

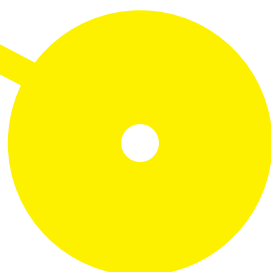
M

MESTRADO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES
RAMO: GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Comunicação em saúde: avaliação da satisfação da comunicação do utente com os profissionais de saúde

Maria José Carneiro dos Santos

10/2021





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Comunicação em saúde: avaliação da satisfação da comunicação do utente com os
profissionais de saúde**

Autora

Maria José Carneiro dos Santos

Orientadora

Professora Doutora Adriana José Veloso de Oliveira, ISCAP-IPP

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão de Organizações** – Ramo de Especialização em **Gestão de Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

"Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objecto singular, um amigo, é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda."

(Saint-Exupéry, n.d.)

Um trabalho de mestrado é uma longa viagem; pautado por alegrias e percalços pelo caminho, resultado de muitas horas de trabalho, apesar de ser um processo solitário a que o investigador está destinado. A presente dissertação contou com o apoio e incentivo de muitas pessoas indispensáveis para que o melhor rumo fosse traçado. Trilhar este caminho só foi possível com a força e energia de várias pessoas a quem passo a dedicar um especial e profundo agradecimento, dedicando-lhe este projeto de vida.

À minha orientadora, Professora Doutora Adriana de Oliveira, pela sua orientação pautada pelo rigor, saudavelmente exigido; total apoio e disponibilidade; por todo o conhecimento transmitido, opiniões e críticas oportunas, cruciais para que este trabalho se concretizasse, e sobretudo pela amizade, apoio e incentivo em todos os momentos.

Ao Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), em específico ao Dr. Xavier Barreto, diretor do serviço do Centro de Ambulatório do CHUSJ, que com muita prontidão se dispôs a ouvir-me na exposição do meu estudo, dispondo-se no que fosse necessário para a realização do respetivo. Contando ainda com a preciosa ajuda do Dr. João Logarinho que permitiu e ajudou, como profissional de ligação, na tramitação de todo o processo burocrático do estudo no CHUSJ; sem apoio de ambos não teria sido possível a execução do estudo, a quem expressei um enorme obrigado.

Quero ainda agradecer ao meu colega e amigo Dr. Filipe Ribeiro, pela sua dedicação, colaboração e disponibilidade no tratamento e análise estatística.

Ao Dr. Sérgio Moreira pela ajuda na leitura ótica dos inquéritos e toda a sua colaboração e disponibilidade prestada.

Por último, e não menos importante à minha família (Pais Maria e José, Avó Glória, Tia Laura, Irmão António, Cunhada Nídia e Marido Gustavo) que foram incansáveis nesta fase da minha vida, por todo o apoio incentivo demonstrado e sobretudo o facto de me encorajarem sempre nos momentos mais difíceis,

nunca me deixando desistir, impulsionando-me sempre a seguir em frente. A todos eles, fico eternamente grata por todo o apoio incondicional.

Não poderia também deixar de agradecer a todas as pessoas que participaram no meu estudo, que foram pilar crucial neste estudo. Um muito obrigada.

Mais uma vez, não posso deixar de agradecer a todos que colaboraram para que este trabalho fosse realizado. **MUITO OBRIGADA!**

Resumo

Este trabalho tem na sua base a temática da comunicação em saúde entre o profissional de saúde e o utente. Esta temática assume grande relevância e pertinência ser abordada, pois faz parte do plano de intervenção em saúde, uma vez que não é possível tratar de alguém sem se comunicar, garantindo, assim, a otimização de cuidados.

Nesta perspetiva, torna-se crucial que o profissional de saúde adquira um conjunto de competências comunicacionais, para que possa perceber o que lhe é transmitido, permitindo a realização de um plano ajustado e que responda às necessidades do utente e da família.

A comunicação em saúde surge, desta forma, como pilar primordial na abordagem ao doente, pois existe uma necessidade intrínseca de compreender o outro e de este compreender o profissional de saúde, tendo como indicador fundamental a avaliação da satisfação dos utentes.

Neste seguimento, define-se como objetivo principal avaliar a satisfação do utente na comunicação com profissionais de saúde. Para responder ao objetivo, adotou-se a metodologia quantitativa, os dados foram recolhidos com recurso a um inquérito por questionário que estava validado para a população portuguesa (Santos, 2013). Os dados foram recolhidos junto de 371 utentes do serviço de consultas externas no Centro Hospitalar do Norte (CHUSJ).

A análise dos dados permite concluir que os utentes apresentam elevadas frequências de satisfação com a comunicação, destacando-se que os participantes estão maioritariamente satisfeitos ou muito satisfeitos com o respeito (83.3%) seguido da comunicação verbal (83.0%). Em termos de insatisfação, verifica-se que a dimensão que reúne uma maior frequência de insatisfação ou muita insatisfação foi a dimensão resolução de problemas (8.3%).

Não se verificaram diferenças estatísticas mediante tipo de respondente (utente ou acompanhante), sexo e tipo de residência (urbano ou rural), à exceção da satisfação com a dimensão material de apoio onde os utentes do meio urbano estão menos satisfeitos do que os do meio rural. As dimensões que estão mais associadas com a satisfação global foi a empatia, seguida da comunicação não-verbal e do respeito.

Em suma, a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde apresenta-se como positiva, sugerindo-se, no entanto, ser pertinente reforçar melhorias em resposta a dimensão resolução de problemas.

Palavras-chave: Comunicação em saúde, comunicação, comunicação profissional saúde-utente, satisfação, Portugal

Abstract

This study is based on the issue of health communication between the health professional and the patient. This issue is highly relevant and pertinent to be addressed, since it is part of the health intervention plan, and it is not possible to treat someone without communicating, thus ensuring care optimisation.

From this perspective, it is crucial for health professionals to acquire a set of communication skills so that they can understand what is being transmitted, allowing for the implementation of an adjusted plan that meets the needs of the patient and the family.

Thus, communication in health emerges as a fundamental pillar in the patient's approach, since there is an intrinsic need to understand the other and for the other to understand the health professional, with the assessment of user satisfaction as a fundamental indicator.

Therefore, the main objective of this study is to assess user satisfaction in the communication with health professionals. In order to meet the objective, a quantitative methodology was adopted and data were collected using a questionnaire survey that was validated for the Portuguese population (Santos, 2013). Data were collected from 371 users of the outpatient consultation service at the Centro Hospitalar do Norte (CHUSJ).

Data analysis allowed concluding that users showed high frequencies of satisfaction with communication, with participants being mostly satisfied or very satisfied with respect (83.3%), followed by verbal communication (83.0%). In terms of dissatisfaction, the dimension with the highest frequency of dissatisfaction or very dissatisfaction was the dimension problem solving (8.3%).

No statistical differences were found by type of respondent (patient or caregiver), gender and type of residence (urban or rural), except for the satisfaction with the support material dimension, where urban patients are less satisfied than rural patients. The dimensions which are most associated with the overall satisfaction was empathy, followed by non-verbal communication and respect.

In summary, the satisfaction of users in their communication with health professionals is positive; however, it is suggested that it is pertinent to reinforce improvements in response to the problem-solving dimension.

Keywords: health communication, communication, professional health-user communication, satisfaction, Portugal

Índice

1. Introdução.....	1
Capítulo I- Enquadramento Teórico	4
2. Comunicação – breve enquadramento do conceito, processo e tipologias.....	5
2.1. Comunicação verbal, não verbal e mista.....	8
3. Comunicação em saúde – contributos para uma abordagem conceptual.....	11
4. Comunicação interpessoal profissional saúde e utente e as dimensões em estudo da comunicação em saúde.....	18
5. Satisfação no contexto da saúde.....	25
Capítulo II- Estudo Empírico	30
6. Avaliação da satisfação da comunicação utente-profissional de saúde.....	31
6.1. Problema de Investigação.....	31
6.2. Objetivos de estudo e hipóteses.....	32
6.2.1. Objetivos.....	33
6.2.2. Hipóteses.....	33
6.3. Tipo de estudo e as variáveis em estudo.....	34
6.4. Instrumento de recolha de dados.....	34
6.4.1. Resultado da consistência interna do instrumento.....	37
6.4.2. Procedimentos da administração, recolha e análise de dados.....	38
7. Amostra.....	39
8. Apresentação dos resultados.....	40
8.1. Satisfação utente-profissional de saúde face a cada dimensão e item em estudo.....	40
8.2. Satisfação utente-profissional de saúde face Satisfação Global de cada uma das dimensões.....	44
8.3. Satisfação utente-profissional de saúde face às variáveis independentes em estudo.....	45
8.3.1. Satisfação utente-profissional de saúde face ao tipo de respondente – utente ou acompanhante.....	45
8.3.2. Satisfação utente-profissional de saúde face ao sexo.....	46
8.3.3. Satisfação utente-profissional de saúde face à zona de residência – urbano e rural.....	46
8.4- Satisfação utente-profissional de saúde – correlação entre as variáveis em estudo.....	47
9. Discussão de resultados.....	48
Capítulo III- Conclusões, limitações e trabalho futuro	53

10.	Conclusão.....	54
11.	Limitações.....	56
12.	Trabalho futuro	56
13.	Referências Bibliográficas	57
14.	Anexos.....	69
	Anexo A –Questionário	69
	Anexo B – Pedido e autorização para realização da Investigação	71
	Anexo C – Consentimento Informado.....	77
	Anexo D –Autorização de utilização do questionário	78

Lista de Siglas e Abreviaturas

(α) – Alfa de Cronbach

(CHUSJ)– Centro Hospitalar Universitário São João

(CV) – Comunicação Verbal

(CNV) – Comunicação Não-verbal

(EM) – Empatia

(MA) – Material de Apoio

(OMG) – Organização Mundial da Saúde

(OMS) – Organização Mundial de Saúde

(RE) – Respeito

(RP) –Resolução de problemas

(SPSS) – Statistical Package for Social Sciences

(VD) – Variáveis dependentes

(VI) – Variáveis independentes

Índice de Figuras

Figura 1–Ato de comunicar (modelo de Lasswell)	6
Figura 2–Processo interativo de comunicação profissional de saúde – doente.....	15

Índice de Tabelas

Tabela 1–Problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os utentes	21
Tabela 2–Fornecer informação ao doente sobre o tratamento proposto	23
Tabela 3–Valores essenciais da dimensão humana base da comunicação eficaz em saúde	24
Tabela 4–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação com a Comunicação verbal com os profissionais de saúde, em relação a seis itens	35
Tabela 5–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação com a comunicação não-verbal com os profissionais de saúde, em relação a quatro itens	35
Tabela 6–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação na empatia com o profissional de saúde face a 4 itens	35
Tabela 7–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação do respeito com o profissional de saúde face a 4 itens	36
Tabela 8–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação na resolução de problemas com o profissional de saúde face a 3 itens	36
Tabela 9–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação na resolução de problemas com o profissional de saúde face a 4 itens	37
Tabela 10–Resultados da consistência interna do instrumento	37
Tabela 11–Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	40
Tabela 12–Resposta dos participantes: Comunicação Verbal.....	41
Tabela 13–Resposta dos participantes: Comunicação Não Verbal.....	42
Tabela 14– Resposta dos participantes: Empatia.....	42
Tabela 15– Resposta dos participantes: Respeito.....	43
Tabela 16– Resposta dos participantes: Resolução Problemas.....	43
Tabela 17– Resposta dos participantes: Material de Apoio.....	44
Tabela 18–Resposta dos participantes: Frequências (Satisfação Global)	44
Tabela 19– Médias e Desvio Padrão das variáveis em estudo e comparação mediante o tipo de respondente através do T-Student para Amostras Independentes.....	46
Tabela 20– Médias e Desvio Padrão das variáveis em estudo e comparação mediante o Sexo através do T-Student para Amostras Independentes.....	46
Tabela 21– Médias e Desvio Padrão das variáveis em estudo e comparação mediante a zona de residência através do T-Student para Amostras Independentes.....	47
Tabela 22– Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo.....	47

Introdução

A comunicação faz parte integrante de todas as pessoas e é considerada uma ferramenta no desenvolvimento do ser humano. É através da comunicação que o ser humano expressa as necessidades, experiências, se educa, estabelece relações. Neste sentido, comunicar pode ser entendido como um processo recíproco e não unilateral, ou seja é um processo inevitável, universal e inerente ao ser humano (Sequeira, 2016).

A comunicação é uma “condição *sine qua non* da vida humana e da origem social” (Watzlawick, Beavin & Jackson cit in Sequeira, 2016, p. 2), sendo impossível não comunicar. A comunicação tendo como objetivo a partilha, comunhão e compreensão mútua de uma ou várias mensagens, só quando há produção de significado é que se pode afirmar que o ato de comunicação se produziu entre emissor e recetor (Pereira, 2014). Neste contexto, pode-se afirmar que a “comunicação eficaz só se pode verificar se existir uma sobreposição suficiente das perspetivas do mundo do emissor e do recetor e se a linguagem utilizada tiver o mesmo significado para ambos” (Nunes, 2010, p. 136).

De referir, ainda, que a comunicação pode ser dividida em intrapessoal, interpessoal, estrutural e mass media. Atendendo ao nosso objeto de estudo, centramo-nos na interpessoal. A dimensão interpessoal tem um papel influenciador na dinâmica comunicativa e temos exemplo disso o nível de desenvolvimento em que a pessoa se encontra, as características intrínsecas à pessoa, a forma como compreende a mesma realidade, os seus próprios valores, estados emocionais, a cultura que determina a forma de pensamento e atuação, o género, o nível de conhecimento, os papéis sociais, o ambiente em que se está inserido a proximidade e a territorialidade (Sequeira, 2016; Alves, 2011). A comunicação assume, assim, não só importância no desempenho do profissional, mas também na satisfação do utente e do respetivo profissional, influenciando os resultados obtidos em saúde, tendo um papel crucial na promoção da qualidade e segurança do doente (Alves, 2011).

Sendo a comunicação “uma área transversal à sociedade, aos diversos acontecimentos de âmbito individual e/ou coletivo, é fácil assumirmos desde logo a sua relevância também na área da saúde” (Sequeira, 2016, p.87). Assim, a “comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Teixeira, 2004, p. 615) Os profissionais de saúde, no período de consulta, colocam em prática as perícias técnicas das habilidades comunicacionais, tendo impacto na satisfação do doente no que respeita à prestação de cuidados, mas também ao nível dos sintomas e dos princípios biológicos, tornando-se crucial que os profissionais reforcem a valorização da comunicação no âmbito clínico (Nunes, 2010).

Atendendo ao contexto descrito, a comunicação em saúde assume, assim, relevância para ser abordada devido à importância que desempenha no relacionamento entre o profissional de saúde e o utente, designadamente no processo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do doente; por outras palavras, a comunicação acompanha todo o processo de saúde do doente, assumindo um pilar basilar nesta conjuntura em que o objetivo principal é promover saúde (Amaral & Ramos, 2014). Elocuções que remetem também para a pertinência de ter em atenção a necessidade de avaliar a satisfação do utente. Ideia acolhida pela própria Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, aprovada pelo Despacho Ministerial n.º 14223/2009, que remete para a importância de serem estabelecidas medidas para a avaliação da satisfação do utente (Ministério da Saúde, 2009, Despacho Ministerial n.º 14223/2009). Esta ideia foi posteriormente reforçada pela Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, ao definir que o Departamento de Qualidade e Saúde deve “Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes (...)”, e promover a avaliação sistemática da satisfação”, surgindo, aqui, a importância do estudo a realizar no âmbito da avaliação da satisfação do utente no processo comunicativo com o profissional de saúde (Ministérios das Finanças e da Saúde, 2012, Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio).

O cenário elencado foi tido como justificação para a pertinência de estudar a temática, associando-se o facto de se tratar de um tema com elevado impacto social e organizacional, na medida em que irá influenciar os resultados em saúde, uma comunicação clara, acessível e eficaz conduzindo o utente à aderência aos tratamentos; assim, maior satisfação dos utentes traduz-se em melhores resultados e índices de melhor qualidade de vida e qualidade nos cuidados de saúde.

Assim, o objetivo geral deste estudo é avaliar a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde. Esta avaliação será feita a nível global e atendendo às seguintes dimensões: comunicação verbal, comunicação não verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e material de apoio; sendo que se fará uma análise ao nível da relação entre eles e, também, no que concerne às características sociodemográficas estudadas. Como objetivos específicos definiram-se 6: 1) Avaliar a dimensão mais valorizada e os itens mais valorizados em cada dimensão; 2) Avaliar a satisfação com a comunicação segundo o tipo de respondente: utente ou acompanhante; 3) Avaliar a satisfação com a comunicação de acordo com a idade; 4) Avaliar a satisfação com a comunicação segundo o sexo; 5) Avaliar a satisfação com a comunicação segundo a zona de residência; 6) Avaliar a satisfação com a comunicação segundo as habilitações literárias.

Como hipóteses de pesquisa formulou-se 5: 1) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com a comunicação segundo o tipo de respondente: utente ou acompanhante; 2) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo a faixa etária; 3) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo o sexo; 4) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo a zona de residência; 5)

Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo as habilitações literárias.

O estudo desenvolvido é de natureza quantitativa (Vilelas, 2009, p.120). Sendo as variáveis dependentes (VD) na satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, Comunicação Verbal (CV); Comunicação Não-verbal (CNV); Empatia (E); Respeito (R); Resolução de problemas (RP); Material de Apoio (MA). Como variáveis independentes (VI) temos o sexo, faixa etária, habilitações literárias, área de residente (rural ou urbano) e tipo de respondente (utente ou acompanhante).

Os dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário (Anexo A), composto por 31 itens subdivididos por 13 grupos diferentes. Com exceção do grupo I dedicado à recolha dos dados sociodemográficos, todos os restantes grupos recorrem à escala de Likert, de cinco pontos, a variar entre 1-muito insatisfeito e 5-muito satisfeito.

O instrumento está validado para a população portuguesa (Santos, 2013). De referir que no estudo por nós desenvolvido o coeficiente alfa (α) de Cronbach apresenta o valor 0,9, revelando uma excelente consistência interna do instrumento.

A amostra é construída pelos utentes e acompanhantes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que tenham frequentado as consultas externas do Serviço de Consultas do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) nos últimos 12 meses. Assim, a amostra é constituída por 371 participantes (n=371), sendo 210 considerados utentes e 161 acompanhantes.

A análise dos dados foi realizado com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS) e recorrendo-se a diferentes tipos de análises, designadamente a estatística descritiva, e a estatística inferencial (teste t Student, ANOVA inter sujeitos, Coeficiente de Correlação de Pearson).

A presente dissertação de mestrado encontra-se organizada em três partes que se cruzam: enquadramento teórico, o estudo empírico e a conclusão, limites do estudos, sugestões para trabalhos futuros. O enquadramento teórico é composto por dois pontos. Na pimeira parte é realizada a revisão de literatura sobre a definição de comunicação, comunicação em saúde e a satisfação. Na parte empírica apresenta-se a linha de investigação e estudo, assim, descreve-se o problema, objetivos, hipóteses, incluindo o tipo de estudo e metodologia, faz-se apresentação e discussão dos dados.

A dissertação termina com a conclusão, limites do estudos, sugestões para trabalhos futuros e por fim as referências bibliográficas e anexos.

Capitulo I- Enquadramento Teórico

2. Comunicação – breve enquadramento do conceito, processo e tipologias

“Comunicação eficaz só se pode verificar se existir uma sobreposição suficiente das perspetivas do mundo do emissor e do receptor e se a linguagem utilizada tiver o mesmo significado para ambos”(Nunes, 2010, p. 136)

Com origem epistemológica no latim *comunicare*, a literatura tem revelado a multiplicidade e complexidade que o signo comunicação agrega, quer no que concerne à sua significação, “tornar comum”, “partilhar”, “conferenciar”, (Porto Editora Infopédia, n.d.), quer em relação aos diferentes contextos em que a manifestação dessa denotação pode acontecer. Este pensamento pode ser lido, por exemplo, no trabalho «The concept of communications», desenvolvido por Dance (1970) na década de setenta, ou na obra «Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana», da autoria de Littlejohn (1988). A literatura mostra, também, que a comunicação é entendida como ferramenta fundamental para a sobrevivência e interação do ser humano, pelo que é impossível não comunicar, pois a comunicação é “condição *sine qua non* da vida humana e da origem social” (Watzlawick, Beavin & Jackson cit in Sequeira, 2016, p.2)

Ao fazer parte integrante do ser humano, a comunicação apresenta-se como ferramenta do desenvolvimento humano; é através dela que são expressas as suas necessidades, experiências, permite educar ou estabelecer relações (Nunes, 2019). Por isso, considera-se a comunicação um processo dinâmico, recíproco e não unilateral; um processo inevitável, universal através do qual a relação entre o ser humano é estabelecida numa procura de estabelecer relações furtivas para todos os intervenientes (Sequeira, 2016; Nunes, 2010). Por outras palavras, comunicar é “falarmos uns com os outros, é a televisão, é divulgar informação...envolve signos e códigos...comunicação é central para a vida da cultura... é transmissão de mensagens...é processo pelo qual uma pessoa afeta o comportamento ou o estado de espírito de outra,...é produção e troca de significados” (Fiske, 2002, p.13).

De acordo com modelo de Lasswell (1948) – ver figura 1 –, o processo de comunicação acontece quando estão reunidos um conjunto, indispensável, de elementos: emissor, recetor, mensagem, código, canal. Assim, a comunicação é iniciada por uma fonte, origem da mensagem, que pode surgir de um indivíduo, grupo ou instituição e que no processo é designado de emissor. Tendo por base um código, a mensagem é codificada pelo emissor que a transmite ao recetor, destinatário da mensagem, através do canal selecionado. O recetor, após descodificar a mensagem, dá feedback, elemento-chave de interação entre ambos. O processo de comunicação tem sucesso quando o recetor atribui significação à mensagem, sendo que, para isto acontecer, ambos os intervenientes têm que estar no mesmo contexto, ambiente físico, social e psicológico, e não existir ruído que corresponde às barreiras ou obstáculos em qualquer momento do processo (Yerena, 2005; Caetano, J., & Rasquilha, 2007, p.39; Monteiro, 2020).

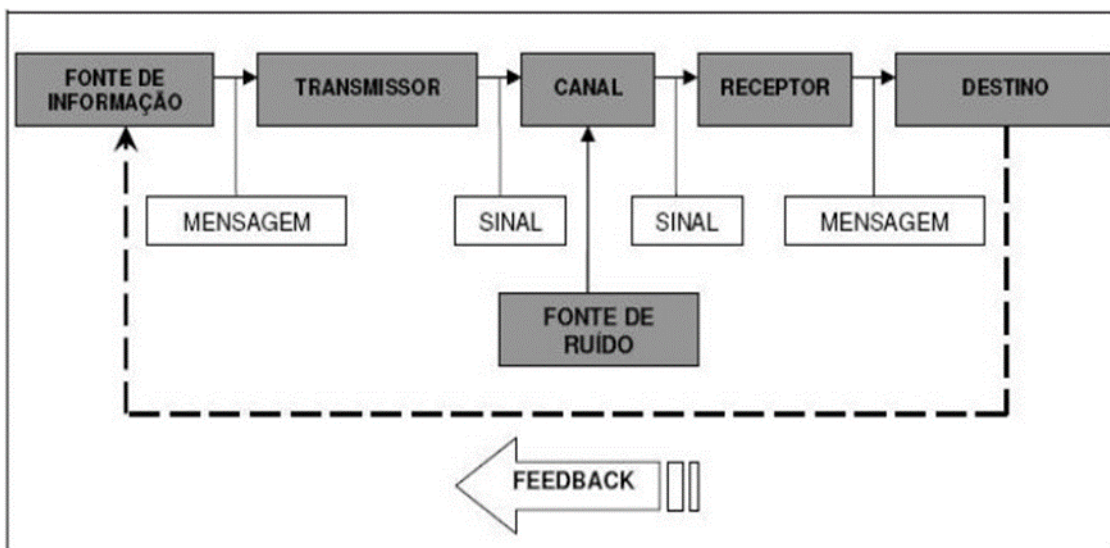


Figura 1–Ato de comunicar (modelo de Lasswell)

Fonte: (Branco, 2013, p.9)

Ainda no contexto da comunicação eficiente, nota-se como importante atender que, para uma boa comunicação e esta não falhe, devemos atender aos axiomas da comunicação definidos por Watzlawick, Beavin & Jackson (1971): é impossível não comunicar; comunicação tem dois níveis: conteúdo e relação; axioma da pontuação e sequência dos factos; comunicação é digital e analógica; interação e simétricas ou complementares (Watzlawick et al. cit in García, 2011).

Neste contexto torna-se importante salientar que a comunicação acontece ao longo de três fases: a pré-comunicação, que corresponde ao momento em que cada interveniente se prepara para o processo comunicativo; a interação comunicativa, que incide na interação entre ambos os interlocutores; e a pós-comunicação, que passa pela avaliação da comunicação e difere do tipo de pessoa e do impacto da informação (Sequeira, 2016).

O contexto do conceito de comunicação, remete-nos também, para diferentes modelos que nos leva a ler a comunicação como um ato que pode ser entendida em 4 cenários: "i) quanto ao tempo: comunicação direta ou síncrona versus comunicação diferida ou assíncrona; ii) quanto ao número: comunicação interpessoal versus comunicação de massa; iii) quanto ao espaço: comunicação presencial, face a face versus comunicação mediatizada, à distância; iv) quanto ao código: comunicação verbal, que recorre aos signos linguísticos versus comunicação não-verbal, em que se utilizam signos como gestos, movimentos, espaços, tempos, desenhos, sons, etc"(Serra, 2007, p.80).

Nesta linha de pensamento de uma relação entre dois ou mais elementos, Littlejohn (1988) descreve na sua obra a existência quatro contextos comunicacionais: «comunicação interpessoal»; «comunicação grupal»; «comunicação organizacional»; «comunicação de massas»(Littlejohn, 1988, p.206). Nesta circunstância, pode-se afirmar que a comunicação pode ser pensada em função do número de

participantes, em intrapessoal, que é uma comunicação com o próprio indivíduo; interpessoal em que a mensagem é partilhada entre dois ou mais elementos, sendo crucial no estabelecimento de relações de trabalho, amizade e sociais e esta poderá ser em grupo ou pública; estrutural que corresponde aos diferentes modos de comunicação que existe dentro de uma instituição em função dos níveis hierárquicos; e mass media que se designa pela comunicação dos diferentes meios de comunicação social. No contexto do estudo que este trabalho se propõe a realizar a tónica é colocada na comunicação interpessoal presencial.

No contexto do ato comunicativo, a dimensão interpessoal tem um papel importante como fator influenciador na dinâmica comunicativa. Temos exemplo disso, o nível de desenvolvimento em que a pessoa se encontra, pois existe um conjunto de características intrínsecas referentes à pessoa que influenciam o processo comunicativo; a perceção que é crucial, dado que a forma como a pessoa compreende a mesma realidade pode ser interpretada de forma diferente; os valores da pessoa e organização também são relevantes, pelo facto de que, o comportamento e a interação das pessoas vão variar em função dos seus valores.

Os estados emocionais também influenciam, por influírem a forma como a pessoa vai reagir a determinada situação. Soma-se, ainda, a cultura de cada um que determina a identidade, a forma como pensa, sente e atua; o género determina o resultado de aprendizagem respeitante a cada género influenciando a forma de expressar interpretar uma situação; o conhecimento também é influenciador na medida em que o nível de conhecimento determina a forma como se compreende determinado assunto; os papéis sociais é um outro fator influenciador em função do papel que cada um desempenha e vai adotar um estilo de comunicação. Outro ponto pertinente é o ambiente em que o indivíduo se insere sendo crucial na efetividade da comunicação, e, por último, a proxémia e territorialidade, na medida em que existe necessidade de haver um espaço físico que promova a segurança entre os intervenientes na comunicação (Sequeira, 2016; Alves, 2011).

Em suma, "...uma pessoa expressa suas ideias para outra através de alguma língua, e essa responde de alguma forma, é comunicação interpessoal, porque um sinal ou gesto é suficiente comunicar algo" (Yerena, Pérez, Ramirez, Hernández; 2011, p. 80). Estamos perante o conceito de comunicação definido por Phaneuf como sendo "um processo de troca, de partilha de informação e de sentimentos, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem numa linguagem verbal e não-verbal" (Phaneuf, 2001, cit. in Moreno, 2008, p.16).

É ação da comunicação interpessoal presencial, marcada pela manifestação da comunicação verbal e não-verbal ou mista, ou combinação da verbal e não-verbal em simultâneo, que é alvo de uma atenção no ponto que se segue.

2.1. Comunicação verbal, não verbal e mista

A comunicação interpessoal presencial, marcada por uma interação do emissor e receptor em simultâneo e no mesmo espaço físico, “estão sujeitos à influência de um conjunto de variáveis de carácter manifesto ou latente, que lhes determinam, ou pelo menos influenciam, a condução dos processos comunicacionais” (Dias, 2011, p.1). Este processo comunicativo pode com o recurso à palavra, comunicação verbal, ou não uso da palavra, não verbal, ou à utilização simultânea dos dois tipos de comunicação e que se designa de comunicação mista (Nunes, 2019). O processo de comunicação, designado interpessoal, não acontece com recurso apenas à comunicação verbal, com essência no uso do verbo, da palavra. Aliás, a comunicação interpessoal é marcada pela interação onde a palavra é negada e a não-verbal ganha visibilidade, de que são exemplo os gestos, as cores, os sons, as roupas ou a postura corporal (Monteiro, et al. , 2008). Assim, duas pessoas podem comunicar-se “através da fala, escrita, gestos com as mãos, mensagem enviadas através do telefone, internet e outros meios de telecomunicações que permitem assim a interação entre as pessoas a fim de algum tipo de troca informacional” (Moreno, 2008, p.16).

Quando nos referimos ao processo comunicativo torna-se importante, também, mencionar as competências comunicacionais, que correspondem aos recursos necessários para uma comunicação adequada em relação ao contexto onde se realiza (Bitti, 1997). Entre essas competências, explora-se as três disciplinas da comunicação não-verbal: cinésica, proxémica e a paralinguagem. De acordo com Littlejohn (1988), o antropólogo Ray Birdwhistell foi o “...inventor do neologismo, é considerado o pai da cinésica” com a cinésica a ser associada aos movimentos do corpo, aos gestos, à postura, às expressões faciais ou aos movimentos dos olhos (Littlejohn, 1988, p.108).

No contexto da comunicação cinésica podem ser identificados quatro tipologias de gestos: emblemas, que traduzem uma comunicação verbal direta e estão associados a questões culturais; ilustradores, que procuram enfatizar ou ilustrar uma mensagem; os adaptadores, gestos realizados em direção ao corpo ou objeto que o rodeia; os reguladores, usados como meio regulador de comportamento (Ekman, Friesen cit in Simões, 1990, pp. 183-185).

A paralinguagem é o estudo da voz e engloba as qualidades da voz, como o tom, o ritmo ou a altura; os caracterizadores vocais, como os risos, o choro ou os gritos; os qualificadores vocais, que pretende estudar a forma como as palavras ou as frases são proferidas; e, por fim, os segregadores associados aos fatores de ritmo que auxiliam no fluxo da comunicação, de que são exemplo os «hums», «hem», pausas ou interrupções de ritmo (Littlejohn, 1988).

O estudo do uso do espaço em contextos de comunicação foi protagonizado por Eduard Hall (1963), de acordo com o autor, a proxémica estuda “como o homem inconscientemente estrutura o micro espaço – a distância entre homens na condução das transações diárias, a organização do espaço em suas casas e edifícios e, finalmente, o *layout* de suas cidades” (Hall, 1963, p.1003).

Edward Hall identificou três tipos de espaço: espaço de características fixas, caracterizado por estruturas físicas inalteráveis como as paredes; características semifixas centrando-se no modo como os objetos são dispostos no espaço; e o informal, que determina a distância interpessoal entre as pessoas que pode ser caracterizada como íntima, distância pessoal, social ou pública (Hall, 1990, pp. 103-112).

Nesta linha de raciocínio, pode afirmar-se que a comunicação apresenta-se como objetivo de partilha, comunhão e compreensão mútua de uma ou várias mensagens com uma intenção específica, só quando bem interpretada e compreendida é que se pode falar em comunicação eficiente entre ambos os lados, emissor e recetor (Pereira, 2014). Neste contexto, é essencial a reunião de um conjunto de fatores, estratégias que são pilares fundamentais para que exista comunicação eficiente. Uma comunicação eficiente e fluída é crucial em qualquer meio, sendo a sua eficácia dependente do que o emissor transmite e como o recetor interpreta. No ciclo comunicacional existe um conjunto lato de fatores que influenciam, quer positivamente, quer negativamente os elementos que o constituem, afetando o que é transmitido e o que é percebido, de que podem ser exemplos os fatores semânticos, resultantes da ausência de *feedback*, distrações e percepção do outro; falta de planeamento da comunicação a fazer; o tipo de linguagem e vocabulário utilizado, que deve ter um significado comum e ser o mais claro e conciso possível; o ambiente em que a comunicação é realizada, envolvendo espaço físico, as pessoas que interagem, a sua cultura, os ruídos, a temperatura do local, a iluminação. Numa dimensão da comunicação não-verbal existem também fatores influenciadores no processo comunicativo, como a aparência, que engloba a presença corporal, a expressão facial a voz e o olhar que é avaliada por ambos os intervenientes do processo comunicativo, permitindo uma avaliação da personalidade; os gestos transmitindo o estado interior, a colocação das mãos os movimentos das pernas e dos lábios podem indicar o à vontade dos intervenientes; as posturas corporais e o contacto ocular que traduzem a atenção, abertura e interesse; a expressão facial que transmite reações do que ouvimos, vemos e sentimos, bem como a respiração que é o suporte da voz que transparece a emotividade do que está a ser transmitida e o toque que tem grande significado e impacto por possuir várias representações (Sequeira, 2016; Carvalho, 2012).

Em suma, com o auxílio do pensamento dos autores Cunha, Rego, Cunha & Cardoso (2007), pode dizer-se que entre os influenciadores no processo comunicativo estão:

“(...) diferentes quadros de referência, percepção seletiva e afetiva, não saber ouvir, falta de confiança, juízos de valor, estereótipos e preconceitos, credibilidade da fonte, problemas semânticos, diferenças culturais, barreiras físicas, arranjos espaciais, impreparação do comunicador, estilos pessoais de comunicação, filtragem, pressões de tempo, sobrecarga de comunicação, fracas primeiras impressões, género, heterogeneidade da audiência, contexto temporal, fornecimento e recebimento de “*feedback*”, emoções e características do canal (...) (Cunha, et al. 2007, p. 366-367).”

Neste seguimento, é de salientar que no processo comunicativo um fator muito importante são os estilos de comunicação a serem adotados pelos intervenientes no processo de comunicação. Nenhum estilo de comunicação é mais ou menos adequado nos diversos contextos comunicacionais, contudo deve ser adaptado em função dos objetivos que pretende atingir com a comunicação, potenciando os aspetos positivos e minimizando os negativos. Na perspetiva de que a comunicação é essencial para criar conexões e construir relacionamentos, é crucial definir e compreender os diversos estilos de comunicação, pois podem suscitar verdadeiras barreiras à comunicação (Sequeira, 2016). A literatura oferece várias tipologias de estilos pessoais de comunicação, que compreendem características próprias, entendidas através das características e comportamentos dos indivíduos. Uma das mais aludidas caracteriza-se pelo estilo assertivo, agressivo, manipulador e passivo (Waters, 1982).

A comunicação assertiva enquadra-se entre o estilo passivo e agressivo, caracterizando-se pela expressão de opiniões e ideias com firmeza e segurança, exposição da sua posição com objetividade e convicção, com base na elegância, clareza e serenidade; articula corretamente as palavras; controla o tom de voz e as emoções em situações de exceção; fala pausadamente; orienta-se por uma atitude empática e gestos moderados, mantém contacto visual e mantém uma boa expressividade facial (Tavares, 2017; Armesto et al., 2021).

No que se refere ao estilo de comunicação manipulador, este caracteriza-se por transmitir mensagens ambíguas e subjetivas, contradizendo o que diz verbalmente a sua expressão corporal; proporciona conflitos; exagera a infração transmitida pelos outros manipulando a informação; adapta a comunicação ao seu interesse com objetivo de autoproteção, evita confronto direto e influencia a outra parte, dificultando a sua credibilidade e a confiança do outro (Sequeira, 2016).

O estilo de comunicação agressivo é entendido por se manifestar em pessoas com características de elevada frustração, medo e desejo de vingança, expondo-se de forma hostil, exigente, ameaçadora e punitiva. É utilizado quando o emissor pretende dominar o canal de comunicação, não permitindo que o outro lado, o recetor, se expresse, através de estilos comportamentais de ironia, falar alto, utilizar linguagem inapropriada e deselegante (Filho & Blikstein, 2013).

E por fim, o estilo comunicação passivo como características de comportamento salienta-se a apatia de desejos, ideias e sentimentos, expressando-os de forma auto-depreciativa; dificuldade em alcançar objetivos desejados aumentando a ansiedade e sentimento de revolta do seu comportamento, procurando sempre evitar situações desagradáveis como conflitos, tensão e confrontos (Grilo, 2012).

Feita esta abordagem, no ponto que se segue será dissertado o conceito de comunicação em saúde e suas particularidades.

3. Comunicação em saúde – contributos para uma abordagem conceptual

“Sendo impossível não comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos doentes e nos outros profissionais (Nunes, 2010, p.12).”

Ao longo dos tempos, a noção de saúde tem vindo a sofrer alterações em função de épocas para épocas, de cultura para cultura e ainda de indivíduo para indivíduo. Numa fase inicial era encarada como a ausência de doença, estando apenas presente a dimensão biológica da pessoa (Alpuim, 2015). Numa visão ampla do conceito e na perspetiva da dimensão pessoal, a “Organização Mundial da Saúde (OMG) caracteriza-a não apenas como a ausência de doença ou enfermidades, mas como um estado de completo de bem-estar físico, mental e social” (Nutbeam & Kickbusch, 1998, p.1). Neste contexto, pode-se afirmar que comunicação em saúde pode ser entendida como fundamental por atuar num contexto específico, por normas particulares em função do tipo de intervenção e interação, que os profissionais de saúde utilizam, nomeadamente códigos éticos e deontológicos. Dos códigos fazem parte o sigilo profissional, confidencialidade de informação, estando ambas as partes (profissional de saúde e utente) abrangidos por um conjunto de direitos e deveres, de que são exemplo o respeito mútuo, direito ao fornecimento de informação (Sequeira, 2016). Neste contexto de especificidade, a comunicação em saúde é um pilar base indispensável nos cuidados de saúde, na educação em saúde e na sua promoção, de forma a gerar mudanças comportamentais que permitam produzir mudanças positivas, constituindo um indicador de qualidade de cuidados e sistemas de saúde assim como linhas orientadoras para a organização e gestão em saúde (Ramos, 2004; Thomas, 2006).

Para além do objetivo de promover saúde, a comunicação em saúde tem como finalidades “...educar para a saúde, evitar riscos e lidar com ameaças, prevenir doenças, sugerir e recomendar mudanças de comportamentos, recomendar exames de rastreio, informar sobre saúde e doenças, informar sobre os exames a realizar e sobre os seus respetivos resultados, receitar medicamentos, recomendar medidas preventivas e de atividades de autocuidados”(Teixeira, 2004, p.615). Neste sentido, a comunicação em saúde surge associada a um conjunto de estratégias comunicacionais capazes de auxiliar a promover a saúde junto dos indivíduos e das comunidades (Teixeira, 2004). Por outras palavras, “a comunicação em saúde visa melhorar a saúde do paciente e cuidados médicos e promover informações sobre saúde entre médicos e pacientes” (Chang, Hsu, Wang, Chang, 2019, p.1906). A comunicação em saúde está, assim, conectada à melhoria nos resultados em saúde, com o objetivo de influenciar os indivíduos e comunidade (Witiski et al., 2019). Contudo, muitas vezes, os profissionais de saúde não se dão conta do modo como as mensagens que transmitem podem influenciar o processo de saúde dos utentes (Kreps, G.L., Thornton, 1992), tornando-se, assim, necessário promover mudança de cultura, de hábitos de trabalho e de formas

de responsabilização dos intervenientes da área da saúde. Esta alteração pode passar por centrar a mudança na cidadania, capacitar o sistema de saúde para a inovação e reorientar o sistema de saúde em direção à comunidade (Lopes, 2020). Em simultâneo, o doente deve estar envolvido nas decisões individuais sobre a própria saúde, o que lhe confere um “poder” que se desenvolve através de uma estratégia de gestão da doença por parte dos membros do sector da saúde e por parte dos utilizadores; ou seja, através da gestão da doença por parte do sector de saúde e do utente, este deve ser o agente ativo nas decisões individuais sobre a sua saúde (Branco, 2013; Gilligan et al., 2017). A própria Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 04/19) refere expressamente que “...é fundamento da política de saúde as pessoas, como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde.” (base 4 alínea 2-c), bem como que “a participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde” (base 4, alínea 2-f ; base 5 alínea 1). Nesta linha de pensamento, desenha-se como relevante ter consciência de que para a comunicação em saúde ser eficaz torna-se fulcral que as partes intervenientes no processo comunicativo, utilizem uma linguagem que “o outro” possa compreender, ou seja, adaptar o seu ponto de vista, “pondo-se no seu lugar” (Ceron, 2013).

Neste contexto, o profissional de saúde ao comunicar com o paciente não pode apenas centrar-se na compreensão. O profissional de saúde deve, também atender, à passagem de conteúdo e informação, uma vez que toda a comunicação tem um sentimento associado. Neste cenário, é crucial compreender previamente e estruturar a informação que pretende transmitir, porque o que o profissional transmite está ligado ao seu historial de cultura própria, tornando-se crucial que o profissional reúna o mais possível de informação em relação ao utente (Silva, 2009). Para tal, é necessário que o profissional de saúde seja capacitado de um conjunto de características e competências interpessoais e comunicacionais, que possam estabelecer uma comunicação não-verbal, verbal oral e escrita assertiva e clara, com finalidade de promover a qualidade e segurança do doente através da comunicação eficaz em equipa e que culmina na diminuição do erro clínico e satisfação do utente (Alves, 2011; Armesto et al., 2021).

Estas asserções fazem, ainda, mais sentido se tivermos presente que comunicamos mesmo sem termos consciência de que o estamos a fazer, sendo que a comunicação produz consequências e que comunicação é “uma área transversal à sociedade, aos diversos acontecimentos de âmbito individual e/ou coletivo, é fácil assumirmos desde logo a sua relevância também na área da saúde” (Sequeira, 2016, p.87). Nesta linha de pensamento, torna-se pertinente, designadamente no contexto da saúde, que os “profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus doentes e nos outros profissionais”(Nunes, 2010, p.12). Onde esses impactos podem ser desde logo sentidos é no período da consulta, com os profissionais de saúde a colocarem em prática as perícias técnicas das habilidades comunicacionais, tendo impacto na satisfação do doente no que respeita à

prestação de cuidados, mas também ao nível dos sintomas e dos princípios biológicos, tornando-se crucial que os profissionais reforcem a valorização da comunicação no âmbito clínico (Nunes, 2010).

Nos dias de hoje, a relação profissional de saúde-utente está alicerçada na importância da promoção desta relação, pois conduz ao aumento da qualidade dos cuidados de saúde contribuindo para avanços positivos no processo de entrevista médica e por consequência, adesão ao tratamento, diminuição de sintomas físicos, aumento da satisfação do utente (Haes & Bensing, 2009). De acordo com Graber (2005), a comunicação médico/paciente é pilar fundamental no estabelecimento do diagnóstico e em particular na prevenção dos erros desta fase (Graber, Franklin, Gorden, 2005). O estudo realizado por Phillips e seus colaboradores (2004) concluiu que dos 45.345 processos judiciais por má prática nos cuidados de saúde primários nos EUA, entre 1985 e 2000, um terço tinha como fundamento o erro no diagnóstico (Phillips et al., 2004).

Atendendo ao processo de diagnóstico, Kuhn (2002) afirma que este é composto por três fases sequenciais: (1) recolha da informação durante a consulta através do diálogo com o doente; (2) Integração da informação, que passa por um processo cognitivo da parte médica, e avaliação da situação; (3) verificação do diagnóstico, que consiste na confirmação ou rejeição da avaliação inicial com fundamento nos exames complementares de diagnóstico (Kuhn, 2002).

Em relação à etapa (1) sobre a recolha da informação durante a consulta através do diálogo com o doente, estudos indicam que a história do paciente contribui entre 60 a 80% para a realização do diagnóstico (Jonathan, Kurtz; 2005), cabendo ao médico ouvir a sua história e perceber as perspetivas do utente sobre a doença. Estudos nesta área demonstram, ainda, que existe muita dificuldade na recolha de informação sobre o doente, nomeadamente sobre preocupações e expectativas dos utentes (Roter & Hall, 2006). Para tal, é crucial que seja permitido ao utente que se expresse abertamente, não regulando a quantidade de informação solicitada com a utilização de questões fechadas, não permitindo identificar todas as preocupações dos utentes. Como nos identificou Beckman e Frankel (1984) num estudo que incidiu sobre 74 visitas ao consultório e em que apenas 17 (23%) das visitas o paciente teve a oportunidade de completar sua declaração de preocupação inicial, em 51 (69%) das consultas, o médico interrompeu a declaração do paciente e direcionou as perguntas para uma preocupação específica; em apenas 1 dessas 51 visitas o paciente teve a oportunidade de completar a declaração de abertura; de referir que em 6 (8%) consultas de retorno, nenhuma solicitação foi feita (Beckman, Frankel, 1984). Não menos importante nesta fase é que o profissional de saúde compreenda a perspetiva que o utente tem sobre a sua doença/problema de saúde, bem como os sentimentos que esta desencadeou, não colocando em causa as suas descrições. De acordo com Salmon e colaboradores (2007), existe uma desvalorização dos sintomas apresentados pelos utentes quando estas não se enquadram numa explicação biomédica (Salmon et al., 2007). Estas falhas de comunicação traduzem uma diminuta troca de informação entre ambos, aumentando erro de diagnóstico.

A etapa (2) Integração da informação, que passa por um processo cognitivo da parte médica, e avaliação da situação, consiste na adequação da informação às necessidades de cada utente contribuindo para aumentar a sua satisfação (Ley, 1988). Muitos profissionais fornecem informação de forma insuficiente, de forma ambígua e utilizam linguagens técnicas constituindo outra barreira à transmissão e entendimento da informação, verificando-se mesmo em casos com um nível razoável de literacia (Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher, Rowlands, 2009; Melo, 2005). A clareza no discurso do profissional de saúde e as suas afirmações são pilares que estão na base da compreensão e de os utentes levar a cabo as recomendações dos profissionais de forma adequada (Ley, 1988). Mishra e seus colaboradores (2006) indicam que comunicação ineficaz na explicação da medicação e o tempo despendido pelo profissional de saúde com o utente estavam diretamente ligadas à não adesão à terapêutica (Mishra, Hansen, Sabroe, Kafle, 2006; Souza, Gomes, Sá, Mattos, Pimentel 2020).

A etapa (3) verificação do diagnóstico, que consiste na confirmação ou rejeição da avaliação inicial com fundamento nos exames complementares de diagnóstico. Kuhn, (2002) refere o facto dos serviços de saúde serem descentralizados e segmentados fomentando um percurso do utente nos diversos serviços de saúde e contacto com diversos profissionais de saúde um processo um pouco complexo. Não deixando nesta fase, o pilar comunicação estar em destaque, pois falhas a este nível poderá levar a procedimentos inadequados e ineficazes com possíveis efeitos negativos para o doente, promovendo a insatisfação e incompreensão dos utentes (Scalise, 2006; Woods, 2006). De uma forma muito sucinta, pode-se afirmar que o profissional de saúde responsável pelo exame de diagnóstico deve promover sempre a comunicação clara, organizada, direta, recorrer à complementação da informação oral com a escrita, para que a informação seja compreendida, promovendo o seu envolvimento ativo no processo e adaptando a sua comunicação à necessidade do utente (Sanderson et al., 2017). Este cenário é pertinente, porque é crucial que o utente perceba e seja esclarecido sobre tratamento ou exames a que vai ser submetido, nomeadamente como se processa, quais os possíveis sintomas e qual a finalidade da sua realização, designadamente informando, também, quando e onde deve comparecer e que preparação deve anteriormente realizar. A criação de uma relação de empatia é crucial para que o utente se sinta mais à vontade, tranquilo e seguro, sendo importante que o profissional de saúde se mostre disponível na necessidade de eventual contacto pós- procedimento. Neste contexto, é de máxima importância que a comunicação seja eficaz, permitindo ao utente memorizar a informação transmitida. Uma técnica utilizada neste conjuntura, como se pode verificar na figura 2, consiste no pedido de repetição da informação, para que o profissional reconheça falhas na compreensão incentivando a expor as suas dúvidas para que sejam clarificadas e adequadas ao utente (Schillinger et al., 2003).

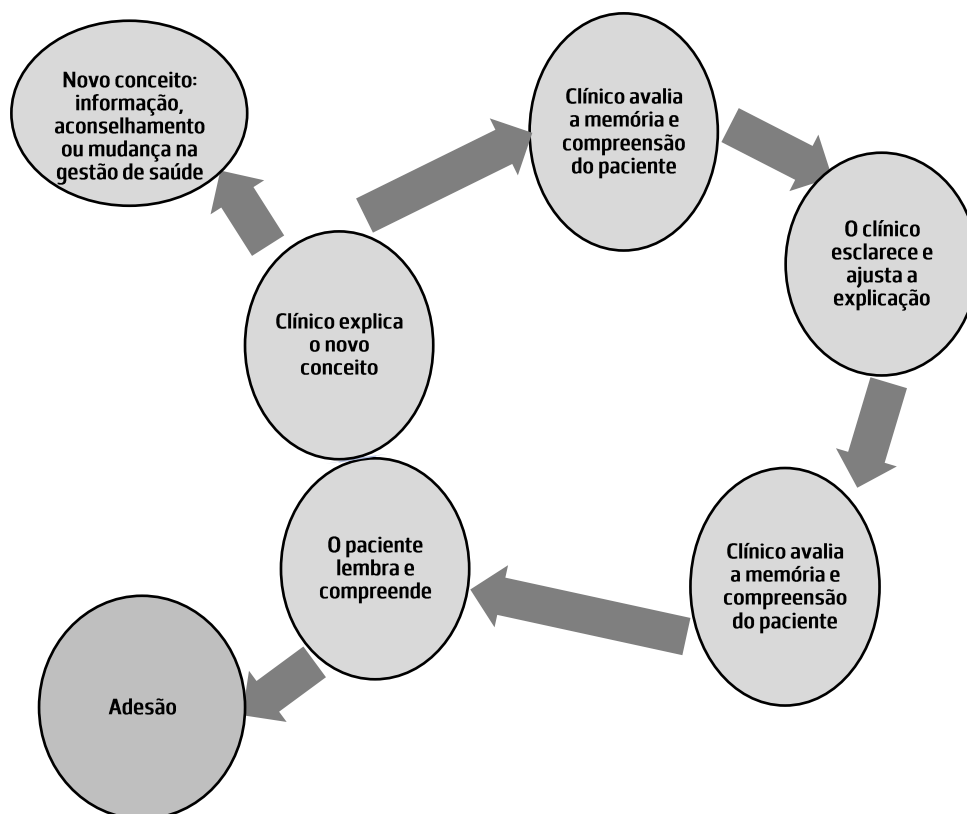


Figura 2–Processo interativo de comunicação profissional de saúde – doente

Fonte: adaptado de (Schillinger et al., 2003)

A qualidade destas fases está associada à qualidade de comunicação, porque erros na primeira fase influenciam todo o processo e compromete a segurança do doente (Santos, Andrade, Gomes, 2010; Haes & Bensing, 2009). É nesta perspetiva que Roter e Hall defendem que a comunicação em saúde deve fundamentar-se nos seguintes princípios de acordo com o que anteriormente foi elencado: (1) a comunicação deve atender à necessidade do paciente de contar a história da sua doença e a necessidade do médico de o ouvir; (2) a comunicação deve refletir as particularidades conhecimento e *insight* que o paciente possui sobre seu estado físico e bem estar; (3) a comunicação deve refletir e respeitar o relacionamento entre o estado mental de um paciente e sua experiência física de doença; (4) a comunicação deve maximizar a utilidade da experiência do médico; (5) a comunicação deve reconhecer e atender às emoções conteúdo da comunicação; (6) a comunicação deve refletir abertamente princípio da reciprocidade, em que o cumprimento das expectativas é negociado; (7) a comunicação deve ajudar os participantes a superar estereótipos papéis e expectativas, para que ambos os participantes no encontro médico tenham senso de poder e a liberdade de mudar; e (8) a comunicação deve facilitar o desenvolvimento da relação médico-paciente, porque o próprio relacionamento tem o poder de moldar os processos e resultados do atendimento (Roter & Hall, 2006). No seguimento do que foi apresentado, a comunicação em saúde não pode ser centrada no profissional de saúde, mas sim centrada no utente

respeitando o papel ativo no seu processo de saúde, doença e tratamento (Santos, Almeida, 2018; Sanderson et al., 2017).

Neste processo comunicativo é igualmente relevante atender às barreiras entre profissional saúde-utente que dificultam a qualidade do processo, designadamente a falta de formação e treino dos profissionais, devendo ser estas competências integradas na formação destes profissionais (Santos et al., 2010). Numa outra perspetiva, existem dificuldades na comunicação que se prendem com distintos aspetos, de que pode ser exemplo os seguintes: insuficiente ou excessiva técnica e imprecisa informação passada pelos profissionais saúde; falta de encorajamento dos utentes por parte de profissional para que sejam pró-ativos; a forma como abordam temas difíceis pode provocar distanciamento e mostrar desinteresse pelas preocupações dos utentes dificultando a possibilidade de se constituírem fonte de apoio; a baixa literacia também constitui uma dificuldade no processo comunicativo dificultando a compreensão relativa ao seu estado de saúde, as barreiras à comunicação, que podem ser internas (tipo linguagem, estilos comunicação...) e externas (contexto, características físicas do local...), tornando-se crucial que os profissionais de saúde estejam atentos às barreiras existentes para as minimizar (Teixeira, 2004). A não capacidade de abolição das barreiras no processo de comunicação em saúde desencadeia questões como a insatisfação dos utentes¹ em relação aos serviços prestados, erros na avaliação, comportamentos de adesão menos satisfatórios, maior dificuldade no processo de adaptação à doença, comportamentos desadequados na procura de cuidados e erros no estabelecimento de diagnóstico (Thomas, 2006). Assim, na área da saúde, a atividade preventiva assume um papel essencialmente comunicacional, sendo importante que os profissionais de saúde, de acordo com um grupo de médicos e peritos nas relações doente-médico reunidos em Bóston, assumam como principais responsabilidades as seguintes (Nunes, 2010):

- atuar com um elevado grau de competência profissional, baseado na confiança, que exige elevada capacidade de se relacionar e comunicar culturalmente através de uma relação personalizada;
- aquisição de habilidades comunicacionais, permitindo transmitir de forma mais perceptível para o utente a linguagem técnica e científica, proporcionando um bom entendimento;
- permitir ao utente que este tenha espaço e tempo para expor as suas ideias e definir prioridades estabelecendo a ideia do que é urgente;
- compreender o doente na sua globalidade, o bem-estar e a dor devem ser interpretados através das diversas especificações do contexto de cada utente;
- respeito mútuo entre profissionais de saúde, o desacordo e comportamentos de desconfiança entre os profissionais, faz estabelecer dúvidas na credibilidade e capacidade dos profissionais.

¹ Temática a desenvolver no capítulo II

Neste contexto torna-se crucial que os profissionais de saúde se dotem de elevado conhecimento nas áreas da comunicação humana e das competências comunicacionais (Servotte et al., 2019).

O Institute for Healthcare Communication (2011) afirma que existe correlação entre as capacidades de comunicação dos profissionais de saúde e as capacidades do utente seguir as recomendações a adotar na prevenção em saúde (Institute for Healthcare Communication, 2012) assumindo a comunicação em saúde um dos momentos fundamentais do atendimento hospitalar, sendo um dos pilares da prática clínica, pois permite diagnosticar, ter contacto com a realidade, é uma ferramenta terapêutica, e permite informar e partilhar experiências (Sequeira, 2016).

Neste contexto, é pertinente a escolha de estilos de comunicação capazes de proporcionar ao recetor uma descodificação da mensagem de forma clara e rápida na interação com o emissor, pelo que se requer a seleção de um estilo de comunicação que pautado pela assertividade, abertura, transparência, clareza² (Sequeira, 2016), de forma a influenciar e informar as pessoas e as comunidades no sentido de promover a saúde permitindo uma melhoria nos cuidados de saúde e por consequente aumento da satisfação dos utentes (Ramos, 2013; Teixeira, 2004). As características anteriormente elencadas remetem para o estilo de comunicação já referidos neste texto. Sendo que no contexto em estudo, o estilo assertivo, define-se como o mais adequado a ser adotado pelos profissionais de saúde, pois caracteriza-se pela organização das suas perspetivas, ideais e opiniões, bem como proporcionar aos utentes uma abertura, que permite que exponham e façam conhecer as suas necessidades (Grilo, 2012). O estilo assertivo proporciona ao profissional de saúde uma comunicação mais adequada, facilitando ao paciente a compreensão da informação que lhe é transmitida e em contrapartida aumenta mais confiança no tratamento (Ley, 1988). A comunicação implica domínio sobre o que queremos transmitir, tendo em consideração que a comunicação não se resume apenas à comunicação verbal, mas também inclui a comunicação não-verbal e mista³. E neste contexto, é pertinente referir que, na semelhança com o que acontece noutros ambientes, também no contexto da comunicação em saúde a comunicação não-verbal assume um papel de complemento da comunicação verbal, permitindo estabelecer um relacionamento mais efetivo e harmonioso. Uma das dimensões da não-verbal fundamental para os profissionais de saúde é o contacto físico, que tem de ser bem estabelecido, de acordo com a proxémica⁴ que define os espaços interpessoais, permitindo orientação para os profissionais para que deixem o espaço “pessoal” não afetado. Não menos importante é a paralinguagem, como vimos no ponto anterior estuda a forma como se expressa através da voz⁵. O silêncio também é uma das dimensões da comunicação não-verbal que mal interpretado ou utilizado poderá despoletar equívocos e mal-entendidos entre as partes e colocar em causa o tratamento

² Assunto abordado no ponto 2.1

³ Os conceitos de comunicação, verbal, não-verbal e mista estão definidos no ponto 2.1

⁴ Conceito definido no ponto 2.1

⁵ Sobre a temática ver o ponto 2.1

e resultados em saúde; o ambiente criado à volta do profissional de saúde também é crucial, pois transmite a importância que o profissional atribui ao conforto do utente (Silva, 2009).

Realizadas estas asserções, centremos de seguida a dissertação na importância da comunicação interpessoal profissional saúde/utente e as dimensões em estudo da comunicação em saúde.

4. Comunicação interpessoal profissional saúde e utente e as dimensões em estudo da comunicação em saúde

“Falar é uma necessidade, escutar é uma arte.”

(Johann Goethe, n.d.)

Sendo a comunicação em saúde uma componente básica da construção da saúde, nomeadamente no que respeita à educação, organização, mudanças e ajustes de comportamentos para atingir renovações positivas na qualidade dos cuidados e na vida e saúde das pessoas, a comunicação em saúde assume, cada vez mais, um papel preponderante nessa área, e por consequente, maior interesse de estudo (Pereira, 2019).

De acordo com Sequeira, (2016), o profissional de saúde deve reunir um conjunto de técnicas e desenvolver as diversas dimensões da comunicação para que sejam utilizadas adequadamente na construção e desenvolvimento de uma relação terapêutica com os utentes, tendo em consideração que “...todo o comportamento é comunicação e toda a comunicação afeta o comportamento” (Sequeira, 2016, p.103).

Neste sentido, existem diversos estudos que incidem sobre a avaliação da comunicação em saúde, nomeadamente na avaliação que os utentes constroem sobre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, com base na avaliação que fazem das competências comunicacionais dos profissionais que interagem (Teixeira, 2004). Como exemplo disso, salienta-se o estudo de Santos (2013), que criou o instrumento, utilizado neste estudo, para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde. De acordo com a autora (Santos, 2013), para chegarem ao instrumento de avaliação final, o processo decorreu em três ciclos de investigação: revisão da literatura, que consistiu na identificação e sistematização das dimensões e itens da comunicação em saúde; método de Delphi, que passou pela construção e validação do instrumento e, por fim, a avaliação do construto, em que procederam à análise fatorial e fiabilidade do instrumento construído (Santos, 2013). O método de Delphi “...é definido como uma atividade interativa desenhada para combinar opiniões de um grupo de especialistas para obtenção de consenso” (Oliveira, Neto, Machado, Souza, Feliciano, Ogata; 2008, p. 5),

e assenta sobre quatro pilares fundamentais: o anonimato, o uso de especialistas, a aplicação de rodadas interativas e com *feedback*, e a busca por consenso (Sáfadi, 2001).

No estudo de Santos (2013), este processo foi alterado em três rondas, através da plataforma on-line de questionários *Survey Monkey*, nas quais os especialistas modificaram e acrescentaram as diversas dimensões da comunicação até que chegaram a consenso e a versão final do questionário apresenta as seguintes dimensões: comunicação verbal; comunicação não-verbal; empatia; respeito; resolução de problemas e material de apoio.

Um grupo liderado por Makoul apresentou, em 2001, um modelo sequencial, constituído por seis elementos, considerados essenciais para a construção da relação médico-doente que se descrevem a seguir (Makoul, 2001):

- Abertura da discussão: permitindo que o utente exponha sem interrupções as suas preocupações e queixas, fomentando as suas preocupações mantendo a conexão pessoal;
- Recolha de informação: utilizar de forma adequada as questões, estruturando e sumariando a informação, dando prioridade á escuta ativa incentivando o utente a falar;
- Compreensão da perspectiva do paciente: ter em conta os fatores contextuais (família, cultura), procurando crenças e preocupações que o utente tenha em relação á doença e saber as suas expectativas respondendo às suas ideias e valores dos utentes;
- Partilha de informação: utilizar terminologia de fácil compreensão pelo utente e perceber se entendeu o que lhe foi dito proporcionando que este exponha as suas questões;
- Encontrar um plano conjunto de tratamento: encorajar o paciente a participar nas decisões; avaliar a adesão e motivação do paciente ao plano de tratamento, identificar recursos de suporte;
- Encerramento do encontro: perceber se o paciente expôs as suas preocupações, sumariar o plano de tratamento, abertura de espaço de discussão sobre o plano a seguir.

Atendendo ao pensamento de Coriolano-Marinus (2014) de que “a comunicação em saúde constitui-se um instrumento imprescindível na prática dos trabalhadores em saúde”(Coriolano-Marinus, Queiroga, Ruiz-Moreno,Lima, 2014, p. 1363), pode-se afirmar que as dimensões apresentadas enquadram-se no contexto da comunicação interpessoal, sendo de elevada pertinência contextualizar no âmbito da relação profissional de saúde-utente.

De acordo com diversos estudos, a comunicação é defendida como componente integrante do processo de humanização da assistência, tornando-se assim importante a valorização desta por parte dos profissionais de saúde para com os utentes e seus familiares (Faiman, Danesi, Rios,Zaher, 2003; Gotardo & Silva, 2005; Santos, 1998). Este pensamento surge como pertinente para que seja possível os utentes serem escutados de forma satisfatória e qualificada de forma a interagir e partilhar as suas vivências, sempre através de condutas alicerçadas e orientadas de acordo com o conhecimento dos aspetos socioeconómicos e culturais (Oliveira, 2002). Nesta perspectiva, os utentes dos serviços de saúde

procuram profissionais qualificados e envolvidos, preparados para os escutar, valorizando as suas exposições e com sentido de resolução das suas necessidades (Hernández, Ramírez, Sánchez, 2008; Oliveira et al., 2008), e que sejam fornecidas informações referentes aos seus cuidados específicos, passando também por informar os seus familiares sobre o seu plano de tratamento (Lima & Busin, 2008; Azoulay et al., 2014).

Um estudo realizado por Roberts e Bucksey (2007), no Reino Unido, sobre a comunicação verbal e não-verbal durante atendimento de profissionais de saúde, revelou que 52% compreenderam e participaram no processo de comunicação verbal, contudo entre os sujeitos que não compreenderam a comunicação verbal 84% tiveram respostas pelo olhar e 54% por estímulos terapêuticos, salientando-se assim a importância da comunicação não-verbal (Roberts & Bucksey, 2007). Alguns estudos reportam que os utentes referem que os profissionais de saúde utilizam linguagem muito técnica e científica em determinadas situações, indicando que existe informação que deveria ser fornecida por escrito, o que nem sempre acontece, existindo discrepância na informação transmitida ao utente pelos diversos profissionais. Esta situação leva a uma certa relutância e insegurança na informação transmitida pelo profissional de saúde (Araújo, Rodrigues, Rodrigues, 2008; Queiroz et al., 2007; Victor, Matsuda, Saalfeld, Évora, 2003).

No processo de comunicação, de acordo com pesquisa de Gomes & Vianna (2008), é importante que os profissionais de saúde se referiram aos pacientes pelo nome de cada um, olhar para o paciente enquanto conversa com ele, proporcionar um espaço mais de escuta do que fala e comunicar com o paciente com uma linguagem de fácil compreensão mantendo-o informado sobre os seus tratamentos e procedimentos (Gomes & Vianna, 2008).

O processo comunicativo é, assim, caracterizado por atitudes como a empatia, aceitação, sensibilidade entre ambas as partes e envolve a comunicação verbal e não-verbal, sendo pautado por clareza na transmissão da informação, estabelecimento de relação terapêutica e interesse pela outra parte (Braga & Silva, 2007; Silva, Brasil, Guimarães, Silva, 2000). É de salientar a elevada pertinência e importância que os profissionais de saúde, durante este processo, estejam atentos à comunicação não-verbal, aos diversos parâmetros utilizados, pois podem confirmar o que dizem verbalmente ou contradizê-los. Através das entrevistas realizadas a profissionais de saúde, Silva (2000) e seus colaboradores identificaram a dimensão não-verbal da comunicação como essencial para o estabelecimento de relações interpessoais (Silva et al., 2000), estando associado a esta dimensão toda a linguagem corporal, como olhar, gestos, expressão corporal, toque distancia e proximidade entre intervenientes (Santos & Shiratori, 2005).

No âmbito das relações interpessoais do exercício dos profissionais de saúde, a qualidade do encontro contribuí para a sua eficiência, nomeadamente estabelecendo uma relação empática, que passa pela compreensão e sensibilidade com os sentimentos do paciente, pois estes gostam de ser tratados de forma

personalizada e cuidadosa baseada na confiança que o profissional de saúde transmite e estabelece (Gomes & Bezerra, 2010). Hojat et al. (2002) descreve empatia como a “...capacidade de entender as experiências internas de outra pessoa e sentimentos”(Hojat, Gonnella, Nasca, MD, Vergare, 2002). De referir que a palavra empatia “deriva do alemão (*einfihlung*) ou do grego (*empathia*), significa compreender as coisas além de si mesmo” (McDonough–Means, Kreitzer, Bell, 2004, p.4). Não se pode esquecer que o desejo de ser entendido é inato à natureza humana, é base da relação interpessoal e desafio diário para os profissionais de saúde na perspectiva de responderem às necessidades dos utentes (Davis, 2009). Assim, a empatia é considerada como fator crucial e fator chave nas relações interpessoais, conduzindo à formulação do pensamento de ser entendida como base para uma boa comunicação em saúde e componente importante de profissionalismo (Barros et al., 2011). Neste cenário, passa por reconhecer o estado emocional ou situação do utente, expressando a sua preocupação, fomentando a compreensão e confiança do utente, proporcionando maior abertura por parte deste e, por consequente, maior fornecimento de informação quanto ao seu estado de saúde, levando a um melhor alinhamento entre as suas necessidades e planos de tratamento, diagnóstico mais preciso e maior aderência aos tratamentos (Derksen et al., 2013).

Esta linha de pensamento permite associar a comunicação interpessoal à capacidade do profissional de saúde entender as preocupações do paciente e explicar os seus problemas de saúde envolvendo-se na tomada de decisões (Haggerty et al., 2011). Assim, os problemas de comunicação entre profissionais de saúde e utentes podem ser definidos porque existem objetivos e finalidades diferentes a atingir (Teixeira, 2004). Exemplo do referido podem ser as questões elencadas na tabela 1, às quais os intervenientes no processo (utente/profissional de saúde) pretendem obter resposta. Estas respostas por vezes não estão em sintonia com os objetivos, cujo foco é atender às necessidades do utente, ou da transmissão de informação insuficiente e excessivamente técnica sobre os exames e tratamentos. Por isso, a informação em saúde deve ser clara e de fácil compreensão, baseada na personificação; ou seja, à medida de cada utente, adaptada ao seu nível cultural e cognitivo, pois há quem necessite de mais informação sobre o seu tratamento, há quem necessite ou pretenda menos informação e, desta forma, produzir a resultados positivos em saúde (Teixeira, 2004).

Tabela 1–Problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os utentes

Para os profissionais de saúde	Para utente
Quais são os sintomas? Que doença é esta? O que mostra o exame clínico? Qual é o diagnóstico? Que exames é necessário fazer? Quais são os resultados dos exames? Que medidas terapêuticas são necessárias? Que medidas de reabilitação são necessárias?	Porquê eu? Porquê agora? Qual a causa disto? O que é que me pode acontecer? O que é que os técnicos vão fazer comigo? O que é que isto significa para a minha vida, família e trabalho?

Fonte: (Teixeira, 2004, p.617)

Um aspeto muito relevante na díade comunicação profissional de saúde e utente é a privacidade, podendo ser distinguida em três dimensões a privacidade psicológica, social e física (Parrott, Burgoon, Burgoon, LePoire, 1989).

A privacidade psicológica é a capacidade cognitiva do utente de decidir e determinar o que diz e a quem diz as suas informações íntimas, informação inevitável para estabelecer diagnóstico e plano de tratamento eficazes. Nesta perspetiva, é crucial que o profissional de saúde respeite a privacidade do utente para que seja estabelecida uma relação de segurança e não uma invasão à sua privacidade.

A privacidade social define-se pela "...capacidade e esforço do utente para controlar os contactos sociais a fim de gerenciar interações ou manter divisões de status" (Parrott et al., 1989, p. 7). A privacidade social é limitada pelo grau de formalidade da situação ou informação a ser tratada, bem como pela linguagem utilizada durante o contacto com o profissional de saúde, como exemplo temos o comportamento dos profissionais de saúde na realização de exames de diagnóstico regidos por normas de conduta, que devem permitir estabelecer uma interação ética e profissional bem-sucedida com o paciente, de forma a não criar barreiras na relação terapêutica (Friedman, 1979).

Na privacidade física deve-se atender que um paciente está fisicamente "acessível" aos profissionais de saúde durante exames médicos, a sua privacidade física pode ser entendida como limitada. Sendo um elemento crucial na comunicação não-verbal acarreta impacto na qualidade e relação interpessoal entre profissional de saúde e o utente (Ong, Haes, Hoos, Lammes, 1995). Nestes contextos, os utentes tendem a considerar desrespeito pela sua intimidade física não dar privacidade ao utente quando se prepara para o exame; tocar no utente sem aviso prévio, ouvir conversas íntimas sem autorização (Parrott et al., 1989). Centremos de seguida a dissertação na dimensão resolução de problemas. De acordo com Taylor (2000), a dimensão resolução de problemas na comunicação é caracterizada por soluções mutuamente aceitáveis e define-se como um modelo ideal de uma relação de cuidado, havendo tendência para ser equiparada a modelos centrados no paciente. Numa outra perspetiva, Burke (1989) sugere que a resolução de problemas também pode ser vista como uma forma de gerenciar a função de trabalho de forma adequada. A dimensão de resolução de problemas inclui itens como tentar resolver o problema do paciente, lidar adequadamente com situações difíceis e controlar emoções inadequadas (impaciência) (Gremigni, Sommaruga, Peltenburg, 2008). Este pensamento também é corroborado por Urdan (2001), que através de um estudo realizado sobre construção de um instrumento para a mensuração da Qualidade Experimentada pelo Paciente (QEP) chegou a dimensões na área dos domínios técnico e interpessoal, que incluíam explicar por completo o exame e as razões a fazer pessoalmente; dar alternativas, quando elas existem para o tratamento e demonstrar disponibilidade na resolução de imprevistos durante o processo. Nesta linha, é de salientar que existe uma questão muito importante na área da comunicação em saúde no que respeita à comunicação de informações e diagnóstico do paciente, que não são transmitidos, nem sendo comum os utentes ter facilidade no acesso aos seus próprios registos médicos (Roter & Hall, 2006).

Este pensamento era já colocado na década de 70 por Shenkin & Warner (1973), pois defendiam que os utentes deviam receber cópias dos seus registos médicos (plano de tratamento, de medicação, e relatório de exames e consulta) permitindo que os utentes e profissionais de saúde estabelecessem uma partilha de informação mais produtiva, promovendo uma parceria de forma a contribuir para aumento de benefícios em saúde (Shenkin & Warner, 1973).

De acordo com Corney, (2000); Joyce-Moniz & Barros, (2005); Chan, et al., (2003), após recolher a informação sobre o doente de forma a planear o seu tratamento, deve facultar informação específica sobre o tratamento a implementar, algumas ações que devem estar presente neste contexto serão apresentadas na tabela 2:

Tabela 2–Fornecer informação ao doente sobre o tratamento proposto

-
1. Descrever e explicar o tratamento
 2. Estabelecer relações entre o diagnóstico ou patologia, a sintomatologia apresentada e a pertinência do tratamento a realizar
 3. Explicar os benefícios do tratamento
 4. Dar informações sobre os efeitos secundários do tratamento e formas de lidar com as mesmas
 5. Dar informações relativas à vivência no quotidiano durante o período em que dura o tratamento
 6. Dar instruções completas e precisas sobre a implementação do tratamento
 7. Avaliar o interesse e a capacidade do doente para cumprir o tratamento
 8. Discutir a importância do papel do doente no tratamento
 9. Averiguar se existem dúvidas sobre o que foi explicado (no final de cada bloco de informações) e mostrar total abertura para o estabelecimento de questões no decorrer do tratamento
 10. Facultar informação escrita
-

Fonte: Adaptado de Corney, 2000; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Chan, et al., 2003

No mesmo patamar apresenta-se a disponibilização de meios alternativos à presença física, para troca de informações sobre a saúde do utente, por dúvidas que surgissem pós consulta ou exame. Delbanco et al. (2004) afirma que, para além do contacto telefónico, o e-mail surge como resposta e fomenta a aproximação e confiança entre profissional e utente (Delbanco & Sands, 2004). A utilização do e-mail surge como meio capaz de estabelecer a comunicação entre profissional de saúde e utente, permite aumentar a velocidade e conveniência aos serviços médicos, como cuidar de problemas não urgentes, como revalidar prescrições, comunicar resultados de exames, agendar consultas, diminuindo assim os tempos de espera e aumentando as informações que durante as visitas médicas de outras formas não seriam abordadas (Neill, Mainous, Clark, Hagen, 1994). Num outro estudo (Fridsma, Ford, Altman, 1994), os utentes estavam satisfeitos com a possibilidade de comunicação por e-mail, porque não incomodou o profissional de saúde com a comunicação formal presencial; sendo que 51% dos utentes da clinica em estudo afirmaram que usariam o e-mail na maioria dos contactos com os profissionais da clinica (Fridsma

et al., 1994). A utilização das novas tecnologias permite um aumento de serviços especializados, mais proximidade do utente e aumento dos canais de comunicação entre o profissional de saúde-utente, surgindo não como substituição do contacto presencial, mas como um complemento (Roter & Hall, 2006). Em forma de resumo, é apresentada a tabela nº 3, que identifica os valores essenciais da dimensão humana que devem estar presentes na base da comunicação eficaz em saúde, permitindo, assim, prevenção, manutenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da doença (Rider et al., 2014). Relembra-se uma vez mais o facto de a comunicação eficaz, passar pelo núcleo de valores, melhora os resultados de saúde, qualidade do atendimento clínico e satisfação do paciente (Sutcliffe, Lewton, Rosenthal, 2004).

Tabela 3–Valores essenciais da dimensão humana base da comunicação eficaz em saúde

Cinco valores fundamentais	Valores dentro de cada categoria
<p>Compaixão Compaixão deve ser central nos relacionamentos humanos. Compaixão significa compreender a condição dos outros e comprometer-se com a cura e o cuidado necessário para melhorar a saúde e aliviar o sofrimento. Esses valores fundamentam nossos esforços para sermos compassivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de empatia • Capacidade de autoconsciência • Capacidade de gentileza • Capacidade de aceitação • Capacidade de atenção plena
<p>Respeito pelas pessoas Respeito deve ser a base de todos os nossos relacionamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito pelos pontos de vista, opiniões, desejos e crenças do paciente e de outras pessoas significativas • Respeito pelas diferenças culturais, sociais, de gênero, de classe, espirituais e linguísticas • Respeito pela autonomia • Respeito pela privacidade e confidencialidade
<p>Compromisso com a integridade e a prática ética As profissões de cura são construídas em torno da integridade e da prática ética. Devem nortear e permear todas as ações nas profissões da saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisso com a honestidade e confiabilidade • Compromisso com o bem-estar do paciente • Compromisso com a tolerância e cuidado sem julgamentos
<p>Compromisso com a excelência Devemo-nos dedicar a alcançar a excelência em todos os aspetos da saúde. Sem excelência, por mais bem-intencionados que sejam, nossos esforços para curar serão insuficientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisso em fornecer o melhor e mais eficaz atendimento (científico e psicossocial) • Compromisso com a excelência da comunicação • Compromisso com a excelência relacional • Compromisso de servir o melhor interesse do paciente

<p>Justiça na área da saúde</p> <p>Acreditamos que os profissionais de saúde devem abraçar os valores da justiça na área da saúde e se comprometer a defender e colocar esses valores em ação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Direito à saúde (informação, acesso, qualidade) • Ausência de discriminação e preconceito • Atenção aos fatores sociais, restrições e barreiras ao atendimento
---	---

Fonte: adaptado de Rider et al. (2014)

É pertinente atender que a comunicação entre os profissionais de saúde e o utente assenta sobre diversas questões, nomeadamente a clareza de informação, explicação do diagnóstico e tratamento, esclarecimento de dúvidas e disponibilidade para atendimento em situações de emergência. Estas categorias têm ganho autonomia entre as dimensões da satisfação e atenção especial no que respeita à sua mensuração (Sitzia & Wood, 1997; Williams, 1998; Rubin, 1990).

Posto isto, no ponto que se segue é abordado o conceito de satisfação.

5. Satisfação no contexto da saúde

Satisfação provém do latim “satisfacione” que significa o ato ou efeito de satisfazer, traduzindo-se no bem-estar das pessoas, através da forma de contentamento, agrado e alegria, pela realização do que pretendia (Abrantes, 2012). Hespanhol (2008), de uma forma genérica, define satisfação como o “...resultado da avaliação que uma pessoa faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas, ou seja, é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter” (Hespanhol, 2008, p.1).

No âmbito de pesquisas de satisfação em saúde, verificou-se que esta acessão era abordada principalmente por sociólogos, como Parsons e Balint considerados os principiantes no modelo de satisfação médico-paciente, fundamentando que existia uma necessidade de avaliação das necessidades dos utentes em saúde (Noronha Filho, 1990). Segundo Fitzpatrick (1997), a satisfação dos utentes em saúde tende a ser avaliada detendo como base os cuidados de saúde recebidos; sendo que estes englobam quer a componente emocional, quer a cognitivo; salientando os sentimentos de ansiedade e incertezas associados à doença e o apoio emocional recebido (Fitzpatrick, 1997). Nesta perspetiva, é crucial ouvir os utentes, pois são eles que permitem obter expectativas, prioridades e resultados desejáveis em saúde, diferentes dos profissionais de saúde (Ferreira, Luz, Valente, Raposo, Godinho, Felício, 2001) sendo um atributo importante para as áreas de planeamento, administração e investigação das instituições de saúde (Donabedian, 1988).

Neste contexto, surge como pertinente conhecer os fatores que estão na base da satisfação do utente. Laine et al. (1996) e Greeneich, Long, Miller, (1992) identificaram um conjunto de fatores base dessa satisfação que passam a ser identificados:

- características dos utentes, que englobam variáveis socio-demográficas, expectativas do encontro com os profissionais de saúde, bem como o estado de saúde;
- características dos profissionais de saúde, tais como a sua personalidade, a arte e a técnica da qualidade dos cuidados prestados;
- aspetos da relação profissional de saúde/utente, incluindo uma comunicação clara entre estes e o resultado do encontro;
- fatores estruturais e de localização, que abrangem o acesso, a forma de pagamento, o tempo de tratamento e a marcação de consultas que podem levar a sentimentos de satisfação/insatisfação.
- respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- procura constante da empatia nas interações com o utente;
- estabelecimento de parcerias com o utente no planeamento do processo de cuidados;
- envolvimento dos familiares do utente no processo de cuidados.

O conceito de satisfação pode ser abordado no âmbito de diversas teorias, nomeadamente as teorias da atitude, da discrepância, da realização da expectativa/necessidade. Sendo a teoria da discrepância, a mais utilizada no âmbito em estudo, pois permite medir a satisfação pela diferença das expectativas prévias e a experiência vivida pelos utentes (Abrantes, 2012).

No contexto conceitual de satisfação é importante atender a dimensões como acessibilidade/conveniência; disponibilidade; continuidade dos cuidados; aspetos financeiros; aspetos interpessoais e aspetos técnicos (Ware, Snyder, Wright, Davies, 1983). Apesar de cada instituição de saúde ter liberdade para dar a ênfase mais a uma dimensão do que a outra, autores referem serem dimensões relevantes na avaliação da satisfação dos utentes em relação aos serviços de saúde, tendo noção que cada vez mais esta medida torna-se fundamental para dar resposta à crescente necessidade de níveis de excelência dos serviços de saúde.

Importante salientar que, independentemente das diferentes aceções da satisfação, esta deve abordar a relação entre profissional saúde-utente⁶, destacando a perspetiva em função das expectativas e perceções dos utentes sobre os serviços de saúde, mesmo que a relação se fundamente em atitudes crenças, valores ideológicos ou éticos das partes, resultará sempre num processo de comparação e avaliação (Lopes, 1999).

⁶ Esta é a relação foco deste trabalho e que será alvo de um estudo na parte empírica desta dissertação.

A importância crescente da avaliação da satisfação do utente correlaciona-se com a sua influência sobre os resultados obtidos dos cuidados em saúde e o papel de grande importância que o utente assume, uma vez que recebe diretamente a prestação de cuidados, estando associada a satisfação à taxa de uso de cuidados de saúde, a efetividade das terapêuticas e do seu estado geral de saúde (Varela, 2017). De acordo com a lei de bases da Saúde, (Lei n.º 48/90 de 24/08) atualizada pela lei (Lei n.º 95/2019 de 04/09), a avaliação dos cuidados de saúde é uma necessidade permanente, verificando-se que a área atualmente prioritária é a avaliação das perceções e satisfação dos utilizadores face aos serviços de saúde, pois permite uma melhoria contínua dos serviços prestados. Este pensamento remete para conceção de que a satisfação é encarada como indicador de qualidade, na dimensão em que reflete as opiniões dos utentes em relação às condições ou características tanto de estrutura como de processo ou mesmo de resultados dos cuidados a que foram sujeitos (Santos, 1993). A satisfação e insatisfação do utente deve ser conhecida, sendo fonte direta e crucial da informação acerca dos tratamentos recebidos, permitindo detetar problemas nesta ordem (Vuori, 1982).

Estudos realizados no âmbito da avaliação dos influenciadores da satisfação, indicam que o meio social estabelecido na visita, através de comportamento verbal e não-verbal são os determinantes da satisfação (Hall, Roter, Blanch, Frankel, 2009). Nesta linha de raciocínio, Ley (1988), Haynes e colaboradores (1979) citado por Moreno, (2008) afirmam que os níveis de satisfação dos pacientes são influenciados pelo conteúdo dos contactos com o serviço de saúde. Conteúdo baseado nomeadamente em aspetos relacionados com a componente afetiva (compreensão); comportamental (explicações adequadas e prescrição), perceção que o utente têm relativamente à competência do profissional de saúde (encaminhamento adequado, diagnóstico). Sendo que um paciente satisfeito será mais saudável, tornando-se assim a avaliação da satisfação uma medida indireta da avaliação dos resultados de saúde (Roter & Hall, 2006). Estudos realizados por Santos (2013) e Silva (2017) revelam a importância da avaliação da satisfação do utente na área da saúde, na qual a comunicação é pilar fundamental nessa avaliação. Os estudos, no âmbito da satisfação do utente na comunicação com profissionais de saúde, indicam que os utentes na generalidade se sentem satisfeitos com a comunicação com os profissionais de saúde, e as dimensões resolução de problemas e material de apoio existe insatisfação por parte dos participantes na pesquisa (Silva, 2017; Santos, 2013).

Fitzpatrick (1991) refere que existem três razões para que os profissionais de saúde encarem avaliação da satisfação dos utentes como uma medida crucial na avaliação dos serviços, porque é evidente que é uma importante medida de resultados; é a medida cada vez mais utilizada na avaliação de consultas e padrões de comunicação e, por último, o *feedback* do utente permitirá escolher métodos alternativos de gerir e prestar cuidados de saúde (Fitzpatrick, 1991).

Salienta-se, assim, a importância do estudo da satisfação dos utentes em relação à qualidade dos serviços, sendo estes os agentes ativos e diretos destes serviços, permitindo que os resultados em saúde

sejam medidos pelo sucesso das práticas de saúde, reforçando cada vez mais a importância da avaliação da satisfação da comunicação do utente com o profissional de saúde (Lobo, 2008; Ledford, Ledford, Childress, 2013).

Apesar das diversas classificações que foram sendo apresentadas, a dissertação de pensamento apresentada permite referir que os utentes valorizam a relação interpessoal que estabelecem com os profissionais de saúde, salientando como fatores determinantes na satisfação dos utentes os aspetos comunicacionais e a informação que lhes é fornecida, tendo por base como marcos determinantes da satisfação as características dos profissionais de saúde, do serviço ou da organização, relacionados com uma boa comunicação, empatia e cuidados individualizados. De referir que num estudo de Phillips, (1996) realizado junto de 320 utentes observou-se uma correlação elevada entre a qualidade de comunicação e os níveis de satisfação dos pacientes; a comunicação ineficaz leva a elevados níveis de insatisfação dos utentes e por consequente a um afastamento dos serviços de saúde o que poderá levar a um agravamento do seu estado de saúde e qualidade de vida (Phillips, 1996). A adequação da informação ao paciente e a concentração no paciente contribui para aumentar os níveis de satisfação, como corrobora o estudo de Christen, Alder & Bitzer (2008) que analisaram duas centenas de gravações de consultas. O estudo mostrou ainda que o fator que mais influenciava a satisfação e a adesão dos pacientes era a utilização de competências comunicacionais centradas no paciente. Porém a comunicação centrada no paciente pressupõe que o profissional de saúde avalie as necessidades do utente e adapte a sua orientação no decurso do processo terapêutico.

Esta linha de pensamento remete para conceção de Brito, (2015) que apela à pertinência de "...medir a qualidade dos serviços de saúde através da avaliação da satisfação dos utentes é indispensável para uma gestão adequada dos recursos, sobretudo no contexto socioeconómico atual... promove a centralidade do cidadão no sistema de saúde e é essencial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde"(Brito, 2015, p. 5).

Esta visão tem colocado um grande desafio aos gestores dos sistemas de saúde, pois as expectativas dos utentes têm suscitado algumas questões, nomeadamente no que respeita à conciliação da disponibilidade de recursos com as altas expectativas quanto aos serviços prestados nos cuidados de saúde (Abrantes, 2012; Dominique, 2015).

Neste sentido, torna-se pertinente atender a caminhos que consintam avaliar a satisfação do utente em relação aos serviços de saúde, sendo importante atender a métodos que possibilitem a utilização de uma escala de valores que permita mensurar as respostas e quantificar a satisfação de que é exemplo o quantitativo, nomeadamente os questionários⁷ (Aspinal, Addington-Hall, Higginson, 2003). Os métodos quantitativos são caracterizados por permitirem uma amostra mais representativa da população, são de

⁷ O estudo realizado por esta dissertação utilizou uma investigação de natureza quantitativa, sendo a recolha de dados realizada através de um questionário como se pode ver no ponto 6.4

fácil utilização, mais baratos, mais rápidos, preservam o anonimato dos participantes e são autoaplicáveis (Leichner & Perrealut, 1990).

Apesar de existir esta categorização dos métodos de avaliação da satisfação, não existe uma base sólida e consistente para avaliar a satisfação, levando a uma diversidade de estudos nesta área a centrarem-se apenas na experiência do utente, tendo sempre presente como fundamento que independentemente da metodologia utilizada para a avaliação, deve permitir e contribuir para uma melhoria e aperfeiçoamento dos sistemas de saúde (Bleich, Özaltin, Murray, 2009).

Feitas estas elucuações, no ponto que se segue, centra-se o discurso no estudo empírico que esta dissertação persegue.

Capitulo II- Estudio Empírico

6. Avaliação da satisfação da comunicação utente–profissional de saúde

6.1. Problema de Investigação

A comunicação está presente em todos os relacionamentos interpessoais, bem como entre utente e profissional de saúde, relação utente–equipa de saúde, sendo que por esta se entende todo profissional de saúde que comunica com o utente. E, no âmbito da saúde, as expectativas dos utentes têm vindo a suscitar algumas questões, nomeadamente no que respeita à conciliação da disponibilidade de recursos com as altas expectativas quanto aos serviços prestados nos cuidados de saúde, colocando um grande desafio aos gestores dos sistemas de saúde (Abrantes, 2012; Dominique, 2015). Assim, ao longo do tempo, a comunicação em saúde tem vindo assumir especial relevância em contextos diversos da saúde devendo-se, nomeadamente, à evolução e disseminação dos meios de informação, do conhecimento e ao facto de que a comunicação em saúde influencia a qualidade dos cuidados de saúde prestados, quer físicos, quer psicológicos (Jones & Watson, 2012). A própria Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com Santos et al., (2010), e a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 de 04/09) têm alertado para a temática e colocado a tónica na avaliação da satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde, por se entender ser através do contacto direto com os profissionais de saúde que se avalia essa qualidade. A crescente importância da avaliação da satisfação do utente correlaciona-se com a sua influência sobre os resultados obtidos dos cuidados em saúde e o papel de grande importância que o utente assume, uma vez que recebe diretamente a prestação de cuidados, estando associada a satisfação à taxa de uso de cuidados de saúde, a efetividade das terapêuticas e do seu estado geral de saúde (Varela, 2017). A satisfação dos utentes assume-se, assim, como critério preponderante na avaliação da qualidade da instituição e dos cuidados prestados, sendo entendida como fator de melhoria contínua dos serviços prestados. Este contexto pede que se atenda às estratégias de comunicação com os utentes, comunidades e instituições, no intuito de promover a saúde através, por exemplo, da adoção de comportamentos protetores e adaptativos à doença e adesão às terapêuticas. Portanto, é fundamental criar pontes de comunicação entre profissional saúde–utente e promover a comunicação multidirecional, pois a comunicação em saúde tem diversas finalidades, de que pode ser exemplo a promoção da saúde, prevenção da doença, evitar comportamentos de risco, gerir recursos. Por outras palavras, a comunicação em saúde deve ser encarada como estratégia base para promover melhor acesso aos serviços de saúde e qualidade de vida e, por consequente, proporciona utilização de recursos e serviços de forma adequada e, concludentemente, ganhos em saúde.

Este quadro é revelador de que avaliação da satisfação do utente com profissional de saúde é uma temática, no contexto atual, de grande valor, de persistente estudo, pelo papel estratégico no campo de ação da gestão das organizações, uma ferramenta e instrumento indispensável ao funcionamento e

desenvolvimento das organizações de saúde. É, pois, pertinente para as organizações, nomeadamente as de saúde, ter acesso a dados que lhes permitam conhecer a satisfação do utente e a partir deles até anteciparem estratégias capazes de contribuir para a melhoria da satisfação e qualidade dos serviços. Neste contexto, entende-se válido formular a seguinte objetivo de investigação: Avaliar a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde.

Tendo consciência desta pertinência, este trabalho surge com o intuito estudar a satisfação do utente com o profissional de saúde o nível global e nas diferentes dimensões (comunicação verbal, comunicação não verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e material de apoio), analisando esses mesmos resultados ao nível da relação entre eles, assim como mediante as características sociodemográficas estudadas.

Posto isto, no ponto que se segue expõe-se os objetivos do estudo e as hipóteses.

6.2. Objetivos de estudo e hipóteses

Os objetivos de estudo e as hipóteses são formulados a partir da revisão de literatura. Assim, entre outros pensamentos, a revisão de literatura apresentada ao longo da primeira parte deste trabalho evidenciou que as diferentes tipologias de comunicação – verbal, não verbal e mista – e a própria empatia têm um papel preponderante no processo de comunicação, designadamente no contexto da saúde (Nunes, 2010). Pode ser evidenciada uma correlação alta entre a qualidade de comunicação e os níveis de satisfação dos pacientes; a comunicação ineficaz leva a elevados níveis de insatisfação dos utentes. Estes cenários conduzem a uma separação dos serviços de saúde (Phillips, 1996; Schillinger et al., 2003). A linha de pensamento dissertada no texto também deixa afirmar que as características sociodemográficas, de que é exemplo a idade, faixa etária, zona de residência, habilitações literárias ou o sexo, podem influenciar a comunicação estabelecida entre utente e profissional de Saúde (Cleary, McNeil, 1988). Neste contexto, no processo de comunicação no campo da saúde, estudos mostram que a variável sexo pode assumir uma crescente relevância no sentido de que as diferenças entre homem e mulher influenciam a forma como verbalizam o seu problema de saúde no processo de comunicação refletindo-se na sua satisfação (Sequeira, 2016). A zona geográfica onde os utentes vivem surge interligada ao nível de conhecimento, pelo que os profissionais de saúde devem aproveitar o potencial desta variável no momento de estabelecer o processo de comunicação com o utente para que adaptem a sua linguagem em função dos conhecimentos dos utentes. Nestas conjunturas, a variável zona de residência acaba por também ter influência na satisfação no âmbito da comunicação em saúde, sendo necessário aplicar uma linguagem adaptada ao nível de conhecimento do utente (Sequeira, 2016). A idade é outra variável que apresenta maior concordância e os estudos revelam que é a variável que maior influência representa na satisfação dos utentes com a comunicação estabelecida com profissional de saúde. O nível de escolaridade também

influência a satisfação dos utentes: níveis de escolaridade mais baixos estão associados a níveis de satisfação menores, enquanto níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos no que se refere a questões relacionadas com organização dos serviços (Brito, 2015). Tendo por base esta revisão de literatura, esta dissertação traçou um conjunto de objetivos e hipóteses que passam a ser apresentados nos subpontos que se seguem.

6.2.1. Objetivos

Neste ponto apresentam-se os objetivos de estudo que “ num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação” (Fortin, 2008, p.99). Assim, o objetivo geral deste estudo é avaliar a satisfação dos utentes ao nível da comunicação com os profissionais de saúde. Esta avaliação será feita a nível global e nas diferentes dimensões, designadamente no que concerne à comunicação verbal, comunicação não verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e material de apoio; sendo que será realizada uma análise ao nível da relação entre eles e, também, no que concerne às características sociodemográficas estudadas. Neste sentido, os objetivos específicos que se propõem estudar são:

Objetivo específico 1– Avaliar a dimensão mais valorizada e os itens mais valorizados em cada dimensão;

Objetivo específico 2 – Avaliar a satisfação com a comunicação segundo o tipo de respondente: utente ou acompanhante;

Objetivo específico 3 – Avaliar a satisfação com a comunicação de acordo com a idade;

Objetivo específico 4 – Avaliar a satisfação com a comunicação segundo o sexo;

Objetivo específico 5 – Avaliar a satisfação com a comunicação segundo a zona de residência;

Objetivo específico 6 – Avaliar a satisfação com a comunicação segundo as habilitações literárias.

6.2.2. Hipóteses

Após a formulação da problemática das questões de investigação e objetivos, segue-se a definição das hipóteses. A hipótese é um “enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis, que combina o problema e o objetivo numa explicação clara dos resultados esperados do estudo...os elementos essenciais para a sua formulação baseiam-se no enunciado de relações, o sentido destas, a verificabilidade, a consistência teórica e a plausibilidade.” (Fortin, 2008, p. 102-103). Nesse sentido, o estudo formulou as seguintes hipóteses (HP) tendo por base a revisão da literatura:

HP 1 – Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com a comunicação segundo o tipo de respondente: utente ou acompanhante.

HP 2– Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo a faixa etária.

HP 3 – Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo o sexo.

HP 4 – Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo a zona de residência.

HP 5 – Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo as habilitações literárias.

6.3. Tipo de estudo e as variáveis em estudo

Este trabalho tem na sua base uma investigação de natureza quantitativa marcada pela recolha de dados numéricos os quais podem ser classificados e analisados (Vilelas, 2009).

No que concerne às variáveis, temos como variáveis dependentes (VD) a Satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, Comunicação Verbal (CV); Comunicação Não-verbal (CNV); Empatia (EM); Respeito (RE); Resolução de problemas (RP); Material de Apoio (MA). Como variáveis independentes (VI) temos o sexo, faixa etária, habilitações literárias, área de residente (rural ou urbano) e tipo de respondente (utente ou acompanhante).

6.4. Instrumento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário (Anexo A), por permitir quantificar grandes quantidades de dados enquadrando-se como instrumento mais adequado para o estudo em questão (Quivy Raymond, Campenhoudt, 2005). O questionário está validado para a população portuguesa (Santos, 2013), e é composto por 31 itens subdivididos por 13 grupos diferentes. Com exceção do grupo I dedicado à recolha dos dados sociodemográficos, todos os restantes grupos recorrem à escala de Likert, de cinco pontos, a variar entre 1–muito insatisfeito e 5–muito satisfeito.

No **Grupo I** procura-se recolher os dados sociodemográficos com o intuito de caracterizar a amostra, designadamente o tipo participante – utente ou acompanhante, sexo, faixa etária, habilitações literárias, área de residência, número de contactos com os profissionais de saúde nos últimos 12 meses da instituição que estavam a frequentar.

No **Grupo II** avalia, numa escala de 1 a 5, a satisfação com a comunicação verbal com os profissionais de saúde, em relação a seis itens como se pode ver na tabela 4.

Tabela 4–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação com a Comunicação verbal com os profissionais de saúde, em relação a seis itens

Dimensão	Itens
Comunicação verbal	Explicação dada ao seu problema de saúde
	Explicação dada ao seu tratamento/intervenção
	Informação como vai tomar a medicação
	Comunicação de quando têm um novo exame/tratamento ou consulta
	Linguagem acessível
	Explicação do exame/tratamento ou intervenção a que estavam a submeter

O **Grupo III** procura classificar, numa escala de 1 a 5, a satisfação global dos participantes face à comunicação verbal.

No **Grupo IV** procura-se avaliar, numa escala de 1 a 5, a satisfação com a comunicação não verbal com os profissionais de saúde, em relação a quatro itens como se pode ver na tabela 5.

Tabela 5–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação com a comunicação não-verbal com os profissionais de saúde, em relação a quatro itens

Dimensão	Itens
Comunicação não-verbal	Contacto visual quando falaram consigo
	Atenção dispensada
	Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam
	Apoio dos profissionais de saúde

O **Grupo V** tem como objetivo classificar, numa escala de 1 a 5, a satisfação global dos participantes em relação comunicação não verbal.

O **Grupo VI** procura recolher dados para avaliar, numa escala de 1 a 5, a empatia dos participantes em relação quatro itens, como mostra a tabela 6.

Tabela 6–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação na empatia com o profissional de saúde face a 4 itens

Dimensão	Itens
Empatia	Simpatia
	Profissionais colocaram-se no seu lugar
	Cuidado dispensado pelos profissionais de saúde
	Compreensão

O **Grupo VII** tem como objetivo classificar, numa escala de 1 a 5, a satisfação global dos participantes em relação à empatia.

O **Grupo VIII** procura recolher dados para avaliar, numa escala de 1 a 5, o respeito dos participantes em relação quatro itens, como mostra a tabela 7.

Tabela 7–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação do respeito com o profissional de saúde face a 4 itens

Dimensão	Itens
Respeito	Tratamento personalizado (pelo nome)
	Quando falou dos seus problemas de saúde
	As suas questões sobre o seu problema de saúde
	Pela sua intimidade

O **Grupo IX** tem como objetivo classificar, numa escala de 1 a 5, a satisfação global dos participantes em relação ao respeito na comunicação.

O **Grupo X** procura avaliar, numa escala de 1 a 5, a satisfação face à resolução de problemas dos participantes em relação três itens, como mostra a tabela 8.

Tabela 8–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação na resolução de problemas com o profissional de saúde face a 3 itens

Dimensão	Itens
Resolução de problemas	Alteração das datas dos exames, consultas ou tratamentos perante a sua impossibilidade de comparecer no dia agendado
	Resolução de problemas que surgiram
	Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento

O **Grupo XI** tem como objetivo classificar, numa escala de 1 a 5, a satisfação global dos participantes em relação à resolução de problemas na comunicação.

O **Grupo XII** procura avaliar, numa escala de 1 a 5, a satisfação face material de apoio dos participantes em relação quatro itens, como mostra a tabela 9.

Tabela 9–Matriz de classificação e análise de itens – satisfação na resolução de problemas com o profissional de saúde face a 4 itens

Dimensão	Itens
Material de Apoio	E-mail fornecido (para contactar se necessitasse de alguma informação ou apoio)
	Relatório fornecido (com o que se passou no exame, consulta ou tratamento)
	Resumo em papel de como vai tomar a medicação
	Plano do seu tratamento

O Grupo XIII tem como objetivo classificar, numa escala de 1 a 5, a satisfação global dos participantes em relação ao material de apoio na comunicação.

6.4.1. Resultado da consistência interna do instrumento

Com intuito de avaliar a consistência interna do instrumento calculou-se o coeficiente alfa (α) de Cronbach. O valor de α é considerado bom entre 0,8 e 0,9 e excelente quando maior que 0,9 (Maroco & Garcia-Marques, 2013). Neste estudo, o valor foi 0,9, revelando uma excelente consistência interna do instrumento.

De acordo com os dados da tabela 10, constata-se que o valor do Alfa de Cronbach é excelente em todas as dimensões e em todos os itens.

Tabela 10–Resultados da consistência interna do instrumento

Dimensão	Itens	α Cronbach s/item	α Cronbach Escala
Comunicação Verbal	CV1	.91	.93
	CV2	.91	
	CV3	.91	
	CV4	.91	
	CV5	.92	
	CV6	.91	
Comunicação Não-verbal	CNV1	.91	.93
	CNV2	.89	
	CNV3	.89	
	CNV4	.91	

Empatia	EM1	.92	.93
	EM2	.91	
	EM3	.90	
	EM4	.88	
Respeito	RE1	.92	.93
	RE2	.89	
	RE3	.91	
	RE4	.91	
Resolução Problemas	RP1	.81	.90
	RP2	.83	
	RP3	.89	
Material de Apoio	MA1	.88	.90
	MA2	.84	
	MA3	.84	
	MA4	.85	
Satisfação Global	SG_CV	.90	.92
	SG_CNV	.90	
	SG_EM	.90	
	SG_RE	.89	
	SG_RP	.91	
	SG_MA	.90	

6.4.2. Procedimentos da administração, recolha e análise de dados

Para a recolha de dados é necessária a existências de pessoas que evidenciem as características traçadas para o estudo e que estejam disponíveis para responder, no caso deste estudo, a um questionário. Nesse sentido, decidiu-se recolher os dados num Centro Hospital da Zona Norte de Portugal: Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ). Optou-se pelo CHUSJ por ser um dos centros de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo. Para realizar esta recolha foi solicitada autorização à Administração do CHUSJ, com quem foram agendadas reuniões no sentido de ser apresentado o estudo e solicitada autorização. O estudo e aplicação do questionário foram aceites desde que assegurados todos os princípios éticos e deontológicos. Para ir ao encontro das exigências, foram preenchidos todos os documentos solicitados e enviados à Comissão de Ética do CHUSJ e à Administração, sendo posteriormente aprovado o pedido – ver anexos B, C e D. Dada a panóplia de serviços do CHUSJ, considerou-se recolher os dados junto dos

utentes que frequentavam o Serviço das Consultas Externas do CHUSJ, porque naquele espaço ter-se-ia acesso a uma variada tipologia de utentes, por ser o serviço frequentado por todos os utentes que por algum motivo já tinham tido uma experiência com outros serviços do CHUSJ e por se entender ser o local de maior fácil acesso aos utentes, designadamente no que concerne à disponibilidade e participação.

Os questionários foram transcritos para a máquina de leitura ótica, eram de autopreenchimento e a sua distribuição foi realizada em papel e pessoalmente junto dos utentes das consultas externas do CHUSJ. Os utentes foram abordados pessoalmente, apresentada a razão da abordagem e mostrado o “Consentimento informado” (ver anexo C), através do qual o utente era informado de todos os detalhes do estudo e do questionário, nomeadamente garantindo o total anonimato, liberdade de participação e total abertura para desistir da participação. Os utentes, que foram mostrando abertura à participação no estudo e que respeitavam os critérios de inclusão no estudo, responderam de forma autónoma e livre ao questionário. Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento dos resultados com recurso ao SPSS (Statistical Package for Social Sciences). No que concerne ao tratamento estatístico utilizado, recorreu-se a diferentes tipos de análises, designadamente a estatística descritiva, e a estatística inferencial (teste t Student, ANOVA inter sujeitos, Coeficiente de Correlação de Pearson) (Maroco, 2007).

Realizadas estas considerações, segue-se apresentação dos resultados e posteriormente a respetiva discussão.

7. Amostra

A amostra foi construída pelos utentes e acompanhantes que frequentavam o Serviço de Consultas do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), tendo sido incluídos todos os utentes com faixa etária igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que tinham frequentado as consultas externas do CHUSJ nos últimos 12 meses como utente ou acompanhante. Foram excluídos todos os que não cumpriam os parâmetros de inclusão. Quanto ao tipo de amostra, trata-se de uma amostra não probabilista por conveniência.

Foram recolhidas um total de 400 respostas. 29 respostas foram consideradas inválidas, porque os questionários estavam incompletos no seu preenchimento. Desta forma, neste estudo, a amostra é constituída por 371 participantes (N= 371), sendo 210 considerados utentes e 161 acompanhantes.

Relativamente às características sociodemográficas (ver tabela 11), a maioria dos participantes é utente (56.6%), do sexo feminino (68.2%), com faixa etária até aos 65 anos (85.2%) e residente em zona urbana (66.6%). Ao nível das habilitações literárias, a mais frequente é o 12º ano (30.7%), seguido de ensino superior (23.2%) e 9º ano de escolaridade (22.1%).

Em termos de contactos com os profissionais de saúde da instituição em análise, os participantes tiveram em média 5,80 ($DP = 4.74$) contactos, num máximo de 35 contactos, nos últimos 12 meses.

Tabela 11–Caraterização sociodemográfica dos participantes

	N	%
Tipo de Respondente		
Utente	210	56,6
Acompanhante	161	43,4
<hr/>		
Sexo		
Masculino	118	31,8
Feminino	253	68,2
<hr/>		
Faixa Etária		
18 a 64 anos	316	85,2
65 ou mais anos	55	14,8
<hr/>		
Habilitações Literárias		
até 4ª classe	55	14,8
5º ao 9º ano	82	22,1
até 12º ano	114	30,7
curso médio	13	3,5
curso superior	86	23,2
mestrado/doutoramento	21	5,7
<hr/>		
Área de Residência		
Urbano	247	66,6
Rural	124	33,4

8. Apresentação dos resultados

8.1. Satisfação utente-profissional de saúde face a cada dimensão e item em estudo

A análise dos dados permite verificar que estão expostas todas as dimensões de resposta, de muito insatisfeito a muito satisfeito (tabela 12). A análise dos dados revela também que as categorias «satisfeito» e «muito satisfeito» colhem a maior percentagem de resposta dos participantes, com a categoria «satisfeito» a ser mais expressiva do que a «muito satisfeito».

A percentagem menos expressiva referida pelos participantes coloca-se face à dimensão Resolução de Problemas e Material de Apoio – ver tabela 12.

A dimensão que agrega maior percentagem de reposta dos participantes é comunicação verbal. Assim, no que concerne à dimensão Comunicação Verbal (CV), os itens CV5 – Linguagem Acessível (49.1%) e CV1 – Explicação dada ao seu problema de saúde (46.9%) são os itens em que os participantes mais estão «satisfeitos» – ver tabela 12.

Em relação à Comunicação não verbal, o maior índice de satisfação dos participantes é colocado nos itens CNV1 – Contacto visual quando falaram consigo (49.3%) e CNV3 – Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam (48.5%).

Os itens com maior grau de satisfação na dimensão Empatia foram EM1 – Simpatia (51.5%) e EM4 – Compreensão (47.4%). Os itens RE2– Respeito (quando falou dos seus problemas de saúde) (48.0%) e RE3 – Resposta (às suas questões sobre o seu problema de saúde) (49.9%) expressam maior grau de satisfação dos participantes face à dimensão Respeito.

Na dimensão Resolução de Problemas, o grau de satisfação indicado pelos participantes em cada item não revela grande oscilação, sendo que o item RP3 – Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento (39.6%) colhe maior grau de satisfação.

No que diz respeito ao Material de Apoio, o item mais expressivo da satisfação dos participantes é MA4 – Plano do seu tratamento (42.0%) – ver tabela 12,13,14,15,16,17.

Tabela 12–Resposta dos participantes: Comunicação Verbal

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	NA
Comunicação Verbal	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
CV1. Explicação dada ao seu problema de saúde	9 (2.4)	14 (3.8)	47 (12,7)	173 (46.6)	118 (31.8)	10 (2.7)
CV2. Explicação dada ao seu tratamento/intervenção	9 (2.4)	20 (5.4)	44 (11.9)	162 (43.7)	125 (33.7)	11 (3.0)
CV3 Informação como vai tomar a medicação	10 (2.7)	7 (1.9)	29 (7.8)	156 (42.0)	149 (40.2)	20 (5.4)
CV4 Comunicação de quando têm um novo exame/tratamento ou consulta	10 (2.7)	15 (4.0)	40 (10.8)	146 (39.4)	155 (41.8)	5 (1.3)
CV5 Linguagem acessível	10 (2.7)	13 (3.5)	28 (7.5)	182 (49.1)	136 (36.7)	2 (.5)

CV6	Explicação do exame/tratamento ou intervenção a que estavam a submeter	9 (2.4)	12 (3.2)	42 (11.3)	174 (46.9)	121 (32.6)	13 (3.5)
-----	--	---------	----------	-----------	------------	------------	----------

Tabela 13–Resposta dos participantes: Comunicação Não-verbal

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	NA
Comunicação Não verbal	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
CNV1 Contacto visual quando falaram consigo	16 (4.3)	16 (4.3)	59 (15.9)	183 (49.3)	92 (24.8)	5 (1.3)
CNV2 Atenção dispensada	8 (2.2)	25 (6.7)	69 (18.6)	171 (46.1)	96 (25.9)	2 (0.5)
CNV3 Concordância dos gestos e expressões dos profissionais de saúde com o que diziam	6 (1.6)	16 (4.3)	78 (21.0)	180 (48.5)	87 (23.5)	4 (1.1)
CNV4 Apoio dos profissionais de saúde	9 (2.4)	13 (3.5)	64 (17.3)	173 (46.6)	109 (29.4)	3 (0.8)

Tabela 14– Resposta dos participantes: Empatia

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	NA
Empatia	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
EM1 Simpatia	11 (3.0)	16 (4.3)	43 (11.6)	191 (51.5)	108 (29.1)	2 (0.5)
EM2 Empatia (profissionais colocaram-se no seu lugar)	16 (4.3)	22 (5.9)	92 (24.8)	155 (41.8)	77 (20.8)	9 (2.4)
EM3 Cuidado dispensado pelos profissionais de saúde	7 (1.9)	22 (5.9)	69 (18.6)	171 (46.1)	9 (26.4)	4 (1.1)
EM4 Compreensão	9 (2.4)	19 (5.1)	64 (17.3)	176 (47.4)	99 (26.7)	4 (1.1)

Tabela 15– Resposta dos participantes: Respeito

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	NA
Respeito	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
RE1 Tratamento personalizado (pelo nome)	7 (1.9)	14 (3.8)	42 (11.3)	168 (45.3)	137 (36.9)	3 (.8)
RE2 Respeito (quando falou dos seus problemas de saúde)	7(1.9)	13(3.5)	35(9.4)	178(48.0)	135 (36.4)	3 (.8)
RE3 Resposta (às suas questões sobre o seu problema de saúde)	7(1.9)	17(4.6)	51(13.7)	185(49.9)	107(28.8)	4(1.1)
RE4 Respeito pela sua intimidade	10(2.7)	12(3.2)	26(7.0)	170(45.8)	149(40.2)	4(1.1)

Tabela 16– Resposta dos participantes: Resolução Problemas

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	NA
Resolução Problemas	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
RP1 Alteração das datas dos exames, consultas ou tratamentos perante a sua impossibilidade de comparecer no dia agendado	12 (3.2)	26 (7.0)	58 (15.6)	122(32.9)	74(19.9)	79(21.3)
RP2 Resolução de problemas que surgiram	9 (2.4)	24 (6.5)	58 (15.6)	146(39.4)	74(19.9)	60(16.2)
RP3 Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento	19 (5.1)	23 (6.2)	93 (25.1)	147(39.6)	72(19.4)	17(4.6)

Tabela 17– Resposta dos participantes: Material de Apoio

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	NA
Material de Apoio	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
MA1 E-mail fornecido (para contactar se necessitasse de alguma informação ou apoio)	34 (9.2)	38 (10.2)	75 (20.2)	88 (23.7)	52 (14.0)	84 (22.6)
MA2 Relatório fornecido (com o que se passou no exame, consulta ou tratamento)	23 (6.2)	24 (6.5)	65 (17.5)	128 (34.5)	85 (22.9)	46 (12.4)
MA3 Resumo em papel de como vai tomar a medicação	14 (3.8)	23 (6.2)	53 (14.3)	140 (37.7)	104 (28.0)	37 (10.0)
MA4 Plano do seu tratamento	11 (3.0)	16 (4.3)	60 (16.2)	156 (42.0)	103 (27.8)	25 (6.7)

8.2. Satisfação utente-profissional de saúde face Satisfação Global de cada uma das dimensões

Em relação à Satisfação Global, a percentagem mais expressiva de resposta dos participantes está ao nível da satisfação, sem que exista grande disparidade de respostas; sendo o item Comunicação Verbal, Não Verbal e Material de Apoio, com a mesma percentagem de respostas (50%), a obterem o mais alto grau de satisfação dos participantes – ver tabela 13.

Tabela 18–Resposta dos participantes: Frequências (Satisfação Global)

Satisfação Global	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Comunicação Verbal	8 (2.2)	13 (3.5)	42 (11.3)	186 (50.1)	122 (32.9)
Comunicação Não-verbal	11 (3.0)	18 (4.9)	76 (20.5)	186 (50.1)	80 (21.6)

Empatia	8 (2.2)	22 (5.9)	69 (18.6)	185 (49.9)	87 (23.5)
Respeito	10 (2.7)	13 (3.5)	39 (10.5)	195 (52.6)	114 (30.7)
Resolução Problemas	9 (2.4)	22 (5.9)	95 (25.6)	174 (46.9)	71 (19.1)
Material Apoio	10 (2.7)	17 (4.6)	85 (22.9)	186 (50.1)	73 (19.7)

8.3. Satisfação utente-profissional de saúde face às variáveis independentes em estudo

Recorreu-se ao teste t para amostras independentes de modo a perceber se existiam diferenças significativas nas variáveis da satisfação com a comunicação verbal, comunicação não-verbal, empatia, respeito, resolução de problemas, material de apoio e satisfação global tendo em conta as seguintes variáveis: tipo de respondente (utente ou acompanhante), sexo, faixa etária e tipo de residência (urbano ou rural). Os pressupostos da dimensão amostral, da normalidade da distribuição e da homogeneidade das variâncias foram verificados e estão respeitados, com exceção da variável da faixa etária e habilitações literárias em que os pressupostos não estão respeitados, pelo que foram utilizados testes não paramétricos (faixa etária-Teste não paramétrico Mann-Whitney; habilitações literárias- Teste não paramétrico Kruskal-Wallis) para a sua avaliação, que não revelaram quaisquer resultados estatisticamente relevantes e definitivos.

8.3.1. Satisfação utente-profissional de saúde face ao tipo de respondente – utente ou acompanhante

Relativamente à variável tipo de respondente (utente e acompanhante), sendo que responderam 210 utentes e 160 acompanhantes, os dados da tabela 14 permitem afirmar que o valor $p > 0,05$, logo não há diferenças significativas; assim, a satisfação com as variáveis em estudo é idêntica entre utente e acompanhante.

Tabela 19– Médias e Desvio Padrão das variáveis em estudo e comparação mediante o tipo de respondente através do T-Student para Amostras Independentes

	Utente (N= 210)		Acompanhante (N= 160)		t (369)	p
	M	DP	M	DP		
1. Comunicação Verbal	4.09	.82	4.12	.80	-,264	,792
2. Comunicação Não Verbal	3.92	.85	3.88	.82	,412	,681
3. Empatia	3.90	.90	3.85	.80	,583	,560
4. Respeito	4.12	.83	4.10	.77	,197	,844
5. Resolução de problemas	3.73	.97	3.73	.91	,012	,991
6. Material de Apoio	3.81	.95	3.67	.99	1,392	,165
7. Satisfação Global	3.90	.79	3.87	.71	,469	,639

8.3.2. Satisfação utente-profissional de saúde face ao sexo

Em relação ao sexo, sendo 117 participantes homens e 253 mulheres, verifica-se uma vez mais que valor $p > 0,05$, não apresenta diferenças significativas; assim, a satisfação com as variáveis em estudo é idêntica entre homens e mulheres, de acordo com tabela 15 que se segue.

Tabela 20– Médias e Desvio Padrão das variáveis em estudo e comparação mediante o Sexo através do T-Student para Amostras Independentes

	Masculino (N= 117)		Feminino (N= 253)		t (369)	p
	M	DP	M	DP		
1. Comunicação Verbal	4.03	.85	4.013	.79	-1,122	,262
2. Comunicação Não Verbal	3.89	.88	3.91	.82	-,220	,826
3. Empatia	3.90	.88	3.87	.85	,239	,811
4. Respeito	4.08	.88	4.13	.77	-,527	,599
5. Resolução de problemas	3.76	.94	3.72	.94	,415	,678
6. Material de Apoio	3.73	1.02	3.76	.95	-,184	,854
7. Satisfação Global	3.87	.82	3.89	.73	-,226	,822

8.3.3. Satisfação utente-profissional de saúde face à zona de residência – urbano e rural

No que concerne à zona de residência, os dados permitem afirmar que $p > 0,05$, não existindo diferenças significativas face às variáveis comunicação verbal, comunicação não verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e satisfação global entre participantes residentes em zonas urbanas e rurais. À exceção da variável material de apoio, havendo diferenças significativas entre os participantes, com residentes urbanos menos satisfeitos do que os residentes em meios rurais, $t(369) = -2.169$.

Tabela 21– Médias e Desvio Padrão das variáveis em estudo e comparação mediante a zona de residência através do T-Student para Amostras Independentes

	Urbano (N= 247)		Rural (N=123)		t (369)	p
	M	DP	M	DP		
1. Comunicação Verbal	4.13	.77	4.05	.88	.835	.404
2. Comunicação Não Verbal	3.85	.86	4.00	.79	-1,597	.111
3. Empatia	3.87	.86	3.90	.86	-,319	.750
4. Respeito	4.09	.82	4.16	.78	-,824	.410
5. Resolução de problemas	3.71	.97	3.76	.90	-,471	.638
6. Material de Apoio	3.68	1.04	3.89	.80	-2,169	.031
7. Satisfação Global	3.87	.77	3.93	.73	-,729	.466

8.4- Satisfação utente-profissional de saúde – correlação entre as variáveis em estudo

Apesar de não ser motivo de análise no estudo realizado pela autora que criou e validou o inquérito por questionário (Santos, 2013) e utilizado por esta dissertação de mestrado, considerou-se ser pertinente para a evolução (valorização) do estudo, atender à correlação entre as variáveis em estudo e desta forma contribuir com novos dados. Para isso, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson com objetivo de analisar as correlações entre aqueles conjuntos dos itens em estudo. Realizada a análise, os dados da tabela 17 permitem verificar que os fatores mais importantes na relação com a satisfação global são em primeiro a empatia $r(371) = .89, p < .001$, seguindo-se a comunicação não-verbal $r(371) = .87, p < .001$ e por último o respeito $r(371) = .86, p < .001$.

Tabela 22– Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo

	M (DP)	1	2	3	4	5	6
1. Comunicação Verbal	4.10 (.81)						
2. Comunicação Não Verbal	3.91 (.84)	.76***					
3. Empatia	3.88 (.86)	.74***	.82***				
4. Respeito	4.11 (.81)	.71***	.78***	.79***			
5. Resolução de problemas	3.73 (.94)	.57***	.64***	.66***	.67***		
6. Material de Apoio	3.75 (.97)	.56***	.65***	.65***	.68***	.67***	
7. Satisfação Global	3.89 (.76)	.80***	.87***	.89***	.86***	.78***	.77***

*** $p < .001$.

Terminada a apresentação dos dados recolhidos através de um inquérito por questionário junto de 371 utentes do Serviço de Consultas do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no ponto seguinte realiza-se a discussão dos dados.

9. Discussão de resultados

Esta dissertação de mestrado assumiu como enfoque principal de estudo a comunicação em saúde e como principal objetivo avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde. Optou-se por esta linha de estudo por se considerar, tal como revelado na revisão de literatura, ser de elevada pertinência, pois a comunicação assume um papel crucial na relação entre o profissional de saúde e o utente sujeito à ação terapêutica. Ao mesmo tempo é assente na base da comunicação que o profissional de saúde consegue aceder às necessidades do utente e por conseguinte este, gerir a sua situação de saúde/doença com maior qualidade. Nesta perspetiva, é crucial que os profissionais de saúde possuam conhecimentos, habilidades e recursos para que possam utilizar a comunicação como estratégia para alcançar ganhos em saúde (Sequeira, 2014).

Baseado nestes fundamentos e visualizando a realidade atual concedida pela revisão de literatura, verifica-se que o utente cada vez mais tem um papel ativo na tomada de decisão dos seus cuidados de saúde, e os profissionais de saúde deixaram de ser apenas avaliados pelas suas capacidades terapêuticas técnicas, pesando também, a vertente da comunicação baseada na relação profissional de saúde-utente assumindo um papel de grande importância na área da saúde (Catarina Agostinho, Cabanelas, Franco, Jesus, Martins, 2010). Neste sentido, a avaliação da satisfação dos utentes surge como um indicador fundamental na avaliação dos aspetos a melhorar e aperfeiçoar no âmbito da comunicação utente/profissionais de saúde. À luz do que já tem vindo a ser salientado, nomeadamente em trabalhos anteriores, este estudo versa sobre a díade utente versus equipa multidisciplinar da instituição, uma vez que o utente estabelece um vínculo com toda a equipa de profissionais que com ele interagem (Muller, 2009).

Em suma, a comunicação em saúde deve ser a estratégia chave para as instituições de saúde apostar de modo a fomentarem a promoção de ganhos em saúde, particularmente na linha de consciencializar, aumentar a qualidade de vida dos utentes e promover a utilização e gestão de recursos e serviços de forma adequada.

Neste sentido, o presente estudo assentou sobre a temática da comunicação em saúde, tendo sido aplicado um questionário para avaliar a satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde. Este instrumento de trabalho está dividido em duas partes: a parte I inclui os dados sociodemográficos, tendo como variáveis o tipo de respondente (utente ou acompanhante); sexo; faixa etária; habilitações literárias, área de residência (urbana ou rural); número de contactos, nos últimos 12 meses, com a Instituição em estudo (fator de exclusão); a parte II é constituída por um conjunto de perguntas de auto resposta, abrangendo seis dimensões em estudo: comunicação verbal; comunicação não-verbal; empatia; respeito; resolução de problemas; e material de apoio. Cada dimensão tem associado um conjunto de subitens de avaliação global da respetiva dimensão e cada dimensão é associado uma

pergunta sobre a satisfação global da dimensão. A cotação das respetivas respostas de cada dimensão foi atribuída em função da escala de Likert de cinco pontos, 1- Muito Insatisfeito, 2-Insatisfeito, 3-Nem satisfeito nem insatisfeito, 4- Satisfeito, 5- Muito Satisfeito.

No que respeita à consistência interna do instrumento utilizado no estudo, esta foi fundamentada pela medição do índice de alfa Cronbach, que nos indica a confiabilidade das médias dos valores observados, tendo como valor ($\alpha=0.980$), sendo um valor na escala definida por Freitas & Rodrigues (2005) um valor elevado a muito elevado, assumindo uma fiabilidade excelente.

O inquérito foi aplicado a uma amostra de 371 indivíduos, sendo 210 (56.6%) utentes e 161 (43.4%) acompanhantes; 118 (31.8%) são do sexo masculino e 253 (68.2%) feminino, com 316 (85.2%) entre os 18 a 64 anos e 55 (14.8) com 65 ou mais anos. No que se refere ao nível de habilitações literárias, verifica-se que parte significativa dos inquiridos predominam no nível de ensino secundário 114 (30.7%) e curso superior 86 (23.2%), em contrapartida como minoria a predominância incide no curso médio 13 (3.5%) e mestrado/doutoramento 21 (5.7%). Quanto à área de residência, constata-se que a maioria dos inquiridos reside na área urbana 247 (66.6%) e os restantes 124 (33.4%) na área rural.

Numa vertente de cruzamento de dados obtidos em estudos anteriores (Santos, 2013; Silva, 2017), verifica-se que as diferenças existentes residem no grau de escolaridade e área de residência. No trabalho de (Silva, 2017) a maioria dos inquiridos (48 - 23.5%) possuía escolaridade até 4ª classe e, maioritariamente, residiam no meio rural (138 -67.6%). Em contrapartida, no trabalho de (Santos, 2013) a maioria tinha escolaridade do 5º ao 9º ano e residia na área urbana (289 - 83.0%), resultados que coincidem com o estudo em questão. No que se refere a área de residência, maioria dos inquiridos (247 - 66.6%) é da área urbana e têm ensino secundário (114 - 30.7%).

Entrando no campo da análise descritiva, quanto à satisfação na comunicação com os profissionais de saúde, salienta-se que as categorias «satisfeito» e «muito satisfeito» são as que apresentam a maior percentagem de respostas. A dimensão «resolução de problemas» e «material de apoio» apresentam a cotação mais baixa face à satisfação do utente. A dimensão «material de apoio» apresenta pontuações mais baixas, não deixando de na categoria de “satisfeito” recolher a sua pontuação maioritária, contudo com valores bastante inferiores às outras dimensões como veremos de seguida. Como valor mínimo da satisfação apresenta-se o item MA1-e-mail fornecido (para contactar se se necessita de alguma informação ou apoio) com (23,7%) e máximo (42,0%) no item MA4-plano de tratamento.

Os resultados indicados, apresentam-se na mesma linha com os resultados indicados por Santos (2013) e Silva (2017), concluindo assim um reforço da insatisfação por parte dos utentes quanto ao material de apoio existente na instituição. A revisão de literatura refere como fundamental no campo da comunicação entre profissional de saúde e o utente a pertinência de recursos que auxiliem no esclarecimento dos procedimentos e atos médicos a que utente vai ser submetido; obtendo maior pertinência ao ter-se em conta baixos níveis de iliteracia em questões relacionadas com a saúde, pelo que solicita que o tratamento

e processo a que o utente vai ser submetido seja muito bem explicado, utilizando uma diversidade de recursos, como a descrição em papel ou meio digital dos respetivos, bem como meio digital (e-mail) para posterior sanção de dúvidas que na eventualidade venham a surgir, capacitando o utente de ferramentas para que seja agente ativo nos seus cuidados de saúde (Bhor & Mason, 2006; Kountz, 2009).

Em contrapartida, a dimensão «comunicação verbal» é pontuada por uma avaliação positiva em todos os seus itens, salientando-se o item CV4-Comunicação de quando tem um novo exame/tratamento ou consulta com valor mínimo de satisfação (39,4%) e o item CV5-Linguagem acessível com valor máximo da satisfação (49,1%). Na mesma linha, apresenta-se a «Comunicação não-verbal», com avaliação de “satisfeito” maioritariamente em todos os seus itens, pontuando como valor mínimo de satisfação no item CNV2-Atenção dispensada (46,1%) e como máximo no item CNV1-Contacto visual quando falaram consigo (49,3%), não se apresentando com relevância estatística as categorias “muito insatisfeito” e “insatisfeito”.

Relativamente à dimensão «Empatia», observa-se que a categoria “satisfeito” é a que se apresenta em destaque, com valor mínimo de satisfação de (41,8%) no item EM2-Empatia (profissionais colocarem-se no seu lugar) e com valor máximo de satisfação de (51,5%) no item EM1-Simpatia, sendo o item em todas as dimensões do questionário que mais pontuação obteve, significando que existe um elevado grau de satisfação dos utentes quanto ao item simpatia dos profissionais de saúde.

No que se refere à dimensão «Respeito», a avaliação também recai na categoria de “satisfeito” com pontuações a valores mínimos de (45,3%) no item RE1- tratamento personalizado (pelo nome) e máximo (49,9%) RE3- resposta (às suas questões sobre o seu problema de saúde), salientando satisfação face à dimensão respeito.

Quanto à dimensão «Resolução de Problemas», a sua avaliação incide sobre a categoria “satisfeito”, pontuando como mínimo no item RP1 – alteração das datas dos exames, consultas ou tratamentos perante a sua impossibilidade de comparecer no dia agendado (32,9%) e como máximo de satisfação no item RP3- Informação do tempo previsto para o seu exame, consulta ou tratamento (39,6%).

De acordo como os dados apresentados, verifica-se que no geral os utentes fazem uma avaliação da comunicação com os profissionais de saúde, da instituição em estudo positiva, demonstrando elevado grau de satisfação, como comprova os resultados das dimensões “comunicação verbal”, “comunicação não-verbal”, “empatia” e “respeito”. Estes resultados corroboram com os dados obtidos noutros estudos (Braga et al., 2020) em que os utentes têm perceções positivas sobre a comunicação estabelecida entre ambos, potenciando efeitos positivos em saúde, sendo considerada como condição indispensável para maior adesão ao tratamento, maior satisfação dos utentes e maior segurança do paciente (Rocha, Romão, Setúbal, Collares, Amaral, 2019), estes estudos encontram-se na mesma linha de resultados que Silva, (2017) e Santos, (2013).

Contudo, existem estudos que corroboram resultados contrários, como é exemplo o estudo de Kee et al. (2018), que demonstra insatisfação dos utentes nos pilares base da comunicação em saúde como a comunicação não-verbal; comunicação verbal e ainda falta de informação clínica de qualidade e falta de respeito e empatia (Kee, Khoo, Lim, Koh, 2018).

No que concerne às hipóteses formuladas por este estudo, é de referir que não se verificaram as hipóteses referentes às variáveis faixa etária (HP 2- Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo a faixa etária) e Habilitações Literárias (HP 5 – Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo as habilitações literárias) por não apresentarem resultados estatisticamente relevantes e definitivos.

Os dados também não identificam diferenças nas médias da satisfação com a comunicação segundo o tipo de respondente (utente ou acompanhante), pelo que não se verifica a HP 1 – Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com a comunicação segundo o tipo de respondente: utente ou acompanhante. O mesmo se coloca em relação à dimensão sexo, não se verificando a HP 3 – Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo o sexo.

Em relação à variável zona de residência, não existem diferenças significativas face às variáveis comunicação verbal, comunicação não-verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e satisfação global entre participantes residentes em zonas urbanas e rurais. À exceção da variável material de apoio em que há diferenças significativas entre os participantes, com residentes urbanos menos satisfeitos do que os residentes em meios rurais, pelo que se pode verificar que há diferenças nas médias da satisfação dos utentes com a comunicação segundo a zona de residência no que concerne apenas ao material de apoio (HP4).

Assim, a presente dissertação permitiu ter um estudo mais abrangente sobre a avaliação da satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde, revelando que a avaliação da temática da comunicação em saúde entre o profissional de saúde e o utente deve continuar a merecer atenção pelas respetivas instituições. Atendendo ao facto que a avaliação da comunicação em saúde numa instituição de saúde é um indicador de relevância, pois é um canal e estratégia para informar e influenciar decisões na perspectiva de promover comportamentos em saúde informados, pois é através desta que os utentes avaliam a qualidade dos cuidados prestados e da atuação dos profissionais, assumindo uma relevância transversal em diversas vertentes das instituições de saúde, nomeadamente na relação utente-profissionais de saúde. É através desta relação que os utentes avaliam os referidos cuidados recebidos, tornando-se crucial dotar equipas de competências comunicacionais para aumentar a interação utente-profissionais de saúde, pois a satisfação do utente é um critério fundamental para a qualidade de uma instituição de saúde (Grilo, 2010; Gremigni et al., 2008).

Neste sentido, este estudo permitirá que a instituição em função dos resultados obtidos conceda resposta às necessidades da população, implemente processos de melhoria continua com base no *feedback* dos

utentes da instituição pois permite um desenvolvimento contínuo de melhoria, promovendo sempre a relação utente-profissional de saúde com vista a uma melhor gestão de recursos avançando pontes de comunicação.

Terminada a discussão dos dados desta dissertação de mestrado, propõe-se o ponto que se segue, que consiste na apresentação da conclusão, limitações o estudo e apontar caminhos para trabalhos futuros.

Capitulo III– Conclusões, limitações e trabalho futuro

10. Conclusão

A necessidade de comunicação acompanha o ser humano desde a sua existência, e é um processo de partilha e não um processo unidirecional, pautado na realidade de que o ser humano é um ser social, capacitado para viver em sociedade, logo necessitado de partilhar as suas carências. Sendo a área da saúde um campo alicerçado na partilha e resposta às necessidades do utente, a comunicação em saúde assume especial relevância neste âmbito e em diversos contextos nomeadamente relações profissionais de saúde-utentes. A comunicação em saúde pauta-se pela utilização de estratégias para informar e influenciar os utentes a adotarem comportamentos informados conduzindo-os à resposta das suas necessidades. É através das interações e qualidade do serviço prestado que os utentes avaliam a sua satisfação com a qualidade dos serviços prestados. Como canal primordial para esta partilha utiliza a comunicação nas suas diversas dimensões, neste trabalho o enfoque recaiu sobre a comunicação interpessoal, designadamente entre o profissional de saúde e o utente.

Como foi evidenciado ao longo do trabalho, o objetivo geral deste estudo passou por avaliar a satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde a nível global e atendendo às seguintes dimensões: comunicação verbal, comunicação não-verbal, empatia, respeito, resolução de problemas e material de apoio; sendo que se fará uma análise ao nível da relação entre eles e, também, no que concerne às características sociodemográficas estudadas. Como objetivos específicos definiram-se 6: 1) Avaliar a dimensão mais valorizada e os itens mais valorizados em cada dimensão; 2) Avaliar a satisfação com a comunicação segundo o tipo de respondente: utente ou acompanhante; 3) Avaliar a satisfação com a comunicação de acordo com a idade; 4) Avaliar a satisfação com a comunicação segundo o sexo; 5) Avaliar a satisfação com a comunicação segundo a zona de residência; 6) Avaliar a satisfação com a comunicação segundo as habilitações literárias.

Como hipóteses, a pesquisa formulou 5: 1) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com a comunicação segundo o tipo de respondente: utente ou acompanhante; 2) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo a faixa etária; 3) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo o sexo; 4) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo a zona de residência; 5) Esperam-se diferenças nas médias da satisfação dos utentes com comunicação segundo as habilitações literárias.

Para cumprir com os objetivos e hipóteses elencadas, numa primeira fase realizou-se uma revisão de literatura e posteriormente o estudo empírico. O enquadramento teórico serviu de base à construção do estudo empírico. O estudo assumiu-se de natureza quantitativa (Vilelas, 2009,120). Sendo as variáveis dependentes (VD) a Satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde, Comunicação Verbal (CV); Comunicação Não-verbal (CNV); Empatia (E); Respeito (R); Resolução de problemas (RP); Material de Apoio (MA). Como variáveis independentes (VI) temos o sexo, faixa etária, habilitações

literárias, área de residente (rural ou urbano) e tipo de respondente (utente ou acompanhante). Os dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário (Anexo A), validado para a população portuguesa (Santos, 2013). Responderam ao questionário 371 participantes (n=371), sendo 210 considerados utentes e 161 acompanhantes que tinham frequentado as consultas externas do Serviço de Consultas do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) nos últimos 12 meses.

A análise dos dados permite concluir que, globalmente, quanto à satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde as categorias «satisfeito» e «muito satisfeito» são as que apresentam maior percentagem de respostas.

No que concerne às categorias que mais baixo grau de satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde colhem destacam-se as dimensões «resolução de problemas» e «material de apoio». Nesta dualidade de itens, o item e-mail fornecido (para contactar se necessita de alguma informação ou apoio) (23,7%) colhe o valor mínimo da satisfação e com valor mais alto de satisfação (42,0%) surge o item plano de tratamento.

Em contrapartida, os valores mais elevados quanto à satisfação surgem associados à dimensão comunicação verbal, designadamente com o item CV4- comunicação de quando tem um novo tratamento ou consulta (39,4%) a recolher o valor mais baixo de satisfação, seguindo-se e o item CV5- Linguagem acessível (49,1%). Os dados permitem, ainda, concluir que é o item EM1-Simpatia da dimensão empatia na medida satisfação (51,5%) o que agrega maior grau de satisfação dos utentes na comunicação com os profissionais de saúde.

Os dados evidenciam, também, uma ausência de diferenças significativas em relação às médias de satisfação, com exceção da variável material de apoio em que há diferenças significativas entre os participantes, com residentes urbanos menos satisfeitos do que os residentes em meios rurais, pelo que se verifica que em há diferenças nas médias da satisfação com comunicação segundo a zona de residência no que concerne apenas ao material de apoio (HP4).

Estes dados revelam a pertinência que as instituições da área da saúde devem assumir face à comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e os utentes. Neste sentido, os resultados reforçam a pertinência de as Instituições da área da saúde dotarem as equipas de competências comunicacionais, de forma a incentivar a interação entre profissionais de saúde-utentes, procurando dar resposta às necessidades dos utentes, implementar processos de melhoria e desenvolvimento contínuos. A comunicação em saúde têm e deve ser encarada como pilar e estratégia-chave para as instituições, nomeadamente as da área da saúde, porque irá permitir melhor qualidade e acessibilidade aos serviços de saúde e por consequente melhor qualidade de vida dos utentes, através da consciencialização dos utentes para adoção de comportamentos protetores. Contexto que permitirá uma melhor gestão e adequação de serviços e, por consequente, maior rapidez e qualidade na resposta às necessidades dos utentes, e por consequente aumento dos ganhos em saúde.

11. Limitações

Numa investigação há sempre algo que ficou por fazer, pelo que se torna pertinente referir as principais limitações da presente investigação.

A primeira limitação prende-se com o facto de não ter sido possível aplicar o inquérito por questionário a utentes de outros serviços. Esta limitação deveu-se à baliza temporal definida, na medida em que se considera que o intervalo de tempo dedicado à recolha dos dados foi baixo; caso tivesse sido ampliado o número de respostas seria mais elevado. A esta junta-se a dificuldade de acesso a outros serviços. Estas limitações contribuem para uma outra: número reduzido de participantes, pois em caso de mais tempo e se tivesse sido agregado todos os serviços ter-se-ia conseguido maior número de participantes.

Caso estes aspetos tivessem sido ultrapassados ter-se-iam outros contributos e haveria mais contribuições e aperfeiçoamento da investigação.

12. Trabalho futuro

Na linha do que se expôs, crê-se pertinente que a investigação sobre a temática aqui estudada seja merecedora de atenção continuada por parte dos investigadores. Considera-se que se está face a um tema muito importante quer para as instituições de saúde, quer para os próprios utentes. Neste sentido, os desenvolvimentos de investigações análogas a esta podem trazer informações capazes de auxiliarem em melhores práticas, e estas darem mais e melhor satisfação ao utente. Neste sentido, sugere-se aplicação do inquérito por questionário a outras regiões do país e que de certa forma dará dados ainda mais globais. Tornar-se-ia, ainda, crucial que estudos futuros também considerassem a recolha de dados em instituição de cariz público e privado permitindo uma avaliação mais específica da qualidade de comunicação em duas realidades de gestão diferentes.

Neste sentido, e atendendo ao facto da elevada importância que a comunicação na área da saúde assume na sociedade, à escassez de estudos nesta área, entende-se como relevante e pertinente a continuação da realização de estudos neste âmbito, pois permite às instituições terem um *feedback* das necessidades dos utentes e nesse contexto melhorar a qualidade dos serviços e resposta às necessidades, primando pela excelência na prestação de cuidados.

13. Referências Bibliográficas

- Abrantes, M. J. A. (2012). Qualidade e satisfação opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares. *Universidade de Coimbra*, 1–197. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20506>
- Alpuim, N. S. F. (2015). *O papel da Comunicação Estratégica nas Instituições de Saúde: o caso do Hospital de Braga*.
- Alves, A. I. A. (2011). *Competências Interpessoais Em Saúde: Comunicar Para A Qualidade, Com O Utente E Em Equipa Multidisciplinar Projecto*.
- Amaral, M. L. V. C. M.; Ramos, M. N. P. (2014). *A comunicação médico doente: o impacto da informação em doentes hospitalizados*.
- Araújo, B. B. M. de; Rodrigues, B. M. R. D.; Rodrigues, E. da C. (2008). O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros_ uma análise freireana _ *Rev. Psicologia Argumento*, 25(51), 361–370.
- Armesto, L. M., Alonso, T. R., & Mutran, T. J. (2021). Habilidades De Comunicação Na Perspectiva Da Formação Discente Em Saúde: Uma Revisão Bibliográfica (Aula a Aula). *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(11), 1107–1122. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i11.3150>
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. J. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: A review of the literature. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 42, Issue 4, pp. 324–339). <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x>
- Azoulay, E., Chaize, M., & Kentish-Barnes, N. (2014). Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Annals of Intensive Care*, 4(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13613-014-0037-5>
- Barros, P. de S., Falcone, E. M. de O., & Pinho, V. D. de. (2011). Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*, 18(1), 36–43.
- Beckman HB, Frankel, R. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*, 101(5):692–6. <https://doi.org/doi:10.7326/0003-4819-101-5-692>. PMID: 6486600.
- Bhor, M., & Mason, H. L. (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. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2(4), 512–532. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2006.02.005>
- Bitti, P. R. & B. (1997). *A Comunicação como Processo Social* (Editorial Estampa (ed.)).
- Bleich, S. N., Ozaltin, E., & Murray, C. J. L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271–278. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.050401>
- Braga, E. M., & Da Silva, M. J. P. (2007). Comunicação competente – Visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 20(4), 410–414. <https://doi.org/10.1590/S0103->

21002007000400004

- Braga, R. L., Cardoso, Avelino, B. L., Carozzo, Pinheiro, N. P., & Teixeira, C. M. (2020). *Avaliação da comunicação médico-paciente na (Evaluación de la comunicación entre médico y paciente en la) perspectiva de ambos interlocutores Evaluation of doctor-patient communication from the perspective of both interlocutors*. 23(i), 668–672.
- Branco, M. P. P. D. C. P. (2013). *Escola Superior de Educação João de Deus A Comunicação Organizacional como Estratégia de Gestão*.
- Brito, T. R. M. A. (2015). Qualidade em saúde: satisfação do utente com o serviço de urgências do Hospital de Santa Maria. *Universidade Lusófona*, 21–42. <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6633>
- Burke, J. (1989). *Competency-based education and training*. (T. F. Press (ed.)).
- Caetano, J., & Rasquilha, L. (2007). *Gestão e Planeamento de Comunicação*. (Q. Editorial (ed.)).
- Carvalho, C. (2012). *Gestão da comunicação interna como uma ferramenta estratégica*. <https://docplayer.com.br/1318951-Gestao-da-comunicacao-interna-como-uma-ferramenta-estrategica.html>
- Catarina A., Miguel C., Daniela F., Joana J., H. M. (2010). Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(2), 150–157. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i2.10725>
- Ceron, M. (2013). Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. *Unasus.Unifesp.Br*. https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf%0A
- Chan, C. S., Wun, Y. T., Cheung, A., Dickinson, J. A., Chan, K. W., Lee, H. C., & Yung, Y. M. (2003). Communication skill of general practitioners: any room for improvement? How much can it be improved? *Medical Education*, 6(37), 514–526. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01533.x>
- Chang, Y. W., Hsu, P. Y., Wang, Y., & Chang, P. Y. (2019). Integration of online and offline health services: The role of doctor-patient online interaction. *Patient Education and Counseling*, 102(10), 1905–1910. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.04.018>
- Christen, R. N.; Alder, J.; Bitzer, J. (2008). *Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations* *. 66, 1474–1483. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.011>
- Cleary, P. D.; McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of the quality of nursing care. *Journal of Medical Care Organization*, 12(3–4), 13. <https://doi.org/10.1177/010740839201200308>
- Coriolano-Marinus, M. W. de L., de Queiroga, B. A. M., Ruiz-Moreno, L., & de Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: Revisão integrativa da literatura. *Saude e Sociedade*, 23(4), 1356–1369.

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>

- Corney, R. (2000). *O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento em Medicina* (Climepsi (ed.); 1ª edição).
- Cunha, M. P., Rego A., Cunha, R. C., & Cabral C. C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (Editora RH (ed.); 6ª ed.).
- Dance, F. (1970). The "concept" of communication. *Journal of Communication*, 20(2), 201–210.
- Davis, M. A. (2009). A perspective on cultivating clinical empathy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 76–79. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.001>
- Delbanco, T.; Sands, D. (2004). Electrons in Flight—E-Mail Between Doctors and Patients. *The New England Journal of Medicine*, 7(1705), 350. <https://doi.org/10.1056/NEJMp038209>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), 76–84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
- Dias, F. N. (2011). *Barreiras à Comunicação Humana* (E. Quimera (ed.)). https://www.dropbox.com/s/zgxhc8sdxg6y5af/Barreiras_a_Comunicacao_Humana.pdf?dl=0
- Dominique F, S. (2015). Medição da satisfação dos profissionais de saúde: uma aplicação no Agrupamento de Centros de Saúde Feira-Arouca. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 33(2), 188–198. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.07.001>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed. *JAMA*, 260(0098–7484), 1743 a 1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Faiman, C. S.; Danesi, D.; Rios, I. C.; Zaher, V. L. (2003). Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde / Care Takers – The Clinical Practice of Health Professionals. *Mundo Saúde*, 27, 254–257.
- Ferreira, P. L., Luz, A., Valente, S., Raposo, V., Godinho, P., & Felício, E. D. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários: O caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saude Pública*, 2, 53–61. <https://is.gd/cxrV11>
- Filho, A. G., & Blikstein, I. (2013). Comunicação assertiva e o relacionamento nas empresas. *GV-Executivo*, 12(2), 28. <https://doi.org/10.12660/gvexec.v12n2.2013.20706>
- Fiske, J. (2002). *Introdução Ao Estudo Da Comunicação* (ASA (ed.); 4ª edição). <https://pt.scribd.com/document/283090468/Introducao-Ao-Estudo-Da-Comunicacao-John-Fiske>
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II – Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 302(6785), 1129–1132. <https://doi.org/10.1136/bmj.302.6785.1129>
- Fitzpatrick, R. (1997). *Patient satisfaction* (Cambridge: Cambridge University Press. (ed.); In Andrew).
- Fortin, M. F. (2008). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. In *Lusodidacta* (Vol. 27, Issue

- 4, pp. 1–373). <https://univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/view/287>
- Freitas, A. L. P.; Rodrigues, S. G. (2005). Avaliação de Confiabilidade do Questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *Xii Simpósio De Engenharia De Produção*, 12(May 2014). <https://doi.org/10.13140/2.1.3075.6808>
- Fridsma, D. B., Md, P. F., Phd, R. A., X-, M., & Rd, B. W. (1994). A Survey of Patient Access to Electronic Mail : Attitudes , Barriers , and Opportunities. *Symposium on Computer Applications in Medical Care*, 15–19.
- Friedman, H. (1979). Nonverbal Communication Between Patients and Medical Practitioners. *Journal of Social Issues*, 35, 82–99.
- García, M. R. (2011). Pensamiento Sistémico Y Comunicación. La Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick como obra organizadora del pensamiento sobre la dimensión interpersonal de la comunicación. *Razón Y Palabra Primera Revista Electrónica En América Latina Especializada En Comunicación*. www.razonypalabra.org.mx
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017). Patient-clinician communication: American society of clinical oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(31), 3618–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>
- Gomes, L.; Vianna, C. (2008). Interação do profissional de saúde com o paciente idoso; *Jornal Brasileiro de Medicina*, 95(5/6), 36–39.
- Gomes, L. V. V. C., & Bezerra, A. J. C. (2010). Relação Médico-Paciente idoso: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 150–159.
- Gotardo, G. I. B.; Silva, C. A. da. (2005). O Cuidado Dispensado Aos Familiares Na Unidade De Terapia Intensiva. *Revista Enfermagem Uerj*, 223–228.
- Graber, M. L., Franklin, N., & Gordon, R. (2005). Diagnostic error in internal medicine. *Archives of Internal Medicine*, 165(13), 1493–1499. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.13.1493>
- Greeneich, D. S.; Long, C. O.; Miller, B. K. (1992). Patient satisfaction update: research applied to practice. *Applied Nursing Research*, 5(1), 43–48.
- Gremigni, P., Sommaruga, M., & Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.12.008>
- Grilo, A. I. R. M. (2010). *Processos Comunicacionais Em Estudantes De Fisioterapia E Fisioterapeutas: Categorização E Proposta De Um Treino Individual De Competências* (p. 353).
- Grilo, A. M. (2012). *Relevância Da Assertividade Na Comunicação Profissional De Saúde-Paciente* (Vol. 13, Issue 2, pp. 283–297).
- Haes, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of

- functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 287–294.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.006>
- Haggerty, J. L., Burge, F., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Bouharaoui, F., Beaulieu, C., & Santor, D. a. (2011). Interpersonal Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments La communication interpersonnelle du point de vue du patient : comparaison entre instruments d'évaluation des soins de santé primaires. *Health Care Policy*, 7(7), 139–153.
- Hall, E. T. (1963). *System Notation Proxemic*. 1911.
- Hall, E. T. (1990). *The hidden Dimension* (Anchor Books Editions (ed.)).
- Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C., & Frankel, R. M. (2009). Nonverbal sensitivity in medical students: Implications for clinical interactions. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1217–1222.
<https://doi.org/10.1007/s11606-009-1107-5>
- Hernández, H., Andrea, P., Ramírez, C., Alexandra, M., & Sánchez, C. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación En Enfermería Medellín*, 26, 218–225.
- Hespanhol, A. (2008). Satisfação dos profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(6), 665–670.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i6.10564>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Institute for Healthcare Communication. (2012). *Impact of Communication in Healthcare | Institute for Healthcare Communication*. <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
- Johann G. (n.d.). *No Title*. Retrieved January 4, 2021, from <https://www.pensador.com/frase/Mzc4MQ/>
- Jonathan, J. D. S.; Kurtz, S. (2005). *Skills for Communicating with Patients* – (C. P. T. & F. Group (ed.); 3ª Edition).
- Jones, L., & Watson, B. M. (2012). Developments in Health Communication in the 21st Century. *Journal of Language and Social Psychology*, 31(4), 415–436. <https://doi.org/10.1177/0261927X12446612>
- Joyce-Moniz, L.; L. B. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde* (Edições ASA (ed.)).
- Kee, J. W. Y., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. H. (2018). Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97–106.
<https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>
- Kountz, D. S. (2009). Strategies for improving low health literacy. *Postgraduate Medicine*, 121(5), 171–177.
<https://doi.org/10.3810/pgm.2009.09.2065>
- Kreps, G.L., Thornton, B. C. (1992). *Health Communication – Theory & Practice* (W. Press (ed.); second edi, Issue enero 24, pp. 5–8).

- Kuhn G. J. (2002). Diagnostic errors. *Academic Emergency Medicine*, 9, 740–750. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4369-7_4
- Laine, C., Davidoff, F., Lewis, CE, Nelson, EC, Nelson, E., Kessler, RC, & Delbanco, T. (1996). Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Annals of Internal Medicine*, 8(125), 640–645. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-125-8-199610150-00003>
- Ledford, C. J. W., Ledford, C. C., & Childress, M. A. (2013). Extending Physician ReACH: Influencing patient activation and behavior through multichannel physician communication. *Patient Education and Counseling*, 91(1), 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.011>
- Lei n.º 48/90, de 24 de A. (n.d.). LEI DE BASES DA SAÚDE. In *Diário da República, 1ª série - nº 116* (Issue Pdr 2020, pp. 3901–3902). <https://dre.pt/application/file/67508032>
- Lei n.º 95/2019, de 04/09. (n.d.). *Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro - Lei De Bases Da Saúde*. http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=3197&nverso=&tabela=leis
- Leichner P & Perreault M. (1990). *Developpement et validation d'une echelle multi-dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie*. Société Canadienne d'Évaluation, Montréal.
- Ley, P. (1988). Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance. In *Patient Education and Counseling* (Issue 3). Croom Helm. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(90\)90107-v](https://doi.org/10.1016/0738-3991(90)90107-v)
- Lima, L. B.; Busin, L. (2008). O cuidado humanizado sob a perspectiva de enfermeiras em unidade de recuperação pós-anestésica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(1), 90–97.
- Littlejohn, S. W. (1988). *Fundamentos teóricos da Comunicação Humana* (E. G. S.A. (ed.)).
- Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26(2), 367–371.
- Lopes, F. (2020). *A Influência da Comunicação na Saúde*. HealthNews. <https://healthnews.pt/2020/08/20/a-influencia-da-comunicacao-na-saude/>
- Lopes, M. J. R. (1999). *A satisfação dos utentes ao nível dos cuidados primários de saúde: um estudo de caso*.
- Makoul G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 4(76), 390–393. <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
- Maroco, J. (2007). *A análise estatística com SPSS* (E. Silabo (ed.); 3ª edição).
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90. <https://doi.org/10.14417/lp.763>
- McDonough-Means, S. I., Kreitzer, M. J., & Bell, I. R. (2004). Fostering a healing presence and investigating

- its mediators. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(SUPPL. 1), 1–27.
<https://doi.org/10.1089/acm.2004.10.s-25>
- Melo, M. da L. (2005). *Comunicação com o Doente Certezas e incógnitas* (Lusodidacta (ed.); p. 168).
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho nº 14223/2009, de 24 de Junho. *Diário Da República*, 2(120), 2008–2010. <https://dre.pt/application/file/3594873>
- Ministérios das Finanças e da Saúde. (2012). Portaria n.º 159/2012. In *Diário da República* (pp. 2672–2674).
- Mishra, P., Hansen, E. H., Sabroe, S., & Kafle, K. K. (2006). Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. *Patient Education and Counseling*, 63(1–2), 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.08.006>
- Monteiro, A. C., Caetano, J. A. C., Lourenço, J. M., & Marques, C. H. (2008). *Fundamentos de Comunicação* (L. Silabo, Edições (ed.)).
- Monteiro, L. S. (2020). *A importância da comunicação não violenta (CNV) nas organizações públicas*.
- Moreno, F. (2008). *Marketing, comunicação e imagem em saúde. Um novo desafio para a enfermagem*. 1–35.
- Muller, M. R. (2009). Aspectos Relevantes Na Comunicação em Saúde. *Psicologia IESB, Vol.1, nº, 72–79*.
<https://pt.scribd.com/document/253807158/Aspectos-Relevantes-Na-Comunicacao-Em-Saude>
- Neill, R. A., Mainous, A. G., 3rd, Clark, J. R., & Hagen, M. D. (1994). The utility of electronic mail as a medium for patient-physician communication. *Archives of Family Medicine*, 3, 268–271.
<https://doi.org/10.1001/archfami.3.3.268>. PMID: 8180718
- Noronha Filho, G. (1990). *O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: Uma proposta para os serviços*. 59–63.
- Nunes, A. M. (2019). A importância da comunicação com profissionais de saúde: o olhar dos usuários na atenção primária à saúde no interior de Portugal. *Saúde Em Redes*, 5(2), 113–121.
<https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n2p113-121>
- Nunes, J. M. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*.
<https://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/comunicacao-em-contexto-clinico>
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Oliveira, A. De, Carneiro, J., Lúcia, M., Machado, T., & Ogata, M. N. (2008). A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *SP. Interface - Comunicação, Saúde*, 12, 749–762.
- Oliveira, F. A. De. (2002). Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface - Comunicação, Saúde*, 6, 63–74.

- Oliveira, J. de S. P. de, Costa, M. M., & Wille, M. F. de C. (2008). *Introdução ao método de Delphi* (Curitiba Mundo Material (ed.); 1ª edição, p. 18).
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7), 903–918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- Parrott R, Burgoon JK, Burgoon M, L. B. (1989). Privacy between physicians and patients: more than a matter of confidentiality. *Soc Sci Med*, 12(29), 1381–1385. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90239-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90239-6)
- Pereira, C. (2019). *Comunicar em saúde*, Just News.
- Pereira, M. J. de S. (2014). *Tese de Doutorado A gestão da comunicação nas organizações e liderança pessoal*.
- Phillips, D. (1996). *Medical Professional Dominance And Client Dissatisfaction*. 9536(10), 1419–1425.
- Phillips, R. L., Bartholomew, L. A., Dovey, S. M., Fryer, G. E., Miyoshi, T. J., & Green, L. A. (2004). Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Quality and Safety in Health Care*, 13(2), 121–126. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.008029>
- Porto Editora Infopédia. (n.d.). *comunicação in Artigos de apoio Infopédia [em linha]*. Porto: Porto Editora, 2003–2019. [consult. 2019-06-21 17:12:46]. Disponível na Internet: [https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/\\$comunicacao](https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/$comunicacao). 2003–2019.
- Queiroz, M. V.O.; Jorge, M. S. B.; Marques; J. F.; Cavalcante, A. M.; Moreira, K. de A. P. (2007). Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3), 479–487.
- Quivy R.; Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em ciências sociais* (Gradiva (ed.); 4ª edição).
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde* (U. Aberta (ed.)).
- Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*, 1(11), 30–51. <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300/3505>
- Rider, E. A., Kurtz, S., Slade, D., Longmaid, H. E., Ho, M. J., Pun, J. K. H., Eggins, S., & Branch, W. T. (2014). The international charter for human values in healthcare: An interprofessional global collaboration to enhance values and communication in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.017>
- Roberts, L., & Bucksey, S. J. (2007). Communicating With Patients : What Happens in Practice ? *Physical Therapy*, 87(5), 586–594. <https://doi.org/10.2522/ptj.20060077>. Epub
- Rocha, S. R., Romão, G. S., Setúbal, M. S. V., Collares, C. F., & Amaral, E. (2019). Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1 suppl 1), 236–245. <https://doi.org/10.1590/1981->

- Roter, D., & Hall, J. (2006). Doctors Talking with Patients – Patients Talking with Doctors. In *Improving Communication in Medical Visits*. <https://doi.org/10.1111/j.1444-0938>
- Rubin HR. (1990). Patient evaluations of hospital care. A review of the literature. *Med Care*, 53–59. <https://doi.org/10.1097/00005650-199009001-00002>
- Sáfadi, C. M. Q. (2001). Delphi: Um Estudo Sobre Sua Aceitação. *Semead*, 1–14. <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/5semead/MKT/Delphi.pdf>
- Saint-Exupéry, A. de. (n.d.). *No Title Antoine de Saint-Exupéry*. <https://www.pensador.com>
- Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A, Dowrick C, Hughes J, M. R. (2007). *Why do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms*. 22(5):565–71. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0094-z>
- Sanderson, C. R., Cahill, P. J., Phillips, J. L., Johnson, A., & Lobb, E. A. (2017). Patient-centered family meetings in palliative care: A quality improvement project to explore a new model of family meetings with patients and families at the end of life. *Annals of Palliative Medicine*, 6(Suppl 2), S195–S205. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.08.11>
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2018). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios | Revista Portuguesa de Saúde Pública. In *Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa* (pp. 47–57). <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Santos, C. C. V., & Shiratori, K. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 434–437. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000400010>
- Santos, A. H. R. dos. (2013). *Avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde construção e validação de um instrumento*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edsrca&AN=rcaap.portugal.10400.22.4752>
- Santos, L. C. G. dos. (1998). *Necessidades De Familiares Da Pessoa Internada Em Unidade De Terapia Intensiva: Uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar* (p. 116).
- Santos, M. C. dos, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. *Escola Superior de Tecnologia Da Saúde de Lisboa*, 10, 47–57.
- Santos, M. (1993). Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: Importância dos aspectos não técnicos da prestação. *Pública, Revista Portuguesa de Saúde*, 11(4), 29–45.
- Scalise D. (2006). *Clinical communication and patient safety*. 80(8):49–54.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16964898/>

- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. In *Archives of Internal Medicine* (Vol. 163, Issue 1, pp. 83–90). <https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83>
- Sequeira, C. (2014). *Comunicação terapêutica em saúde mental*. 12, 6–8.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (Lidel (ed.); 1ª edição).
- Serra, J. P. (2007). *Manual de teoria da Comunicação* (LABCOM (ed.)).
- Servotte, J. C., Bragard, I., Szyld, D., Van Ngoc, P., Scholtes, B., Van Cauwenberge, I., Donneau, A. F., Dardenne, N., Goosse, M., Pilote, B., Guillaume, M., & Ghuysen, A. (2019). Efficacy of a short role-play training on breaking bad news in the emergency department. In *Western Journal of Emergency Medicine* (Vol. 20, Issue 6, pp. 893–902). <https://doi.org/10.5811/WESTJEM.2019.8.43441>
- Shaw, A., Ibrahim, S., Reid, F., Ussher, M., & Rowlands, G. (2009). Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.026>
- Shenkin, B. N.; Warner, D. C. (1973). Giving the Patient His Medical Record: A Proposal to Improve the System. *New England Journal of Medicine*, 289(13), 688–692. <https://doi.org/10.1056/NEJM197309272891311>
- Silva, A. L. A. e, Guilherme, M., Rocha, S. S. L., & Silva, M. J. P. da. (2000). Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(5), 65–70. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692000000500010>
- Silva, L. M. G. da, Brasil, V. V., Guimarães, H. C. Q. C. P., Savonitti, B. H. R. de A., & Silva, M. J. P. da. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 52–58. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692000000400008>
- Silva, M. J. P. da. (2009). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*, 10(2), 73–88.
- Silva, V. L. S. (2017). Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde. *Instituto Politecnico de Viana Do Castelo*. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1922/1/Vera_Silva.pdf
- Simões, M. das D. F. S. (1990). *Comunicação entre crianças – investigação empírica* (L. Coimbra (ed.)).
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45(12), 1829–1843. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00128-7)
- Souza, Y. V., Gomes, R. S., Sá, B. V. dos S., Mattos, R. M. P. R. de, & Pimentel, D. M. M. (2020). Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. *Revista Bioética*, 28(2), 332–343. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282395>

- Sutcliffe, K. M., Lewton, E., & Rosenthal, M. M. (2004). Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Academic Medicine*, 79(2), 186–194. <https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019>
- Tavares, S. D. (2017). *As características da comunicação assertiva_ – O nosso idioma – Ciberdúvidas da Língua Portuguesa*. in *Ciberdúvidas da Língua Portuguesa*. <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/artigos/rubricas/idioma/as-caracteristicas-verbais-e-nao-verbais-da-comunicacao-assertiva/3582> [consultado em 10-02-2021]
- Taylor, C. (2000). Clinical problem-solving in nursing_ insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 8(31), 842–849.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615–620. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021
- Thomas, R. K. (2006). *Health Communication* (S. Science (ed.)).
- Urdan, A. T. (2001). A Qualidade De Serviços Médicos Na Perspectiva Do Cliente. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, 41(4), 44–55.
- Varela, A. J. F. (2017). A Importância Da Relação E Comunicação Médico-Doente Na Satisfação Do Utente Em Portugal. Uma Revisão Sistemática. *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde*, 1–12. <https://doi.org/10.1017/CB09781107415324.004>
- Victor, A. C., Soares, Matsuda, L. M., Maria, S., Dora, Y., & Évora, M. (2003). Comunicação verbal de uma equipe médica : percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. *Acta Scientiarum: Health Science*, -25(2), 199–206.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (E. Sílabo (ed.); 1ª).
- Vuori, H. V. (1982). *Quality Assurance of Health Services*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Public Health in Europe, 16).
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 247–263. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90005-8)
- Waters, J. A. (1982). Managerial assertiveness. *Horizons, Business*, p.24–29.
- Williams, S. W. J. . D. J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. In *Family Practice* (Vol. 15, Issue 5, pp. 480–492). <https://doi.org/10.1093/fampra/15.5.480>
- Witiski, M., Makuch, D. M. V., Rozin, L., & Matia, G. De. (2019). Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde/Communication barriers: perception of a healthcare team. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(2), 1–10. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988>
- Woods, M. S. (2006). *O fator DUN_ como a comunicação complica o movimento de segurança do paciente*. <https://www.psqh.com/mayjun06/dun.html>

Yerena, M.I S. F.; Correa, P.A.; Pineda R., M. I. F. J. L. H. (2011). *Comunicacion Oral y Escrita* (Pearson Educación (ed.); 1ª Edição).

Yerena, M. del S. F. (2005). *Comunicación oral: fundamentos y práctica estratégica* (Pearson Educación (ed.); 2ª edição).

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

VI- Avalie a sua satisfação na EMPATIA com a comunicação dos profissionais de saúde, em relação aos seguintes itens:

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

VII -Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação à Empatia

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

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

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

XI -Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação à Resolução de Problemas

1 2 3 4 5

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

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

XIII -Classifique a sua SATISFAÇÃO GLOBAL em relação ao material de apoio

1 2 3 4 5

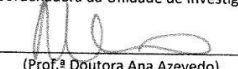
Comentário que ache conveniente

Muito Obrigado pela sua Colaboração

7422



Anexo B- Pedido e autorização para realização da Investigação

Unidade de Investigação
Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.
30 de Janeiro de 2020
A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



n.º 4091/19
DIRECÇÃO CLÍNICA
3.ª 8.ª 2020

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:

Maria José Carneiro dos Santos

Título da Investigação:

**Comunicação em saúde: avaliação da satisfação do utente na
comunicação com os profissionais de saúde.**

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Consultas externas

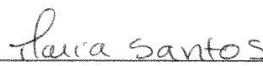
a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.


Com os melhores cumprimentos.

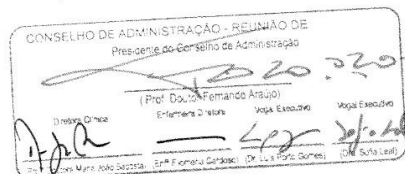
O Investigador/Promotor

Porto, 29 de Novembro de 2019.


assinatura

• Centro Hospitalar São João •
Centro de Epidemiologia Hospitalar

21/1/2020




Comissão de Ética Centro Hospitalar São João /
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto n.º _____ / _____



Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	
Título da investigação:	Comunicação em saúde: avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde.
Nome do investigador:	Maria José Carneiro dos Santos
Endereço eletrónico:	maria_santos@live.com.pt
Contacto telefónico:	916785354
Caracterização da investigação:	
<input type="checkbox"/> Estudo retrospectivo	<input type="checkbox"/> Estudo observacional
<input checked="" type="checkbox"/> Inquérito	<input type="checkbox"/> Estudo prospetivo
<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	
Tipo de investigação:	
<input checked="" type="checkbox"/> Com intervenção	<input type="checkbox"/> Sem intervenção
Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Promotor (se aplicável): _____	
Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Professora Doutora Adriana Oliveira	
Endereço eletrónico: aoliveira@iscap.ipp.pt	
Local/locais onde se realiza a investigação: consultas externas CHSJ	
Data prevista para início: 15 / 01 / 2019	Data prevista para o término: 15 / 02 / 2019
PROTOCOLO DO ESTUDO	
Síntese dos objetivos:	
-Estudar a comunicação estabelecida entre utente e profissional de saúde;	
-Avaliar a comunicação verbal e não-verbal entre o utente e o profissional de saúde, bem como a empatia, respeito, resolução e problemas e fornecimento de material de apoio.	
Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos):	
Este estudo permitirá, obter dados e conhecimentos no que respeita à comunicação entre profissional de saúde e utente, sem que para isso sejam consultados dados clínicos das pessoas que, voluntariamente, aceitem participar no estudo. Este estudo proporcionará um valor acrescentado no que respeita ao melhoramento/adaptação dos princípios a que os colaboradores de saúde estão intrinsecamente associados, nomeadamente no que respeita ao relacionamento com o cidadão. Toda a prestação de informações e esclarecimentos será criteriosamente salvaguardada, de acordo com o código de conduta de ética da DGS.	

1/3

CES/IMP/20

CONFIDENCIALIDADE	
De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação? A confidencialidade dos dados recolhidos são garantidos pelo cariz anónimo dos questionários a aplicar.	
O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
*	
CONSENTIMENTO	
O estudo implica recrutamento de:	
Doentes: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Voluntários saudáveis: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Menores de 18 anos: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se não, referir qual o fundamento para a isenção:	
Existe informação escrita aos participantes: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
PROPRIEDADE DOS DADOS	
A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:	
<input checked="" type="checkbox"/> Investigador	<input type="checkbox"/> Promotor <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Serviço onde é realizado
<input type="checkbox"/> Não aplicável	Outro: _____
BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES	
Benefícios previsíveis: o participante contribuirá ativamente, através da sua participação no estudo, para uma melhoria/ajuste, no âmbito das práticas de comunicação praticadas no contexto em estudo.	
Riscos/incómodos previsíveis: Assiste ao participante a faculdade de recusa na participação no estudo, sendo respeitada a sua decisão.	
São dadas contrapartidas aos participantes:	
· pela participação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável
· pelas deslocações	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável
· pelas faltas ao emprego	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável
· por outras perdas e danos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável
CUSTOS / PLANO FINANCEIRO	
Os custos da investigação são suportados por:	
<input checked="" type="checkbox"/> Investigador	<input type="checkbox"/> Promotor <input type="checkbox"/> Serviço onde é realizado
<input type="checkbox"/> Não aplicável	Outro: _____
Existe protocolo financeiro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

2/3

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- Protocolo do estudo
- Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- Profissional de ligação
- Informação dos orientadores
- Informação ao participante
- Modelo de consentimento
- Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): Inquérito
- Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- Protocolo financeiro
- Outros:
-Pré-projeto de dissertação


COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.


Porto, 29 de Novembro de 2019
 Nome legível: Maria José Carneiro dos Santos *Maria Santos*
assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ FMUP Emitição na reunião plenária da CE de 19/12/19

Amanda esclarecimentos.




Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética



Centro Hospitalar São João.

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A) INVESTIGADOR(A). A CES APROVA POR UNANIMIDADE O PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À REALIZAÇÃO DESTA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

Filipe Almeida 23/12/19



Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

3/3

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projecto: Comunicação em saúde: avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde

Nome da Investigadora Principal: Dra. Maria José Santos

Onde decorre o Estudo: No Centro de Ambulatório do CHUSJ. Apresentou declaração do Dr. Xavier Barreto. O profissional de ligação é o Dr. João Logarinho.

Objectivos do Estudo:

Estudar a comunicação estabelecida entre utente e profissional de saúde.

Avaliar a comunicação verbal e não-verbal.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), sob orientação da Prof.^a Doutora Adriana José de Oliveira.

Concepção e Pertinência do estudo:

Este estudo pretende obter dados e conhecimento no que respeita à comunicação entre profissional de saúde e utente.

Benefício/risco:

Confidencialidade dos dados:

Os participantes não serão identificados.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação ao participante e modelo de CI do CHUSJ.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Fevereiro de 2020

OBSERVAÇÕES:

- No questionário para submissão de investigação, a confidencialidade dos dados não se encontra devidamente justificada. O anonimato dos dados não é garantido pelo facto dos dados serem tratados com cariz académico, mas sim, pelo facto de os questionários serem anónimos. Solicita-se a retificação desta informação;

-Na lista de documentos anexos será pertinente assinalar – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHUSJ e declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo – documentos que são devidamente apresentados.

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação, solicitando a revisão do questionário de submissão nas questões assinaladas.

Porto, 19 de Dezembro de 2019

A Relatora da CES
Gisela Lima

Todas as justas foram exclamadas.

23/12/19

Peder Brito

Anexo C- Consentimento Informado

Informação ao Paciente

Este documento, designada informação **ao paciente**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual é convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do estudo: Comunicação em saúde: avaliação da satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde

Enquadramento: o estudo em questão será realizado no Centro Hospitalar São João, e é desenvolvido no âmbito do Mestrado de Gestão das organizações-ramo: unidades de saúde da APNOR, orientado pela Professora Doutora Adriana José de Oliveira.

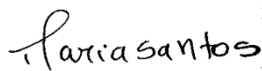
Explicação do estudo: para a realização do estudo empírico, será utilizado uma metodologia quantitativa, que utiliza como instrumento para recolha de dados um questionário. Este estudo visa estudar a comunicação estabelecida entre utente e profissional de saúde. Num enquadramento mais específico, pretende-se avaliar a comunicação verbal e não-verbal entre o utente e o profissional de saúde, bem como a empatia, respeito, resolução de problemas e fornecimento de material de apoio

Condições e financiamento: o estudo não implica nenhum tipo de contrapartidas e custos, sendo o financiamento da total responsabilidade do investigador. A sua participação no estudo é de carácter voluntário não existindo qualquer prejuízo assistencial caso não queira participar. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética deste Centro Hospitalar.

Confidencialidade e anonimato: o presente estudo garante total confidencialidade e exclusividade dos dados recolhidos, garantindo o anonimato de qualquer registo recolhido.

Eu, Maria Santos, como aluna do Mestrado de Gestão de Organizações Ramo: Unidades de saúde, agradeço a sua participação neste estudo, pois sem a sua participação o meu estudo não era possível. Estou ao dispor para qualquer esclarecimento adicional. Deixo o meu contacto maria_santos@live.com.pt

O investigador:



Anexo D–Autorização de utilização do questionário

Re: Tese de Mestrado da Apnor



Ana Helena Santos <anahrs@gmail.com>

02/12/2019 09:27



Para: maria jose

Bom dia Dra. Maria José,

Claro que sim, pode usar o instrumento que desenvolvemos na minha dissertação, não tenho nada a opor, muito antes pelo contrário., dá-me grande satisfação que possamos todos diagnosticar e melhorar a comunicação entre utentes e profissionais de saúde.

Como é um tema que muito me interessa, gostaria de saber que resultados obtive no final.

Alguma dúvida ou algo que possa ajudar, ou discutir, estou ao dispor

Melhores cumprimentos

Ana Helena

Ana Helena Santos

A quarta, 27 de nov de 2019, 22:54, maria jose <maria_santos@live.com.pt> escreveu:

Boa noite Dra. Ana Santos

Sou a Maria José Santos, aluna do Mestrado da APNOR em Gestão das Organizações ramo unidades de saúde e encontro-me a realizar a tese de mestrado. Neste âmbito o tema da minha dissertação é a comunicação em saúde e nesse seguimento, como instrumento de avaliação desta temática, pretendo utilizar o inquérito validado no âmbito da sua tese. Gostaria de saber se existe alguma oposição á sua utilização.

Atentamente

Maria Santos