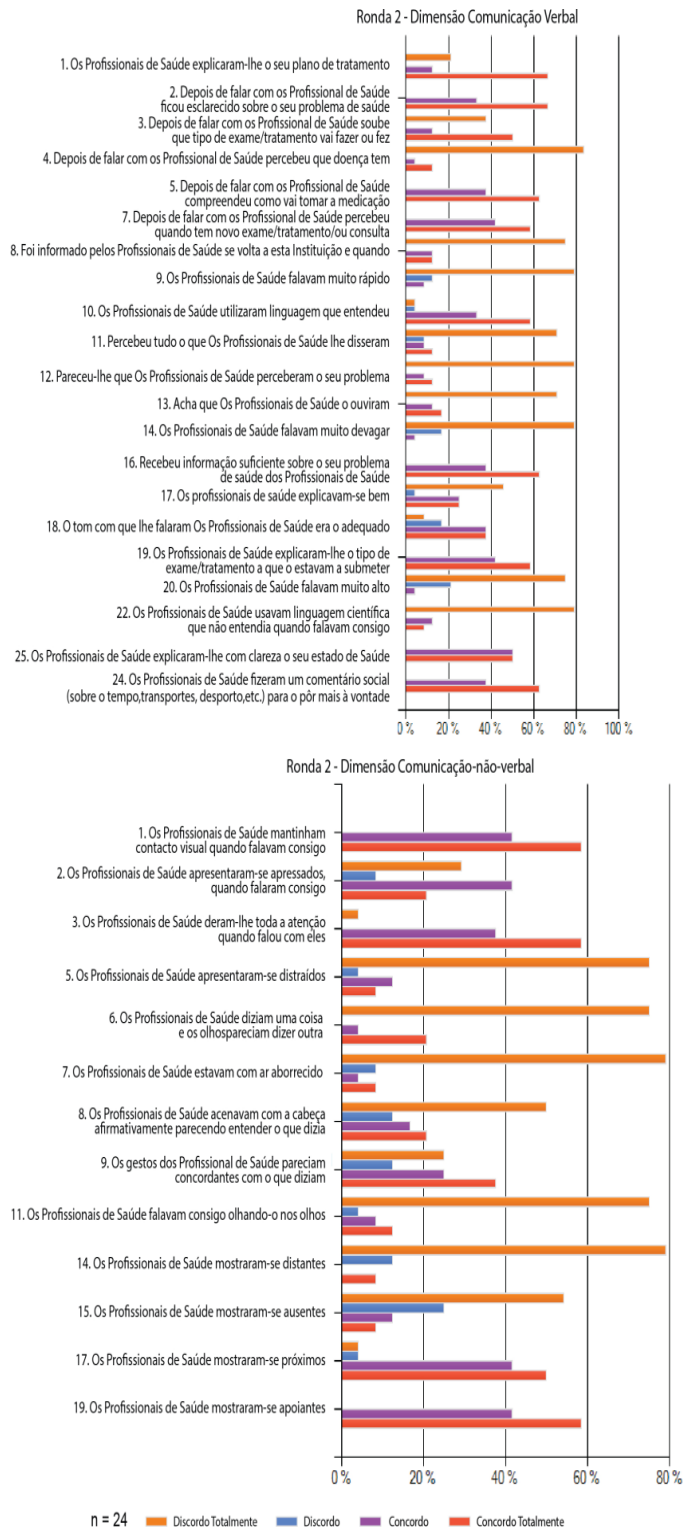


Figura 5: Resultados 2ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey) (CV e CNV)

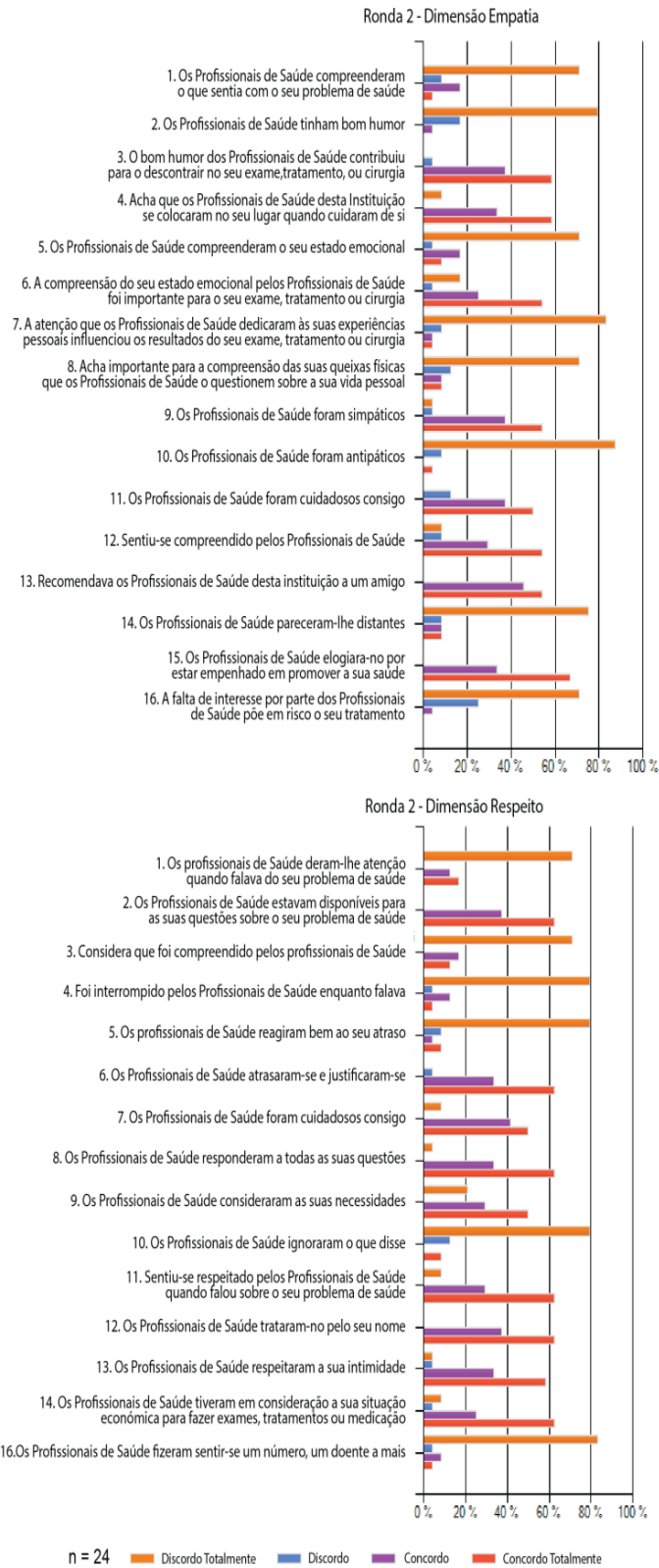


Figura 6: Resultados 2ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (E.R))

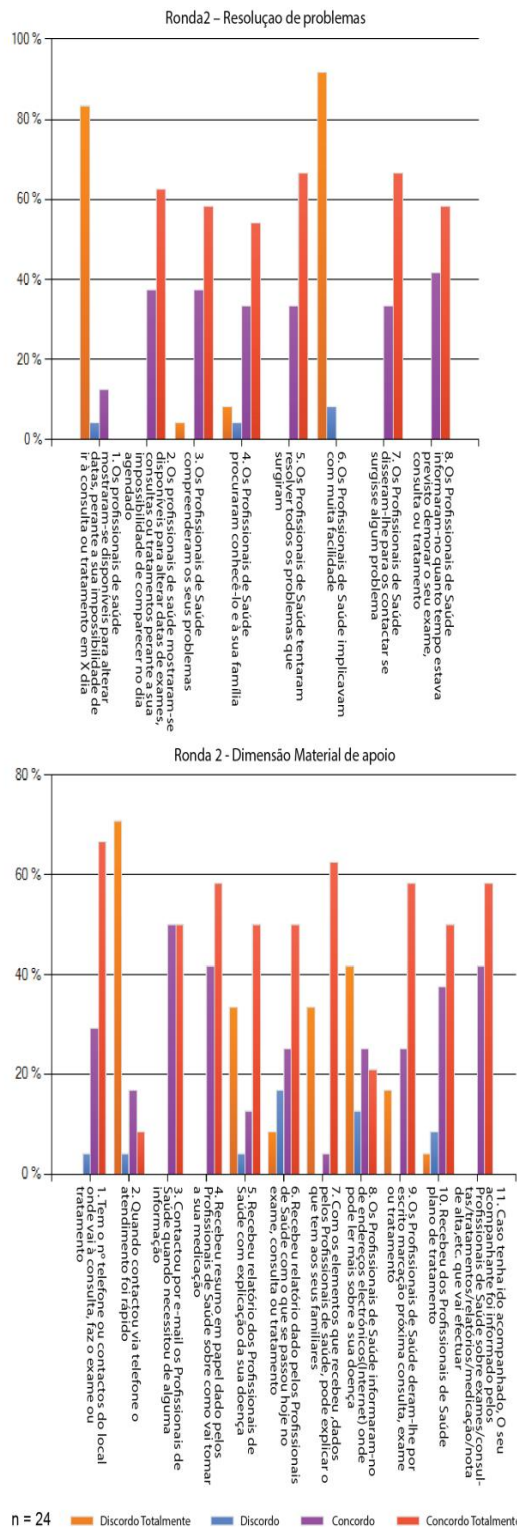


Figura 7: Resultados 2ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (RP,MA)

3.2.3. Resultados Ronda 3

A ronda 3, a última, decorreu de 4 de agosto a 25 de agosto de 2011, tendo sido concluída com o contributo de 88% dos participantes convidados (22 respostas em 25 peritos). Os resultados desta terceira ronda encontram-se representados nas figuras 8, 9 e 10.

Ao longo desta ronda do questionário, o único meio de contacto com os membros do painel continuou a ser o correio eletrónico. Após análise resultados da ronda 2, foram apresentados 53 itens nas seis dimensões, os peritos mantiveram as seis dimensões para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, resultantes da revisão da literatura, arquivaram por consenso vinte e cinco itens. As dimensões e itens arquivados representam o instrumento final que vamos validar no ciclo seguinte. Assim a dimensão, comunicação verbal ficou com seis itens (CV2; CV1; CV5; CV7; CV10; CV19); a comunicação não-verbal ficou com quatro itens (CNV1; CNV3; CNV9; CNV19), a dimensão empatia ficou com quatro itens (E4; E9; E11; E12); a dimensão respeito ficou com quatro itens (R9; R11; R12; R19), a dimensão resolução de problemas ficou com três itens (R2; R5; R8); a dimensão material de apoio ficou com quatro itens (MA3; MA4; MA6; MA10). O instrumento final resultante do método de Delphi tinha seis dimensões e vinte e cinco itens para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde.

O instrumento construído tem validade de conteúdo, os itens que constituem cada dimensão da comunicação formam uma amostra representativa do ponto de vista dos peritos, de cada uma das dimensões da comunicação.

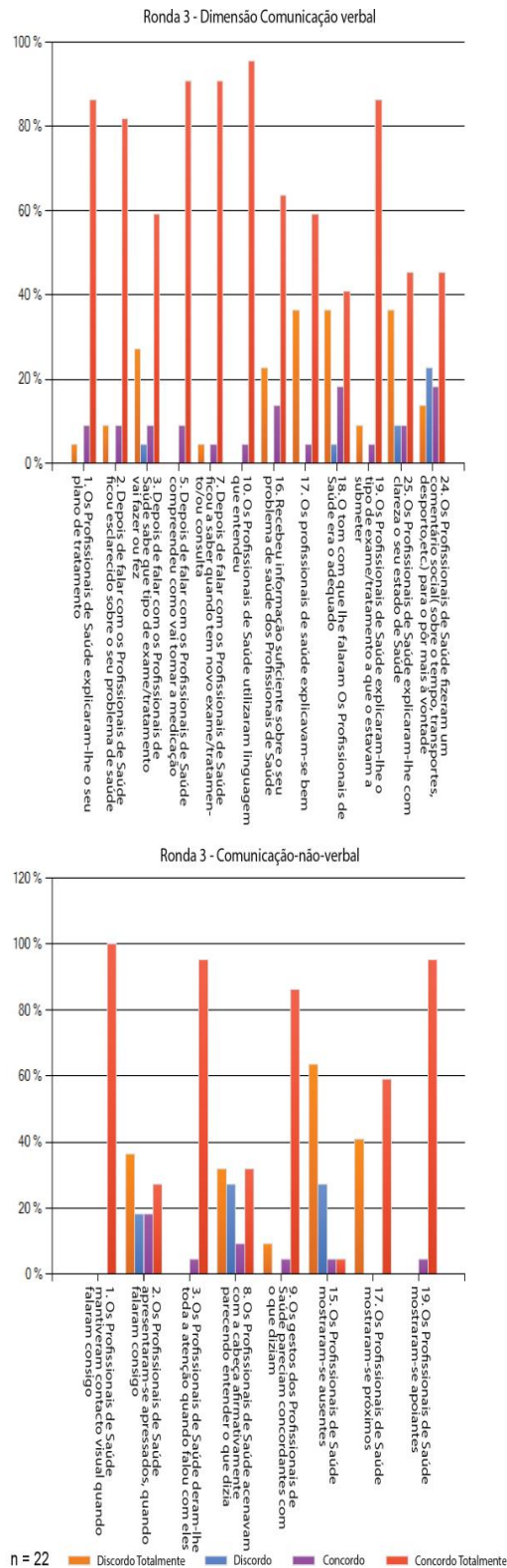


Figura 8: Resultados 3ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (CV,CNV)

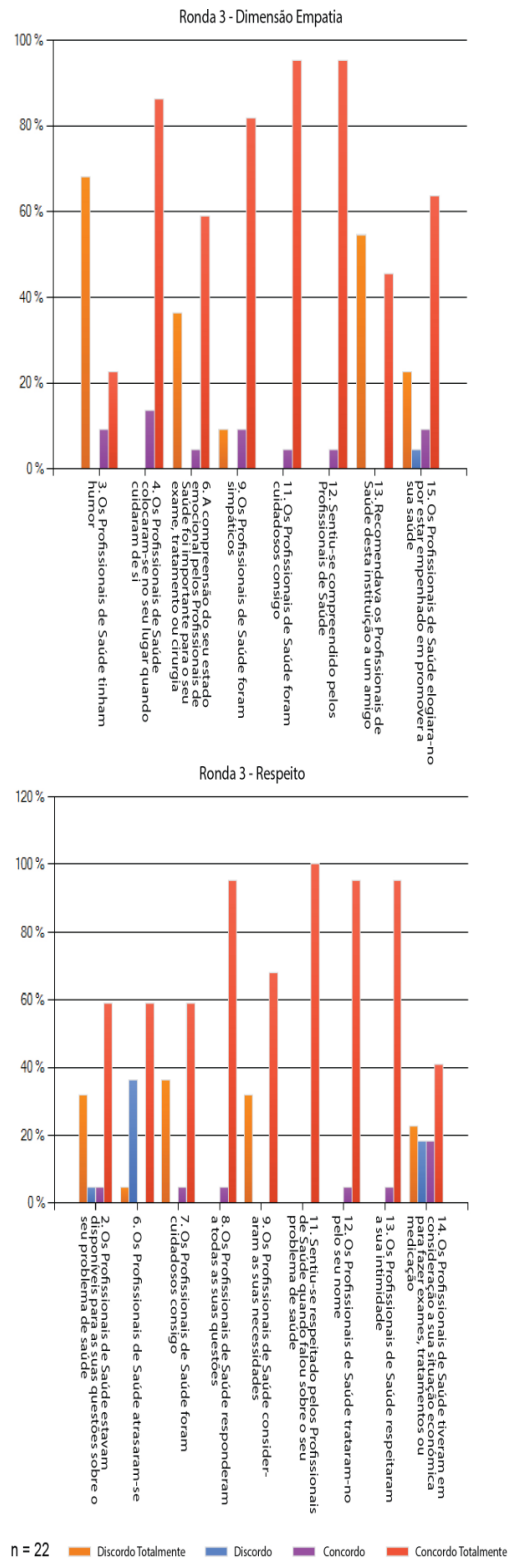


Figura 9: Resultados 3ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (E,R))

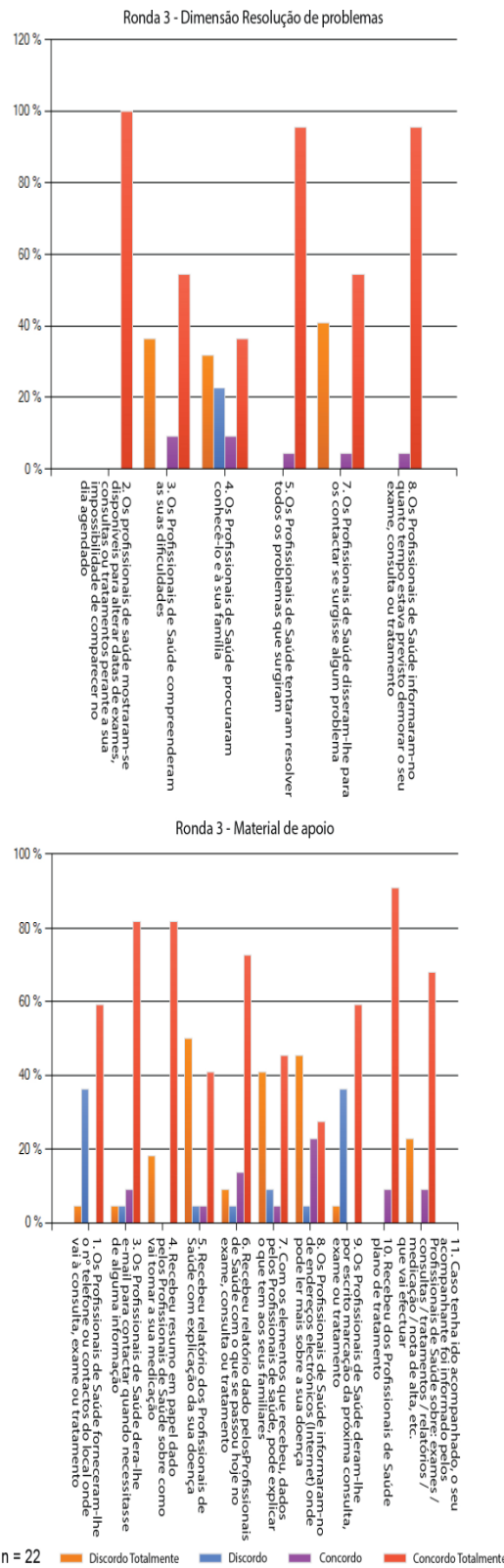


Figura 10: Resultados 3ª ronda Delphi (resultados exportados surveymonkey (RP,MA)

3.3. Terceiro Ciclo de Investigação – Validação Instrumento construído

3.3.1. Estatística Descritiva

Distribuição dos Resultados.

3.3.1.1. Análise das frequências

Para avaliação da sensibilidade do instrumento, procedemos à análise de frequências para todos os itens, no sentido de verificar se todas as categorias de resposta estavam representadas na nossa amostra (tabela 13).

Na tabela 13 verificamos que todas as categorias de resposta se encontravam representadas em todos os itens, evidenciando que os itens singulares têm sensibilidade para distinguir os participantes. Verificamos ainda que a maior percentagem de indivíduos centrou as suas respostas nas categorias “satisfeito” e “muito satisfeito”. No entanto, na maior parte dos itens da dimensão “material de apoio” as respostas que prevaleceram foram “muito insatisfeito” e “insatisfeito”.

3.3.1.2. Medidas de tendência central e de dispersão

Efetuamos uma avaliação geral de cada um dos itens avaliados no questionário, nomeadamente a média, respetivo desvio padrão e coeficiente de variação. Os resultados obtidos encontram-se representados na tabela 14.

Verificamos que as médias das respostas dadas pelos inquiridos se encontram entre 2.41 e 4.41. Os itens que apresentam uma média mais elevada focam-se na dimensão “comunicação verbal”, os itens das dimensões: “comunicação-não verbal”, “empatia”, “respeito” e “resolução de problemas” também apresentam médias elevadas, ao contrário dos da dimensão “material de apoio” que apresentava médias de respostas mais baixas, mostrando assim uma satisfação mais baixa nesta dimensão.

O coeficiente de variação é uma medida relativa de dispersão, utilizada para comparar, em termos relativos, o grau de concentração em torno da média, é uma medida adimensional, isto é, sem unidade de medida, podendo ser expressa em termos decimais ou percentuais (multiplicando por 100). Dizemos que uma distribuição é homogênea quando a variabilidade relativa expressa pelo coeficiente de variação, não ultrapassar a 30%. O CV forneceu-nos a homogeneidade de cada um dos itens, a maioria tem homogeneidade <30%, exceto na dimensão respeito um dos itens RP3 tem 40%

de CV e os itens da dimensão material de apoio são todos superiores a 30%, sendo o mais elevado de 59%.

Tabela 13: Análise das frequências dos itens do instrumento construído e aplicado

		1	2	3	4	5	N/A
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Comunicação verbal (CV)	CV1	4 (1.1)	20 (5.7)	30 (8.6)	153 (44.0)	127 (36.5)	14 (4.0)
	CV2	4 (1.1)	19 (5.5)	38 (10.9)	154 (44.3)	119 (34.2)	14 (4.0)
	CV3	3 (0.9)	3 (0.9)	22 (6.3)	161 (46.3)	129 (37.1)	25 (7.2)
	CV4	3 (0.9)	5 (1.4)	15 (4.3)	173 (49.7)	145 (41.7)	6 (1.7)
	CV5	4 (1.1)	9 (2.6)	62 (17.8)	162 (46.6)	110 (31.6)	1 (0.3)
	CV6	7 (2.0)	28 (8.0)	66 (19.0)	130 (37.4)	112 (32.2)	4 (1.1)
Comunicação não-verbal (CNV)	CNV1	4 (1.1)	28 (8.0)	46 (13.2)	170 (48.9)	100 (28.7)	0 (0.0)
	CNV2	5 (1.4)	34 (9.8)	63 (18.1)	149 (42.8)	97 (27.9)	0 (0.0)
	CNV3	2 (0.6)	10 (2.9)	40 (11.5)	181 (52.0)	114 (32.8)	1 (0.3)
	CNV4	3 (0.9)	32 (9.2)	73 (21.0)	130 (37.4)	109 (31.3)	1 (0.3)
Empatia (E)	E1	8 (2.3)	19 (5.5)	47 (13.5)	166 (47.7)	108 (31.0)	0 (0.0)
	E2	15 (4.3)	50 (14.4)	76 (21.8)	127 (36.5)	72 (20.7)	6 (1.7)
	E3	3 (0.9)	17 (4.9)	68 (19.5)	174 (50.0)	85 (24.4)	1 (0.3)
	E4	3 (0.9)	21 (6.0)	76 (21.8)	165 (47.4)	82 (23.6)	1 (0.3)
Respeito (R)	R1	3 (0.9)	14 (4.0)	36 (10.3)	159 (45.7)	136 (39.1)	0 (0.0)
	R2	1 (0.3)	17 (4.9)	49 (14.1)	157 (45.1)	119 (34.2)	4 (1.1)
	R3	2 (0.6)	11 (3.2)	49 (14.1)	168 (48.3)	114 (32.8)	4 (1.1)
	R4	4 (1.1)	24 (6.9)	49 (14.1)	149 (42.8)	121 (34.8)	1 (0.3)
Resolução de problemas (RP)	RP1	8 (2.3)	53 (15.2)	32 (9.2)	103 (29.6)	96 (27.6)	54 (15.5)
	RP2	2 (0.6)	22 (6.3)	55 (15.8)	160 (46.0)	81 (23.3)	27 (7.8)
	RP3	30 (8.6)	93 (26.7)	50 (14.4)	103 (29.6)	62 (17.8)	9 (2.6)
Material de apoio (MA)	MA1	109 (6.3)	121 (34.8)	34 (9.8)	46 (13.2)	16 (4.6)	19 (5.5)
	MA2	71 (20.4)	121 (34.8)	42 (12.1)	73 (21.0)	28 (8.0)	12 (3.4)
	MA3	49 (14.1)	86 (24.7)	43 (12.4)	103 (29.6)	37 (10.6)	29 (8.3)
	MA4	60 (17.2)	99 (28.4)	43 (12.4)	79 (22.7)	40 (11.5)	25 (7.2)

Legenda: 1=Muito Insatisfeito; 2=Insatisfeito; 3=Nem satisfeito, nem Insatisfeito; 4=Satisfeito; 5=Muito Satisfeito; N/A=Não Aplicável

Tabela 14: Análise descritiva de cada um dos itens avaliados no instrumento aplicado

		Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Comunicação verbal (CV)	1. Explicação dada do seu problema de saúde	4.21	0.95	0.22
	2. Explicação do seu plano de tratamento/intervenção	4.17	0.95	0.22
	3. Informação de como vai tomar a medicação	4.41	0.82	0.18
	4. Comunicação de quando tem novo exame/tratamento ou consulta	4.35	0.74	0.17
	5. Linguagem acessível	4.06	0.84	0.20
	6. Explicação do exame/tratamento ou intervenção a que o estavam a submeter	3.93	1.03	0.26
Comunicação não-verbal (CNV)	1. Contacto visual quando falaram consigo	3.96	0.92	0.23
	2. Atenção dispensada	3.86	0.98	0.25
	3. Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam	4.14	0.78	0.18
	4. Apoio dos profissionais de saúde	3.90	0.99	0.25
Empatia (E)	1. Simpatia	4.00	0.93	0.23
	2. Empatia (os profissionais colocaram-se no seu lugar)	3.60	1.15	0.31
	3. Cuidado dispensado pelos profissionais de saúde	3.93	0.85	0.21
	4. Compreensão	3.88	0.88	0.22
Respeito (R)	1. Tratamento personalizado (pelo seu nome)	4.18	0.84	0.20
	2. Respeito (quando falou sobre os seus problemas de saúde)	4.12	0.86	0.20
	3. Resposta (às suas questões sobre o seu problema de saúde)	4.13	0.82	0.19
	4. Respeito pela sua intimidade	4.04	0.94	0.23
Resolução de problemas (RP)	1. Alteração das datas de exames, consultas ou tratamentos perante a sua impossibilidade de comparecer no dia agendado	4.12	1.34	0.32
	2. Resolução de problemas que surgiram	4.09	1.00	0.24
	3. Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento	3.29	1.33	0.40
Material de apoio (MA)	1. E-mail fornecido (para contactar se necessitasse de alguma informação ou apoio)	2.41	1.44	0.59
	2. Relatório fornecido (com o que se passou no exame, consulta ou tratamento)	2.72	1.39	0.51
	3. Resumo em papel de como vai tomar a medicação	3.23	1.50	0.46
	4. Plano do seu tratamento	3.04	1.53	0.50

3.3.2. Validade fatorial de constructo

A análise fatorial analisa as correlações entre os itens para verificar se esses itens medem uma ou mais variáveis no nosso caso, dimensões. Não é uma técnica, é uma família de técnicas (Hill & Hill, 2009).

Começamos por avaliar a adequação da análise fatorial nos nossos dados. A análise fatorial mostrou-se adequada uma vez que a esfericidade foi rejeitada pelo teste de Bartlett com um valor de $p < 0,001$ para um nível de significância de $\alpha = 0,05$ e valor de KMO que ascendeu a 0,926 que pode ser adjetivado como um valor excelente relativamente à adequação da técnica utilizada (Pestana & Gageiro, 2000). Sumariamente, formulamos o problema de análise fatorial e identificamos as variáveis a serem analisadas. Construímos uma matriz de correlação dessas variáveis, e escolhemos método de análise fatorial. Decidimos o número de fatores a serem extraídos e qual o método de rotação. Interpretamos a correlação dos itens com as componentes dimensões rodadas. Na tabela 15 apresentamos as correlações dos itens com as dimensões rodadas pela rotação ortogonal Varimax. Seleccionamos um número de fatores (6 fatores) equivalente ao número de dimensões distribuídas no instrumento construído.

Tabela 15: Correlações dos itens com as dimensões rodadas (rotação ortogonal Varimax)

	Dimensões					
	1	2	3	4	5	6
CV2	0.804					
CV3	0.770					
CV1	0.750					
CV4	0.677					
CV5	0.568	0.438				
CV6	0.504		0.413			
CNV1			0.826			
CNV3			0.772			
CNV2			0.771			
CNV4		0.449	0.562			
E4		0.741				
E2		0.712				
E3		0.708				
E1		0.631				
R2					0.786	
R3					0.729	
R4					0.694	
R5					0.568	
RP1						0.856
RP2						0.763
RP3						0.520
MA5				0.850		
MA4				0.849		
MA3				0.843		
MA2				0.738		
% Variância explicada	14.824	13.181	12.620	12.420	10.331	7.862
% Cumulativa de variância explicada	14.824	28.005	40.625	53.045	63.377	71.238

Legenda: CV=Comunicação verbal; CNV=Comunicação não-verbal; E=Empatia; R= Respeito; RP=Resolução de Problemas; MA= Material de Apoio

A análise fatorial permitiu-nos identificar uma solução de seis dimensões que explicam 71,238% da variância total.

3.3.3. Fiabilidade do instrumento

A fiabilidade corresponde à necessidade de assegurar que os resultados obtidos numa replicação do estudo sejam idênticos. A medida de uma variável é fiável se for consistente. (Hill & Hill, 2009). Avaliamos a fiabilidade através da consistência interna, do cálculo da correlação item-total de cada item, cálculo do coeficiente alfa de Cronbach para os 25 itens avaliados no questionário, alfa de Cronbach se item for excluído (tabela 16) e análise da consistência interna (alfa de Cronbach) para cada uma das dimensões (tabela 17).

Tabela 16: Análise da consistência interna dos 25 itens (todos os itens)

		Correlação Item-total	Alpha de Cronbach se item for excluído
Comunicação Verbal	1.Explicação dada do seu problema de saúde	0.606	0.925
	2.Explicação do seu plano de tratamento/intervenção	0.627	0.924
	3.Informação de como vai tomar a medicação	0.574	0.925
	4.Comunicação de quando tem novo exame/tratamento ou consulta	0.486	0.926
	5.Linguagem acessível	0.628	0.925
	6.Explicação do exame/tratamento ou intervenção a que o estavam a submeter	0.686	0.923
Comunicação Não Verbal	1.Contacto visual quando falaram consigo	0.615	0.925
	2.Atenção dispensada	0.710	0.923
	3.Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam	0.643	0.925
	4.Apoio dos profissionais de saúde	0.722	0.923
Empatia	1.Simpatia	0.672	0.924
	2.Empatia (os profissionais colocaram-se no seu lugar)	0.648	0.924
	3.Cuidado dispensado pelos profissionais de saúde	0.688	0.924
	4.Compreensão	0.704	0.923
Respeito	1.Tratamento personalizado (pelo seu nome)	0.495	0.926
	2.Respeito (quando falou sobre os seus problemas de saúde)	0.615	0.925
	3.Resposta (às suas questões sobre o seu problema de saúde)	0.594	0.925
	4.Respeito pela sua intimidade	0.616	0.924
Resolução de problemas	1.Alteração das datas de exames, consultas ou tratamentos perante a sua impossibilidade de comparecer no dia agendado	0.406	0.929
	2.Resolução de problemas que surgiram	0.595	0.925
	3.Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento	0.387	0.29
Material de apoio	1.E-mail fornecido (para contactar se necessitasse de alguma informação ou apoio)	0.453	0.928
	2.Relatório fornecido (com o que se passou no exame, consulta ou tratamento)	0.494	0.927
	3.Resumo em papel de como vai tomar a medicação	0.496	0.927
	4.Plano do seu tratamento	0.552	0.926
Alfa de Cronbach (todos os itens do instrumento) - 25 itens - 0.928			

Os valores da correlação item-total variam entre 0.387 e 0.722, havendo uma prevalência de valores de correlação forte e moderada, todos eles apresentam uma correlação positiva. O valor de alfa de Cronbach ($\alpha=0.928$) indica que a consistência interna assume uma fiabilidade excelente (Hill & Hill, 2009).

Tabela 17: Análise da consistência interna (alfa de Cronbach) das dimensões

	Alfa de Cronbach
Dimensão Comunicação verbal	0.879
Dimensão Comunicação não-verbal	0.896
Dimensão Empatia	0.878
Dimensão Respeito	0.824
Dimensão Resolução de problemas	0.669
Dimensão Material de apoio	0.874

Os valores de alfa de Cronbach de cada dimensão variam entre (0.669 e 0.896), indicam que a consistência interna em cada uma das dimensões do instrumento em estudo assume uma fiabilidade que varia de fraca a boa (Hill & Hill, 2009). Sendo de considerar que só a dimensão “Resolução de problemas” tem uma fiabilidade fraca, todas as outras dimensões têm boa fiabilidade.

No instrumento que construímos, acrescentamos uma questão global, na qual pedimos ao inquirido que avaliasse a satisfação global para cada uma das dimensões da comunicação, assumindo a mesma escala já apresentada (1=Muito Insatisfeito; 2=Insatisfeito; 3=Nem satisfeito, nem Insatisfeito; 4=Satisfeito; 5=Muito Satisfeito; N/A=Não Aplicável). Os valores da análise da consistência interna avaliada através do item-total estão na tabela 18.

O valor de alfa de Cronbach ($\alpha=0.854$) para as dimensões que avaliam a satisfação global das dimensões, sem itens, indica que a consistência interna assume uma boa fiabilidade (Hill & Hill, 2009). Avaliamos a correlação do score total de cada uma das dimensões com a avaliação global de cada dimensão (tabela 19).

Tabela 18: Análise da consistência interna da Satisfação Global de cada uma das dimensões

		Correlação Item-total
Satisfação Global	Comunicação Verbal	0.665
	Comunicação Não-verbal	0.661
	Empatia	0.714
	Respeito	0.713
	Resolução de problemas	0.545
	Material de apoio	0.594
Alfa de Cronbach – Satisfação Global		0.854

Tabela 19: Resultados dos valores da correlação do score total de cada uma das dimensões com a dimensão geral de cada dimensão

Correlação	Satisfação Global CV	Satisfação Global CNV	Satisfação Global E	Satisfação Global R	Satisfação Global RP	Satisfação Global MA
Score Total CV	0.747**					
Score Total CNV		0.790**				
Score Total E			0.788**			
Score Total R				0.702**		
Score Total RP					0.614**	
Score Total MA						0.584**

Legenda: CV=Comunicação verbal; CNV=Comunicação não-verbal; E=Empatia; R= Respeito; RP=Resolução de problemas; MA= Material de apoio.
 p<0.01

Como se pode verificar as correlações, todas elas são estatisticamente significativas apresentam um coeficiente positivo e bastante elevado, conferindo, assim, uma alta credibilidade do instrumento construído e aplicado.

Para além das correlações do score total de cada uma das dimensões com a dimensão global de cada dimensão, avaliamos a correlação do score total dos 25 itens pertencentes ao instrumento com o score total de cada uma das dimensões (tabela 20). As correlações variam entre 0.633 e 0.808, mostrando-se estatisticamente significativas e com um bom coeficiente.

Tabela 20: Resultado da correlação do score total dos 25 itens das dimensões com o score total de cada uma das dimensões

Correlação	Score Total (CV)	Score Total (CNV)	Score Total (E)	Score Total (R)	Score Total (RP)	Score Total (MA)
Score Total (25 itens do questionário)	0.808*	0.807**	0.816**	0.763**	0.654**	0.633**

Legenda: CV=Comunicação Verbal; CNV=Comunicação Não-verbal; E=Empatia; R= Respeito; RP=Resolução de Problemas; MA= Material de Apoio.
 p<0.05 ; p<0.01

Numa abordagem geral calculamos o score geral assumindo o somatório de todas as questões relativas à satisfação global de cada uma das dimensões do questionário. Deste Score geral foi calculada a correlação desta variável com a variável Score total (somatório dos 25 itens do questionário). Esta correlação, estatisticamente significativa, apresentou-se positiva e forte, com $r=0.834$ (Hill & Hill, 2009).

O instrumento construído e validado neste estudo para “avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde” é composto por 31 itens subdivididos por 13 grupos diferentes: seis dimensões que caracterizam um conjunto de aspetos de comportamento na comunicação, relacionados entre si, com itens que caracterizam e avaliam cada uma das dimensões e seis dimensões globais, com o mesmo nome que as anteriores mas sem itens, daí nomeámo-las como globais e ainda incluindo os dados sociodemográficos (Anexo I)

3.3.4. Efeito em cada uma das variáveis correspondentes aos dados sócio-demográficos da amostra no questionário aplicado que construímos e validamos

Avaliamos cada uma das dimensões para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde no questionário aplicada à nossa amostra, em função do sexo, do tipo de inquirido, da área de residência, da idade e das habilitações literárias

Após avaliação empírica da distribuição de cada uma das dimensões que compõe o instrumento, foi avaliada a análise da normalidade das variáveis em estudo para determinar o teste de hipóteses mais adequado. Para avaliar a diferença entre os grupos efetuamos, o teste t para amostras independentes

para testar o efeito do sexo (Feminino/Masculino), tipo de inquirido (Utente/Acompanhante) e área de residência (Rural/Urbana). Por outro lado, na medida em que as restantes variáveis são categorizadas em mais do que duas classes foi aplicado o teste One Way ANOVA.

Relativamente à variável sexo, analisamos as médias e desvios padrão de cada dimensão e respetivo valor de significância (tabela 21). Verificamos que todas as dimensões do instrumento em estudo não sofrem qualquer efeito desta com exceção da dimensão “Respeito” que se apresenta assumindo diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 21: Resultados das médias e desvios padrão de cada componente do instrumento em função do género e respetivo valor de significância

	Sexo		p
	Feminino \bar{x} (s)	Masculino \bar{x} (s)	
Comunicação verbal	4.21 (0.70)	4.13 (0.73)	0.326
Comunicação não-verbal	4.00 (0.77)	3.87 (0.87)	0.164
Empatia	3.86 (0.80)	3.83 (0.88)	0.770
Respeito	4.17 (0.65)	4.00 (0.81)	0.045*
Resolução de problemas	3.84 (0.92)	3.80 (1.05)	0.709
Material de apoio	2.91 (1.22)	2.71 (1.31)	0.192
Score Total	3.86 (0.61)	3.75 (0.71)	0.155

\bar{x} = média; (s) = desvio padrão

*p<0.05 ponderar por legenda da média e desvio padrão

Analisamos as médias e desvios padrão de cada dimensão em função do tipo de inquirido, e respetivo valor de significância (tabela 22). No que diz respeito a esta variável somente a “Comunicação não-verbal” apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 22: Médias e desvios padrão de cada dimensão do instrumento em função do tipo de inquirido e respetivo valor de significância.

	Tipo de inquirido		P
	Utente \bar{x} (s)	Acompanhante \bar{x} (s)	
Comunicação Verbal	4.17 (0.72)	4.36 (0.57)	0.133
Comunicação Não Verbal	3.93 (0.80)	4.24 (0.76)	0.022 [*]
Empatia	3.82 (0.83)	4.04 (0.73)	0.119
Respeito	4.09 (0.70)	4.27 (0.71)	0.150
Resolução de problemas	3.82 (0.95)	3.90 (1.05)	0.626
Material de Apoio	2.84 (1.26)	2.94 (1.18)	0.656
Score Total	3.80 (0.65)	3.99 (0.61)	0.094

\bar{x} = média; (s) = desvio padrão

^{*}p<0.05

Analisamos médias e desvios padrão de cada dimensão do instrumento em função da área de residência e respetivo valor de significância. Apresentamos resultados na tabela 23.

Tabela 23: Médias e desvios padrão de cada dimensão do instrumento em função da área de residência e respetivo valor de significância.

	Área de residência		P
	Urbana \bar{x} (s)	Rural \bar{x} (s)	
Comunicação Verbal	4.17 (0.72)	4.30 (0.68)	0.181
Comunicação Não-verbal	3.91 (0.81)	4.24 (0.75)	0.004 ^{**}
Empatia	3.78 (0.82)	4.21 (0.71)	<0.001 ^{**}
Respeito	4.09 (0.70)	4.25 (0.72)	0.121
Resolução de problemas	3.78 (0.98)	4.12 (0.79)	0.014 [*]
Material de Apoio	2.81 (1.25)	3.13 (1.32)	0.080
Score Total	3.78 (0.65)	4.04 (0.61)	0.007^{**}

\bar{x} = média; (s) = desvio padrão

^{*}p<0.05 ; ^{**}p<0.01

Quando estabelecemos comparações entre inquiridos de áreas de residência diferentes percebemos que existem diferenças na classificação das componentes “Comunicação Não-verbal”, “Empatia”, “Resolução de Problemas” e no “Score Total”.

A tabela 24 apresenta a comparação de cada dimensão do instrumento em função da idade dos inquiridos.

Tabela 24: Comparação de cada dimensão do instrumento em função da idade e habilitações literárias

	Idade	Habilitações literárias
	p	p
Comunicação Verbal	0.415	0.009**
Comunicação Não Verbal	0.139	0.025*
Empatia	0.098	0.036*
Respeito	0.473	0.016*
Resolução de problemas	0.053	0.014*
Material de Apoio	0.491	0.331
Score Total	0.423	0.001**

*p<0.05 ; **p<0.01

Comparando cada dimensão do instrumento em função da idade, esta não apresenta qualquer tipo de diferença em nenhuma das componentes que constituem o instrumento em avaliação. Na avaliação do efeito da variável habilitações literárias verificámos que todas as componentes apresentavam diferenças estatisticamente significativas com a exceção da componente “Material de Apoio”.

Numa tentativa de conhecer quais os grupos que efetivamente se mostram significativamente diferentes no que diz respeito à variável Habilitações literárias foi realizado um teste de comparações múltiplas. Existem vários testes *post-hoc* para comparações múltiplas de médias, embora não exista consenso sobre qual dos testes é o mais apropriado, de um modo geral o teste de Tuckey é um dos mais robustos a desvios à normalidade e homogeneidade das variâncias, para amostras grandes (Maroco, 2007). Os resultados estão apresentados na tabela 25.

Tabela 25: Teste de comparações múltiplas da componente “Score Total” em função das habilitações literárias

		Habilitações literárias	p
Score Total	Até 4ª classe	5º - 9º ano	0.157
		9º - 12º ano	0.977
		Curso médio	0.996
		Curso superior	0.639
		Mestrado/Doutoramento	0.592
	5º - 9º ano	9º - 12º ano	0.548
		Curso médio	0.866
		Curso superior	0.001**
		Mestrado/Doutoramento	0.071
	9º - 12º ano	Curso médio	1.000
		Curso superior	0.200
		Mestrado/Doutoramento	0.358
	Curso médio	Curso superior	0.568
		Mestrado/Doutoramento	0.483
	Curso superior	Mestrado/Doutoramento	0.965

*p<0.05 ; **p<0.01

Os inquiridos que pertencem ao grupo “5º - 9º ano” têm uma avaliação diferente dos inquiridos que responderam ao instrumento que tiveram frequência no ensino superior.

Capítulo IV

Discussão de Resultados e Conclusões

Neste espaço de discussão, após a apresentação dos resultados, surge o momento de sistematizar as principais contribuições desta dissertação e analisar se os objetivos propostos foram alcançados.

Para facilitar a discussão de resultados, à semelhança do capítulo III dos resultados, esta discussão foi dividida em três partes. Adicionalmente, são apresentadas algumas limitações do estudo bem como direções futuras.

Na primeira parte discutimos as questões levantadas com a revisão da literatura(para a construção de instrumento), procuramos refletir sobre a informação que esta nos forneceu. Na segunda parte as questões levantadas do método de Delphi modificado em 3 rondas, pontos fortes e fracos desta metodologia e resultados e na terceira parte as questões levantadas à validação estatística do instrumento construído. Por último, as limitações desta investigação, bem como direções futuras, para a investigação no domínio da avaliação da comunicação.

O objetivo principal deste estudo, foi construir e validar um instrumento que avaliasse a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde. Embora o interesse pela comunicação na saúde seja crescente e emergente, a tarefa de construir e validar este instrumento foi complexa, os instrumentos existentes na literatura, avaliam diferentes variáveis, utilizam procedimentos e protocolos diferentes entre eles, o que associado à falta de validade da maioria, torna difícil a credibilidade e comparação dos resultados dos diferentes estudos (Boon & Stewart, 1998).

4.1. Revisão da Literatura para construção de Instrumento

A revisão da literatura forneceu-nos o estado da arte no estudo da avaliação da comunicação com profissionais da saúde.

A análise de conteúdos relevantes na área da comunicação em saúde revelou-nos que a natureza, as dinâmicas, os contextos e as consequências do diálogo profissional de saúde-utente constituem uma temática central no âmbito dos cuidados, qualidade e satisfação do utente na saúde. Lamentavelmente a quantidade de publicações na área da comunicação, nem sempre se traduz em coerência e qualidade (Hulsman et al., 1999; Cegala & Broz, 2002; Schofield & Butow, 2004), a ponto de Schofield e Butow (2004) terem classificado a literatura de caótica. O que talvez se deva à complexidade da comunicação do profissional de saúde com o utente (Salmon & Young, 2009).

A satisfação do utente com a comunicação, tem sido avaliada preferencialmente nas díades médico-utente ou enfermeiro-utente, não encontramos trabalhos que avaliassem a satisfação do utente na

comunicação com os profissionais de saúde, entenda-se, todos os profissionais de saúde de uma instituição. Compreendemos que a equipa do sistema de saúde e de cada instituição é representada por todos os profissionais de saúde quando comunicam com o utente. Embora não tenhamos encontrado nenhum estudo que tivesse avaliado esta generalização de incluir todos os profissionais de saúde na avaliação da comunicação com o utente, encontramos dois artigos que ressaltam a importância da qualidade da comunicação no contexto da saúde e referem, um deles que a qualidade da comunicação na saúde, não é direcionada somente para a díade assistente e assistido mas sim a uma variedade de profissionais que compõem a equipa multidisciplinar da instituição, que oferecem uma maior atenção e complexidade ao contacto e tratamento. Desta forma, o vínculo do utente dá-se com toda a rede de profissionais que com ele interagem (Muller, 2009).

Segundo Skinner em 1978 referindo-se à comunicação eficiente menciona que, embora cada grupo profissional tenha encontros comunicacionais diferentes e com características próprias, a comunicação eficiente é uma característica individual, humana, dinâmica, e independente do tamanho ou complexidade.

Na literatura, a eficácia da comunicação tem sido medida através de indicadores como a informação prestada, a satisfação verbalizada pelo utente, e os níveis de ansiedade dos mesmos (Gremigni, Sommaruga, & Peltenburg, 2008). Imensos estudos dão também relevância à comunicação centrada na paciente (PCC) definida como a matriz de comunicação e comportamentos que podem melhorar a qualidade da saúde e relação fornecedor de serviços, utente (Stewart, 2001 ; Beach & Inui, 2006). Neste trabalho avaliamos a satisfação do utente com a comunicação, porque é cada vez maior a importância, dada à satisfação do utente com a comunicação com profissionais de saúde (Ledford, Ledford, & Childress, 2012) e porque o relacionamento passivo do utente relativamente aos profissionais de saúde, está a mudar necessariamente para uma forma cada vez mais participativa, aos mais variados níveis de exigência dos serviços de saúde, Ao avaliarmos a satisfação estamos a determinar o resultado com a comunicação na perspetiva dos utentes (Coyle & Sculco, 2003).

Os resultados obtidos indicaram que para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, envolvendo um conjunto de aspetos do comportamento, na comunicação tanto aspetos cognitivos como emotivos existiam seis dimensões (comunicação verbal, comunicação não-verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e material de apoio). Para além disso geramos 101 itens, que pesquisamos também na literatura. A maioria das dimensões e itens que encontramos nos artigos pesquisados e escolhidos como referência, foi escolhida por peritos (Labarere J, 1999; Gasquet, Villemintot, Estaquio, Durieux, & Ravaud, 2004), o que nos deu maior credibilidade na escolha.

Embora o presente estudo tenha como suporte outros estudos existentes na literatura, não se poderá estabelecer uma relação direta com outros resultados, por variadas razões. Não encontramos na literatura nenhum instrumento, que avalie a satisfação do utente na comunicação com profissionais de

saúde, a literatura apontou alguns instrumentos que avaliam a comunicação ou satisfação do utente com diferentes grupos de profissionais de saúde.

Não encontramos na literatura, uniformidade na escolha das dimensões para avaliar ou caracterizar a comunicação dos profissionais de saúde com o utente.

Não existia na literatura consenso quanto às abordagens metodológicas para avaliar a comunicação dos profissionais de saúde com o utente.

Explanadas as razões pelas quais os resultados deste estudo não podem ser comparados diretamente com os resultados de outros estudos existentes na literatura será pertinente discutir os principais resultados obtidos no que diz respeito á dimensionalidade deste construto: Dimensão comunicação verbal. Neste contexto foram valorizados os comportamentos comunicacionais que implicavam, a linguagem, a explicação e informação falada tal como referiram (Rowland-Morin & Carroll, 1990; Rosenthal, 1978) estes comportamentos são básicos para a comuniação verbal. Dimensão comunicação não-verbal, nesta dimensão foram valorizados os comportamentos comunicacionais que incluíam o contacto visual, a atenção, concordância dos gestos e atenção dispensada dos profissionais de saúde ao utente (Roter, Richard, Frankel, Hall, & Sluyter, 2006; Griffith III, Wilson, & Langer S., 2003) Dimensão empatia, esta dimensão valorizamos os comportamentos comunicacionais que têm a ver com a empatia, compreensão, simpatia e cuidado (Derksen, Bensing, & Lagro-Janssen, 2013). Dimensão respeito, nesta dimensão foram valorizados os comportamentos comunicacionais que têm a ver com o tratamento personalizado, respeito pela intimidade , respeito pelos problemas do utente. Dimensão resolução de problemas, nesta dimensão valorizamos os comportamentos comunicacionais que tinham a ver com informação do tempo previsto aos utentes, alterações de datas e resolução de problemas em geral (Beaulieu, et al., 2011). A sociedade atual é extremamente competitiva e exigente nos horários, assim um bom planeamento e organização podem fazer a diferença na forma de comunicação Dimensão material de apoio, aqui valorizamos os comportamentos comunicacionais documentos escritos e meios de comunicação que a auxiliam o facto de existir uma forma objetiva de validar a informação leva a que o utente possa rever, e partilhar a informação com outros familiares ou cuidadores, uma vez que se sabe que a comunicação oral leva a perda de informação, podendo existir prblemas de memória. Além disso cada um de nós tem o predomínio de uma forma de aprendizagem o que leva a que os documentos sejam um forma complementar podendo comtemplar a os auditivos, visuais e cinestésicos (Bho & Mason, 2006). Para Everett Rogers, “Comunicação em saúde é qualquer tipo de comunicação humana cujo conteúdo está interessado em saúde”, acreditamos com este trabalho contribuir um pouco para melhorar a comunicação profissional de saúde – utente e em última análise a saúde.

4.2. Método de Delphi

Embora existam outros métodos que facilitam o consenso entre especialistas (Fink, Kosecoff, Chassin, & Brook, 1984) (Jones & Hunter, 1995). O Delphi é uma técnica muito poderosa para procurar respostas para as perguntas adequadas (Gordon, 1994).

Tem inúmeras vantagens: A força principal do Delphi é a sua capacidade para explorar, fria e objetivamente, as questões que requerem consenso (Altschuld, 2003).

Não há necessidade dos participantes em geral peritos, profissionais ocupados e de diferentes áreas geográficas se encontrarem (Ferri, Prince, Brayne, Brodaty, & Fratiglio, 2005). Os participantes são geralmente contactados por correio eletrónico, o que facilita a investigação Internacional e é económico (Marsden, Dolan, & Holt, 2003) Supera o problema dos uns poucos ou alguns dos especialistas dominarem as discussões (Charlton, Patrick, Matthews, & West, 1981).

A escolha do método de Delphi modificado foi uma boa escolha. A utilização de um processo de Delphi modificado é adequado e útil se houver informações básicas disponíveis (Kerlinger, 1973).

No entanto o método não está isento de deficiências metodológicas significativas, em destaque em numerosos trabalhos. Baixas taxas de respostas – Embora alguns trabalhos falem no absentismo de respostas, neste estudo não tivemos esse problema, os 25 peritos nacionais que convidamos para o nosso painel estavam interessados em participar responderam 24 na primeira ronda, 24 na segunda ronda e 22 na terceira ronda, uma das nossas opções de escolher 3 rondas foi devido aos múltiplos feedbacks inerentes ao conceito e utilização deste método, a baixa taxa de resposta aumenta quatro vezes mais quando quatro inquiridos são enviados aos mesmos peritos (Witkin, 1995).

4.3. Validação e Fiabilidade do instrumento construído

Relativamente à validação e estudo das qualidades métricas do questionário, recorreremos ao estudo da sensibilidade, da fiabilidade e da validade de constructo. Os resultados alcançados para a sensibilidade dos resultados, todas as categorias de resposta encontraram-se representadas em todos os itens. Análise estatística descritiva - As médias das respostas ao questionário variam entre 2.41 e 4.41. Os itens que apresentam média mais elevada encontram-se na dimensão comunicação verbal, embora todos os itens tenham médias elevadas. As médias mais baixas, mostrando insatisfação, são representadas pela dimensão material de apoio. Isto quererá dizer que os utentes se encontram insatisfeitos com o material de apoio que existe nas instituições inquiridas, este dado é

corroborado pela literatura (Kountz, 2009). Quanto aos coeficientes de variação dos itens, estes são maioritariamente <a 30% revelando ser homogêneos, na dimensão respeito um dos itens RP3 tem 40% de CV e os itens da dimensão material de apoio são todos superiores a 30%, sendo o mais elevado é 59%, obviamente a distribuição não deixa de ser homogênea para valores maiores do que 30% mas vai perdendo o grau de homogeneidade à medida que o coeficiente aumenta (Amón, 1993). Para a validade fatorial do construto, a análise fatorial permitiu-nos identificar uma solução de seis dimensões que explicam 71% da variância total. Para a fiabilidade dos resultados, os valores da correlação item-total variam entre 0.387 e 0.722, havendo uma prevalência de valores de correlação forte e moderada, todos eles apresentam uma correlação positiva. O valor de alfa de Cronbach ($\alpha=0.928$) indica que a consistência interna assume uma fiabilidade excelente (Pestana & Gageiro, 2000).

Apesar da convincente evidência, que a comunicação em saúde pode facilitar ou inibir a promoção da saúde e promover o bem-estar geral dos utentes, é difícil determinar, o que torna a comunicação efetiva ou não (Adler & Rodman, 2006), com esta investigação pensamos ter acrescentado um instrumento à avaliação da satisfação do utente com a comunicação dos profissionais de saúde.

4.3.1. Diferenças de género, tipo de inquirido, área de residência, idade e habilitações académicas

Em primeiro lugar, verificámos que, na nossa amostra, o género não tem qualquer impacto em nenhuma das dimensões com exceção da dimensão respeito. A dimensão respeito parece ser entendida de modo diferente entre o género masculino e feminino. No que diz respeito ao tipo de inquirido a dimensão comunicação não-verbal apresenta diferenças estatisticamente significativas. O inquirido utente ou acompanhante evidenciam diferenças na dimensão comunicação não-verbal. Existem diferenças nas dimensões comunicação não-verbal, empatia e resolução de problemas na área de residência. A idade não tem qualquer impacto em nenhuma das dimensões que constituem este instrumento.

Os inquiridos que pertencem ao grupo das habilitações literárias do 5º ao 9º ano têm uma avaliação diferente dos inquiridos do grupo do ensino superior. Na avaliação do efeito da variável habilitações literárias verificámos que todas as dimensões apresentavam impacto com exceção da componente “Material de Apoio”.

Em conclusão, acreditamos que este trabalho, adicionou riqueza e conteúdo à temática da comunicação na saúde, com a definição de dimensões e itens. O instrumento construído demonstrou possuir todas as qualidades psicométricas desejáveis, sendo, portanto, considerado válido e conter fiabilidade excelente Assume-se pois, que o critério máximo do ERGHO- *European Group on Health outcomes* e de acordo com Meadows, Bentzen e Touw-Otten (1997) foi atingido com a equivalência de conteúdo, de construção e de critério conseguidas neste instrumento.

A construção e validação deste instrumento anuncia um importante contributo, para a avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde.

4.4. Limitações do estudo

Ao longo deste estudo constatamos que o tempo disponível para operacionalizar o projeto constituiu uma limitação por ser exíguo, principalmente no processo de validação, o tempo da aplicação do instrumento e conseqüente recolha de dados.

4.5. Direções futuras

Os utentes são especialistas das suas próprias vidas e cada vez mais responsabilizados pela sua saúde. A responsabilidade sem as devidas ferramentas de avaliação e mudanças de comportamento produz frustração e insatisfação, poder-se-ia implementar este instrumento no sistema nacional de saúde para avaliar a satisfação do utente com a comunicação dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde são fontes de credibilidade pelo seu conhecimento das questões da saúde e doença. Podem ser agentes efetivos de mudanças de comportamento nos utentes. Os esforços para melhorar a comunicação consistem em geral apenas em conselhos no sentido de comunicar efetivamente ou estar mais atentos às necessidades dos utentes. Talvez a razão para a ausência de abordagens mais concretas a este problema seja a ideia que a comunicação é uma característica inata. Sendo assim, a inclusão de valências de comunicação em todos os cursos médicos e paramédicos, é uma proposta e uma necessidade.

Ministrar cursos de comunicação nas instituições do SNS, aos profissionais, alguns há algum tempo afastados da formação de base ou permanente, é outra proposta que julgamos pertinente. A investigação atual demonstra que, tanto os estudantes como os profissionais de saúde, necessitam melhorar as suas competências comunicacionais.

Torna-se, assim necessário que, como refere (Silverman, Kurtz, & Draper, 2005), as competências comunicacionais deixem de ser encaradas como um elemento periférico da educação dos profissionais de saúde e que, em definitivo, sejam criados programas específicos.

Traduzir este instrumento, e avalia-lo noutras culturas, A disponibilidade de questionários em diferentes línguas facilita a comparação de resultados com diferentes estudos e permite a recolha de dados fiáveis e transculturais.

Estudos futuros deverão ampliar a compreensão para melhor entendimento das dimensões da comunicação interpessoal na saúde. Estudos feitos não só por profissionais de saúde mas peritos e investigadores da comunicação interpessoal.

Queremos ressaltar por último, que apesar do instrumento proposto ter sido validado e apresentar fiabilidade excelente, ele ainda pode vir a ser melhorado em estudos futuros, não existem instrumentos definitivos e perfeitos.

Referências Bibliográficas

- Aaker, D., Kumar, V., & Day, G. (1998). *Marketing Research*. New York: John Wiley.
- Abreu, J. (2007). *Quem nos faz como somos*. Lisboa: Don Quixote.
- Adler, R., & Rodman, G. (2006). *Understanding human communication*. Oxford: Oxford University Press.
- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction : What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 50 (1), 49-79.
- Al-Assaf, A., & Schmele, J. (1993). *The textbook of total quality in healthcare*. St. Lucie: Delray Beach.
- Almeida, H. (1999). *A unidade funcional de saúde- impacto nos barómetros do sistemas de saúde português*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Altschuld, J. (1993). *Delphi technique. Lecture evaluation methods: Principles of needs assessment II*. The Ohio State University, USA: Sage Publications Inc.
- Altschuld, J. (2003). *Delphi Technique*. The Ohio State: Sage Publications Inc.
- Altschuld, J., & Thomas, M. (1991). Considerations in application of modified scree test for Delphi survey data. *Evaluation Review*, 179-188.
- Amón, J. (1993). *Estadística para Psicólogos I. Estadística descriptiva*. Madrid: Edições Piramide.
- Anderson, E., & Fornell, C. (1994). *A Customer Satisfaction Research Prospectus. In Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Anderson, E., Fornell, C., & Lehmann, D. (1992). *Perceived quality, customer satisfaction, market share, and profitability*. Michigan: University of Michigan.
- Aspinal, F., Addington - Hal, I., Hughes, J., & Higginson, I. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs*, 42(4), 324-339.

- Barnes, S., Gardiner, C., Gott, M., Payne, S. C., Small, N., Seamark, D., & Halpin, D. (2012). Enhancing patient-professional communication about end-of-life issues in life-limiting conditions: a critical review of the literature. *J.Pain Symptom Manage*, 44(6), 866-879.
- Bartlett, E., Grayson, M., Barke, R., Levine, D., Golden, A., & Libber, S. (1984). The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. *Journal of Chronic Diseases*, 37(9-10), 755-764.
- Beach, M., & Inui, T. (2006). Relationship centered care research network: relationship-centered care. A constructive reframing. *J Gen Intern Med*, 21(Suppl 1), 53-58.
- Beach, M., Rote, L., Wang, Y., Duggan, S., & Cooper, A. (2006). Are physicians attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Pat Educ Couns*, 62, 347-354.
- Beaulieu, M., Haggerty, J., Beaulieu, C., Bouharaoui, F. L., Pineault, R., & Burge, F. S. (2011). Interpersonal communication from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthcare Policy*, 7(Special issue), 108-123.
- Beckman, H., Kaplan, S., & Frankel, R. (1989). *Outcome-based research on doctor-patient communication: a review*. In: Stewart MA, Roter DL, editors. *Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage Publications.
- Beebe, S., Beebe, Ivy, D., & Watson, S. (2005). *Communication: principles for a lifetime*. Toronto: Pearson.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med*, 32(11), 1301-1310.
- Bensing, J. M., Verhaak, P., van Dulmen, F., & Visser, A. (2000). Communication: the royal pathway to patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(2000), 1-3.
- Benveniste, É. (1966). *Problèmes de Linguistique Générale*. Paris: Gallimard.
- Berry, D. (2007). *Healthcare Communication: Theory and Practice*. London: Open University Press.
- Bertram, K. (1999). Improving Communication between patients and health professionals. *Social Science & Medicine*, 42(3), 389-398

- Bho, R., & Mason, H. (2006). Development and validation of a scale to assess attitudes of health care administrators toward the use of e-mail communication between patients and physicians. *Res Social Adm Pharm*, 2(4), 512-32.
- Bimbela, J., & Navarro, B. (2005). *Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación para el formador. Manual práctico*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Biscoe, G. (1997). New Directions for Health Systems. *The Helsinki Meeting*.
- Blanchet, A.(1988). Complementations et interpretations d'un interviewer dans l'entretien de recherche: leurs effets sur le discours de l'interviewé. *Psychologie Française*, 280-288.
- Boon, H., & Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35, 161-176.
- Bordenave, J. (1982). *O que é Comunicação*. São Paulo: Brasiliense.
- Bordenave, J. (2003). *O que é Participação*. São Paulo: Brasiliense.
- Bowling, A. (2001). *Research methods in health*. Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
- Brenner, M. (1985). *The analysis of situated social action: the case of the research interview*. London: Academic Press.
- Brooks, K. (1979). Delphi technique: Expanding applications. *North Central Association Quarterly*, 377-385.
- Burke, J. (1989). *Competency-based education and training*. London: The Falmer press.
- Burnard, P. (2005). *Counselling Skills for Health Professionals*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Busato, A., & Kunzi, B. (2010). *Differences in Quality of Interpersonal Care In Complementary and Convencional Medicine*. Bern: BioMed Central.
- Campos, C. (1993). Health surveys from planning perspective. *Cad. Saúde Pública*, 190-200.
- Cardoso, J. F. (1996). *Os mestres da qualidade*. Lisboa: Executive Digest.
- Carmines, E., & Zeller, R. (1991). *Reliability and validity assessment*. Newbury Park: Sage Publications.

- Carrol, J. M., & Swatman, P. A. (1999). *Structured-case: a rigorous method for building relevant theory information systems*. Deakin: School of Information Systems, Deakin University.
- Carrol, J. M., & Swatman, P. A. (2000). Structured-case: a methodological framework for building theory in information systems research. *European Journal of Information Systems*, 9(4), 235-246.
- Carter, W., Inui, T., Kukull, W., & Haight, V. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis: II. Identifying effective provider and patient behaviour. *Med Care*, 20, 550.
- Charlton, J., Patrick, D., Matthews, G., & West, P. (1981). Spending priorities in Kent: a Delphi study. *J Epidemiol Community Health*, 35, 288-292.
- Chasan-Taber, L., Schmidt, M. D., Roberts, D. E., Hosmer, D., Markenson, G., & Freedson, P. S. (2004). Development and validation of a Pregnancy Physical Activity Questionnaire. *Med Sci Sports Exerc*, 1750-1760.
- Cleary, P., & Levitan, E. (1997). *Health Care Quality: Incorporating Consumer Perspectives*. Boston: JAMA.
- Cline, R. (Janeiro de 2003). <http://www.healthcommunication.net/APHA/APHA.html>. Obtido de American Public Health Association (APHA) Health Communication Working Group Brochure.
- Comstock, L., Hooper, E., Goodwin, J., & Goodwin, J. (1982). Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *J Med Educ*, 57, 105–112.
- Coyle, N., & Sculco. (2003). Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. *The Journal of Supportive Oncology*, 1(3), 206-215.
- Cunliffe, S. (2002). Forecasting risks in the tourism industry using the Delphi technique. *Tourism* 50, 31-41.
- Custer, R., Scarcella, J., & Stewart, B. (1999). The modified Delphi technique. *Journal of Vocational and Technical Education*, 1-10.
- Cyphert, F., & Gant, W. (1971). The Delphi technique: A case study. *Phi Delta Kappan*, 272-273.
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An experimental application of Delphi method to the use of experts. *Manage Sciences*, 9(3), 458-467.

- Davis, M. (2009). A perspective on cultivating clinical empathy. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*, 76-79.
- Davis, T., Crouch, M., Wills, G., Miller, S., & Abdehou, D. (1990). The gap between patient reading comprehension and the readability of patient education materials. *J Fam Pract, 31*(5), 533-538.
- de Villiers, M., de Villiers, P., & Kent, A. (2005). The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher, 639-643*.
- Delbecq, A., Van de Ven, A., & Gustafson, D. (1975). Group techniques for program planning: A guide to nominal and Delphi processes. *Journal of Advanced Nursing, 41*(4), 376-382.
- Denzin, N. K. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract, 63*(606), 76-84.
- Direcção Geral de Saúde, *Plano Nacional de saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010. Mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2 v. I - Prioridades, 88. II - Orientações estratégicas, 216.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care How can It be assessed? *JAMA, 260*, 1743-1748.
- Dornam, T. (2006). *Experience Based Learning—Learning Clinical Medicine in Workplaces*. Manchester: Universitaire Pers Maastricht.
- Duffy, F., Gordon, G., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., . . . Langdon, L. (Jun de 2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med., 79*(6), 495-507.
- Eco, U. (1972). *Estetica e teoria dell'informazione Bompiani*. Milano: Bompiani.
- Edwards, C., & Staniszewska, S. (2000). Accessing the users perspective. *Health & Social Care in the community, 8*(6), 417-424.
- Edwards, R., Sevdalis, N., Vincent, C., & Holmes, A. (2012). Communication strategies in acute health care: evaluation within the context of infection prevention and contro. *J Hosp Infect, 1-5*.
- England, S., & Evans, J. (1992). Patients' choices and perceptions after an invitation to participation in treatment decisions. *Social Science Medicine, 34*, 1217-1225.

- Epstein, R., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C., Meldrum, S., Kravitz, R., & Duberstein, P. (2005). Measuring patient-centred communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61, 1516-1528.
- Esteves, J. P. (2011). *Sociologia da comunicação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fabienne, F. M. (2000). *O desenho da Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fachel, J., & Camey, S. (2000). Avaliação Psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha, J. A.(Org.). *Psicodiagnóstico*. *Artes Médicas*, 158-170.
- Fallowfield, L., Hall, A., Maguire, G., & Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301, 575-580.
- Ferreira, P. L. (1993). Algumas estratégias para a melhoria da Qualidade do Serviços de Saúde. *Revista crítica de Ciências Sociais*, 159-160.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., & Fratiglio, L. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-2117.
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. (1984). Consensus Methods: Characteristics and guidelines for use. *American Journal of Public Health*, 74, 979-983.
- Fishhoff, B., & Noel, T. (2010). *Communicating risks and benefits*. New Hampshire: Office of Disease, [ODPHP] Silver Spring.
- Fiske, J. (1990). *Introduction to communication studies*. Londres: Routledge.
- Fitzpatrick, R. (1991). Survey of patient satisfaction: Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-891.
- Fleck, M. P. (1999). Desenvolvimento da versão em Português do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS(WHOQOL-100). *Rev.Bras Psiquiatria*, 21(1), 9-27.
- Fornell, C. (1995). Productivity, quality, and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. *Advances in Strategic Management*, 217-29.
- Fortin, M., & Nadeau, M. (2003). *A medida em investigação. O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Frederico, M. (2000). *Princípios de economia da saúde*. Coimbra: Formasau.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *J Adv Nurs*, 30, 1167-1176.
- Garrity, T. (1981). Medical compliance and the clinician-patient relationship. A review. *Soc Sci Med*, 15, 215.
- Gaskell, G., & Bauer. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petropolis: Martin W.
- Gasquet, I., Villemintot, S., Estaquio, C., Durieux, P., & Ravaud, P. F. (2004). Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 43.
- Giacomini, M., Cook, D., & DeJean, D. (2009). Life support decision making in critical care: identifying and appraising the qualitative research evidence. *Crit Care Med*, 37(4), 1475-1482.
- Gilbert, E. (1966). Information theory after 18 years. *Science Magazine*, 320-326.
- Goldfield, N. (1994). *The use of information derived from patients*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers.
- Gordon, T. (1994). *The Delphi Method. The Futures Group: 'Scenarios', Futures Research Methodology*. New York: Millennium Project.
- Gremigni, P., Sommaruga, M., & Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. Elsevier, *Patient Education and Counseling* 71, 57-64.
- Griffith III, C., Wilson, J., & Langer S., H. S. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med*, 18, 170-174.
- Guimond, P., Bunn, H., O'Connor, A., Jacobsen, M., Tait, V., Drake, E., Elmslie, T. (2003). Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills. *Patient Educ Couns*, 50(3), 235-245.
- Gulinelli, A., Aisawa, R., Konno, S., Morinaga, C., Costardi, W., & Dumarco, R. (2004). Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em

- pacientes atendidos num hospital universitário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(1), 41-47.
- Hall, J., & Dornan, M. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*, 27, 637-644.
- Hartley, P. (1999). *Interpersonal Communication*. Londres: Routledge .
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1008-1015.
- Healthways, A. (2003). *Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century*. Phoenix: Arizona.
- Healthy, P. (2010). *Communication*. Seattle: Clearinghouse.
- Heinemann, W. (1923). *Hippocrates. On decorum and the physician*. New York: London.
- Helmer, O. (1977). Problems in futures research: Delphi and causal cross-impact analysis. *Futuros*, 17-31.
- Helmer, O., & Quade, E. (1963). An approach to the study of developing economy by operational gaming. *Rand Corporation*, 2718.
- Helmer, O., & Rescher, O. (1959). On epistemology of inexact sciences. *Manage Sciences*, 25-52.
- Henbest, R., & Stewart, M. (1990). Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract*, 7(1), 28–33.
- Hespanhol, A., Vieira, A., & Pereira, A. (2008). Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). *Rev Port Clin Gera*, 24(3), 363-372.
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Silabo.
- Hojat, M. (2007). *A Key Element in Patient-Centered Care Jefferson Scale of Physician Empathy*. New York /NY: Springer.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. R., S., Erdmann, J., Gonnella, J., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, 38, 934–941.

- Houts, P., Doak, C., Doak, L., & Loscalzo, M. (2006). The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns*, 61(2), 173-90.
- HQCI, H. Q. (2008). *Quality and Communication Improvement*. Connecticut- USA: LLC.
- Hsu, C., & Sandford, B. (2007). The Delphi technique : making sense of consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 12.
- Iloh, G., Ofoedu, J., Njoku, P., Odu, F., Ifedigbo, C., & Iwuamanam, K. (2012). Evaluation of patients' satisfaction with quality of care provided at the National Health Insurance Scheme clinic of a tertiary hospital in South- Eastern Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 15(4), 469-7.
- Institute of Medicine. (2003). *Crossing the quality chasm - A new health system for 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
- Instituto Português da Qualidade, I. (2004). *Qualidade em Saúde. MoniQuor*.
- Internal, A. B., Medicine, A. C.–A., & Medicine, E. F. (2002). Medical professionalism in the new millennium : a physician charter. *Ann Intern Med*, 243–246.
- Inui, T., Carter, W., Kulkull, W., & Haigh, V. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis I. Comparison of techniques. *Med Care*, 20, 535–549.
- Jackobson, R. (2001). *Linguística e comunicação*. S.Paulo: Culturix.
- Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Educ Couns*, 75(2), 199-204.
- Jangland, E., Larsson, J., Carlsson, M., & Gunningberg, L. (2011). Patients' complaints about negative interactions with health professionals. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1(4).
- Johnson, C. (1999). Knock - your- socks-off service. *Management, Nursing*, 30(7), 16-20.
- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Qualitative research : consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, 376-380.
- Josen, A., Siegler, M., & Winslade, W. (1998). *Etica Clínica*. Lisboa: Mcgraw-Hill.

- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Asa.
- Kaplan, A., Skogstad, A., & Girshick, M. (1949). The prediction of social technological events. *Rand Corp*, 93.
- Kaplan, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*, 27-110.
- Keegan, O., McDarby, V., & Tansey, A. M. (2003). Community involvement in A/E satisfaction survey. Available at: < <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/43559/1/3498.pdf>.
- Kerlinger, F. (1973). *Foundations of behavioral research*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Klein, E. (2005). Effective communication with patients. *Pa Nurse*, 60(4), 14-5.
- Kountz, D. (2009). Strategies for improving low health literacy. *Postgrad Med*, 121(5), 171-177.
- Kreps, G. L., Hair, D., & Clowers, H. M. (1994). The influence of human communication on health care outcomes. *American Behavioral Scientist*, 38, 248–256.
- Kreps, G., & Thornton, B. (1992). *Health communication: Theory and practice*. Waveland: Prospect Heights.
- Kunsch, & K., M. (2003). *Planeamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada*. São Paulo: Summus.
- Kurtovich, E., Ivey, S., Neuhauser, Graham, C., Constantine, W., & Barkan, H. (2010). Evaluation of a multilingual mass communication intervention for seniors and people with disabilities on Medicaid. *Health Services Research*, 45(2).
- Labarere, J., Francois, P., Bertrand, D., Peyrin, J., Robert, C., & Fourny, M. (1999). Outpatient satisfaction: validation of a French-language questionnaire: data quality and identification of associated factors. *Clin Perform Qual Health Care*, 7, 63–69.
- Landeta, J. (2006). *Current validity of Delphi method in social sciences*. Bilbao, Spain: Elsevier.
- Larsen, K., & Smith, C. (1981). Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *J Fam Pract*, 12(3), 481-488.

- Ledford, C., Ledford, C., & Childress, M. (2012). Extending Physician Reach: Influencing patient activation and behavior through multichannel physician communication. *Patient Educ Couns.*
- Leichner, P., & Perreault, M. (1990). *Développement et validation d'une échelle multidisciplinaire de satisfaction de patients de services d'hospitalisation*. Montreal: Société Canadienne de Evaluation.
- Lengnick, H., & Cynthia, A. (1995). The patient as the pivot for quality in health care. *Hospital & Health Services Administration, 25-35.*
- Lévesque, J., Pineault, R., Jeannie, L. H., Beaulieu, M. G., Darcy, A., Santor, & Beaulieu, C. (2011). Respectfulness from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthc Policy, 7*(Special Issue), 167-179.
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2003). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev., 4*, 34.
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology, 144*, 1-55.
- Linstone, H., & Turoff, M. (1975). *The Delphi Method. Techniques and Applications*. Boston: Addison - Wesley.
- Lopes, F., Seco, P., & Maia, O. (1993). Algumas Estratégias para a Melhoria Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais, 37*, 159.
- Ludwig, B. (1994). *Internationalizing Extension: An exploration of the characteristics evidence in a state university*. The Ohio State: Columbus.
- Lutz, B., & Bowers, B. (2000). Patient-Centered Care: Understanding Its Interpretation and Implementation in Health Care. Scholarly inquiry for nursing practice. *Sch Inq Nurs Pract, 14*(2), 165-183.
- Mambriani, S. (1993). *A Comunicação na relação de ajuda*. Madrid: Citadella.
- Mark, L., Knapp, A., & Hall, J. (2010). *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Boston, USA: Lyn Uhl.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.

- Marsden, J., Dolan, B., & Holt, L. (2003). Nurse practitioner practice and deployment: electronic mail Delphi study. *J Adv Nurs*, 43(6), 595-605.
- Mattelart, A., & Mattelart, M. (2002). *História das teorias da comunicação*. São Paulo: Loyola.
- Matthews, D., Suchman, A., & Branch, W. (1993). Making "connexions": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med*, 118(12), 73-77.
- Mcintyre, T., Pereira, M., Silva, N. S., Fernandes, S., Correia, M., & McIntyre, S. (2002). *A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*. Porto: Edição Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente .
- McLoughlin, P. (2002). Community specialist palliative care: experiences of patients and carers. *Int J Palliat Nurs*, 344-353.
- Mendonça, K., & Guerra, R. (2007). Development And Validation of an Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy. *Rev. bras. fisioter.*, 11(5), 369-376.
- Mercer, N. (2000). *Words and Minds- How we use language to think together*. Londres: Routledge.
- Meyrick, J. (2002). The Delphi method and health research. *Health Education*, 103, 7-16.
- Michel, W., Baker, R., Vedsted, P., Heje, H., Klingenberg, A., & Broge, B. (2006). EUROPEP 2006- Revised Europep.
- Minayo, M., Deslandes, S., Cruz, N., & Gomes, R. (2001). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. *Voices*.
- Ministério da Saúde, A. C. (2011). *Cadernos PNS- Acções e recomendações*.
- Moniz, J. L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa.
- Mookerjee, D. (2012). Mapping Interpersonal Communication between Pediatricians and Mothers: Understandings, Interdependencies and Gaps. *Indian J Pediatr*.
- Moreira, K. (2004). Promoção da Saúde. Marketing Social & Comunicação. *Revista Medicina & Saúde*, 76.
- Moreira, K. (2009). *1.º Estudo Nacional Comunicação Hospitalar em Portugal*. Lisboa: ENSP-UNL.

- MS. (2000a). Manual do PNHAH (Ministério da Saúde). Brasília.
- Muller, M. (2009). Aspectos relevantes na comunicação em saúde. *Psicologia IESB*, vol 1, nº 1, 72-79.
- Mullins, C., Sampanes, E., Kirkland, D., & Stewart, L. (2007). Managing changes to user defined standard content in clinical information systems deployed across a large complex healthcare system. *AMIA Annu Symp*, 11, 1054.
- Myhre, N. H., Ekeberg, O., & Stokland, O. (2011). Satisfaction with communication in ICU patients and relatives: comparisons with medical staffs' expectations and the relationship with psychological distress. *Patient Educ Couns*, 85(2), 237-244.
- Nelson, E. (1989). The patient judgement system : reliability and validity quality. *Review Bulletin*, 15 , 185-191.
- Neuhaus, R. L., & Kreps, G. (2010). eHealth communication and behavior change: Promise and performance. *Journal of Social Semiotics*, 20(1), 9-27.
- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais: Pergaminho, Lda.
- Oliveira, V., Refshauge, K., Ferreira, M., Pinto, R., Beckenkamp, P., Negro, . . . Ferreira, P. (2012). Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. *J Physiother*.
- OMS. (2000). *The World Health Report*.
- Ong, L., De Haes, J. H., & Lammes, F. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.*, 40(7), 903–918.
- Ota, E., Haruna, M., Yanai, H., Suzuki, M., Anh, D., Matsuzaki, M., . . . Murashima, S. (2008). *Reliability and validity of the Vietnamese version of the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ)*. Southeast Asia.
- Parasumaran, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). A multiple item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 12-40.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 5(25), 206-213.

- Pego, Z. (1998). *Qualidade dos serviços de urgência: a perspectiva dos utentes*. Coimbra: Faculdade de Economia de Coimbra.
- Pereira, M. G., & Azevedo, E. S. (2005). A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a óptica do paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(3), 153 -157.
- Pessoni, A. (2007). Comunicação para a saúde : estado da arte da produção norte -americana. *Comunicação & Inovação*.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Silabo.
- Petukhova, V. V., & Bunt, H. C. (2007). *Dimensions of Communication*. Tilburg: Tilburg University.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Pimenta, M. A. (2002). Comunicação empresarial. *Alinea*, 151.
- Pisco. (2005). Balanço de seis anos de IQS. *Qualidade em Saúde*, 2-11.
- Pisco, L. (2001). Qualidade na prestação de cuidados de saúde. *Ordem dos enfermeiros*, 3, 36-38.
- Plimpton, S., & Root, J. (1994). Materials and Strategies That Work in Low Literacy Health Communication. *Public Health Reports*. New England.
- Polistchuck, I., & Trinta, A. (2003). *Teorias da comunicação: o pensamento e a prática do jornalismo*. Rio de Janeiro: Campus.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: Myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 376-382.
- Rao, J., Anderson, L., Sukumar, B., Beauchesne, D., Stein, T., & Frankel, R. (2010). Engaging communication experts in a Delphi process to identify patient behaviors that could enhance communication in medical encounters. *BMC Health Serv Res*, 19(10), 97.
- Rice, B. (1996). Are patient-satisfaction surveys fair to doctors? *Med Econ*, 73, 55–68.
- Roberts, L., Whittle, C., Cleland, J., & Wald, M. (2012). Measuring Verbal Communication in Initial Physical Therapy Encounters. *Phys Ther*.

- Rodriguez, H., Rodday, A., Marshall, R., Nelson, K., Rogers, W., & Safran, D. (2008). Relation of patients' experiences with individual physicians to malpractice risk. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(1), 5-12.
- Rosenthal, R., & Rubi, D. (1978). Interpersonal expectancy effects: the first 345 studies. *The Behavioral and Brain Sciences*, 1, 377-415.
- Roter, D., Hall, J., & Katz, N. (1987). Relations between physicians' behaviours and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Med Care.*, 25, 437.
- Roter, D., Richard, M., Frankel, R., Hall, J., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *J Gen Intern Med*, 21, 528–534.
- Rowland-Morin, P., & Carroll, J. (1990). Verbal communication skills and patient satisfaction. A study of doctor patient interviews. *Evaluation & the Health professions*, 168-185.
- Sackett, D., & Haynes, R. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Principia.
- Santee, N. R., & Temer, A. (2011). Roman Jakobson's Linguistics: Contributions to Communication Studies. *Ciênc. Human. Educ.*, 12(1), 73-82.
- Santos, J. (2011). *Linguagem e Comunicação*. Coimbra: Almedina.
- Saúde, O. P. (2001). *Conhecer os caminhos da saúde , relatório da primavera OPSS*. Lisboa.
- Schiavo, R. (2012). Raising the Influence of Community Voices on Health Equity. *Journal of Communication in Healthcare*.
- Schofield, J. (2004). A Model of Learned Implementation. *Public Administration*, 82, 283–308.
- Schultz, D., & Schultz, S. (1992). *História da psicologia moderna*. S.Paulo: Cultrix.
- Silva, M. (2002). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. S.Paulo: Loyota.
- Silva, M. (2002). O papel da comunicação na humanização da atenção á saúde. Bioética.

- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills For Communicating With Patients*. Radcliffe Pub.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., & Novack, D. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*, 303(6814), 1385–1387.
- Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care*, 11:319-28.
- Skinner, B. (1978). *O Comportamento Verbal*. São Paulo: Cultrix.
- Smith, C., Polis, E., & Hadae, R. (1981). Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *J Fam Pract.*, 12:283.
- Smith, T., Riuz, J., & Gallo, L. (2004). Hostility . Anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *J Pers.*, 72, 1218–1270.
- Solet, D., Norvel, I. J., Rutan, G., & Frankel, R. (2005). Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med*, 80, 1094-1099.
- Squir, R. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patients' relationship. *Soc Sci Med*, 30(3), 325–339.
- Starfield, B., Cassady, C., Nanda, J., Forrest, C., & Berk, R. (1998). Consumer experiences and provider perception of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*, 46, 216-226.
- Stefanelli, M. (1999). *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. S.Paulo: Robe.
- Stewart, M. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med*, 19(2), 167–175.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.*, 152(9):1423–1433.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centered care: The patient should be the judge of patient centered care. *Br Med J*, 322, 444–445.
- Street, R., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med*, 65(3), 586-598.

- Streiff, I. (1986). Can clients understand our instructions? *18*(2), 48–52.
- Sumsion, T. (1998). The Delphi technique : an adaptative research. *British Journal of Occupational Therapy*, *61*(4), 153-156.
- Swanwick, T. (2005). Informal learning in postgraduate medical education from cognitivism to 'culturism'. *Med Educ*, *39*, 859-865.
- Takemura, Y., Liu, J. A., & Tsuda, T. (2006). Development of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with medical encounters. *Tohoku J Exp Med.*, *210*(4), 373-381.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem solving in nursing: insights from the literature. *31*(8), 842–849.
- Teixeira, R. (1997). Modelos comunicacionais e práticas de saúde . *Comunicação, Saúde, Educação* , *1*(1):7-42.
- Thiedke, C. C. (2007). *What Do We Really Know About Patient Satisfaction?* Charleston, USA: AAFP.
- Thorne, S., Harris, S., Mahoney, K., Con, A., & McGuinness, L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *54*(3), 299-306.
- Travaline, J., Ruchinskas, R., & D'Alonzo, G. (2005). Patient-Physician Communication : why and how. *105*(1), 13-18.
- Trummer, U., Muelle, R., Nowak, P., Stidl, T., & Pelikan, J. (2006). Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *61*(2), 299–306.
- Urdan, A. (2001). A Qualidade de Serviços Médicos na Perspectiva do Cliente. *Revista de administração de empresas*, *41*(4), 44-51.
- Vaitsman, J., Andrade, G., Farias, L., Medicini, M., & Nascimento, L. (2003). Projecto de Gestão da Qualidade e satisfação dos usuários em Organizações públicas de saúde. In *Instituto de pesquisa Evandro Chaves*.
- Vinagre, M., & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients emotions on satisfaction. *21* (1), 87-108.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Essays on its foundation and development*. New York: George Braziller.

- Vuori, V. (1982). *Quality assurance of health services*. Copenhagen: WWO.
- Ware, J. (1981). Research methodology : how to survey patient satisfaction. *15* , 892-899.
- Ware, J. (1983). Defining and measuring patient satisfactions with medical care. *Evaluation Program Planning, 6*, 246-263.
- Ware, J., Davies, J., Avery, A., & Stewart, A. (1994). Patient Satisfaction Questionnaire :PSQ-III. *Health Med Care Serv, 41*(2), 254-263.
- Watson, J. B. (1913). *Psychology as a behaviorist views it*. London: Psychological Record.
- Watzlawick, Beavin, & Jackson. (1976). *Pragmatics of communication: a study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. Nova Iorque: Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1971). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.
- Wedwood, B. (2002). *História concisa da linguística*. S. Paulo: Parábola.
- Wensing, M., Vedsted, P., Kersnik, J., Peersman, W., Klingenberg, H. A., Hershaw, P., . . . Kunzi, J. M. (2002). Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care , 14*(2), 111-118.
- Williams, B. C. (1991). Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Journal of Family Practice, 15*(5):480-492.
- Wissema, J. (1982). Trends in technology forecasting. *R&D Management, 27*-36.
- Witkin, B. A. (1995). *Planning and conducting needs assessment: A practical guide*. Thousand Oaks,CA: Sage Publications,Inc.
- Wolf, M. (2008). *Teorias das comunicações de massa*. Lisboa: Presença.
- Wolf, M., Putnam, S., James, S., & Stiles, W. (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J Behav Med, 3*91-401.
- Wolton, D. (2005). *Il faut sauver la communication*. Champs: Flammarion.

WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment ,Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12), 1569-1585.

Ximenes, A. M. (2009). *1.º Estudo Nacional “Comunicação Hospitalar em Portugal”*. Lisboa: ENSP-UNL.

Yin, R. (1984). *Case Study Research: Design and Methods*. Beverly Hills: Sage.

Ziglio, E., & Adler, M. (1996). *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 12(6), 371-379.

Anexo I - Questionário Avaliação da Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde

Avaliação da Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde

O presente questionário tem como objectivo avaliar a Satisfação do Utente relativamente à Comunicação dos Profissionais de Saúde. Neste questionário não há respostas certas nem erradas. Este inquérito é ANÓNIMO e CONFIDENCIAL. Não assine.

Muito obrigada pelo seu importante contributo

Face ao seu processo de tratamento (leitura óptica), este inquérito deve ser preenchido utilizando caneta ou esferográfica preta ou azul e preenchido como mostra o exemplo.

1	2	
---	---	--

Preencha assim assim não

I. Dados sócio - demográficos:

1. Está a responder a este questionário como:

- Utente Acompanhante

2. Sexo:

- Feminino Masculino

3. Idade:

- < 18 anos 18 anos - 64 anos > = 65 anos

4. Habilitações Literárias:

- Até 4ª classe 5ª - 9ª ano Até 12ª ano Curso médio Curso superior Mestrado / Doutoramento

5. Área de residência:

- Urbana Rural

6. Nº de contactos que teve com os profissionais de saúde desta instituição nos últimos 12 meses

--	--

II. Avalie a sua satisfação na COMUNICAÇÃO VERBAL com os Profissionais de Saúde, em relação aos seguintes itens:

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1. Explicação dada do seu problema de saúde	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2. Explicação do seu plano de tratamento/intervenção	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3. Informação de como vai tomar a medicação	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4. Comunicação de quando tem novo exame/tratamento ou consulta	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
5. Linguagem acessível	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
6. Explicação do exame/tratamento ou intervenção a que o estavam a submeter	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

III. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação a Comunicação Verbal

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.

- 1 2 3 4 5

IV. Avalie a sua satisfação na COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL com os Profissionais de Saúde, em relação aos seguintes itens:

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1. Contacto visual quando falaram consigo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2. Atenção dispensada	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3. Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4. Apoio dos profissionais de saúde	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

V. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação a Comunicação Não Verbal

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.

1 2 3 4 5

VI. Avalie a sua satisfação na EMPATIA com a comunicação dos Profissionais de Saúde em relação aos seguintes itens:

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1.	Simpatia	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2.	Empatia (os profissionais colocaram-se no seu lugar)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3.	Cuidado dispensado pelos profissionais de saúde	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4.	Compreensão	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

VII. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação à Empatia

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.

1 2 3 4 5

VIII. Avalie a sua satisfação no RESPEITO com a comunicação dos Profissionais de Saúde em relação aos seguintes itens:

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1.	Tratamento personalizado (pelo seu nome)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2.	Respeito (quando falou sobre os seus problemas de saúde)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3.	Resposta (às suas questões sobre o seu problema de saúde)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4.	Respeito pela sua intimidade	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

IX. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação ao Respeito na comunicação

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.

1 2 3 4 5

X. Avalie a sua satisfação na RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS com a comunicação dos Profissionais de Saúde em relação aos seguintes itens:

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1.	Alteração das datas de exames, consultas ou tratamentos perante a sua impossibilidade de comparecer no dia agendado	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2.	Resolução dos problemas que surgiram	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3.	Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

XI. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação a Resolução de Problemas

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.

1 2 3 4 5

XII. Avalie a sua satisfação com o MATERIAL DE APOIO na comunicação dos Profissionais de Saúde, relativamente aos seguintes itens:

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito. N/A = Não Aplicável

1.	E-mail fornecido (para contactar se necessitasse de alguma informação ou apoio)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
2.	Relatório fornecido (com o que se passou no exame, consulta ou tratamento)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
3.	Resumo em papel de como vai tomar a medicação	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A
4.	Plano do seu tratamento	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A

XIII. Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação ao Material de Apoio

1 = Muito Insatisfeito. 2 = Insatisfeito. 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = Satisfeito. 5 = Muito Satisfeito.

1

2

3

4

5

Comentário que ache conveniente:

Mais uma vez, OBRIGADO pela sua colaboração.