

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Válter Alcides Henriques Alves dos Santos

**AS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE EM PORTUGAL COM O DOENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS
E A SUA FAMÍLIA
FATORES DE INFLUÊNCIA PERCEBIDOS E PROPOSTAS DE
MELHORIA**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos,
orientada pela Professora Doutora Marília Assunção Rodrigues Ferreira
Dourado e pela Doutora Anabela Araújo Pedrosa e apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra**

Junho de 2022



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Faculdade de Medicina

**As competências de comunicação dos profissionais de
saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos
e a sua família:
fatores de influência percebidos e propostas de
melhoria**

Válter Alcides Henriques Alves dos Santos

Dissertação de Mestrado na área científica de Medicina orientada pela Professora
Doutora Marília Dourado e pela Doutora Anabela Araújo Pedrosa, apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Junho de 2022

Agradecimentos

Aos meus avós, ambos falecidos, que tiveram a oportunidade de me ensinar quase tudo o que sei.

À minha família por todo o apoio ao longo deste percurso. Ao meu pai por ser um exemplo de esforço, dedicação e por ser o exemplo da pessoa que sempre ambicionei tornar-me quando fosse “grande”, à minha mãe pelo “colo” constante e por ser, sempre, a minha bússola.

À Professora Doutora Marília Dourado pela sua assertividade, disponibilidade e contributos para este trabalho crucial na minha construção profissional.

À Professora Anabela Araújo Pedrosa pelo carinho, simpatia e orientação pautada por um rigoroso nível científico, estou grato pela sua visão crítica e oportuna e pelo seu empenho incedível e saudavelmente exigente desde o primeiro dia. Obrigado por todos os conhecimentos transmitidos, pela motivação, por me ouvir, ajudar e estar disponível permanentemente em todas as etapas, não obstante à minha resiliência.

À Doutora Raquel Pires pelo seu contributo nas questões metodológicas e estatísticas que permitiram o desenvolvimento da presente dissertação.

À Dra. Maria Alice Coelho pela generosa partilha de materiais e conhecimento.

À Doutora Denise Cunha Velho, Diretora de Internato Médico e Médica de Medicina Geral e Familiar, exemplo a seguir e por me permitir a oportunidade de crescer enquanto médico e enquanto pessoa!

À Doutora Cristina Veloso, amiga e guia, pelas sua eximia capacidade de tratamento estatístico e conhecimentos de investigação que me motivaram durante todo o processo de desenvolvimento da dissertação.

À Doutora Marta Prates, psicóloga clínica, amiga, extraordinário ser humano que me transmite diariamente o exemplo de firmeza, motivação, confiança, competência, encorajamento e total disponibilidade em todos os momentos cruciais nesta difícil jornada.

À Doutora Teresa Teigão que inspira todos os dias!

A ti que estás sempre aí...

As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família:
fatores de influência percebidos e propostas de melhoria

Índice

Agradecimentos	5
Resumo	10
Abstract	11
Introdução	14
Enquadramento Teórico	17
1. Cuidar do doente e família em Cuidados Paliativos- relevância do processo de comunicação	17
2. Comunicação como matriz para as interações humanas	19
3. Comunicação Médico-Doente	20
3.1 Competências de comunicação dos médicos	23
3.2 Fatores percebidos de influência na comunicação Médico-Doente	24
3.2.1 Características do Profissional	25
3.2.2 Características do doente	30
3.2.3 Características ambientais e institucionais	33
4. Comunicação, stress e <i>burnout</i> - consequências para os profissionais e a prestação de cuidados de saúde	34
5. Formação e desenvolvimento de competências de comunicação: impacto no médico e na qualidade de cuidados	38
Metodologia	42
Procedimentos	42
Participantes	43
Instrumentos	45
Avaliação de dados demográficos	45
Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS; Leal-Costa et al.2016; Versão Portuguesa: Coelho, Melo & Pereira, 2020)	46
Inventário de <i>burnout</i> de Malash-Pesquisa de Serviços Humanos (MBI-HSS; Malash& Jackson, 1981; VP: Semedo 2009)	47
Análise Estatística	47

Resultados	49
Caracterização do GMGF e do GOE.....	49
Satisfação global com a profissão e condições de trabalho.....	49
Satisfação global com a saúde e qualidade de vida.....	51
Associações entre os indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida	52
Perceção de fatores que influenciam a comunicação Médico-Doente	55
Comparação entre GMGF e GOE	55
Comparação entre Internos vs. Especialistas	59
Competências de comunicação	62
Comparação entre GMGF e GOE.....	62
Comparação entre Internos vs. Especialistas	63
Competências de comunicação avaliados pela HP-CSS: Internos vs. Especialistas no GMGF e GOE.....	64
Formação recebida e percepção da importância da formação sobre comunicação Médico-Doente- comparação GMGF e GOE por nível de especialização	65
Indicadores de <i>burnout</i> avaliados pelo MBI	67
Comparação entre GMGF e GOE	67
Comparação entre Internos e Especialistas	68
Indicadores de <i>burnout</i> avaliados pelo MBI: Internos vs. Especialistas no GMGF e GOE	69
Associações entre competências de comunicação, percepção da importância da formação, indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão e qualidade de vida.....	70
Associações entre indicadores de <i>burnout</i> , indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida.....	70
Associações entre competências de comunicação e indicadores de <i>burnout</i>	71
Discussão.....	73
Conclusão.....	87
Bibliografia	90
Anexos.....	104

Índice de Figuras

Figura 1- Diagrama do modelo "Artes de Comunicação em Consulta"(Carrapiço e Ramos, 2012)	23
Figura 2A - Satisfação com as condições de trabalho (n)	51
Figura 3.2B - Satisfação com a profissão (n)	52

Índice Tabelas

Tabela 1-Características Sociodemográficas e Profissionais da Amostra.....	44
Tabela 2-Satisfação global com as condições profissionais.....	51
Tabela 3-Satisfação com a saúde e qualidade de vida: estatísticas descritivas	53
Tabela 4-Satisfação com a saúde e qualidade de vida: frequências	53
Tabela 5-GMGF: correlações entre os indicadores sociodemográficos, profissionais, satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida.....	54
Tabela 6-GOE: correlações entre os indicadores sociodemográficos, profissionais, satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida	55
Tabela 7-Perceção de fatores que influenciam a comunicação médico-doente com doença grave/terminal no GMGF e GOE: frequências.....	57
Tabela 8-Perceção de fatores que influenciam a comunicação médico-doente com doença grave/terminal: frequências	60
Tabela 9-Competências de comunicação avaliadas pela HP-CSS: comparação GMGF e GOE	64
Tabela 10-Competências de comunicação avaliadas pela HP-CSS: comparação Internos e Especialistas	65
Tabela 11-Competências de comunicação avaliadas pela HP-CSS: comparação por categoria profissional do GMGF e no GOE	66
Tabela 12-Importância da formação em comunicação médico-doente.....	66
Tabela 13-Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: comparação GMGF e GOE.....	68
Tabela 14-Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: comparação Internos e Especialistas...	69
Tabela 15-Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: comparação por categoria profissional do GMGF e no GOE	70
Tabela 16-Correlações entre os indicadores de burnout e indicadores sociodemográficos e profissionais	72
Tabela 17-Correlações entre as competências de comunicação e os indicadores de burnout	73

As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família:
fatores de influência percebidos e propostas de melhoria

Resumo

A comunicação faz parte integrante da vida de todas as pessoas, incluindo nesta todo o ambiente social, sendo impossível dissociá-la dos seus diferentes aspetos (Sequeira, 2016).

Para as profissões da área da saúde, que pressupõem relações interpessoais e que implicam uma interação constante com utentes e família, cuidadores e restante equipa, a comunicação é essencial, o que justifica este estudo.

Este trabalho tem como objetivo principal a identificação de competências comunicacionais autopercibidas pelos profissionais de saúde através da aplicação da escala *Health Professionals Communication Skills Scale* (HP - CSS) (Leal-Costa, et al., 2016), assim como identificar fatores que influenciam as competências comunicacionais dos Médicos Assistentes ou Internos de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar em Portugal. Metodologicamente, o trabalho consiste em duas partes: a primeira reporta-se à revisão teórica sobre a importância da comunicação como ferramenta essencial na atividade clínica, e a segunda é um estudo de investigação de natureza observacional, transversal e exploratório/descritivo, com a aplicação de um questionário a uma amostra de profissionais de saúde, maioritariamente dos cuidados de saúde primários. O questionário apresenta quatro dimensões (dados sociodemográficos, identificação de competências comunicacionais autopercibidas pelos profissionais de saúde através da aplicação da escala HP-CSS (Leal-Costa, et al., 2016), avaliação do burnout através do Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS; Maslach & Jackson, 1981; VP: Semedo, 2009) e identificação de fatores que o médico percebe como influenciadores dos encontros comunicacionais com o doente com doença grave/terminal, e sua família.

Através da aplicação da versão portuguesa da *Health Professionals Communication Skills Scale* (HP-CSS) (Leal-Costa, et al., 2016) procura-se aumentar os dados acerca deste instrumento de avaliação, podendo constituir uma mais-valia em investigações posteriores, principalmente em programas formativos pós-graduados sobre competências comunicacionais. A identificação de dificuldades de comunicação nos profissionais de saúde é fundamental para a definição de estratégias de investigação e de melhoria inerentes ao processo comunicativo dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Após a aplicação das fases de estudo e de colheita de dados, é esperado que a discussão dos resultados obtidos possa aferir, com base nas dificuldades identificadas, propostas de formação para o desenvolvimento de competências comunicacionais dos médicos de família em Portugal.

RESULTADOS

Os resultados obtidos revelam que a maioria dos profissionais de saúde de cuidados primários não considera suficiente a sua formação e identificam vários fatores que influenciam essa problemática, tais como o excesso de trabalho e a falta de tempo em consulta o que dificulta o desenvolvimento de competências de comunicação em saúde. Como conclusão deve ser sublinhada a lacuna formativa teórica e prática dos profissionais de saúde na área da comunicação clínica que dificulta a comunicação eficaz e interfere negativamente na relação estabelecida com o utente. O investimento na educação, treino e desenvolvimento de competências dos profissionais é essencial para uma melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos, Médico de Família, Medicina Geral e Familiar, Cuidados de Saúde Primários, Comunicação

Abstract

Communication is an integral part of everyone's life, including the entire social environment, and it is impossible to dissociate it from its different aspects (Sequeira, 2016).

For health professionals, whose activities presuppose interpersonal relationships that involve constant interaction with users and family, caregivers and the rest of the clinical and non-clinical team, communication is essential, which justifies this study.

This study has as main objective the identification of self-perceived communication skills by health professionals through the application of the Scale of Communication Skills of Health Professionals (HP - CSS) (Leal-Costa, et al., 2016), as well as identifying factors that impact on those skills in Portugal. Methodologically, the work consists of two parts: the first refers to the theoretical review on the importance of communication as an essential tool in clinical activity, and the second part is an observational, transversal, and exploratory study of a sample of health professionals, mostly from primary health care, who answered a protocol with four instruments: sociodemographic data, identification of communication skills self-perceived by health professionals through the application of the HP-CSS scale (Leal-Costa, et al., 2016), assessment of burnout through Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS; Maslach & Jackson, 1981; VP: Semedo, 2009) and identification of factors of the verbal relationship, preparation of the appointment, post-verbal conclusion to the appointment which the professional perceives as influencing the quality of communicational encounters.

Through the application of the Portuguese version of the HP-CSS, we seek to increase the data about this assessment instrument, which may be an asset in further research, especially in postgraduate training programs on communication competences. The identification of communication difficulties in health professionals is fundamental for the definition of research and improvement strategy inherent to the communication process of primary health care in Portugal.

After the application of the study and data collection phases, it is expected that the discussion of the results obtained will assess proposals for improvement, based on the identified difficulties, for the development of communication skills of family physicians in Portugal.

RESULTS

The results obtained show that most primary care health professionals do not consider their training to be sufficient and identify several factors that influence this problem, such as overwork and lack of time in consultation, which hinders the development of Communication skills in healthcare.

In conclusion, the theoretical and practical training gap of health professionals in the field of clinical communication should be highlighted, which hinders effective communication and negatively interferes with the relationship established with the patient. Investing in the education, training and skills development of professionals is essential for improving healthcare delivery.

Key words: Palliative Care, Family Doctor, Family Medicine, Primary Health Care, Communication.

Introdução

Os cuidados paliativos exigem capacidades e competências inerentes a todos os profissionais de saúde, que facilitem a abordagem holística da dor e sofrimento (Romão, 2012).

Os doentes com doença avançada, sem perspetiva de cura, e seus familiares, vivem momentos de grande sofrimento emocional. A própria aceitação da transição entre os cuidados curativos e paliativos é promotora de angústia. Na verdade, os cuidados paliativos devem ser estruturados como uma abordagem ativa, organizada com compreensão do sofrimento, promovendo estratégias para o diminuir, e incrementar a qualidade de vida de forma síncrona (Matsumoto, 2012).

Para que a diminuição do sofrimento, a adesão a um tratamento eficaz e a melhoria da qualidade de vida sejam uma prioridade no doente (e família) em cuidados paliativos, a integração e motivação dos cuidados deve ser tão importante como o investimento no processo de comunicação eficaz. A comunicação deve ser encarada como uma ferramenta de trabalho que permite a exponenciação da relação terapêutica com o doente e familiares, mesmo em situações de realidades atribuladas (Gomes, 2012). As competências em comunicação clínica potenciam o profissional de saúde a transmitir a informação de forma explícita e empática, compreendendo vários pontos de vista e assimilando as influências sociais, linguísticas, emocionais, cognitivas e espirituais do próprio e do doente (Lucchese, 2007).

Através da comunicação existe uma transição entre um ponto de vista teórico individual para uma união de pessoas, materiais, locais e atividades, de forma a promover a sua coordenação (Taylor, 1993). Atualmente, existe um reconhecimento da importância do processo de comunicação e, tal como afirma Coiera (2000), esta é uma competência vital para a prática de cuidados de saúde, sendo fundamental na educação para a saúde, mas também para a identificação das lacunas formativas nesta área.

A importância de uma relação comunicacional estruturada e sólida não se limita a consequências para a qualidade de vida do utente e da família, mas também para os profissionais de saúde. Deste modo, Coiera (2000) afirma que são as fracas infraestruturas e pobres práticas comunicacionais que fazem com que o sistema de saúde sofra fortes ineficiências, como revela num estudo realizado a nível hospitalar na Austrália (Coiera & Downtown, 2000). Neste estudo, a identificação de problemas de comunicação foi

considerada a causa mais frequente de morbidade e mortalidade evitáveis. Dados de estudos de outros países vão também neste sentido, apontando a comunicação ineficaz e falhas na comunicação como o principal motivo para queixas e reclamações e para o desperdício de recursos nos serviços de saúde (Corcoran, 2007; Kass, 2016; Rabinowitz, 2011).

De acordo com a presidente da recente Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde existe a necessidade emergente de fazer "um levantamento da formação em Comunicação Clínica que está a ser prestada em todas as escolas de Ensino Superior com cursos na área da saúde" (Carvalho, 2016, p.1); afirma ainda "há estudos realizados nos Estados Unidos que revelam que as queixas por falha na comunicação médico-doente são muito mais frequentes do que as queixas provocadas por incompetência técnica, foi por isso mesmo que, nos EUA, se assistiu a uma forte implementação de conteúdos sobre Comunicação Clínica nas Universidades que formam médicos, enfermeiros, farmacêuticos e terapeutas de várias ordens" (Carvalho, 2016, p.4). Em Portugal, são escassos os dados sobre a formação que os futuros profissionais de saúde (desde os médicos até aos psicólogos, passando pelos terapeutas) estão a receber durante a sua formação académica; o reconhecimento da informatização e exigência técnico-científica dos cuidados de saúde não obsta, porém, que a comunicação com o doente e a empatia sejam priorizados na formação de profissionais de saúde, sendo que estes sentem necessidade de formação nesta área (Carvalho, 2016).

Estes dados expõem a importância da comunicação no âmbito da saúde, de um ponto de vista profissional (em que existe um reconhecimento das lacunas formativas), ao mesmo tempo que garantem visibilidade pública para a investigação e desenvolvimento da comunicação em situações de risco, marketing social, comunicação interpessoal e meios de comunicação (Boulay, 2002). O investimento no desenvolvimento de programas de educação para a saúde, elaboração de políticas e a melhoria dos níveis de literacia em saúde é, também, influenciado pela comunicação. (Wickbusch, 2011). Tudo isto aponta para a importância de uma comunicação médico-doente eficaz, que Sustersic (2018) define como a comunicação centrada no doente, em que os médicos estabelecem como principais objetivos responder às necessidades dos doentes através da partilha de informações e decisões acerca do seu tratamento, ao mesmo tempo que os ajudam a lidar com as mesmas.

A comunicação exige um conjunto de ferramentas que envolvem aptidões interpessoais importantes de forma a estabelecer uma relação de abertura com o utente, respeitando tanto o seu direito à informação, como conseguindo cativar a sua atenção para incentivar a mudança de atitudes, aumentar a sua literacia e melhorar a sua qualidade de vida (Araújo, 2012). Lopes (2009) define comunicação interpessoal como o processo de enviar e receber mensagens com outra pessoa, o que implica competências algo complexas, adequadas a essa comunicação. Portanto, a comunicação não se pode limitar a um conteúdo estruturado e organizado, pois abrange a expressão verbal e não verbal através da ação que, implicitamente, exige empatia e compreensão dos dois polos (emissor e recetor) (Araújo, 2012).

Tendo em conta a complexidade da relação comunicacional (em conteúdo, forma e relação), são reconhecidas as limitações de uma abordagem assente no distanciamento emocional. A comunicação assenta num “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, 1997, p.8). Ainda o mesmo autor, reforça que a comunicação em saúde assume uma importância central pois condiciona a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes, e conseqüentemente da sua família (Teixeira, 1997).

Com a evolução da Medicina, as teorias meramente objetivas cederam a sua importância a abordagens holísticas, em que o contexto emocional deve ser aceite e integrado no processo de cuidado (Gomes, 2012). Assim, a empatia e a preocupação altruísta do profissional de saúde tomam a posição central do processo de cuidado, permitindo a compreensão de todas as vertentes do sofrimento e um ajuste às necessidades e expectativas do doente numa visão compreensiva e global deste (Gomes, 2012).

Atualmente, o contexto de ensino é um processo complexo, mas dinâmico com o objetivo de treinar os estudantes para melhorar o desempenho profissional e, assim, potenciar elevados padrões de qualidade dos cuidados de saúde.

Assim, sendo um tema reconhecidamente importante, o presente trabalho pretende aferir as competências interpessoais e comunicacionais de profissionais de saúde. Procura-se contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e dar pistas para a formação em competências interpessoais dos profissionais de saúde, no âmbito dos cuidados paliativos. É esse o grande objetivo deste trabalho, esperando assim contribuir para a promoção da qualidade em saúde de forma construtiva.

Enquadramento Teórico

1. Cuidar do doente e família em Cuidados Paliativos – relevância do processo de comunicação

O termo paliativo terá tido a sua origem no latim *pallium*, que significa manto (Porto Editora, s.d.) – daqui deriva de imediato a noção central desta filosofia de prestação de cuidados, preconizada a partir de 1967 por Cicely Saunders: proteger, amparar, abrigar, quando a cura de determinada doença não é possível (Andrade et al., 2013). Atualmente considera-se que os cuidados paliativos devem ser ativos/antecipatórios e transversais às necessidades dos portadores de doenças que constituem uma ameaça para a sua sobrevivência. Este tipo de cuidados deve ser assegurado por uma equipa multidisciplinar e diferenciada (Noble, 1997), devendo ser prestados em unidades de internamento ou no domicílio, de uma forma coordenada e global. A promoção do bem-estar e da qualidade de vida é o principal objetivo da prestação de cuidados ao doente com doença incurável e severa, ou em fase avançada/ rapidamente progressiva.

De acordo com a atual recomendação da Organização Mundial de Saúde publicada em 2017 os cuidados paliativos são definidos como: “é a abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor, além de outros problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual” (WHO, 2018).

Na literatura existente, identificam-se cinco principais domínios na abordagem do doente de cuidados paliativos: controlar a dor; evitar o prolongamento da morte; atingir um estado de controlo de sintomas; aliviar o sofrimento/ esgotamento da família; e fortalecer relações com as pessoas mais próximas. Os principais objetivos dos cuidados paliativos apenas podem ser alcançados através de um processo comunicativo eficaz, livre de ruído e com o maior impacto positivo possível no doente e na sua família, por forma a permitir a concretização dos desejos pessoais com a maior qualidade de vida e o menor sofrimento físico possível (Hernandez-Marrero, 2019).

Assim, os cuidados paliativos englobam muito mais do que tratar sintomas físicos ou orgânicos, preocupando-se, concomitantemente, com o bem-estar mental, emocional e espiritual do doente. O processo de doença, e a aproximação à morte, deverá ser um período de cuidados holísticos, promovendo ações de humanização em detrimento das

práticas tecnológicas que visam a cura da doença. O Programa Nacional de Cuidados Paliativos em linha com a OMS, afirma que para o funcionamento pleno dos Cuidados Paliativos, devem estar “identificadas novas linhas estratégicas, nomeadamente em resposta à necessidade de os cuidados paliativos estarem presentes de forma disseminada no SNS”(2021, .14).

A comunicação é um elemento-chave em qualquer processo de prestação de cuidados; nos cuidados paliativos, as competências comunicacionais e o relacionamento interpessoal, o trabalho multidisciplinar e o controlo eficaz da dor são pilares fundamentais para a sustentação desses cuidados (Araújo, 2012). A comunicação entre profissionais de saúde, doentes e respetivas famílias é fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e promotora de melhoria sintomática. A capacidade de compreensão, aceitação e colaboração nas diversas etapas exigidas ao doente e à família, pelo processo patológico, estão inevitavelmente vinculadas à capacidade de receber informação, de a interpretar e de ser permeável ao apoio prestado pelos profissionais de saúde.

De facto, a comunicação interpessoal na área dos cuidados paliativos é um processo complexo, que envolve a transmissão, perceção e compreensão de mensagens entre profissionais de saúde, doentes e famílias (Martins, 2012), através de duas dimensões: verbal e não verbal, ou de modo mais compreensivo, e de acordo com a Escola de Palo Alto (Rohrbaugh et al, 2001; Watzlawick, 1967), digital e analógica. Para a eficácia da comunicação contribuem as palavras ditas ou escritas, devendo a sua escolha ser necessariamente adequada ao doente, família e suas circunstâncias, mas também o tom de voz, expressões, tom emocional, *timing* em que ocorre o encontro comunicacional, pelos gestos que acompanham o discurso oral, postura, pela distância e toque, entre outros elementos estudados pela proxémica.

Uma das maiores dificuldades identificada pelo profissional de saúde que pratica cuidados paliativos, é a prestação de apoio à família do doente (WHO, 2018) - a gravidade e complexidade inerentes à prestação de cuidados paliativos dificultam a comunicação, quer pelos temas que são tratados, quer também pela habitual vulnerabilidade do doente e muitas vezes dos que lhe são próximos. Ao ser responsável pela partilha de informações e decisões médicas cognitivas e emocionalmente complexas (Bernacki & Block, 2014), o médico, em particular no contexto da doença grave e/ou terminal, necessita dispor de competências de gestão emocional e de comunicação avançadas (Dingley, 2008). No

entanto, a literatura científica aponta em numerosos estudos a existência de lacunas na formação dos profissionais de saúde nestas competências, que devem ser aprendidas, treinadas e supervisionadas (Vaz, 2020). Dado o carácter multidisciplinar da prestação de cuidados paliativos, esta deve ser uma preocupação também das equipas que os asseguram – é muito importante que procurem potenciar a sua capacidade de comunicação de forma a promover a interdisciplinaridade e a integração de planos de cuidados. (Dingley, 2008), assegurando assim o alívio sintomático, e a resposta às necessidades físicas, emocionais e espirituais de cada doente, e da sua família.

2. Comunicação como matriz para as interações humanas

A palavra “comunicação” deriva do latim “*communicare*”, que significa *pôr em comum, associar, entrar em relação, estabelecer laços, tornar comum, partilhar* (Porto Editora, 2018). Pressupõe troca de ideias, opiniões e mensagens, sendo que contempla o intercâmbio de informação entre sujeitos ou objetos; é um processo muito complexo, que envolve a troca de informação e utiliza os sistemas simbólicos como suporte para este fim estando envolvidos neste processo uma infinidade de maneiras de se comunicar (Porto Editora, 2018). A comunicação constitui-se como a matriz na qual se inscrevem todas as interações humanas, matriz essa definida nos processos complexos que se estruturam através da sequência complexa de comportamentos verbais e não verbais, num determinado contexto. De acordo com Watzlawick (1967), toda a comunicação é comportamento e todo o comportamento tem valor comunicativo, ou seja, *não se pode não comunicar* (p.5). Este princípio, ou primeiro axioma da Pragmática da Comunicação Humana (Rohrbaugh, 2001), chama a atenção, entre múltiplas implicações, para a responsabilidade e influência que cada um dos intervenientes nas trocas comunicacionais exerce neste processo: *médico, doente e contexto são componentes indissociáveis que determinam o processo e os resultados da comunicação* (Carrapiço & Ramos, 2012, p. 213). Os trabalhos da escola de Palo Alto contribuíram decisivamente para estabelecer a importância de o médico ouvir atentamente o doente, procurando perceber não apenas só o que é dito, mas também como é dito, percebendo o conteúdo e a forma da comunicação (Lopes, 2009).

De modo a minimizar a ineficácia no processo comunicacional, convencionaram-se ferramentas e meios de múltiplas utilizações que devem ser usados pelos indivíduos na

comunicação interpessoal, como exemplo: a fala, a mímica, os computadores, a escrita, a língua, os telefones e a rádio (Jacobs, 2017). A escolha dos meios de comunicação e a utilização das ferramentas disponíveis deve ser observada de modo a facilitar todo o processo, com o menor índice de ruído possível existindo estratégias para minimizar as interferências do ruído comunicacional, como a utilização da redundância, que é todo o elemento da mensagem que não traz nenhuma informação nova (é um recurso utilizado para chamar a atenção e eliminar possíveis ruídos; nesse sentido, deve-se repetir frases e informações consideradas essenciais à sua compreensão pelo recetor), e do feedback, ou seja, de um conjunto de sinais perceptíveis que permitem conhecer o resultado da mensagem (implica colocar questões e obter respostas, com o intuito de verificar se a mensagem foi recebida convenientemente; uma vez transmitida a informação, o recetor processa-a e, segundo os seus objetivos, transforma-a em conhecimento para si próprio). O importante na comunicação interpessoal é o cuidado e a preocupação dos interlocutores na transmissão dos dados ou das informações em questão, para que se obtenha sucesso no processo; a utilização destas estratégias, propostas por Fallowfield (2004), estão entre as que permitem assegurar a compreensão da mensagem recebida.

3. Comunicação Médico-Doente

A comunicação em saúde pode ser entendida como a utilização de estratégias de comunicação adequadas, utilizadas com base em conhecimentos, que permitem a troca de informações, o desenvolvimento de relações e o estudo da forma como a comunicação chega e influencia os públicos a que se destina (Collar, 2009); de entre as múltiplas áreas de estudo que nela se enquadram, a comunicação médico-doente é central quando se aborda a qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne à prestação de cuidados de saúde, abundam na literatura científica evidências da importância crucial que a comunicação médico-doente assume, sendo que a sua eficácia exerce impacto positivo **nos profissionais** (parecem apresentar taxas mais elevadas de sucesso terapêutico, maior satisfação e motivação profissionais e menores níveis de desgaste emocional e *burnout* associado à profissão), **nos doentes** (que parecem denotar maior adesão terapêutica, maior compreensão e facilidade de memorização das indicações terapêuticas, maior perceção de controlo e autonomia, maior satisfação com os cuidados de saúde que recebem e níveis mais elevados de adaptação à doença; (Jiang, 2021); e **nas instituições de saúde** (registando-se diminuição de custos, pois os fatores

anteriores contribuem para maior sucesso terapêutico, menor número de consultas e de reinternamentos. Por comunicação eficaz pode entender-se, de acordo com Sustersic et al. (2018), aquela em que os objetivos principais dos médicos são responder às necessidades dos doentes, partilhar informações e decisões clínicas com eles e ajudá-los a lidar com as mesmas - tal parece ser ainda mais determinante quando em contexto de doença oncológica ou cuidados paliativos, como mencionado no ponto anterior (Jacobs et al, 2017).

A troca de informação entre profissional de saúde e doente, além de partilhar os objetivos finais das ações terapêuticas, visa a melhoria da relação interpessoal (Jacos,2017). O investimento na relação médico-doente deverá ser uma preocupação para o profissional, pois apenas assim conseguirá envolver o doente na tomada de decisão, uma vez que potenciará a disponibilidade para partilhar e indagar informações relativas à sua condição clínica (Jacobs, 2017). A literatura defende que a relação clínica é de tal forma importante que apenas os doentes que confiam nos seus médicos partilham receios e expectativas acerca dos seus sintomas e bem-estar (Romão, 2012).

A comunicação em saúde é um dos momentos mais importantes no atendimento de um doente pelo profissional de saúde (Romão, 2012). A relação comunicativa que se estabelece entre o profissional de saúde e o utente, converte-se numa ferramenta primordial (Leal-Costa et al., 2016). Para que tal seja possível, a comunicação deverá ser entendida como um dos pilares da prática em saúde, fundamental para a participação dos diferentes intervenientes, cuidadores ou populações, que assim se tornam pró-ativos na sua própria saúde (Han, 2016).

Para que a comunicação na prática clínica seja eficaz, é importante atender a (1) estabelecimento a relação entre médico e doente; (2) início da consulta/entrevista clínica; (3) compreensão a perspetiva do doente sobre o seu problema; (4) partilha e discussão informações clínicas com o doente; (5) negociação com o doente o seu plano terapêutico; (6) encerramento da consulta/entrevista clínica (Leal-Costa et al., 2016).

É fundamental que as competências comunicacionais subjacentes sejam aprendidas, treinadas e otimizadas, numa lógica de atualização sistemática e contínua; este processo de aprendizagem e desenvolvimento deve integrar a formação dos médicos e outros profissionais de saúde (Vaz, 2020). Reconhecendo a complexidade do processo comunicacional em consulta, bem como a necessidade de sistematizar competências que possam ser operacionalizadas e alvo de treino na formação dos profissionais, Carrapiço e

Ramos (2012) propõem um modelo em que identificam as “artes da comunicação em consulta” (Figura 1).

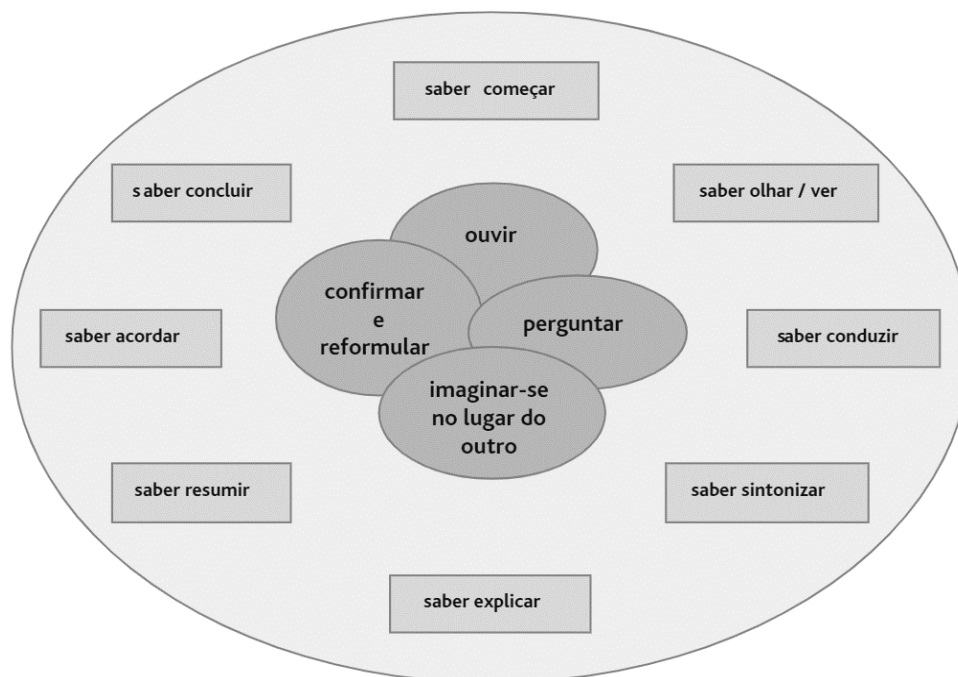


Figura 1- Diagrama do modelo "Artes de Comunicação em Consulta"(Carrapiço e Ramos, 2012)

Nota: Reproduzido com autorização dos autores.

De acordo com os autores, este modelo foi *construído para dar resposta à necessidade sentida de delinear um quadro de capacidades práticas, traduzíveis por comportamentos observáveis e suscetíveis de serem treinados e avaliados criticamente* (Carrapiço e Ramos, 2012, p. 220); advertem, porém, que não basta o domínio e utilização profícua destas artes para o sucesso do processo de comunicação, já que *este depende, essencialmente, da preocupação com o outro e do interesse e da motivação para comunicar bem* (Carrapiço & Ramos, 2012, p. 221).

Em seguida exploraremos algumas das competências que estes autores e a literatura apontam como de grande relevância para a eficácia da comunicação em saúde.

3.1 Competências de comunicação dos médicos

“Na comunicação em saúde, o mais importante não é o que dito, mas sim, o que é percebido, quer seja pelo profissional de saúde, quer seja pelo utente” (Ramos, 2009, p.31).

O médico apenas poderá ajudar o seu doente se conhecer o seu contexto, valores espirituais e culturais, bem como as suas necessidades, pois só com este conhecimento é possível construir a melhor estratégia terapêutica, garantindo um elevado grau de adesão (Jacobs, 2017). Ao investir numa comunicação adequada e eficaz, o médico promove, também, a autonomia do doente e da família, que estará mais confortável para transmitir angústias, desejos e preocupações ao seu médico, melhorando o apoio e compreensão (Jacobs, 2017). Numa perspetiva não menos importante, o autor indica ainda que a satisfação do doente é fortemente influenciada pela conduta do seu médico, principalmente pela capacidade comunicativa de compreensão e de integração de conhecimentos. O tradicional ideal de competência prática do médico, hoje em dia, é substituído pela preferência do profissional que consegue associar a competência técnica e clínica à comunicação verbal e não-verbal, adequada e centrada no doente (Han, 2016). Segundo Vida (2017), os profissionais de saúde são centrais para os cuidados em fim de vida, pois garantem suporte emocional e a ajuda essencial nas atividades quotidianas, tais como: medicação, alimentação, no entanto, o apoio está condicionado pela eficácia do processo comunicativo.

Com o intuito de promover essa eficácia na comunicação médico-doente, várias sociedades internacionais têm desenvolvido recomendações clínicas específicas e têm sido desenvolvidos vários estudos que visam a compreensão dos fatores que lhe estão associados (Vida, 2017), de entre os quais se destacam as competências de comunicação dos médicos e os fatores que potencialmente as influenciam. Estas competências comunicacionais, ao contrário de outros fatores, como a idade, a escolaridade e nível socioeconómico dos doentes, são passíveis de modificação, e vêm recebendo muita atenção na investigação e literatura, no sentido de, como já antes mencionado, integrar o seu desenvolvimento nos programas de formação académica e profissional (Levine et al., 2019).

As competências de comunicação referem-se, assim, ao conjunto de habilidades que um profissional deve possuir para identificar as necessidades dos doentes e intervir de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção

da saúde, prevenção da doença, adesão ao tratamento, entre outras (Vaz, 2020). Segundo Carrapiço e Ramos (2012), apesar de todas as competências que identificam no seu modelo (cf. Figura 1) se afigurarem relevantes para o processo comunicacional com os doentes, algumas assumem-se como núcleo central da comunicação: *ouvir; perguntar, imaginar-se no lugar do outro e confirmar e reformular* (p. 215). Outros autores (Han, 2016) enfatizam a capacidade dos médicos expressarem informação de forma clara, adequada e compreensível aos doentes; ouvirem atentamente e aceitarem o que os doentes transmitem, sem julgamento, responderem empaticamente, isto é, com disponibilidade para tentarem captar o significado que as coisas têm para o doente e a forma como as experienciam; e manifestarem sentimentos, atitudes, desejos ou opiniões de forma adequada à situação, respeitando os doentes como fundamentais para comunicar com eficácia (Vaz, 2020).

Com vista ao desenvolvimento de propostas de melhoria das competências comunicacionais, é fundamental que o médico faça uma autoavaliação regular da forma como comunica (Boulay, 2002).

3.2. Fatores percebidos de influência na comunicação Médico-Doente

Para a construção de uma relação médico-doente saudável existem algumas linhas orientadoras para que o médico consiga conduzir a abordagem ao seu doente com sucesso (Jewson, 2009).

O médico representa o lado profissional, competente e exímio da relação que deve promover uma sensação de conforto e segurança para o seu doente. O doente deposita as suas esperanças e ambições no conhecimento técnico-científico do médico (Kaba & Sooriakumaran, 2007), pelo que compete ao médico a gestão da consulta para fortalecer a relação com o seu doente, tendo por alicerce uma saudável relação terapêutica.

Assumindo a importância soberana e responsabilidade do médico na relação médico-doente, torna-se importante rever características do profissional associadas a uma comunicação mais eficaz.

3.2.1 Características do profissional

A *empatia* na relação médico-doente é muito valorizada e é definida como uma “habilidade cognitiva, passível de ser ensinada e aprendida e que envolve a compreensão dos sentimentos e emoções do doente”(Messerotti et al., 2020, p.3); entende-se por empatia o “estar com o outro e entender o seu ponto de vista” (Rochfort et al., 2021).

A literatura defende que médicos que se autoavaliam como sendo mais empáticos conseguem, em média, um melhor controlo de parâmetros terapêuticos (como a hemoglobina glicosídea no caso da diabetes) nos seus doentes (Chaitoff et al., 2019). Torna-se possível admitir que uma melhor relação médico-doente promove um melhor entendimento, concordância, cooperação e adesão (*compliance*) por parte do doente. Todavia, a consistência de resultados sobre a *empatia* permite afirmar que esta é consistentemente um fator associado a melhores resultados, de tal forma que esta devia ser um componente fundamental da competência médica. Para uma adequada expressão de empatia por parte do médico este deve, primeiramente, compreender e interiorizar a situação emocional do doente e, em segundo, dar a conhecer ao doente que o compreende, validando as suas emoções. A “empatia correlaciona-se positivamente com a qualidade do atendimento na consulta e com a confiança depositada no médico”(Grol et al., 1985, p.128) - a sensação de compreensão por parte do utente é, em si, intrinsecamente terapêutica promovendo a proximidade e facilitando o percurso para soluções efetivas para a resolução dos problemas, evitando o isolamento e frustração com a falência de planos terapêuticos (Moreira et al., 2018).

A importância da empatia é exposta por Baldwin e colaboradores (2007), quando os autores propõem que os médicos são responsáveis pela maior parte da variabilidade na qualidade da relação médico-doente. Os autores, vão ainda mais além, analisam a possibilidade dos doentes que reportam melhor interação com o seu médico serem os mesmos que referem uma melhoria mais acentuada na sua saúde.

A *inteligência emocional*, conceito definido como a capacidade para entender e gerir as emoções do próprio e dos outros (Polinski et al., 2014), é outra característica que surge nos estudos relativamente aos progressos da inteligência artificial. Na atualidade estão refutadas teorias que promovam distanciamento e hierarquização entre médico e doente, associando-as com a promoção da objetividade (Baldwin et al., 2007). Neste modelo que integra a empatia o médico, mantém todas as suas capacidades e responsabilidades,

assume-se como figura capaz de influenciar a forma como o doente gere as suas emoções (Mayer et al., 2008).

A *comunicação compassiva* vem também recebendo atenção crescente na investigação e literatura científica. A compaixão, definida pelo Dicionário da Porto Editora como *sentimento de piedade face ao sofrimento alheio e impulso altruísta e solidário para com quem sofre*, implica no contexto de prestação de cuidados de saúde o reconhecimento do sofrimento do doente e a adoção consciente de ações para aliviar ou reduzir esse sofrimento (Crawford et al., 2014); estas ações decorrem da comunicação, quer verbal quer não verbal, que é iniciada para aliviar o mal-estar e demonstrar compaixão (McElroy & Esterhuizen, 2017). A comunicação compassiva (a capacidade de questionar e informar o doente, através de uma escuta ativa que demonstre respeito e compreensão pela sua ansiedade e sofrimento) parece assumir particular relevância na qualidade da relação médico-doente na prestação de cuidados em situações extremas, como os cuidados paliativos (Estella, 2020; Kozłowska and Doboszynska, 2012), e contribui para melhorar a experiência de cuidados quer dos doentes e família, quer dos profissionais. O treino em competências de comunicação compassiva parece também melhorar os níveis de empatia e de autocompaixão dos profissionais nele envolvidos (Steckal, 1994), o que em vários estudos surge associado a maior resiliência e menor risco de *burnout* em médicos e profissionais de saúde mental (Atkinson et al., 2017; Beaumont et al., 2016; Eriksson, 2018; Kemper, 2019).

Um aspeto relacionado com o médico que pode prejudicar a relação terapêutica é o *distanciamento social*. A estratificação hierárquica ou diferenças culturais entre médico e doente podem dificultar o processo comunicativo entre ambos. Horvat e colaboradores (2014) defendem que a formação médica direcionada a diferenças culturais na abordagem a doentes de minorias étnicas será vantajosa para a prática clínica, diminuindo as desigualdades na saúde. Uma das vantagens do estudo apresentado por estes autores é o potencial da formação para melhoria contínua (Horvat et al., 2014).

Com a evolução inevitável da Medicina, os conceitos técnico-científicos são cada vez mais complexos e promovem uma *linguagem* repleta de expressões técnicas de difícil compreensão para os doentes; o médico deve, porém, utilizá-las de modo parcimonioso e adequado às características do doente. Neste caso, deverá ser lembrado que os próprios doentes poderão utilizar gírias ou expressões coloquiais, ou mesmo termos técnicos de que têm maior ou menor compreensão e poderão descontextualizar, o que também

dificultam a sua total compreensão pelo médico. Outros comportamentos médico que facilitam o propósito de uma comunicação eficaz são *esclarecer* os termos técnicos que não são próprios da cultura do doente, para que sejam entendidos e úteis no plano terapêutico.

O médico deve ainda, assertivamente, ter uma *convicção adequada*, ou seja, deve acreditar naquilo que é proposto por si próprio, potenciando a adesão do utente ao plano projetado (Pimentel et al., 2022); essa convicção deve ser fundamentada numa atualização contínua de conhecimentos e boas práticas. A literatura atual defende que “se o médico acredita em determinado medicamento ou terapêutica para o tratamento do seu doente é provável que este tenha um maior efeito terapêutico do que se este for cético em relação ao mesmo”(Ahmad et al., 2018, p.14) .

A *personalidade* do médico é outro fator modulador da relação terapêutica médico-doente. Em Portugal foi realizado um estudo com 427 estudantes de medicina, ue analisou de que forma a personalidade se relaciona com a empatia (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Para isso foi usado o NEO-Five Factor Inventory, que postula cinco dimensões de personalidade (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) assim como a Jefferson Scale of Physician Empathy na qual os estudantes autoavaliaram a sua empatia. Como conclusão com aplicação prática, identificou-se que a capacidade de estabelecer uma relação empática está relacionada com os traços de personalidade do clínico. Portanto, a correlação entre a empatia e a personalidade, encontrada no estudo supramencionado, pode ajudar a projetar programas para averiguar algumas estratégias de intervenção personalizadas com o objetivo de melhorar a empatia em estudantes de medicina. Embora mais estudos fossem necessários para a estruturação de orientações práticas para os estudantes de medicina, o treino de habilidades de comunicação clínica poderá diminuir a ansiedade e uma gestão emocional prejudicial. Desta forma e acima de tudo, pretende-se melhorar o comportamento empático e atendimento do doente, resultando numa melhoria de prestação de cuidados de saúde (Mayer et al., 2008).

As *características físicas* do profissional podem, também, ser decisivas na comunicação médico-doente. O principal canal de comunicação durante a relação terapêutica é a comunicação não verbal, que engloba características inerentes ao médico tais como

gestos, mímica facial, sorriso, contacto visual, voz nas suas diversas dimensões, vestuário, estatura, cabelo, adereços (óculos, outros adereços), higiene, perfume, entre outros (Hellín, 2002). De acordo com Silverman & Kinnersley (2010), os doentes observam cuidadosamente os seus médicos nas consultas, captando múltiplas informações não verbais. Os autores polacos identificam o tom de voz e o grau de contato visual, manifestados pelo médico, como sendo particularmente determinantes da perceção do grau de interesse na saúde do doente. Conclui-se ainda que, doentes mais jovens e com maior grau de instrução académica são mais propensos a comentar os comportamentos dos médicos, por um lado por apresentarem maior consciência sobre o comportamento do clínico, por outro lado por estarem mais confiantes para relatar a sua perceção aos investigadores (Silverman & Kinnersley, 2010).

A atividade preventiva é, em si, uma tarefa comunicacional, sendo o primeiro contacto fulcral para o estabelecimento da relação (Krasner, 2009). Considerando que por um lado a linguagem verbal é nuclear para a transmissão de conteúdos, conhecimento e informações, por outro lado a responsabilidade da transmissão de sentimentos e emoções que permite atribuir significados e estabelece a relação está a cargo da linguagem não-verbal (Ratanawongsa et al., 2008). Num primeiro contacto com uma pessoa que não se conhece, a resposta depende muito mais da análise que fazemos do conteúdo não-verbal do que da informação verbal transmitida (Krasner, 2009).

Outro aspeto importante da comunicação entre médico e doente é o silêncio que surge no decorrer da relação (Reis, 2019). Os silêncios surgem naturalmente durante a consulta, sendo úteis para o doente poder reorganizar as suas ideias e colocar dúvidas; para o médico o silêncio é útil para identificar aspetos que ficaram por esclarecer e ponderar as hipóteses diagnósticas (Messerotti et al., 2020; Vala, 2017).

A disposição do médico em ouvir ativamente consiste em ouvir e refletir, sem juízos de valor, provocando uma sensação de interesse genuíno no que está a ser dito pelo doente que, por sua vez, se sente confiante e apoiado para exprimir os seus sentimentos, angústias, inquietações, dúvidas e dificuldades (Reis, 2019). O médico deve (tentar) não interromper o doente, mas sim modular a sua reatividade de modo que a consulta não seja absorvida apenas pelo discurso do doente provocando uma consulta totalmente aberta; um estudo de Singh Ospina (2019) indicava que em média os médicos ouviam os doentes durante 11 segundos antes de os interromper, o que fazia com que os doentes não se sentissem ouvidos nem compreendidos, prejudicando assim a eficiência que os clínicos

procuravam imprimir na consulta. Na literatura existem estudos que comprovam frequentes défices comunicacionais durante as entrevistas clínicas, nos quais, apenas metade das preocupações dos doentes é discutida e elucidada (Back et al., 2019; Tavakoly Sany et al., 2020) e menos de metade da sua morbilidade psicológica é reconhecida (Tavakoly Sany et al., 2020). Em múltiplas situações a preocupação do médico prende-se com os aspetos clínicos não explorando informação sobre as perceções e aspirações dos doentes, influenciando negativamente a adesão ao tratamento (Street, 2013). Por vezes, os médicos adotam uma postura resistente em abordar os doentes sobre o impacto social e emocional dos seus problemas, devido ao receio de causar angústia difícil de gerir pelo próprio médico (Meryn, 1998) e, não menos importante, o aumento do tempo de consulta (Larsen & Smith, 1981).

De forma sintética, o médico deve modular a sua reatividade para que inicialmente seja baixa e vá aumentando na fase resolutiva da consulta (Ahmad et al., 2018). Embora devam ser necessariamente intervenientes, questionando os doentes, é fundamental que cultivem a escuta ativa, que inclui colocar questões abertas e fechadas, ouvir cuidadosamente as respostas e observar o comportamento não verbal dos doentes (Singh Ospina et al., 2019).

Para benefício da relação comunicacional entre médico e doente, o médico deve expressar empatia e incentivar o doente a revelar informações, crenças e preferências para maximizar as suas oportunidades em participar na definição de um plano terapêutico mais eficaz e ajustado, a si (Sepúlveda et al., 2002). Não devem ser, ainda, esquecidas as técnicas não verbais para mostrar maior proximidade ao utente (Tavakoly Sany et al., 2020), como a redução da distância física entre ambos e a inclinação para a frente e orientação do corpo do médico (contudo respeitando o espaço privado do doente), pois estas estão associadas a maiores graus de satisfação por parte do doente (Street, 2013).

Existem progressos nos últimos anos que demonstram a relação entre a comunicação não verbal dos médicos (na forma de contato visual, acenos de cabeça e gestos, posição e tom de voz) com os seguintes resultados: satisfação do doente, compreensão do doente, deteção médica de sofrimento emocional e antecedentes de reclamações de negligência médica (Roter et al., 2006). Todavia mais investigações são necessárias para sedimentar as evidências significativas sobre o impacto da comunicação não verbal na relação clínica; parece consensual a necessidade de aperfeiçoamento deste tipo de comunicação por parte dos médicos.

3.2.2 Características do doente

O doente encontra-se no outro polo da relação terapêutica relativamente ao médico, assumindo um papel fundamental (Mayer et al., 2008).

Tradicionalmente é o doente que recorre ao médico, solicitando ajuda quando o necessita. O pedido de ajuda do doente inicia-se quando o próprio interpreta sintomas subjetivamente (em função da sua experiência própria) como alterações no normal funcionamento orgânico (Veldhuijzen et al., 2007).

Ao expor as suas angústias e interpretações, o doente permite ao médico a análise e integração das queixas num quadro clínico etiológico compatível com o descrito. Portanto, é a partir das informações prestadas pelo doente que o médico estabelece uma meta objetiva de diagnóstico. Para confirmar a sua hipótese, o médico procura parâmetros clínicos objetivos que corroborem as informações (subjetivas) declaradas pelo utente. Se o médico apenas se focar nas informações prestadas e nos parâmetros encontrados está perante um reducionismo da sua atividade, portanto, não poderá ser esquecida a integração de fatores psicossociais, bem como o impacto dos sintomas na vida do doente e as suas expectativas (Weng et al., 2008).

Pelo sofrimento inerente à patologia e pela necessidade de pedido de auxílio, o doente assume a personagem mais frágil e dependente da relação médico-doente. Portanto, o doente será o elemento mais prejudicado se a relação comunicacional não for saudável.

O doente em cada consulta apresenta as queixas (subjetivas) como forma de pedido de ajuda ao médico para solucionar os seus problemas. No entanto, em muitas situações as expectativas do doente não se limitam ao tratamento orgânico de sintomas físicos, pois o apoio psicossocial recebido e o tempo despendido são importantes indicadores da sua satisfação em cada consulta (Costa et al., 2014).

A adaptação de conduta do médico em função do tipo de doente é essencial, pois estudos demonstram que doentes mais idosos tendem a necessitar de mais apoio psicossocial e de mais tempo de consulta, considerando-se insatisfeitos quando os mesmos não se verificam (Deveugele et al., 2002).

Relativamente à *idade* do doente, existem algumas referências que sugerem que os doentes mais idosos preferiam um estilo de consulta menos centrado em aspetos

psicossociais, com uma visão mais tradicional do encontro com o médico, baseando-se num modelo mais paternalista, afastando o doente da responsabilidade de decisão sobre a sua própria saúde e responsabilizando apenas o médico (Huizinga et al., 2009). No entanto, Peck (2011) apresenta um estudo em que doentes com idade superior a 65 anos reportam maior nível de satisfação com a relação médico-doente quando na consulta os aspetos psicossociais são abordados, e quando são envolvidos nos processos de toma de decisão.

Outro aspeto inerente ao doente é o seu *índice de massa corporal* (IMC). Existem estudos que defendem que o médico aborda de forma díspar doentes com IMC diferentes, prejudicando a relação terapêutica médico-doente (Huizinga et al., 2009). Na verdade, existe evidência que os médicos percecionam os doentes obesos como menos seguidores da terapêutica, mesmo quando ajustado para a adesão real (Huizinga et al., 2009). De acordo com Gudzone (2013) que relacionou o IMC com a empatia mostrada pelos médicos, resultando num maior rácio de tempo dedicado ao discurso biomédico quanto maior é o IMC do doente, significando isto que os médicos focalizam menos o seu discurso em aspetos psicológicos ou sociais quando se encontram perante doentes obesos. Relativamente à etnia do doente, Schouten e Meeuwesen (2006) identificaram que os médicos sugerem menos tratamentos a doentes pertencentes a minorias étnicas (não caucasianos) pois assumem que terão uma pobre adesão terapêutica. Os autores defendem também que a própria consulta tem uma duração menor quando o utente faz parte de uma minoria étnica (Schouten & Meeuwesen, 2006).

A *escolaridade e rendimentos* do doente foram avaliadas por Willem (2005), em que os doentes com mais habilitações literárias, habitualmente, recebem mais informações sobre o seu diagnóstico e a sua saúde em comparação com os doentes com menos habilitações. Os doentes com mais habilitações literárias são, também, mais intervenientes, questionando as decisões e intervenções terapêuticas quer por iniciativa própria, quer pelas explicações (em maior abundância) prestadas pelos médicos, segundo Willem (2005). No caso dos doentes com menos habilitações, os autores defendem que estes se sentem com um poder/ controlo mais limitado nas opções terapêuticas, portanto verifica-se uma assimetria quer da relação médico-doente, quer dos serviços de saúde prestados (Jensen et al., 2010).

Autores como Thornton et al. (2011) criaram um conceito de “concordância social”, ou seja, existe um score de concordância de 4 variáveis entre o doente e o médico: idade,

género, etnia e habilitações literárias. Este *score* revela uma ligação clara e proporcional entre este conceito e a satisfação dos médicos e dos doentes com a consulta (Thornton et al., 2011). Este fenómeno poderá ser explicado pela probabilidade de compreensão verbal e não-verbal entre pessoas similares. Talvez os programas de formação em comunicação clínica e relação médico-doente possam habilitar os médicos a contornar estes fenómenos, promovendo uma igualdade de cuidados prestados.

Mantendo a linha da atualidade, os *avanços da tecnologia* promovem, cada vez mais, o *contacto não presencial* com o doente e, portanto, o recurso a informações em motores de busca online está liberalizado a toda a população mundial. Este fenómeno deve ser visto como oportunidade de melhoria e de promoção para a educação para a saúde. No que respeita à relação médico-doente, a informação disponível em fontes não oficiais tanto pode facilitar a compreensão da doença por parte do doente (por exemplo, pelo tipo de linguagem utilizada), como poderá ser prejudicial pois nem sempre existe rigor científico ou veracidade nas informações declaradas pelas fontes de informação, e muitas vezes os doentes não conseguem aferir a fidedignidade e validade das mesmas. O recurso às tecnologias de informação por parte do doente não se limita à procura de sintomas, diagnósticos e tratamentos, podem também ser encontrados grupos/ associações de apoio social e emocional, principalmente no caso de doenças degenerativas. Neste caso de recurso a grupos de apoio, existe uma relação em que o médico deixa de ser o único confidente e autoridade clínica, pois existe a partilha de informação confidencial entre várias pessoas (Mehta & Atreja, 2015). Na comunicação em consulta é importante a abertura e acolhimento por parte do médico, que permita ao doente reconhecer os seus comportamentos de pesquisa, permitindo-lhe esclarecer dúvidas e informações sem desqualificar as suas tentativas de conhecimento, pois tal contribuirá para a adesão e qualidade da relação médico-doente.

Autores como Baile, 2000, afirmam que “doentes que relatam uma boa comunicação com seu médico são mais propensos a estarem satisfeitos com seus cuidados e, especialmente, compartilhar informações pertinentes para o diagnóstico preciso de seus problemas, seguir conselhos e aderir ao tratamento prescrito”(Baile et al., 2000, p.11). Baile manifesta, ainda, que “o doente considera o seu médico como uma das suas fontes mais importantes de apoio psicológico” (Baile et al., 2000, p.11). Posto isto, a empatia estabelecida é uma das formas mais poderosas de fornecer esse apoio para reduzir os sentimentos de isolamento dos doentes e validar as suas ambições ou desejos. Para o

doente, a comunicação eficaz médico-doente traduz-se como fonte de motivação, incentivo, segurança e apoio (Mauksch, 2008; Schirmer et al., n.d.).

3.2.3 Características ambientais e institucionais

A relação médico-doente baseia-se num complexo intercâmbio de informações entre médico e doente num determinado ambiente. Tradicionalmente, a comunicação clínica decorre num cenário de uma instituição de saúde, e a organização e gestão da própria instituição irão condicionar o tipo de relação/ comunicação estabelecida entre os profissionais e os doentes (Huntington, 2003).

O *ambiente* em que a consulta decorre é fundamental. As preocupações de manter o ambiente clínico limpo e devidamente higienizado, para diminuir o risco de infecciosidade, não garante, por si só, outros componentes como agradabilidade, conforto e estética. A temperatura ambiente é também um fator essencial para o conforto do doente e do médico durante a consulta.

A *privacidade* dos locais de consulta deverá também ser assegurada; as interrupções por profissionais administrativos, assistentes de serviços gerais, e outros, deverão ser evitadas para um adequado decorrer de consulta. No dia-a-dia verificamos que os locais de consulta clínica apresentam uma semelhança transversal: 2 cadeiras colocadas frente a frente com uma secretária a meio em que existe uma barreira composta por monitores de computador, livros, documentos, entre outros. Esta barreira física pode ter implicações no processo comunicativo entre os dois interlocutores, pois existe a necessidade de comunicar através da barreira. Em resumo, o espaço de consulta deverá traduzir vontade de contribuir para a construção da relação de confiança e boa prática profissional, garantindo a privacidade, conforto, agradabilidade, assegurando a proximidade entre interlocutores e ausência de distrações/ interrupções facilitando o doente a expressar as suas ideias (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Com o progresso tecnológico em curso aliado a um crescente recurso à medicina defensiva, por parte dos profissionais, pode existir uma desvalorização do doente, seja por retirada de foco de atenção na humanização (contextos psicossociais) ou pela ausência de promoção de relação interpessoal saudável. Kaba e Sooriakumaran (2007) propõem o acompanhamento das auditorias internas, regulares, à satisfação profissional em relação às condições de ambiente e equipa de trabalho.

O fenómeno da *avaliação* de profissionais através de indicadores/ metas a atingir nos cuidados de saúde, como se verifica na atualidade, contribui para uma atividade clínica direcionada a objetivos colocando em causa a atenção devida a cada doente, o que se traduz em perda de qualidade na comunicação (Poças, 2019).

Em suma, a relação humana constrói-se a partir da comunicação (Messerotti et al., 2020). Através da comunicação os seres humanos partilham todas as informações necessárias para a coexistência. A necessidade comunicativa do ser humano baseia-se nas suas características de ser relacional, pois estando duas pessoas presentes num mesmo ambiente, pressupõe-se que exista comunicação (Messerotti et al., 2020).

Na relação médico-doente, a comunicação assume-se como a premissa necessária para uma aproximação afetiva entre ambos os intervenientes e para o estabelecer de uma relação aberta e produtiva, mutuamente vantajosa (Castro et al., 2022). Desta forma, torna-se imprescindível o treino de técnicas e competências comunicativas por parte do médico para fortalecer a relação médico-doente na consulta.

4. Comunicação, stress e *burnout* – consequências para os profissionais e a prestação de cuidados de saúde

Com o avanço da medicina, a necessidade de integração de conhecimentos técnicos com as habilidades comunicativas e de relação é fundamental (Ratanawongsa et al., 2008). A medicina clínica é, assim, uma prática que decorre no âmbito da comunicação interpessoal. Uma boa comunicação médico-doente é a chave da relação terapêutica, razão pela qual a insatisfação do doente, e muitas das suas reclamações, é devida a uma quebra da qualidade da relação (Rochfort et al., 2021).

Quando um médico está exposto a situações desgastantes provenientes da sua relação com os doentes pode entrar em exaustão. Na verdade, a definição do termo *burnout* significa “queimar até à exaustão”(Ratanawongsa et al., 2008).

O *burnout* apresenta-se como uma entidade complexa e delicada, pois representa uma das consequências mais marcantes do stress profissional, manifestando-se pela exaustão emocional, auto-avaliação negativa, sentimentos depressivos e insensibilidade em relação a quase tudo e todos (Krasner, 2009). Considerando a complexidade do tema *burnout* várias disciplinas tentaram clarificar o seu conceito. No contexto da Psicologia o referencial mais utilizado é o de Christina Maslach e Susan Jackson (Maslach & Jackson,

1981). O *burnout* será uma síndrome multifatorial constituída por exaustão emocional, desumanização/despersonalização e reduzida realização no trabalho que pode observar-se em indivíduos com profissões onde existe interação/ajuda com ou a outras pessoas (Kleijweg et al., 2013). Portanto, o conhecimento da entidade clínica *burnout* nos médicos é de máxima importância do ponto de vista social e individual, uma vez que, o seu conhecimento e prevenção pode evitar consequências negativas (mentais, físicas e sociais) para o médico no seu ambiente laboral, mas também na sua esfera privada/particular (Gomes, 2012; Moreira et al., 2018). De uma forma geral, o risco de *burnout* associa-se a todos os profissionais de saúde que prestam cuidados, no entanto, a probabilidade de esta entidade se instalar é superior no contexto dos cuidados paliativos, considerando o contacto permanente com o sofrimento e decadência irreversível, física, social e emocional do doente (Reis, 2019).

Autores como Grazziano e Ferraz (2010) defendem que “o *burnout* é reconhecido como risco ocupacional, sobretudo para profissionais da área da saúde, educação e serviços assistenciais, conduzindo ao esgotamento físico, psíquico e comprometendo o trabalho laboral, repercutindo-se nas organizações devido às ausências e aumento de conflitos interpessoais” (p.3). Ferreira e Lucca (2015, p.16) reforçam que “os profissionais de saúde são especialmente vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome de burnout devido ao contacto quotidiano com pessoas debilitadas/doentes além de, muitas vezes, terem que lidar com relações interpessoais tensas e hierárquicas nas instituições de saúde”. Embora não haja ainda consenso na União Europeia a propósito de o *burnout* representar uma doença, uma síndrome ou ambas (WHO, 2018), a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu-o no *International Classification Diseases 11* (ICD -11) como um problema de saúde relacionado com o trabalho (World Health Organization, 2019).

A diferença entre stresse (solicitação excessiva da atenção/capacidades e habilidades do profissional que pode levar a um esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos, culminando em manifestações físicas e psicológicas tradutoras de mal-estar e doença, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (2020) e *burnout* não está ainda completamente esclarecida (Krasner, 2009; Rochfort et al., 2021). No entanto, assume-se que possa ser considerado como uma condição resultante de um processo de longa duração, em que a pessoa fica afetada pelas situações stressantes e esgota os seus recursos disponíveis para lidar com as exigências das situações do quotidiano, provocando sentimentos de desespero e falta de apoio, de forma cíclica e em

retroalimentação (WHO, 2018). As suas consequências levam à despersonalização do profissional, ou seja, o próprio vai adquirindo um contacto frio e impessoal com atitudes de indiferença perante o trabalho e os doentes, existindo uma desumanização progressiva do profissional (Maslach & Leiter, 2017; Pimentel et al., 2022). Sob forma de ciclo vicioso, a baixa realização pessoal no trabalho promove uma dimensão autoavaliativa do *burnout*, portanto, existe um sentimento de inadaptação pessoal e profissional ao local de trabalho e de incapacidade de resposta face às exigências, associado a sentimentos de incompetência, fracasso e baixa autoestima (Molero Jurado et al., 2018). As consequências do *burnout* provocam evidentes e claras alterações de vida na pessoa, com efeitos nefastos como fadiga crónica, a ansiedade, a depressão, as queixas psicossomáticas, entre outras (Moreira et al., 2018).

De forma sintética e concisa Maslach (2017) e os seus colaboradores consideram que há cinco elementos comuns à síndrome de *burnout*, sendo estas: a predominância de sintomas relacionados com a exaustão mental e emocional, a fadiga e a depressão; ênfase nos sintomas comportamentais e mentais para além dos sintomas de natureza física; relação destes sintomas com o trabalho; manifestação de sintomas na ausência de antecedentes psicopatológicos; diminuição de eficácia e desempenho no trabalho, devida a atitudes e comportamentos negativos.

Os fatores precipitantes têm sido agrupados em três níveis distintos: organizacionais, relativos ao contexto de trabalho e pessoais (Martin, 2018; Ratanawongsa et al., 2008).

Fatores organizacionais: Os valores implícitos nas várias organizações e apresentam continuidade no modo como se desenvolve a relação emocional e cognitiva entre o indivíduo e o seu trabalho (Martin, 2018). A comunicação, o ambiente de trabalho, o tipo de organização (administração pública ou privada) ou ainda o contrato psicológico (que se refere à relação cognitiva entre o que é prometido pela organização e o que o trabalhador tem recebido dessas promessas) estão igualmente relacionados com o *burnout*.

Contextos de trabalho: A sobrecarga de trabalho, o conflito e ambiguidade de papéis, a autonomia ou ainda a satisfação com o trabalho (Martin, 2018). Tal como a literatura apresenta relações entre *burnout* e insatisfação global com a situação laboral, os estudos demonstram também correlações elevadas entre a saúde física e psicológica e a satisfação no trabalho. Esta variável parece,

na verdade, ter um papel preponderante na manutenção da saúde física e mental do trabalhador (Krasner, 2009).

Fatores individuais: Fatores biográficos, como o género, o estado civil ou ainda a escolaridade e fatores de personalidade.

Para uma compreensão global da importância do *burnout*, a avaliação prática das consequências poderá, por si só, demonstrar a magnitude deste problema. A importância para os indivíduos e para as organizações reside na sua associação a diversas consequências negativas, tanto ao nível laboral como pessoal, que foram condensadas em quatro categorias (Rochfort et al., 2021):

Indicadores **emocionais:** uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, alienação, ansiedade, impotência ou onipotência;

Indicadores de **atitude:** desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade;

Indicadores **comportamentais:** agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor e irritabilidade;

Indicadores **somáticos:** alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão), respiratórias (crises de asma, dispneia), imunológicas, (maior frequência de infeções, alergias), sexuais (diminuição da libido), digestivas (úlceras, náuseas, diarreias), musculares (lombalgias, astenia), do sistema nervoso e psíquicas (enxaquecas, insónia).

Considerando todas as consequências anteriormente descritas, é compreensível o motivo de crescente preocupação das organizações com o *burnout*, uma vez que afeta a qualidade do desempenho do profissional e a qualidade de cuidados prestados. A redução de desempenho profissional ao mínimo, conduz a maior taxa de erro, menos cuidado e menos criatividade na resolução de problemas (Kleijweg et al., 2013). O impacto desta síndrome é tal que, existem indicadores organizacionais que permitem identificar se os indivíduos estão em *burnout*, portanto, é possível assumir que este tem efeitos macroscópicos/organizacionais (Messerotti et al., 2020). Na prática, as organizações

ficam condicionadas pela diminuição da qualidade assistencial, reduzida satisfação laboral, com elevado absentismo, tendência ao abandono do posto de trabalho ou da própria organização, com redução do esforço e interesse na realização de tarefas, podem existir, também, aumento de conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores, provocando uma diminuição da qualidade da vida profissional dos trabalhadores (Martin, 2018).

A qualidade da comunicação entre médicos e doentes parece exercer um efeito atenuador das consequências do *burnout*; existem estudos que sustentam que “médicos que conhecem e se dedicam às habilidades de comunicação” através de formações pós-graduadas, estão expostos a níveis mais baixos de *burnout*, de forma estatisticamente significativa (Kleijweg et al., 2013, p.33). Estudo como o de Jrao e colaboradores (2018) sugerem ainda que as atitudes e práticas dos médicos menos adequadas relativamente à comunicação clínica podem aumentar o risco de *burnout*. Desta forma, os níveis mais baixos de *burnout* nos médicos estão presentes nos que abordam as emoções dos seus doentes com empatia e compaixão, e promovem a tomada de decisão compartilhada, apoiando ainda mais a relevância de adquirir, praticar e melhorar a sua comunicação clínica como estratégia de prevenção de *burnout* (Darban et al., 2016; Krasner, 2009; Vala, 2017).

5. Formação e desenvolvimento de competências de comunicação: impacto no médico e na qualidade dos cuidados

O exercício da Medicina implica uma proximidade e compreensão do doente. Por um lado, o médico lida com momentos de importante fragilidade e insegurança da vivência da doença por parte da pessoa que a sofre, por outro lado, o doente (bem como a sua família) espera do profissional competência e atualização permanentes, implicando uma necessidade constante de revisão de conhecimentos (Donne et al., 2019).

Atualmente, a influência positiva da adequada comunicação médico-doente é reconhecida por parte das principais escolas de comunicação clínica (Boissy et al., 2016). Médicos com boas capacidades comunicacionais identificam os problemas do doente com maior eficácia, promovendo a sua satisfação com os cuidados prestados (Boissy et al., 2016).

Ao aplicar os princípios inerentes à excelência da comunicação clínica, o bem-estar do médico também aumenta significativamente, resultando numa maior satisfação profissional e pessoal (Street, 2013). O doente beneficia da atenção recebida através da qualidade dos cuidados prestados, pois o cuidado, a decisão terapêutica e o grau de seguimento dos planos relacionam-se com a diminuição de reclamações por má prática (Back et al., 2019).

A aplicabilidade dos fundamentos teóricos clínicos deve conduzir a um investimento na educação médica, promovendo a capacitação de médico, cada vez mais aptos a dar resposta às necessidades apresentadas pelos seus doentes. Para o médico, a melhoria da comunicação e habilidades interpessoais permite a deteção precoce de problemas, promovendo a adesão ao plano terapêutico. A combinação de benefícios para os intervenientes na relação medico-doente resulta numa maior qualidade de cuidados prestados e melhor satisfação para ambos, menores custos de atendimento, maior compreensão do doente sobre questões de saúde e melhor adesão ao processo de tratamento (Roter et al., 1995; Zoppi & Epstein, 2002).

Na eventual falta de comunicação existem sérias implicações. A comunicação médico-doente não eficaz dificulta a compreensão do doente sobre o plano de cuidados, e influencia negativamente as suas expectativas relativas ao tratamento (Hellin, 2002).

Considerando a importância da comunicação clínica e o seu contributo para a relação médico-doente, é essencial promover habilidades e competências, com *feedback* regular sobre o comportamento adquirido através da formação contínua (Sepúlveda et al., 2002). A formação sólida em comunicação clínica é uma necessidade emergente no percurso académico dos médicos para promover a sua adequada atuação, progressão e inovação (Victorino, 2005).

A Associação Americana de Médicos (AAMC) e a National Board of Medical Examiners (NBME) requerem objetivos standardizados para avaliação das competências comunicacionais clínicas, e o Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) definiu seis competências básicas de comunicação clínica (Rocha et al., 2019), tais como:

1. Estabelecer uma relação entre médico e doente;
2. Abrir uma consulta/entrevista clínica e recolher história clínica;
3. Compreender a perspetiva do doente sobre o seu problema e doença;
4. Partilhar e discutir informações clínicas com o doente;

5. Negociar com o doente sobre o seu diagnóstico e plano terapêutico;
6. Fechar a entrevista/consulta.

Assim, o médico deve ser capaz de aplicar um conjunto de técnicas chave de comunicação, tais como: explorar os principais problemas do doente e esclarecer o seu impacto nas 3 esferas (físico, emocional e social); fornecer toda a informação que este desejar saber, confirmando sempre a compreensão da informação transmitida (Donne et al., 2019).

A necessidade de aquisição de competências de comunicação clínica na educação médica é indiscutível. Por esta razão, existe uma transição entre os planos de ensino tradicionais, assentes na realidade clínica sem focar detalhadamente técnicas de comunicação, (existindo, apenas, uma alusão breve e informal à capacidade de comunicar como uma questão de vocação e não como alvo de aprendizagem) para outros que visem a aquisição de conhecimentos e competências práticas de comunicação adequadas à realidade vigente (Castro et al., 2022).

No que diz respeito à importância da relação médico-doente no âmbito dos cuidados paliativos, apenas com a identificação precoce dos doentes em risco de necessidade de cuidados paliativos é possível a potenciação do seu manejo clínico (Victorino 2005). Na verdade, a identificação precoce de necessidades paliativas do doente, permite uma antecipação de cuidados, gestão de recursos intervenientes e planeamento de ações (Donne et al., 2019b; Rocha et al., 2019).

Considerando que “aproximadamente 1% dos doentes na lista de um médico de família estarão em estado terminal a cada ano” (Aguiar, 2012, p.1) , uma correta e atempada identificação das necessidades paliativas na Medicina Geral e Familiar (MGF) promove uma melhoria da qualidade de vida através controle de sintomas e gestão do plano de cuidados da população.

Dentro das várias áreas da Medicina, a MGF destaca-se pela prestação direta de cuidados (Aguiar, 2012). Os cuidados clínicos podem ser antecipatórios, curativos e de reabilitação, devem ser aplicados de forma transversal ao longo da vida do doente. A MGF diferencia-se, ainda, pela possibilidade de avaliação do doente dentro do seu seio familiar através das visitas domiciliárias, algo inusual até à atualidade para as outras especialidades médicas (Aguiar, 2012).

Considerando o impacto resultante da atuação da MGF, torna-se fundamental ultrapassar barreiras à prestação de Cuidados Paliativos por Médicos de Família (Aguiar, 2012).

De acordo com as novas diretrizes do Plano Estratégico Português para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021) e com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), a prestação de cuidados paliativos deve ser realizada de forma integrada, ou seja, “em rede” entre diferentes serviços. Portanto, os Médicos de Família deverão ser potenciados para proatividade e antecipação de cuidados, além de promovida e sedimentada a aquisição de conhecimentos, bons e atualizados, para o acompanhamento e controlo do sofrimento do doente paliativo (WHO, 2018). Ainda no Plano Estratégico Português para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021), existe referência ao facto de ser necessário “proporcionar aos profissionais de saúde em todos os níveis de cuidados, formação básica em cuidados paliativos”. Além disso, o Plano para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos de 2021 identifica a “formação em cuidados paliativos aos profissionais de saúde que acompanham uma grande proporção de pessoas com necessidades paliativas, como um dos eixos fundamentais deste processo” considerando as crescentes necessidades paliativas da população em geral acompanhada pelo seu médico de família. Portanto, o crescimento do interesse na comunicação clínica conduziu à necessidade de revisão dos planos de estudo aplicados até à data, promovendo a introdução de novas aptidões e competências, uma vez que a comunicação já é avaliada para promoção e graduação profissional (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021). As boas competências de comunicação clínica estão relacionadas de forma positiva com os resultados, tanto para os doentes como para médicos, portanto, podem e devem ser melhoradas e ensinadas (Donne et al., 2019).

Metodologia

Procedimentos

O presente estudo foi levado a cabo no contexto do curso de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina de Coimbra, ancorando a escrita da dissertação apresentada para obtenção do respetivo grau. Tem como principais objetivos a identificação de competências comunicacionais auto-percebidas por profissionais de saúde, assim como identificar fatores que possam influenciar as competências comunicacionais destes profissionais. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC-UC) (anexo 2) e pelo Conselho Clínico e de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (anexo 3).

Trata-se de um estudo quantitativo e de desenho transversal e utilizou um método de amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram ser médico, especialista¹ ou a fazer a formação para a especialização, a trabalhar numa instituição de saúde portuguesa. Como critérios de exclusão aplicou-se o critério de não estar a fazer nem ter feito formação em Especialidade Clínica e não assistir, na sua prática clínica, doentes oncológicos ou com doenças prolongadas com prognóstico desfavorável, como por exemplo as doenças neurodegenerativas irreversíveis e as insuficiências crónicas de órgão vital (cardíaca, renal, pulmonar, hepática), entre outras.

Os convites à participação foram difundidos através da lista interna de endereços eletrónicos do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral, pela Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, dos endereços de correio eletrónicos da rede de contactos dos investigadores e das redes sociais. Os dados foram recolhidos entre abril de 2020 e maio de 2021 através de instrumentos de avaliação de autorresposta, validados para a população portuguesa, disponibilizados em formato online na plataforma *Google Forms*. Os participantes que acederam ao protocolo de avaliação obtiveram a informação relativa aos objetivos do estudo, ao carácter anónimo das respostas dadas, a natureza voluntária de participação e contactos e compromissos dos investigadores. Após a correta leitura de toda a informação de base, aos participantes era solicitado o seu consentimento

informado, e em caso de aceitação, prosseguiram para o preenchimento do protocolo de avaliação, que demorava aproximadamente 15 minutos a completar.

¹ No conjunto de outras especialidades, consideram-se: Infeciologia, Hematologia, Gastroenterologia, Medicina do Trabalho, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Neurocirurgia, Reumatologia e Saúde Pública, Pneumologia, Oftalmologia e Cardiologia, Medicina Física e Reabilitação, Nefrologia, Neurologia, Oncologia e Pedopsiquiatria, Anestesiologia e Ortopedia, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria, e Medicina Interna.

Participantes

A amostra em estudo é constituída por 156 participantes com idades compreendidas entre os 25 e os 68 anos (M= 33,19; DP=8,49). A maioria dos participantes é do sexo feminino (71,2%; n= 111), solteiro (55,1%, n = 86), reside em meio urbano (83,3%, n = 130) e tem habilitações literárias ao nível do Mestrado ou Doutoramento (84,6%; n = 132). As características da amostra encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1- Características Sociodemográficas e Profissionais da Amostra

Características Sociodemográficas e Profissionais	Medicina Geral e Familiar		Outras Especialidades		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Masculino	15	72,2	30	70,6	45	71,2
Feminino	39	27,8	72	29,4	111	28,8
Estado Civil						
Solteiro	28	51,9	58	56,9	86	55,1
Casado	24	44,4	39	38,2	63	40,4
Divorciado	2	3,7	5	4,9	7	4,5
Habilitações Académicas						
Licenciatura	16	29,6	8	92,2	24	15,4
Mestrado/Doutoramento	38	70,4	94	7,8	132	84,6
Habilitações Profissionais						
Interno	21	38,9	63	61,8	84	53,8
Especialista	33	61,1	39	38,2	72	46,2
Zona onde exerce a profissão						
Norte	10	18,5	27	26,5	37	23,7
Centro	29	53,7	38	37,3	67	42,9
Área Metropolitana de Lisboa	11	22,2	32	31,4	44	28,2
Alentejo	1	1,9	2	2,0	3	1,9
Algarve	0	0,0	1	1,0	1	0,6
Madeira	1	1,9	1	1,0	2	1,3
Açores	1	1,9	1	1,0	2	1,3
Tipo de Instituição onde exerce						
Pública	49	90,7	71	69,6	120	76,9
Privada	0	0,0	8	7,8	8	5,1
Pública e privada (em ambos)	5	9,3	23	22,5	28	17,9

Meio onde exerce

Meio urbano	45	83,3	102	100,0	147	94,2
Meio rural	9	16,7	0	0,0	9	5,8
Tipo de unidade de saúde onde exerce						
UCSP	24	44,4	2	2,0	26	16,7
USF	29	53,7	4	3,9	33	21,2
Hospital	1	1,9	96	94,1	97	62,2

Legenda: UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF- Unidade de Saúde Familiar

Dados os objetivos do estudo, consideramos os médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) e os de outras especialidades. Cerca de 54 participantes exercem a sua profissão na especialidade de MGF, sendo na sua maioria especialistas (n=33; 61,1%). Temos 102 participantes que exercem outras especialidades, encontrando-se na sua maioria a realizar o internato (n=63; 61,8%).

A média de idades dos médicos de MGF é de 33,57 anos, com desvio-padrão de 8,39; no grupo pertencente a outras especialidades, a média de idades é de 32,98, com desvio-padrão de 8,57. Não existem diferenças significativas nas características sociodemográficas da amostra, à exceção das habilitações académicas, sendo que os profissionais de MGF apresentam habilitações maioritariamente ao nível da licenciatura, enquanto os de outras especialidades detêm com maior frequência graus de Mestrado ou Doutoramento [$\chi^2(1, N=156) = 12,874, p = .001$].

Relativamente às características profissionais da amostra, verificamos que não há diferenças significativas entre ambos os grupos no que concerne aos anos de experiência; no grupo de MGF a média é de 7,17 anos, com desvio-padrão de 6,54, enquanto no de outras especialidades a média é de 7,65 anos, com desvio-padrão de 8,43.

A totalidade dos profissionais de MGF neste estudo, à exceção de um, exerce em unidades de saúde ligados aos cuidados primários; por sua vez, os médicos de outras especialidades exercem sobretudo em unidades hospitalares (94,1%). Nos dois grupos a maioria dos profissionais estão ligados a unidades do Serviço Nacional de Saúde (90,7% e 69,9%).

Apesar da distribuição por áreas geográficas, considerando a classificação NUTS II, ser equiparada nos dois grupos, existem diferenças significativas quanto ao distrito onde que exercem a sua profissão [$\chi^2(15, N=156) = 36,024, p <.005$], sendo os distritos mais representados no grupo de MGF (n=24; 44,4%) e no de outras especialidades Coimbra

(n=28; 27,5%) e Lisboa (n=26; 25,5%). Surgem também como significativas as diferenças quanto ao meio onde a profissão é exercida, sendo que nenhum dos participantes de outras especialidades trabalha em meio rural, sendo 9 os que o fazem em MGF [$\chi^2(1, N=156) = 18,041, p = .000$], e como esperado quanto à instituição em que trabalham, sendo que o grupo de MGF exerce maioritariamente em unidades dos cuidados de saúde primários (n=53, 98,1%), e os de outras especialidades em hospitais (n=96, 94,1%) [$\chi^2(2, N=156) = 127,939, p = .000$].

Instrumentos

O protocolo de avaliação de autorresposta apresentado aos participantes era constituído pelos seguintes instrumentos:

Avaliação de dados demográficos

Foi recolhida informação acerca das características sociodemográficas e profissionais dos participantes através de um conjunto de questões de autorresposta, desenvolvidas pelos investigadores. Os participantes foram questionados acerca do sexo, idade e estado civil. No que respeita às características profissionais, foram avaliadas as variáveis: grau de especialidade (interno ou especialista), especialidade clínica, nível de formação, tipo de instituição de saúde onde trabalha, zona do país da instituição de saúde onde trabalha, meio onde exerce a profissão e anos de experiência profissional.

Os participantes foram questionados, numa escala Likert com 3 níveis de resposta (não influencia, influencia negativamente e influencia positivamente), acerca de 17 fatores (características do doente, características do profissional e características institucionais) que na sua perceção poderão afetar a sua comunicação com os doentes e famílias. Estes dados foram posteriormente tratados fator a fator, considerando as questões colocadas; porém, obteve-se um valor alfa de Cronbach de .784.

Foram utilizadas as seguintes escalas de avaliação:

Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS; Leal-Costa et al., 2016a; Versão Portuguesa: Coelho, Melo & Pereira, 2020)

A HP-CSS foi desenvolvida por Leal-Costa e colaboradores como uma medida de autorrelato curta, para ser aplicada em contexto clínico, com o objetivo de avaliar as competências de comunicação dos profissionais de saúde, sob a perspetiva dos mesmos. A versão final, que utilizámos, é composta por 18 itens que se organizam em quatro dimensões: **Comunicação Informativa** (seis itens), que avalia a forma como os profissionais de saúde obtêm e fornecem informações na relação com os doentes; **Empatia** (cinco itens), que reflete a capacidade para a escuta ativa, compreensão e resposta empática aos sentimentos dos doentes; **Respeito** (três itens), que avalia o respeito demonstrado pelos profissionais de saúde na relação clínica com os doentes; e **Competência Social** (quatro itens), que reflete a capacidade em ser assertivo ou ter comportamentos socialmente ajustados na relação clínica estabelecida com os doentes (Leal-Costa et al., 2016).

Os itens são respondidos numa escala de resposta de tipo Likert de seis pontos (1 = quase nunca a 6 = Muitas vezes), existindo dois itens cotados de forma invertida. A pontuação de cada dimensão obtém-se a partir do cálculo da média aritmética dos itens que a constituem, pelo que pontuações mais elevadas numa dimensão indicam um maior nível de competências nessa dimensão.

A HP-CSS apresentou nos estudos originais características psicométricas muito satisfatórias, parecendo constituir uma boa medida para avaliar as competências de comunicação dos profissionais de saúde (Coelho, M 2020; Leal-Costa et al., 2016). O facto de ser uma escala breve, com apenas 18 itens, torna-a particularmente útil na avaliação destas competências nos médicos.

Uma vez que utilizamos cada uma das dimensões da escala, os valores alfa de Cronbach obtidos na nossa amostra são .724 (Comunicação Informativa), .786 (Empatia), e .752 (Respeito). Para a dimensão Competências Sociais o valor obtido é abaixo do aceitável para considerar a subescala fiável (.581), pelo que optamos por não a usar neste estudo. O valor alfa de Cronbach para a globalidade da amostra é .864.

Inventário de Burnout de Maslach – Pesquisa de Serviços Humanos (MBI-HSS; Maslach & Jackson, 1981; VP: Semedo, 2009)

O MBI-HSS é um questionário de autorresposta construído para avaliar a síndrome de burnout em profissionais de saúde. A sua composição engloba 22 itens, organizados em três subescalas que correspondem às três dimensões que compõem a síndrome: Exaustão Emocional (9 itens; avalia a perceção do nível de escassez de recursos emocionais, morais e psicológicos do profissional); Despersonalização (5 itens; avalia o grau percebido de distanciamento afetivo ou de indiferença emocional em relação ao Outro); e Realização Pessoal (8 itens; avalia a perceção dos níveis de competência e prazer associados ao desempenho da atividade profissional). Os itens são respondidos numa escala de resposta de tipo Likert de sete pontos (0 = Nunca a 6 = Todos os dias) e pontuações mais elevadas nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização correspondem a níveis mais elevados de *burnout*. Pontuações mais elevadas na subescala Realização Pessoal correspondem a níveis mais baixos de *burnout*.

A versão portuguesa denota boas qualidades psicométricas (Semedo, 2009). No presente estudo, o alfa de Cronbach para a totalidade dos itens foi de .762, e nas dimensões avaliadas, que são utilizadas separadamente de acordo com as indicações das autoras do instrumento, foi de .906 (Exaustão Emocional), .772 (Despersonalização) e .783 (Realização Pessoal).

Análise Estatística

Para a análise estatística dos dados foram utilizados o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25).

Para o tratamento dos dados recolhidos foram utilizados métodos de estatística descritiva e inferencial.

A análise estatística foi efetuada com recurso a diversos testes, selecionados em função das características das variáveis consideradas e após verificados os pressupostos necessários (a identificação dos testes usados, para além desta apresentação geral, é feita junto dos respetivos resultados).

Foram considerados níveis de significação inferiores a .05 como indicando a existência de diferenças estatisticamente significativas. Optámos por utilizar testes paramétricos, por se revelarem mais robustos, pois apesar de exigirem que as amostras comparadas sejam provenientes de uma distribuição normal, a violação deste pressuposto pode ser aceite nas situações em que o N seja superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2005).

Numa primeira fase, em que procedemos à caracterização da amostra em termos de variáveis sociodemográficas e outras variáveis individuais dos grupos que a constituem, recorreremos sobretudo à estatística descritiva (cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão). Em seguida, com o intuito de averiguar diferenças entre os grupos em estudo, privilegiámos a estatística inferencial. Em função das análises e das variáveis consideradas, utilizaram-se procedimentos como testes de Qui-Quadrado (ou testes exatos de Fisher, no caso de tabelas 2x2 em que a frequência esperada em alguma célula era inferior a 5), testes t de Student para amostras independentes, análises de variância multivariadas (MANOVA). A associação entre variáveis foi estudada através de correlações (de Spearman, quando estudadas as associações entre variáveis contínuas e discretas; de Pearson, ao estudar associações entre variáveis contínuas).

A seleção dos testes estatísticos a utilizar e a verificação dos respetivos pressupostos foi feita recorrendo sobretudo a Allen & Bennet (2007) e Field (2018).

Resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos com a amostra do estudo, de acordo com os objetivos delineados e os critérios descritos no ponto anterior.

Começamos por explorar e comparar de modo mais extensivo os grupos considerados – Grupo de médicos de Medicina Geral e Familiar (GMGF) e grupo de médicos de outras especialidades (GOE), relativamente aos contextos avaliados: individual (características sociodemográficas) e profissionais, exploradas em função do género e nível de especialização, por grupo (interno vs. especialista); as diferenças não são estatisticamente significativas nas variáveis do estudo, pelo que optámos por considerar nas análises ambos os grupos com a totalidade de participantes.

Estudamos depois os resultados obtidos nas questões relativas à perceção dos fatores que influenciam a comunicação com o doente, bem como os dos instrumentos de autorresposta aplicados.

Caracterização do GMGF e do GOE

Satisfação global com a profissão e condições de trabalho

Foi pedido aos participantes que avaliassem a sua satisfação global com a profissão, com as condições físicas do local de trabalho, com o ambiente/clima social e com a equipa em que estavam inseridos, numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, que ia de “nada satisfeito” a “totalmente satisfeito”. Os resultados encontram-se na Tabela 2; sendo esta uma escala de resposta em categorias, optámos por apresentar também a mediana em cada grupo, para melhor ilustrar tendências de resposta.

Tabela 2-Satisfação global com as condições profissionais

Satisfação global com condições da profissão	Medicina Geral e Familiar (GMGF)				Outras Especialidades (GOE)			
	Condições físicas do local	Ambiente/clima no local	Equipa de trabalho	Profissão	Condições físicas do local	Ambiente /clima no local	Equipa de trabalho	Profissão
Média	2.42	2.80	3.04	2.91	2.81	2.94	3.16	2.89
Mediana	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Desvio-Padrão	.54	0.69	0.74	0.51	0.42	0.52	0.55	0.32
Mínimo	1	1	1	1	1	1	2	2
Máximo	3	5	5	5	3	5	5	3

Comparando as médias de resposta nos dois grupos, encontramos diferenças significativas na avaliação da satisfação com as condições físicas do local de trabalho [$t(143) = -.469, p = .000$], sendo que o GMGF se encontra maioritariamente menos satisfeito com esta dimensão (53%).

Notando os valores médios, bem como os mínimos e máximos de cada grupo, verifica-se que a satisfação com estas dimensões da vida profissional é maioritariamente média/baixa (Figura 2A e Figura 2B).

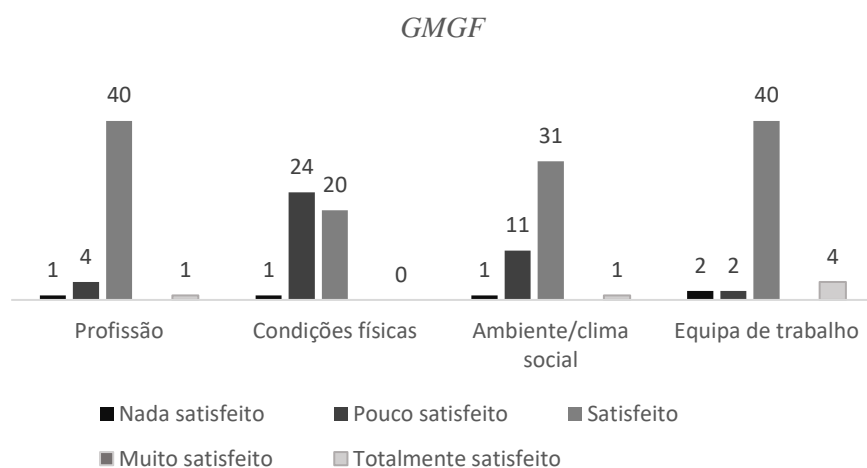


Figura 2A - Satisfação com as condições de trabalho (n)

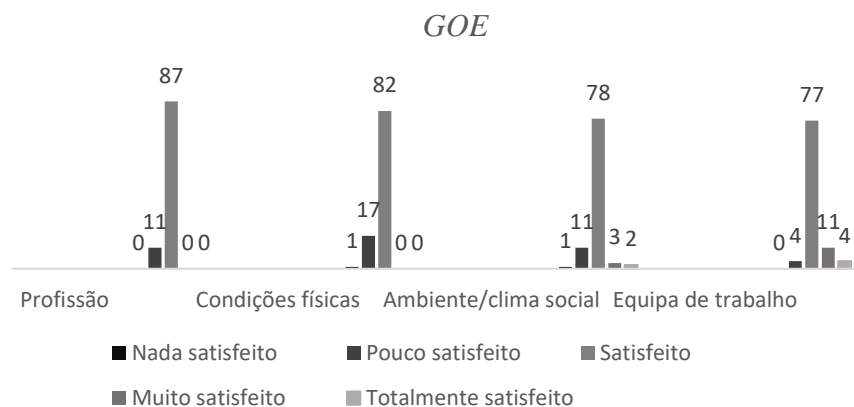


Figura 3.2B - Satisfação com a profissão (n)

Satisfação global com a saúde e qualidade de vida

Os participantes foram convidados a classificar a sua satisfação atual com a sua saúde e a sua qualidade de vida, numa escala tipo Likert de de cinco pontos, que ia de “nada satisfeito” a “totalmente satisfeito”. Os resultados encontram-se nas Tabelas 3 e 4.

A maioria dos participantes diz-se “satisfeito” com as suas condições atuais de saúde (64,4%) e qualidade de vida (72,1%); essa percentagem é inferior no GMGF, porém a diferença entre grupos não é significativa, nem em relação à saúde [$t(154) = -1.006, p > .05$], nem em relação à satisfação com a qualidade de vida [$t(154) = -.733, p > .05$]. Mais uma vez verificamos um número ínfimo de respostas nos limites superiores da escala (cerca de 4% diz-se “muito satisfeito” com ambas as dimensões, sendo que nenhum participante se diz “totalmente satisfeito”) - tabela 3 e tabela 4.

Tabela 3-Satisfação com a saúde e qualidade de vida: estatísticas descritivas

Satisfação global com a saúde e qualidade de vida	Medicina Geral e Familiar (GMGF)		Outras Especialidades (GOE)		Amostra Total	
	Saúde	Qualidade de vida	Saúde	Qualidade de vida	Saúde	Qualidade de vida
Média	2.63	2.66	2.73	2.82	2.70	2.80
Mediana	3	3	3	3	3	3
Desvio-Padrão	.488	.512	.584	.479	.555	.490
Mínimo	2	2	1	2	1	2
Máximo	3	4	4	4	4	4

Tabela 4-Satisfação com a saúde e qualidade de vida: frequências

Satisfação com a saúde e qualidade de vida	Medicina Geral e Familiar (GMGF)		Outras Especialidades (GOE)		Amostra Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Saúde						
Nada satisfeito	0	0.0	2	2.0	2	1.4
Pouco satisfeito	17	37.0	28	28.0	45	30.8
Satisfeito	29	63.0	65	65.5	94	64.4
Muito satisfeito	0	0.0	5	5	5	3.8
Qualidade de vida						
Nada satisfeito						
Pouco satisfeito	15	27.8	22	22.0	37	24.0
Satisfeito	37	68.5	74	74.0	111	72.1
Muito satisfeito	2	3.7	4	4.0	6	3.9

Associações entre os indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida

Analisámos as possíveis associações entre as variáveis expostas no capítulo e nos pontos anteriores – indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão e com a saúde e qualidade de vida. Tendo em conta que algumas variáveis do estudo não seguem a distribuição normal, e que temos variáveis contínuas e discretas (ordinais e nominais), seguimos as indicações de Field (2018) para a seleção das medidas de associação a utilizar. Assim, nas que em seguida se apresentam, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), para a realização e interpretação das correlações. Nas Tabelas 5 e 6 estão expostos os resultados obtidos, sendo que optamos por relatar as variáveis em que foram encontradas associações significativas não negligenciáveis pelas

frequências absolutas ou pelo carácter expectável da relação entre variáveis (por exemplo, idade e anos de experiência profissional).

Tabela 5-GMGF: correlações entre os indicadores sociodemográficos, profissionais, satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 – Ser interno ou especialista ^a	1.000	.077	-.357**	-.138	-.226	.006	-.089	.000	-.036	-.156
2 – Local onde exerce ^b	.077	1.000	-.293*	-.035	.116	.058	-.034	-.316*	.279	.181
3 – Exerce em meio rural ou urbano ^c	-.357**	-.293*	1.000	.143	.094	-.037	.140	.508**	.022	.077
4 - Tipo de instituição em que exerce ^d	-.138	-.035	.143	1.000	-.108	-.022	-.114	.000	.123	.033
5 – Satisfação com a profissão ^e	-.226	.116	.094	-.108	1.000	.351*	.089	.178	.374*	.146
6 – Satisfação com as condições do local de trabalho ^e	.006	.058	-.037	-.022	.351*	1.000	.430**	.208	-.037	-.084
7 – Satisfação com o clima/ambiente da instituição ^e	-.089	-.034	.140	-.114	.089	.430**	1.000	.237	.069	.180
8 – Satisfação com a equipa de trabalho ^e	.000	-.316*	.508**	.000	.178	.208	.237	1.000	.255	.194
9 – Satisfação global com a saúde ^e	-.036	.279	.022	.123	.374*	-.037	.069	.255	1.000	.570**
10 - Satisfação global com a qualidade de vida ^e	-.156	.181	.077	.033	.146	-.084	.180	.194	.570**	1.000

$p < .05$. ** $p < .001$

a. 1 = Interno, 2 = Especialista

b. 1 = USF, 2 = Hospital, 3= UCSP

c. 1 – Meio rural, 2 = Meio urbano

d. 1 = Pública, 2 = Privada, 3 = Pública e Privada

e. 1 = Nada satisfeito, 2 = Pouco satisfeito, 3 = Satisfeito, 4 = Muito satisfeito, 5 = Totalmente satisfeito

Os resultados encontrados permitem identificar relações estatisticamente significativas e força de correlação moderada entre as variáveis ser interno ou especialista e o exercer em meio rural ou urbano (na presente amostra, nenhum interno do GMGF responde exercer em meio rural); de satisfação global com a qualidade de vida, e a satisfação global com a própria saúde; entre a satisfação global com o ambiente/ clima social no local de trabalho e as condições físicas do local de trabalho.

É apreciável que a satisfação global sentida com a equipa de trabalho e o local onde exerce a sua atividade profissional se correlacionam de forma negativa,

moderadamente; porém, essa mesma variável correlaciona-se positivamente com o exercer em meio urbano ou rural, sendo que entre os especialistas (únicos a exercer em meio rural), a satisfação média com a equipa de trabalho (3.32) é superior nos que exercem em meio urbano.

Não foram verificadas correlações entre o grupo profissional e a satisfação global que sente com a equipa de trabalho.

Tabela 6-GOE: correlações entre os indicadores sociodemográficos, profissionais, satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida

Variáveis									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 – Ser interno ou especialista ^a	1.000	.066	.462**	.077	.048	.145	-.061	.204*	.123
2 – Local onde exerce ^b	.066	1.000	.054	.127	.067	.000	.000	-.042	-.033
3 - Tipo de instituição em que exerce ^c	.462**	.054	1.000	-.036	-.072	.171	-.016	.189	.224*
4 – Satisfação com a profissão ^d	.077	.127	-.036	1.000	.443*	.363*	.167	-.095	.018
5 – Satisfação com as condições do local de trabalho ^d	.048	.067	-.072	.443*	1.000	.447*	-.238*	.037	-.050
6 – Satisfação com o clima/ambiente da instituição ^d	.145	.000	.171	.363**	.447**	1.000	.012	.123	.117
7 – Satisfação com a equipa de trabalho ^d	-.061	.000	-.016	.167	-.238*	.012	1.000	-.069	-.031
8 – Satisfação global com a saúde ^d	.204*	-.042	.189	-.095	.037	.123	-.069	1.000	.796**
9 - Satisfação global com a qualidade de vida ^d	.123	-.033	.224*	.018	-.050	.117	-.031	.796**	1.000

$p < .05$. ** $p < .001$.

a. 1 = Interno, 2 = Especialista

b. 1 = USF, 2 = Hospital, 3= UCSP

c. 1 = Pública, 2 = Privada, 3 = Pública e Privada

d. 1 = Nada satisfeito, 2 = Pouco satisfeito, 3 = Satisfeito, 4 = Muito satisfeito, 5 = Totalmente satisfeito

As variáveis que apresentam maior força de correlação são a satisfação global com a qualidade de vida e a satisfação global com a saúde. Foram também encontradas outras correlações como o tipo de instituição em que o médico exerce funções (USF/UCSP/Hospital) e a categoria profissional (Médico Interno ou Especialista), bem como a satisfação com o clima/ambiente da instituição com as condições do local de trabalho) que correspondem a correlações moderadas.

Foram encontradas correlações entre variáveis com baixo grau de relação como por exemplo o grupo profissional e a satisfação global com a saúde e a relação entre a satisfação global com a vida e o tipo de instituição onde exerce funções.

Um coeficiente de correlação de zero indica que não existe relação entre as variáveis, este fenómeno verifica-se entre as variáveis: satisfação global com a equipa de trabalho e a categoria profissional, e ainda, com o local onde os profissionais exercem funções. Verifica-se que o local onde os profissionais exercem funções não se correlaciona (também) com a satisfação com o clima/ambiente de trabalho da instituição.

Finalmente, um coeficiente de correlação negativa verifica-se com uma relação fraca entre a satisfação global com a equipa com quem trabalha e as condições físicas do ambiente laboral.

Perceção de fatores que influenciam a comunicação Médico-Doente

Comparação entre GMGF e GOE

Os participantes do estudo foram convidados a classificar alguns fatores que na literatura surgem como tendo impacto na qualidade da sua comunicação com os doentes com doença grave ou terminal e suas famílias, de acordo com a perceção que têm acerca da sua influência nesse processo comunicativo. Esses fatores dizem respeito às características do médico, características e perceção do doente, e fatores institucionais e relativos à organização do trabalho clínico. Os resultados encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7-Perceção de fatores que influenciam a comunicação médico-doente com doença grave/terminal no GMGF e GOE: frequências

Perceção de fatores que influenciam a comunicação	Medicina Geral e Familiar (GMGF)		Outras Especialidades (GOE)		Amostra Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Caraterísticas do médico</i>						
Experiência profissional						
Não influencia	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Influencia negativamente	6	11.1	15	14.7	21	13.5
Influencia positivamente	48	88.9	87	85.3	135	86.5
Competência clínica do médico						
Não influencia						
Influencia negativamente	2	3.7	2	2.0	4	2.6
Influencia positivamente	4	7.4	13	12.7	17	10.9
	48	88.9	87	85.3	135	86.5
Competências de comunicação do médico						
Não influencia	7	13.5	14	13.7	21	13.6
Influencia negativamente	4	7.7	16	15.7	10	13.0
Influencia positivamente	41	78.8	72	70.6	113	73.4
<i>Características do doente</i>						
Idade do doente: ser jovem						
Não influencia	7	13.5	10	9.8	17	11.0
Influencia negativamente	14	26.9	44	43.1	58	37.7
Influencia positivamente	31	59.6	48	47.1	79	51.3
Idade do doente: ser idoso						
Não influencia	13	24.5	22	21.6	35	22.6
Influencia negativamente	30	56.6	51	50.0	81	52.3
Influencia positivamente	10	18.9	29	28.4	39	25.2
Considerá-lo simpático						
Não influencia	7	13.5	23	22.5	30	19.5
Influencia negativamente	5	9.6	29	28.4	34	21.4
Influencia positivamente	40	76.9	50	49.0	90	58.4
Considerá-lo de trato difícil						
Não influencia	5	9.3	5	4.9	10	6.4
Influencia negativamente	48	88.9	85	83.3	133	85.3

Influencia positivamente	1	1.9	12	11.8	13	8.3
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Características do trabalho</i>						
Condições físicas do local						
Não influencia	13	24.5	20	19.8	33	21.4
Influencia negativamente	26	49.1	63	62.4	89	57.8
Influencia positivamente	14	26.4	18	17.8	32	20.8
Excesso de trabalho						
Não influencia	5	9.3	7	6.9	12	7.7
Influencia negativamente	46	85.2	75	73.5	121	77.6
Influencia positivamente	3	5.6	20	19.6	23	14.7
Tempo para cada doente						
Não influencia						
Influencia negativamente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Influencia positivamente	24	44.4	33	32.4	57	36.5
	30	55.6	69	67.6	99	63.5
Tempo para preparar as consultas						
Não influencia	1	1.9	0	0.0	1	0.6
Influencia negativamente	10	18.5	28	27.5	38	24.4
Influencia positivamente	43	79.6	74	72.5	117	75.0
Tempo para preparar situações comunicacionais difíceis						
Não influencia						
Influencia negativamente	1	1.9	9	8.8	10	6.4
Influencia positivamente	8	14.8	25	24.5	33	21.2
	45	83.3	68	66.7	113	72.4
Necessidade de fazer registos eletrónicos na consulta						
Não influencia	2	3.7	5	4.9	7	4.5
Influencia negativamente	43	79.6	61	59.8	104	66.7
Influencia positivamente	9	16.7	36	35.3	45	28.8
<i>Clima social na instituição</i>						
Ambiente positivo na equipa de trabalho						
Não influencia	5	9.4	1	1.0	6	3.9

Influencia negativamente	11	20.8	33	32.4	44	28.4
Influencia positivamente	37	69.8	68	66.7	105	67.7
Qualidade da comunicação interna						
Não influencia	9	17.0	11	10.8	20	12.9
Influencia negativamente	7	13.2	23	22.5	30	19.4
Influencia positivamente	37	69.8	68	66.7	105	67.7
Qualidade da comunicação externa/outras equipas						
Não influencia	4	7.5	1	1.0	5	3.2
Influencia negativamente	12	22.6	30	29.4	42	27.1
Influencia positivamente	37	69.8	71	69.6	108	69.7

Verificamos que a distribuição de frequências entre GMGF e GOE é semelhante, ou seja, ambos coincidem na perceção acerca da influência neutra, positiva ou negativa dos fatores considerados na comunicação com os seus doentes e famílias. Notamos primeiro os três fatores em que os grupos diferem; assim, a maioria dos participantes do GMGF avalia que considerar o doente simpático influencia positivamente a comunicação (76.9%), enquanto no GOE essa avaliação se divide: enquanto 49% pontua nesse sentido, há 28.4% que considera que esse fator tem impacto negativo na comunicação [$\chi^2(2, N=154) = 11.572, p > .05$]. A classificação do impacto da necessidade de fazer registos eletrónicos na consulta também difere, com uma percentagem mais elevada no GMGF (79.6%) a considerá-lo negativo, contra 59.8% no GOE. A percentagem de participantes que considera que este fator tem um impacto positivo na comunicação atinge os 35.3% no GOE, e 16.7% no GMGF [$\chi^2(2, N=156) = 6.442, p > .05$]. Por último, a distribuição nos grupos difere no modo como pontuam a influência do ambiente positivo na equipa de trabalho – cerca de 9.4% do GMGF considera que não influencia a comunicação com os doentes, e 20.8% avalia que influencia negativamente; essas percentagens são respetivamente de 1% e 32.4% no GOE [$\chi^2(2, N=155) = 8.142, p > .05$].

Comparação entre Internos vs. Especialistas

Embora nas variáveis analisadas anteriormente não tenham surgido diferenças significativas quanto à categoria profissional dos participantes, ao verificarmos a existência de diferenças entre internos e especialistas notámos distinções na distribuição da avaliação dos fatores percecionados como influenciando a comunicação médico-doente. Os resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8-Perceção de fatores que influenciam a comunicação médico-doente com doença grave/terminal: frequências

Perceção de fatores que influenciam a comunicação	Internos		Especialistas		Amostra Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Caraterísticas do médico</i>						
Experiência profissional						
Não influencia	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Influencia negativamente	12	14.3	9	12.5	21	13.5
Influencia positivamente	72	85.7	63	87.5	135	86.5
Competência clínica do médico						
Não influencia						
Influencia negativamente	0	0.0	4	5.6	4	2.6
Influencia positivamente	12	14.3	5	6.9	17	10.9
	72	85.7	63	87.5	135	86.5
Competências de comunicação do médico						
Não influencia	13	15.5	8	11.4	21	13.6
Influencia negativamente	12	14.3	8	11.4	10	13.0
Influencia positivamente	59	70.2	54	77.1	113	73.4
<i>Características do doente</i>						
Idade do doente: ser jovem						
Não influencia	9	10.7	8	11.4	17	11.0
Influencia negativamente	33	39.3	25	35.7	58	37.7
Influencia positivamente	42	50.0	37	52.9	79	51.3
Idade do doente: ser idoso						
Não influencia	20	23.8	15	21.1	35	22.6

Influencia negativamente	43	51.2	38	53.5	81	52.3
Influencia positivamente	21	25.0	18	25.4	39	25.2
Considerá-lo simpático						
Não influencia	24	28.6	6	8.3	30	19.5
Influencia negativamente	10	11.9	24	33.3	34	21.4
Influencia positivamente	50	59.5	40	55.6	90	58.4
Considerá-lo de trato difícil						
Não influencia	1	1.2	9	12.5	10	6.4
Influencia negativamente	83	98.8	50	69.4	133	85.3
Influencia positivamente	0	0.0	13	18.1	13	8.3

Características do trabalho

Condições físicas do local

Não influencia	26	31.0	7	9.7	33	21.4
Influencia negativamente	46	54.8	43	59.7	89	57.8
Influencia positivamente	12	14.3	20	27.8	32	20.8

Excesso de trabalho

Não influencia	8	9.5	4	5.6	12	7.7
Influencia negativamente	66	78.6	55	76.4	121	77.6
Influencia positivamente	10	11.9	13	18.1	23	14.7

Tempo para cada doente

Não influencia

Influencia negativamente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Influencia positivamente	27	32.1	30	41.7	57	36.5
	57	67.9	42	58.3	99	63.5

Tempo para preparar as consultas

Não influencia	0	0.0	1	1.4	1	0.6
Influencia negativamente	23	27.4	15	20.8	38	24.4
Influencia positivamente	61	72.6	56	77.8	117	75.0

Tempo para preparar situações comunicacionais difíceis

Não influencia

Influencia negativamente	0	0.0	10	13.9	10	6.4
Influencia positivamente	13	15.5	20	27.8	33	21.2
	71	84.5	42	58.3	113	72.4

Necessidade de fazer registos eletrónicos na consulta						
Não influencia	2	2.4	5	6.9	7	4.5
Influencia negativamente	62	73.8	42	58.3	104	66.7
Influencia positivamente	20	23.8	25	34.7	45	28.8
<i>Clima social na instituição</i>						
Ambiente na equipa de trabalho						
Não influencia	0	0.0	6	8.3	6	3.9
Influencia negativamente	32	38.1	12	16.7	44	28.4
Influencia positivamente	52	61.9	53	73.6	105	67.7
Qualidade da comunicação interna						
Não influencia	13	15.5	7	9.7	20	12.9
Influencia negativamente	22	26.2	8	11.1	30	19.4
Influencia positivamente	49	58.3	56	77.8	105	67.7
Qualidade da comunicação externa/outras equipas						
Não influencia	1	1.2	4	5.6	5	3.2
Influencia negativamente	24	28.6	18	25.0	42	27.1
Influencia positivamente	59	70.2	49	68.1	108	69.7

Os grupos diferem na avaliação efetuada acerca da influência dos seguintes fatores na comunicação com os doentes: competência clínica do médico [$\chi^2(2, N=156) = 6.598, p > .05$], considerar o doente simpático [$\chi^2(2, N=154) = 16.540, p > .001$], considerar o doente de trato difícil [$\chi^2(2, N=156) = 26.824, p > .001$], condições físicas do trabalho [$\chi^2(2, N=154) = 11.866, p > .05$], tempo para preparar os encontros comunicacionais difíceis [$\chi^2(2, N=156) = 18.111, p > .001$], ambiente positivo na equipa de trabalho [$\chi^2(2, N=155) = 14.109, p > .05$] e qualidade da comunicação interna [$\chi^2(2, N=155) = 7.764, p > .05$].

Analisamos, nos grupos que temos vindo a comparar, diferenças entre a categoria profissional (interno ou especialista), e não se verificaram diferenças significativas na avaliação da influência dos fatores considerados na comunicação médico-doente no GMGF.

No GOE verificámos diferenças nos fatores considerar o doente simpático [$\chi^2(2, N=102) = 20.794, p > .001$], em que a maioria dos internos avaliou esta influência como positiva,

enquanto os especialistas a avaliaram como negativa (57.1% e 53.8%, respetivamente), considerar o doente de trato difícil [$\chi^2(2, N=102) = 25.574, p > .001$], com apenas especialistas a considerar que influencia positivamente a comunicação (30.8%), condições físicas do trabalho [$\chi^2(2, N=101) = 9.326, p > .05$], com menor percentagem de especialistas a considerar que não exerce influência na comunicação (5.3% para 28,6% dos internos), excesso de trabalho [$\chi^2(2, N=102) = 6.116, p > .05$], com maior percentagem de internos a considerar que não exerce influência (9.5%, e 2.6% dos especialistas), tempo para preparar situações comunicacionais difíceis [$\chi^2(2, N=102) = 24.106, p > .001$], com alguns especialistas a considerar que não influencia (23.1%), necessidade de fazer registos eletrónicos na consulta [$\chi^2(2, N=102) = 13.075, p > .05$], com a maioria dos internos a considerar que influencia negativamente a comunicação (73%), enquanto que a maior percentagem de respostas dos especialistas se situa na influência positiva (51.3%), equipa de trabalho [$\chi^2(2, N=102) = 7.222, p > .05$], em que mais internos consideram influenciar negativamente a comunicação (41.3%, com 17.9% nos especialistas), e a qualidade da comunicação interna [$\chi^2(2, N=102) = 9.658, p > .05$], com maior percentagem de internos a considerar que não influencia a comunicação com os doentes (15.9%, e 2.6% nos especialistas).

As estatísticas descritivas destas análises encontram-se no Anexo 4.

Competências de comunicação

Comparação entre GMGF e GOE

As competências de comunicação dos médicos foram avaliadas através da escala Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS; Leal-Costa et al., 2016a; Versão Portuguesa: Coelho, Melo & Pereira, 2020), cujas características foram descritas no capítulo anterior. Utilizámos no nosso estudo as dimensões Comunicação Informativa, Empatia e Respeito. As estatísticas descritivas encontram-se na Tabela 9, onde podemos observar que o GMGF pontua mais na dimensão Comunicação informativa e Respeito, enquanto o GOE obtém pontuação mais elevada na dimensão Empatia.

Tabela 9-Competências de comunicação avaliadas pela HP-CSS: comparação GMGF e GOE

HP-CSS estatísticas descritivas e MANOVA	GMGF (n = 54)		GOE (n = 102)		F _(1, 152)	η ² _p
	M	SD	M	SD		
HP-CSS_Comunicação Informativa	5.15	.58	5.17	.57	.106	.001
HP-CSS_Empatia	5.08	.68	4.86	.73	2.678	.017
HP-CSS_Respeito	5.39	.68	5.33	.58	.586	.002

Critério de Pillai: $v = .040$, $F_{(3,150)} = 2.077$, $p > .05$

As diferenças entre grupos foram estudadas recorrendo à análise multivariada da variância (MANOVA), com o intuito de analisar em simultâneo as interações entre os vários domínios das competências de comunicação; a estimativa da magnitude de efeito é reportada utilizando o eta parcial quadrado (η²_p). Utilizando o critério de Pillai, não se verificam efeitos significativos da categoria profissional nas competências de comunicação avaliadas [$v = .040$, $F_{(3,150)} = 2.077$, $p > .05$]. Da observação da Tabela 9 verifica-se que as análises univariadas da variância realizadas para cada um dos domínios das competências de comunicação não revelam efeitos estatisticamente significativos entre os grupos.

Comparação Internos vs. Especialistas

Procedemos ao estudo das diferenças entre grupos de acordo com a categoria profissional com recurso à MANOVA; os resultados encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10-Competências de comunicação avaliadas pela HP-CSS: comparação Internos e Especialistas

HP-CSS estatísticas descritivas e MANOVA	G_Internos (n = 84)		G_Especialistas (n = 72)		$F_{(1, 154)}$	η^2_p
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
HP-CSS_Comunicação Informativa	5.19	.53	5.13	.63	.373	.002
HP-CSS_Empatia	4.99	.70	4.87	.74	1.192	.008
HP-CSS_Respeito	5.42	.51	5.26	.71	2.157	.016
Critério de Pillai: $v = .019$. $F_{(3,150)} = .959$. $p > .05$						

Não se verificam diferenças entre os grupos no que concerne às competências de comunicação avaliadas.

Competências de comunicação avaliadas pela HP-CSS: Internos vs. Especialistas no GMGF e GOE

Estudámos também as diferenças considerando a categoria profissional dentro dos grupos GMGF e GOE (tabela 11); não se verificam diferenças significativas entre os grupos considerando a especialidade e a categoria profissional.

Tabela 11-Competências de comunicação avaliadas pela HP-CSS: comparação por categoria profissional do GMGF e no GOE

HP-CSS estatísticas descritivas e MANOVA	GMGF				GOE				$F_{(3, 154)}$	η^2_p
	Internos (n = 20)		Especialistas (n = 32)		Internos (n = 60)		Especialistas (n = 42)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
HP-CSS_Comunicação Informativa	30.65	3.13	30.97	3.88	31.25	3.22	30.74	3.73	.245	.005
HP-CSS_Empatia	25.30	4.01	25.38	3.14	24.92	3.48	23.52	3.79	2.154	.041
HP-CSS_Respeito	16.10	1.65	16.22	1.56	16.35	1.56	15.50	1.90	1.870	.036
Critério de Pillai: $v = .088$, $F_{(3,154)} = 1.506$, $p > .05$										

Formação recebida e percepção da importância da formação sobre comunicação médico-doente - comparação GMGF e GOE e por nível de especialização

Os participantes no estudo foram convidados a responder a algumas questões acerca da formação em competências de comunicação médico-doente, e da importância que atribuíam à mesma.

Os resultados constam na Tabela 12.

Tabela 12-Importância da formação em comunicação médico-doente

<i>Importância da formação em comunicação médico-doente</i>	GMGF (n = 63)		GOE (n = 102)		Amostra Total (n = 156)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Recebeu formação na área</i>						
Sim	26	48.1	63	61.8	89	57.1
Não	28	51.9	39	38.2	67	42.9
<i>Considera ter formação suficiente na área</i>						
Sim	14	25.9	34	33.3	48	30.8
Não	40	74.1	68	66.7	108	69.2

Consideraria formação na área	frequentar					
Sim	39	72.2	93	91.2	132	84.6
Não	15	27.8	9	8.8	24	15.4
<i>Até que ponto considera importante a formação na área</i>						
Nada importante	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pouco importante	14	25.9	8	7.8	22	14.1
Importante	6	11.1	12	11.8	18	11.5
Muito importante	20	37.0	44	43.1	64	41.0
Extremamente importante	14	25.9	38	37.3	52	33.3

Verificam-se diferenças nos grupos no que concerne à possibilidade de frequentar ações de formação na área da comunicação médico-doente [$\chi^2(2, N=156) = 9.744, p > .05$], com 91.2% do GOE a responder afirmativamente, enquanto no GMGF a percentagem de respostas afirmativas é de 72.2%; há diferenças significativas também na perceção da importância atribuída à formação neste contexto [$\chi^2(3, N=156) = 9.789, p > .05$], com 25.9 % do GMGF a avaliá-la como “pouco importante”, enquanto no GOE apenas 7.8% escolhem essa categoria, e com maior número de participantes do GOE a considerá-la “muito importante” ou “extremamente importante” (80.4%, contrastando com 62.9% no GMGF).

Explorámos a existência de diferenças na distribuição das pontuações dos participantes considerando a sua categoria profissional (Internos ou Especialistas), e nenhuma era significativa nas questões relativas à formação em comunicação médico-doente e sua relevância. Porém, ao verificarmos as distribuições entre internos e especialistas considerando a Medicina Geral e Familiar ou Outras Especialidades, surgiram diferenças significativas em algumas dimensões, apenas entre internos e especialistas do GMGF. Neste, uma percentagem mais baixa de internos (52.4%), em contraste com uma percentagem mais elevada (84.8%) entre os especialistas, responde considerar frequentar ações de formação nesta área [$\chi^2(1, N=54) = 6.743, p > .05$]; ao avaliarem a importância atribuída a receber formação acerca da comunicação médico-doente a percentagem de internos que a tem como “muito importante” ou “extremamente importante” é 47.6%, sendo esta igual à percentagem dos que a consideram “pouco importante” [$\chi^2(3, N=54) = 8.776, p > .05$]; entre os especialistas do GMGF 72.7% pontua a importância da formação em comunicação como muito ou extremamente importante, enquanto apenas 12.1% a avaliam como pouco importante.

Indicadores de burnout avaliados pelo MBI

Comparação GMGF e GOE

Tal como preconizado pelas autoras (Maslach & Jackson, 1981) e indicado no capítulo anterior, considerámos as três dimensões medidas pelo MBI, sem uma pontuação global: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional, e estudámos as diferenças entre grupos recorrendo à análise multivariada da variância (MANOVA), com o intuito de analisar em simultâneo as interações entre os vários domínios das competências de comunicação. Os resultados encontram-se na Tabela 13.

Tabela 13-Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: comparação GMGF e GOE

MBI estatísticas descritivas e comparação de médias; MANOVA	GMGF (n = 54)		GOE (n = 102)		$F_{(1, 154)}$	η^2_p
	M	SD	M	SD		
MBI – Exaustão emocional	19,11	8,96	17,60	9,58	.914	.006
MBI - Despersonalização	4,37	3,80	4,73	3,95	.312	.002
MBI – Realização Pessoal	26,08	7,46	28,52	5,12	5.811*	.036

Critério de Pillai: $v = .055$, $F_{(3,152)} = 2.939$, $p < .05$, $\eta^2_p = .06$

* $p < .05$

Pela análise dos valores na tabela verifica-se que os médicos do GMGF apresentam valores mais elevados de exaustão emocional, enquanto os do GOE pontuam mais na despersonalização e na realização pessoal. Essas diferenças são significativas ao desta última dimensão [$t_{(154)} = .956$, $p = .001$].

O teste multivariado foi estatisticamente significativo [Critério de Pillai: $v = .055$, $F_{(3,152)} = 2.939$, $p < .05$, $\eta^2_p = .06$], sendo a magnitude do efeito moderada. considerando os testes univariados subsequentes, podemos verificar que quanto aos indicadores de burnout os grupos distinguem-se apenas relativamente à dimensão de realização pessoal, com os participantes do GOE a percecionarem maior satisfação e realização com a profissão; a magnitude do efeito é pequena.

Comparação por Internos vs. Especialistas

Procedemos à comparação das pontuações obtidas pelos grupos de internos e especialistas; os resultados encontram-se na Tabela 14.

Tabela 14-Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: comparação Internos e Especialistas

MBI estatísticas descritivas e comparação de médias; MANOVA	Internos (<i>n</i> = 84)		Especialistas (<i>n</i> = 72)		<i>F</i> _(1, 154)	η^2_p
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
MBI – Exaustão emocional	15,46	7,99	21,23	9,95	16.106**	.095
MBI - Despersonalização	4,12	3,44	5,18	4,31	2.964	.019
MBI – Realização Pessoal	29,22	5,08	25,87	6,74	12.432*	.075
Critério de Pillai: $v = .134$, $F_{(3,152)} = 7.838$, $p < .001$, $\eta^2_p = .134$						
* $p < .05$ ** $p < .001$						

Os testes univariados indicam diferenças significativas entre os grupos divididos pela categoria profissional nas dimensões exaustão profissional [$t_{(154)} = -4.01$, $p = .001$], e realização pessoal [$t_{(154)} = 3.256$, $p < .001$].

O teste multivariado foi estatisticamente significativo [Critério de Pillai: $v = .134$, $F_{(3,152)} = 7.838$, $p < .001$, $\eta^2_p = .134$], sendo a magnitude do efeito elevada. Considerando os testes univariados subsequentes, podemos verificar que quanto aos indicadores de burnout os grupos distinguem-se nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal, com magnitude de efeito elevada: os especialistas denotam maior exaustão e desgaste devido à profissão, enquanto os internos revelam maior realização pessoal atribuída à profissão. É também no grupo de especialistas que encontramos o valor médio mais baixo para a realização pessoal, o que pode indicar risco maior de burnout.

Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: Internos vs. Especialistas no
GMGF e GOE

Procedemos ao estudo das diferenças dentro da categoria profissional em que os médicos exercem, por nível de especialização. Os resultados encontram-se nas Tabelas 15.

**Tabela 15-Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: comparação por categoria profissional do
GMGF e no GOE**

MBI estatísticas descritivas e MANOVA	GMGF				GOE				$F_{(3, 156)}$	η^2_p
	Internos (n = 21)		Especialistas (n = 33)		Internos (n = 60)		Especialistas (n = 42)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
MBI – Exaustão emocional	16,25	7,76	20,93	9,30	15,19	8,11	21,48	10,57	6.814*	.119
MBI - Despersonalização	3,00	2,48	5,24	4,24	4,48	3,65	5,14	4,42	2.053	.039
MBI – Realização pessoal	30,92	3,20	23,00	7,78	28,65	5,47	25,31	4,56	11.097*	.180

Critério de Pillai: $v = .292$, $F_{(3,154)} = 5469$, $p < .001$, $\eta^2_p = .097$

* $p < .001$

Procedemos ao estudo das diferenças entre grupos através da MANOVA. Os resultados indicam que, usando como teste multivariado do critério de Pillai, se verificam diferenças significativas nos indicadores de burnout [Critério de Pillai: $v = .292$, $F_{(3,154)} = 5469$, $p < .001$, $\eta^2_p = .097$], sendo a magnitude de efeito moderada. Os testes univariados subsequentes revelam efeitos significativos na autoavaliação da exaustão emocional e realização pessoal, com magnitude de efeito elevada.

A pontuação mais elevada para a dimensão exaustão emocional é obtida pelos especialistas do GOE, seguidos pelos do GMGF; são os internos do GOE que pontuam menos nesta dimensão. Os níveis de realização pessoal percecionados são mais elevados nos internos do GMGF, sendo o valor mais baixo obtido pelos especialistas deste grupo.

Associações entre competências de comunicação, percepção da importância da formação, indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida

As competências de comunicação, avaliadas através das dimensões da escala HP-CSS, correlacionam-se entre si, mas não com os indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a saúde e qualidade de vida. Também as variáveis acerca da percepção da importância da formação não se associam com os indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a saúde e qualidade de vida.

As associações entre indicadores sociodemográficos e profissionais foi relatada num ponto anterior deste capítulo.

A tabela correspondente apresenta-se no anexo 4.

Associações entre indicadores de burnout, indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida

Apresentam-se na tabela 17 as associações encontradas entre as dimensões do MBI e os indicadores sociodemográficos e profissionais; não se verificam associações significativas entre as dimensões do MBI e os indicadores de satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida. Os resultados completos constam no anexo 4.

Tabela 16-Correlações entre os indicadores de burnout e indicadores sociodemográficos e profissionais

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
1 - MBI – Exaustão emocional	1.000	.444**	-.342**	.367**	.332**	.350**	-.161
2 - MBI - Despersonalização	.444**	1.000	-.467**	.188*	.162*	.156	-.281**
3 - MBI – Realização Pessoal	-.342**	-.467**	1.000	-.250**	-.308**	-.153	.173*
4 - Idade	.367**	.188*	-.250**	1.000	.760**	.889**	.004
5 – Grupo/categoria profissional ^a	.332**	.162*	-.308**	.760**	1.000	.695**	.009
6 – Anos de experiência	-.161	-.281**	-.153	.889**	.695**	1.000	-.048
7 – Satisfação com a equipa de trabalho ^b	.350**	.156	.173*	.004	.009	-.048	1.000

$p < .05$. ** $p < .001$

a. 1 = Interno, 2 = Especialista

b. 1 = Nada satisfeito, 2 = Pouco satisfeito, 3 = Satisfeito, 4 = Muito satisfeito, 5 = Totalmente satisfeito

Para além das associações entre as diferentes dimensões do MBI, no sentido expectável (correlações positivas entre a exaustão emocional e a despersonalização, e negativas entre estas e a realização pessoal), a dimensão exaustão emocional e a despersonalização associam-se à idade (quanto mais velhos os participantes, mais elevadas as pontuações nestes indicadores). A exaustão emocional correlaciona-se ainda negativamente com a categoria profissional, com os especialistas a obterem pontuações mais elevadas nesta dimensão. A despersonalização correlaciona-se negativamente com a satisfação sentida com a equipa de trabalho. A realização pessoal correlaciona-se negativamente com a idade e a categoria profissional, e positivamente com a satisfação com a equipa de trabalho. Estas associações são maioritariamente fracas ou moderadas.

Associações entre competências de comunicação e indicadores de burnout

Estudámos as associações entre as competências de comunicação (medidas pelas dimensões da HP- CSS) e os indicadores de burnout (medidos pelas dimensões do MBI), através de correlações de Pearson. Uma vez que estas não se correlacionaram com os indicadores de satisfação global com a profissão ou saúde, nem com a perceção da pertinência e necessidade de formação na área da comunicação médico-doente, apresentamos os resultados apenas para as dimensões das duas escalas.

Tabela 17-Correlações entre as competências de comunicação e os indicadores de burnout

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1 - HP-CSS_Comunicação Informativa	1.000	.659**	.649**	-.027	-.265**	.123
2 - HP-CSS_Empatia	.659**	1.000	.662**	-.062	-.266**	.052
3 - HP-CSS_Respeito	.649**	.662**	1.000	-.055	-.214**	.059
4 - MBI – Exaustão emocional	-.027	-.062	-.055	1.000	.506**	-.303**
5 - MBI - Despersonalização	-.265**	-.266**	-.214**	.506**	1.000	-.315**
6 - MBI – Realização Pessoal	.123	.052	.059	-.303**	-.315**	1.000

$p < .05$. ** $p < .001$

Para além de se correlacionarem entre si no sentido expectável, as dimensões da HP-CSS correlacionam-se negativamente com a dimensão Despersonalização tal como avaliada pelo MBI. Não existem associações significativas com os outros indicadores de burnout.

Ao estudar os grupos separando-os de acordo com a especialidade (GMGF vs. GOE) encontram-se as mesmas associações, com o mesmo sentido.

Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos a avaliação das competências de comunicação entre os profissionais de saúde e a avaliação dos níveis de *burnout* percebidos considerando uma amostra de médicos de família, especialistas ou em formação específica em Medicina Geral e Familiar (GMGF) e médicos especialistas ou em formação de outras especialidades (GOE); a avaliação da perceção acerca de fatores que influenciam a sua comunicação com doentes e famílias com doença grave ou terminal, bem como a perceção acerca da importância da formação e necessidades formativas na área da comunicação clínica foram, também, objetivos deste estudo.

Na nossa amostra, a avaliação da importância das condições de trabalho e a satisfação global com a profissão demonstrou diferenças entre os grupos em estudo. Os profissionais dos cuidados de saúde primários apresentam-se menos satisfeitos com a sua atividade profissional. A satisfação vivida nos Centros de Saúde tem sido investigada por Hespanhol (2016) ao afirmar que “cerca de metade dos Médicos de Família encontram-se insatisfeitos com o trabalho na sua globalidade” (p.4) O fenómeno da insatisfação dos médicos de família estudados relaciona-se, sobretudo, com o ambiente/clima de trabalho e as condições físicas, fatores identificados como fatores extrínsecos associados a uma maior insatisfação profissional, resultado semelhante ao de outros estudos (Hespanhol, 2016).

Entre os participantes a satisfação global com a qualidade de vida e a satisfação global com a saúde surgem associadas. Na verdade, a perspetiva de uma boa qualidade de vida promove uma sensação de conforto e segurança, consolidando a satisfação com a própria saúde. A importância da promoção da saúde, prevenção da doença, de forma a obter ganhos na qualidade de vida, ganhos em saúde, são identificados como prioridades no autocuidado dos profissionais de saúde (Azevedo, 2017). Notamos, porém, que a avaliação feita pelos médicos participantes acerca destas duas dimensões, em ambos os grupos, tende a ser baixa ou média. Em Portugal, o segundo tipo de queixas relativas ao contexto laboral associa-se ao stress e ao desgaste (Graça, 1999). De todas as profissões consideradas de maior risco, nomeadamente psicossocial, incluem-se os profissionais de saúde, onde 50% dos mesmos apresentam altos níveis de stress ocupacional (Kortum-Margot, 2002). Contudo, a perceção da qualidade de vida e da própria saúde, de facto, é muitas vezes, ignorada pelos próprios profissionais de saúde que tendem a minimizar os

riscos ambientais, biológicos e psicossociais, resultantes das suas condições de trabalho nas respetivas organizações.

No presente estudo, foi possível verificar que a satisfação global dos médicos com a profissão e o local onde exercem se correlaciona negativamente, com menor satisfação nos que exercem em meio rural; a exiguidade de recursos, menor contacto com colegas, menos possibilidades de obter formação atualização e maior isolamento podem ajudar a explicar esta associação, que necessitaria de outros estudos para ser esclarecida. A identificação da correlação anterior encontra-se na linha de investigação das Faculdades de Medicina Portuguesas, uma vez que existem já algumas iniciativas interessantes nomeadamente o programa “Contacto Rural” que pressupõe a exposição dos alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina do Porto ao trabalho em Centros de Saúde rurais (Alves, 2020). Por um lado, a iniciativa de promoção de boas condições de trabalho em equipa em zonas rurais evitará o aumento da desertificação, pobreza e desigualdade das mesmas, pelo que promover a equidade e a qualidade dos cuidados nas zonas rurais deve ser uma prioridade (Alves, 2020). Por outro lado, a amostra de médicos estudada é consistente em relacionar as condições do local de trabalho e o ambiente da instituição em que exercem funções, tal como descrito por Spector (1997) o sentimento das pessoas se em relação aos seus empregos e as suas implicações resulta num sentimento global da totalidade de aspetos do seu trabalho (ambiente, condições físicas, entre outras). Verificou-se ainda a ausência de relação entre a satisfação global com a equipa de trabalho e com o local de exercício de funções, portanto, o local onde o médico exerce funções não se correlaciona com a satisfação do ambiente de trabalho.

Considerando a perceção dos médicos acerca dos fatores envolvidos no processo comunicativo entre médico e doente, são evidentes heterogeneidades nos grupos de estudados. A maioria dos profissionais do GMGF identifica a simpatia do doente como benéfica para a relação médico-doente, o que pode indicar que os profissionais interpretam a simpatia como partilha da emoção expressa pelo doente, por sua vez, facilitadora da partilha das preocupações identificadas pelo médico (Martin, 2008). Os médicos pertencentes ao GOE, porém, identificam a simpatia do doente como um fator negativo na relação entre médico-doente, e na verdade, no contexto da relação clínica, a simpatia poderá se inapropriada, uma vez que poderá afetar o julgamento clínico (Laussier, 2010), ainda mais tratando-se de doentes com problemas de saúde graves ou terminais. A necessidade de isolar a componente emocional da relação médico-doente

promoveu a aceitação do conceito de empatia, em virtude de além da partilha de um sentimento existir a necessidade de um “esforço da compreensão e à comunicação dessa mesma compreensão, aspetos que definem de modo fundamental a empatia” (Laussier, 2010, p.7). Assim, a discrepância encontrada entre os grupos de diferentes especialidades poderá surgir da interpretação do conceito de simpatia e não refletir, exatamente, a informação pretendida com a questão colocada.

Considerando a relação de proximidade com o doente e com a família de forma transversal ao longo do tempo, os profissionais dos cuidados de saúde primários valorizam negativamente a necessidade de registos eletrónicos na consulta. A maioria dos profissionais dedicados a outras especialidades concorda que a necessidade de completar os registos eletrónicos do doente pode influenciar negativamente a comunicação. De facto, existem descrições do impacto dos registos eletrónicos na consulta, como o de Perez-Santonja (2017), que afirmam que os momentos dedicados aos registos eletrónicos “provocam um aumento da duração da consulta (...) os médicos passam menos tempo a interagir diretamente com o doente, para o fazerem com o computador, e que, como tal, afetam a qualidade da comunicação” (p.5). No entanto, os especialistas do GOE parecem considerar que os registos eletrónicos poderão apresentar vantagens (35,3%) em comparação com o GMGF (16,7%). A compreensão das potencialidades dos registos universais eletrónicos do doente por parte dos médicos GOE poderá relacionar-se com o registo eletrónico de saúde único do doente e da compilação de toda a informação clínica, permitindo uma rápida gestão da informação e orientação diagnóstica e terapêutica do doente, que tal como define o Registo Eletrónico do Utente (2022) “visa reunir informação essencial de cada cidadão para a melhoria da prestação de cuidados de saúde” (p.2).

Finalmente, uma pequena parte do grupo de médicos de MGF não identifica a influência do ambiente na equipa de trabalho na comunicação com os doentes, sendo que cerca de 20,8% do GMGF e 32,4% do GOE avalia negativamente a influência do ambiente da equipa na comunicação com os doentes. Na realidade, Santos (2010) afirma que “a comunicação nas equipas de saúde interdisciplinares é por vezes penosa, nas quais alguns grupos profissionais, possam sentir dificuldade em exprimir francamente com outras classes profissionais” (p.25), eventualmente, um ambiente laboral menos saudável terá como consequência final o impacto negativo para o doente por instabilidade e ansiedade do profissional”.

Notamos diferenças entre médicos em formação específica e médicos especialistas quando se avalia a sua perceção acerca dos fatores influenciadores do processo comunicativo. A competência clínica do médico poderá ser uma desvantagem dos médicos em formação pois, muitas vezes, ainda não exercem a sua profissão durante um período suficiente para consolidar a sua prática clínica e a renovar conhecimentos e competências em formações ao longo do tempo. A preparação dos encontros comunicacionais complexos é identificada como uma dificuldade dos médicos em formação pois poderão necessitar de mais tempo para a análise dos passos e estratégias a seguir na consulta por terem conhecimento exaustivo da história clínica do doente que irão consultar (Ramos, 2009).

No grupo GOE, os médicos internos consideram positivamente a simpatia do doente (20,79%) em contraste com os médicos especialistas que avaliam esta característica de forma negativa, tal como explicado anteriormente, a simpatia do doente poderá complicar a orientação da entrevista clínica e perturbar a transmissão de informação entre médico e doente (Laussier, 2010). Relativamente ao doente de trato difícil, os médicos GOE consideram a sua influência como positiva no processo comunicativo (30,8%), na verdade, o doente difícil muitas vezes surge como culminar de uma situação de gravidade e complexidade inerentes à sua condição clínica, tornando a comunicação difícil na maioria das vezes, não só pelos temas que são tratados, bem como pela sua franca vulnerabilidade (Borges, 2014). Os médicos internos não avaliam o excesso de trabalho como um fator perturbador da comunicação médico doente (9,5%) contrastando com os médicos especialistas (2,6%). Poderá considerar-se que por um lado, os médicos internos se encontram em período de especialização, idealmente, com momentos dedicados à formação e investigação, por outro lado, os médicos especialistas assumem todas as responsabilidades dos próprios e, muitas vezes, dos internos potenciando a sua carga excessiva de trabalho e responsabilidade. A avaliação da influência dos registos eletrónicos durante a consulta, apresentam resultados dispares entre internos e especialistas, pois os internos tendem a valorizar negativamente os registos no processo comunicativo (73%), pelo tempo despendido e pela eventual dificuldade da gestão do tempo de consulta para realizar os mesmos, em contraste com os especialistas (51,3%) que defendem os benefícios destes registos pelas razões já descritas anteriormente. Os médicos internos não identificam a influência negativa na comunicação com os doentes (15,9%) da qualidade de comunicação interna. A opinião dos médicos internos poderá

relacionar-se com o facto de que, habitualmente, estes não são membros participativos formais em questões de gestão das organizações, exceto em projetos específicos, no último ano de internato ou em coordenações muito específicas, portanto não se preconiza que o médico interno seja parte integrante/ decisiva em processo de comunicação interna na equipa, *per se*.

Os resultados encontrados relativos às competências de comunicação não se distinguiram nos grupos dedicados aos cuidados de saúde primários e nos de outras especialidades.

Em Portugal, a escassez de instrumentos breves de avaliação das competências de comunicação dos médicos portugueses é uma realidade. No entanto, o desenvolvimento da Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde veio colmatar a lacuna e durante o seu processo de validação, os resultados encontrados denotam valores consistentes de competências de comunicação de forma uniforme entre médicos de Medicina Geral e Familiar e médicos de outras especialidades (Coelho, 2020).

Verifica-se a ausência de diferenças significativas nas pontuações obtidas nas competências de comunicação por especialistas e médicos internos de MGF. Este resultado pode refletir o árduo trabalho do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar que preconiza que a formação da especialidade se pautar por “desenvolver um processo de consulta muito específico em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-doente efetiva e de um conhecimento clínico personalizado sempre em evolução e reinterpretação” (Santos, 2018, p.7). Desta forma, o médico em formação consolidará a sua relação médico-doente com base sólida no investimento do respeito pelo seu doente. Estes resultados podem ainda, resultar do esforço efetivo dos profissionais de saúde em manter a comunicação com os doentes o mais humanizada possível (ainda que por força das circunstâncias isto lhes exija um maior esforço pessoal) ou do efeito de desejabilidade social. Refira-se também que as médias obtidas nas dimensões Comunicação Informativa e Respeito foram semelhantes às encontradas no estudo com médicos oncologistas feito no âmbito da adaptação da escala à população portuguesa (Coelho, 2020), sendo que os médicos do GMGF tiveram pontuação mais elevada na dimensão Empatia do que os clínicos do estudo mencionado. Relativamente ao conhecimento e necessidade de formação na área da comunicação clínica, os resultados indicam que os profissionais percebem ter boas capacidades comunicativas, no entanto, consideram que existem lacunas formativas que persistem após a realização de cursos na área (realizados por iniciativa própria). Os dados

recolhidos, relativamente à lacuna formativa percebida na área da comunicação, poderão ter relação com a autoeleição dos profissionais de saúde que, autonomamente, decidem participar no estudo, revelando eventual preferência temática e de aquisição de novos conhecimentos que colmatam as suas necessidades.

Por um lado, as especialidades hospitalares contactam direta e tradicionalmente com situações paliativas e, portanto, a importância da formação em comunicação já é reconhecida vastamente. No contexto da MGF, a progressão das doenças crónicas e a vivência do doente no seu meio familiar e doméstico motiva cada vez mais médicos a aprofundarem os seus conhecimentos na área dos cuidados paliativos. O facto de cada vez mais planos curriculares incluírem a formação de cuidados paliativos no *curriculum* da MGF promove que os médicos internos não tenham de procurar além da sua formação as bases dos cuidados paliativos. A atualização constante dos planos académicos em MGF criou um curioso fenómeno em que os médicos internos se sentem seguros com a formação recebida, ao contrário dos especialistas que consideram essa mesma formação fundamental. A evolução dos programas de formação está refletida no presente estudo, pois considerando os internos e especialistas de MGF, surgem diferenças significativas ao considerarem a frequência de ações de formação na área da comunicação com doentes com doença grave/terminal, sendo mais baixa em internos (52.4%), em contraste com uma percentagem mais elevada (84.8%) entre os especialistas. Na verdade, o interesse dos médicos internos pela inovadora área dos Cuidados Paliativos pode provocar uma ambiguidade de interesses. Se por um lado o interno pode ter genuíno interesse em participar e alargar horizontes de conhecimento nesta área, por outro lado, mesmo que a motivação em Cuidados Paliativos não seja a mais robusta, a necessidade de formação na área é uma realidade pelo crescente número de doentes paliativos na comunidade. No estudo apresentado, quase metade dos internos avaliam a importância de receber formação acerca da comunicação médico-doente como “muito importante” ou “extremamente importante” (47.6%), simetricamente igual à percentagem dos que a consideram “pouco importante”, em que possivelmente o interno já terá frequentado uma formação semelhante anteriormente ou não será tao permeável ao tema proposto. No que diz respeito aos especialistas de MGF 72.7% reforça a importância da formação em comunicação como muito ou extremamente importante, enquanto apenas 12.1% a avaliam como pouco importante, o que reflete a necessidade de atualização de

conhecimentos e de preparação para o acompanhamento do doente paliativo durante mais tempo e em situações mais complexas no seu domicílio.

Por este motivo, no presente estudo, 25.9 % dos médicos do GMGF avaliam a necessidade de formação como “pouco importante” uma vez que em algum momento do seu percurso já frequentaram algum tipo de formação sobre cuidados paliativos. No GOE apenas 7.8% afirma que a formação é pouco importante, na verdade o número de participantes do GOE a considera-a “muito importante” ou “extremamente importante” (80.4%). A necessidade formativa em cuidados paliativos é imperativa para todos os médicos, no entanto, admite-se que as especialidades dedicadas ao contexto hospitalar serão as responsáveis pelos doentes paliativos nas suas fases mais agudizadas e complexas. De facto, o Programa Nacional dos Cuidados Paliativos (2021) defende a necessidade de formação avançada para os profissionais que contactam diretamente na gestão do doente paliativo complexo, designadas equipas de nível II ou III como “em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas. São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos”. Este contraste entre as diferentes realidades dos níveis de cuidados paliativos é real, pois nos cuidados de saúde primários, ainda apenas estão criadas algumas equipas comunitárias para todo o território nacional em contraste com as múltiplas equipas intrahospitalares de suporte em cuidados paliativos e os próprios serviços de cuidados paliativos de cada hospital.

Globalmente, os resultados encontrados sublinham as necessidades formativas dos profissionais para otimizar as suas capacidades de comunicação. A manifestação de vontade em frequentar formações de comunicação é evidente nos resultados encontrados. A importância da formação específica relaciona-se não só com a capacitação dos profissionais, contribuindo para a saúde mental positiva do próprio profissional, mas também, com otimização das ações terapêuticas desenvolvidas durante a consulta e, claro, a satisfação dos utentes e família

Relativamente aos indicadores de *burnout*, nomeadamente à exaustão emocional, os médicos de MGF apresentam valores mais elevados, em contraste com o grupo GOE que reconhece maiores dificuldades nas áreas da despersonalização e na realização pessoal. De facto, em 2016, a Ordem dos Médicos emitiu um comunicado que identifica o quotidiano do médico com “falhas informáticas, perdas de tempo, faltas de material, obsessão por indicadores estatísticos sem quaisquer ganhos em Saúde, indefinição quanto

ao futuro, pressões de redução de tempos de consulta, falta de tempo para os doentes, persistência de problemas da rede informática da saúde em muitos locais [...]” (Reis, 2019, p.2). A maioria dos médicos de família enfrenta esta realidade potencialmente causadora de exaustão emocional e *burnout* (Reis, 2019), sendo que estes fatores não serão, certamente, exclusivos dos médicos de família, provocando também uma influência negativa nos médicos de outras especialidades. A consequência dos atritos diários no quotidiano de um clínico é evidente pois, os médicos especialistas estudados, habitualmente mais velhos, identificam maior desgaste e exaustão por contraste com os internos que revelam maior realização com a profissão.

Segundo Alves (2020), “os valores das dimensões de *burnout* variam consoante a especialidade, ou seja, se os profissionais de cuidados paliativos apresentam maiores níveis de *burnout* quando comparados com os restantes profissionais”(p.130). Apesar do presente estudo avaliar profissionais envolvidos diretamente na gestão de cuidados do doente paliativo, não é possível esquecer que os profissionais de cuidados paliativos são mais vulneráveis ao *burnout* em consequência do *stress* crónico, diário e repetido ao desempenhar as suas funções com pacientes com grande comorbilidade e elevada complexidade clínica e social. (Pinho-Reis, 2018).

Foram avaliadas as associações entre as três dimensões medidas pelo instrumento que avalia o *burnout*- MBI (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) e os vários domínios das competências de comunicação e os respetivos indicadores já abordados. A ausência de relação entre as dimensões do *burnout* e indicadores das competências de comunicação, no geral também encontradas no estudo de Coelho (2020), parece surgir de uma avaliação tendenciosa dos médicos ao avaliarem como desejariam que fosse a sua realidade, provocando uma lacuna em relação aos resultados que corresponderiam exatamente à realidade vivida e não à idealizada. Não deverá ser esquecido o impacto que provoca o reconhecimento da fragilidade (enquanto humanos) percebida ao responder às questões colocadas, fenómeno que poderá condicionar, uma vez mais, as respostas obtidas para o mais próximo ao socialmente desejável. Finalmente, o facto de os questionários aplicados serem de autorresposta poderá impedir a isenção necessária para uma resposta adequada a realidade, isto é, poderá haver uma dificuldade em reconhecer a irritabilidade ou a perda de interesse pelo próprio, por exemplo, sendo mais fácil o reconhecimento destas alterações por heteroavaliação.

Os resultados obtidos através do presente estudo dão-nos informações importantes sobre a perceção dos médicos de MGF e de outras especialidades acerca das suas competências de comunicação, fatores que podem influenciar a comunicação com os seus doentes com doença grave ou terminal, e indicadores de *burnout*. Porém, o estudo tem diversas limitações que devem ser notadas.

Em primeiro lugar, devem ser analisadas as características do desenho do presente estudo. O estudo apresentado considera-se um estudo transversal que permite avaliar, a prevalência da doença (proporção da população que tem a doença num determinado momento) e por isso são frequentemente apelidados como estudos de prevalência (Freire, 2018).

Os estudos transversais apresentam como desvantagem a dificuldade em estabelecer relações causais entre fatores dependentes de uma sequência temporal, uma vez que a recolha de informação é feita num momento único (Freire, 2018). O desenho do estudo pressupõe a seleção de uma determinada população de amostra; trata-se neste caso de uma amostragem por conveniência, em que o recrutamento da amostra foi feito *online*. A promoção da autosseleção pode influenciar a constituição da amostra limitando-a a profissionais de saúde mais interessados e permeáveis à temática.

Em segundo lugar, deve ser reconhecida a dimensão da amostra que provoca a necessidade de ajustes na interpretação de resultados, por questões de representatividade. De facto, o tamanho da amostra recolhida não permite sustentar generalizações para a restante população.

A autodescrição solicitada no questionário de avaliação promove o enviesamento das respostas, visto que, seduz os profissionais a responderem o social, ou tecnicamente, mais correto/aceitável traduzindo-se em sobrevalorização das suas competências ou aptidões. Assim, estudos futuros deverão estar organizados com amostras de maior dimensão com uma distribuição mais homogénea (em termos sociodemográficos) para existir uma maior representatividade das respostas obtidas.

A recolha e análise dos dados obtidos foi realizada durante o tempo de pandemia, portanto, deverá ser assumido que as vicissitudes a si inerentes, podem ter perturbado a perceção dos participantes no estudo. Na verdade, o contexto pandémico provocou uma reorganização dos cuidados de saúde a todos os níveis. A preferência por contactos não presenciais, a estruturação de áreas dedicadas ao atendimento do doente suspeito de infeção por SARS-Cov-2, a reorganização dos recursos humanos em escalas para

atendimento e orientação de utente suspeito ou infetado, prejudicou o atendimento dos doentes crónicos. A preferência por profissionais mais jovens e sem antecedentes patológicos relevantes para o atendimento do doente suspeito ou infetado por Coronavírus, provocou que a maioria dos doentes crónicos fosse acompanhados por médicos mais experientes. De facto, estima-se que mais de 13 milhões de contactos presenciais nos cuidados de saúde primários ficaram por realizar entre março de 2020 e novembro de 2021 (Ferrão, 2022). No que diz respeito aos hospitais, existiram cancelamentos de, aproximadamente, 500 mil cirurgias e 3,8 milhões de episódios de urgência que não aconteceram (Ferrão, 2022). A própria estrutura e funcionamento dos serviços médicos sofreram alterações durante a pandemia. Os doentes suspeitos ou sintomáticos não deveriam entrar nas instituições sem avaliação ou triagem prévia e os contactos presenciais passaram a ser feitos com recursos a equipamentos individuais de proteção (EPI) os quais contemplavam a utilização de máscara para profissionais e utentes e batas e luvas sempre que aplicável. Os espaços de consulta, durante a pandemia, deveriam ser arejados sempre que possível e devidamente higienizados, muitas das vezes com barreiras de acrílico entre os doentes e os médicos. As reuniões clínicas e os momentos de discussão de casos clínicos fora, num primeiro momento, evitados e posteriormente tomaram o formato *online*, o que poderá representar maior dificuldade de adaptação para alguns profissionais. De facto, a pandemia obrigou a uma adaptação, esforço e plasticidade de todos os profissionais a organizarem as suas agendas e programações como nunca antes tinha sido feito. O cumprimento das medidas de proteção para evicção da dispersão do vírus poderá ter criado receio e ansiedade nos profissionais que se multiplicavam para dar resposta as inúmeras solicitações. Finalmente, o uso disseminado de máscaras provocou, provavelmente, uma dificuldade acrescida na comunicação em alguns doentes com hipoacusia e/ou outra dificuldade de comunicação, para além de em todos os encontros comunicacionais ficarem limitadas as pistas e a expressão não verbal, responsável por grande parte do significado atribuído ao conteúdo informativo ou factual da comunicação. Este estudo não permite averiguar o impacto destas contingências e medidas na comunicação entre médicos e doentes.

A recolha de dados durante a pandemia, eventualmente, terá sido prejudicada pelo escasso tempo disponível dos profissionais e pelo cansaço vivido, dificultando a avaliação isenta de alguns itens como a avaliação do ambiente laboral ou as condições de trabalho. A aplicabilidade do presente estudo, apesar de mantida durante a pandemia, beneficiava da

aplicação num contexto não pandémico. Na verdade, a colheita de resultados foi realizada de forma sumária e *online* para maior conforto e menor perturbação da atividade clínica dos médicos. A situação pandémica vivida no momento do presente estudo poderá ter provocado alterações estruturais no método de trabalho, na organização das atividades e na própria recetividade dos médicos para participar em atividades académicas. Portanto, as correlações encontradas poderão não acompanhar todas as características laborais/ambientais, pessoais e académicas influentes no processo comunicativo entre médico e doente como expectável.

O estudo da comunicação e relação médico-doente em contexto não pandémico permitirá retratar com maior fidelidade e com um maior tamanho da amostra e / ou outros instrumentos de avaliação, a realidade vivida pelos profissionais.

A necessidade de aplicação de escalas de avaliação devidamente validadas garante o estrito cumprimento das implicações éticas inerentes à investigação. O facto de ter sido pedido a médicos que respondessem a instrumentos validados disponíveis, permite a obtenção de resultados consistentes e fiáveis, no entanto, o número reduzido de instrumentos limita o tipo de *outputs* colhidos.

Em termos de investigações futuras seria de todo pertinente realizar um estudo longitudinal com distintos momentos de avaliação dos participantes (por exemplos previamente e após a formação adquirida) aferindo quais os preditores de uma melhoria da comunicação clínica em diferentes etapas de formação, por exemplo. Deverão ser consideradas e complementadas as opiniões e relatos dos médicos com outros técnicos de diferentes áreas, como por exemplo: psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas (não esquecendo outros pertinentes no processo de prestação de cuidados), bem como dos próprios doentes e respetivas famílias.

Seria útil desenvolver este tipo de investigação com médicos dedicados ao cuidado do doente paliativo, nas diferentes fases de formação, para que se possa realizar uma retrospectiva do seu processo académico, com o intuito de encontrar possíveis padrões de comportamento e comunicação, ou contextos, que possibilitaram o alcance da excelência de cuidados prestados.

Outra sugestão refere-se à elaboração de estudos correlacionais entre as distintas competências de comunicação e ao tipo de formações frequentadas pelo profissional, aferindo quais as mais úteis para os cuidados de saúde.

A colheita de resultados através da aplicação de instrumentos de medição aos médicos não permite obter a visão dos seus doentes. Sendo que a perspetiva do doente sobre o processo comunicativo e a relação estabelecida com o seu médico pode ser tomada como referência de qualidade, seria fundamental avaliar a reciprocidade entre a perceção dos clínicos e dos seus doentes. De facto, a avaliação da relação entre a perspetiva do médico e das suas competências de comunicação e a perspetiva do doente sobre os fatores que influenciam os encontros comunicacionais poderia mostrar novos caminhos a percorrer durante o processo comunicativo.

Ainda que com todas as limitações apresentadas, e logo com os necessários cuidados na interpretação de resultados, a presente investigação pretende formar um contributo para a compreensão das competências de comunicação dos médicos em Portugal, com o doente de cuidados paliativos e a sua família. Os resultados permitem retirar algumas implicações com eventual pertinência para a prática, a satisfação e a saúde dos profissionais.

Após a análise dos resultados encontrados é possível concluir que os fatores que influenciam as competências de comunicação dos médicos deste estudo com o doente de cuidados de paliativos e a sua família dividem-se, essencialmente, em duas grandes áreas: condições de realização de consulta (fundamentalmente tempo de consulta e volume de trabalho) e capacidades inerentes ao profissional sobre comunicação (formação e investimento educativo em comunicação verbal e não verbal).

As condições da consulta dos profissionais de saúde (tempo/ carga laboral) é um tema já abordado pelas autoridades e gestores competentes com múltiplas manifestações de necessidade de ajuste e reorganização de serviços e agendas. No entanto, este fator parece ainda necessitar de ser trabalhado por parte das administrações centrais.

As medidas decretadas para melhoria, presentes no Plano Estratégico para o Desenvolvimento Nacional dos Cuidados Paliativos (2021) contínua da atividade desenvolvida pelas equipas de cuidados paliativos reforçam a necessidade de monitorização, numa perspetiva de controlo interno dos cuidados prestados e formulação de propostas de melhoria. Assim, e de acordo com a documentação existente até à data (protocolos, critérios, indicadores, *guidelines* de controlo sintomático, entre outros) as coordenações responsáveis pelas equipas deverão implementar de forma sistemática auditorias internas à sua atividade. Por um lado, apesar do eventual tempo despendido em formalidades das auditorias, serão nestas oportunidades que se identificarão lacunas na

qualidade dos cuidados e oportunidades melhoria contínua. Por outro lado, num segundo momento, a instituição das auditorias como ferramenta de trabalho poderá criar pontes entre os pares, exteriores à equipa a auditar (por exemplo) existindo, assim, um espaço formal para avaliar os *outcomes* dos cuidados prestados garantindo a equidade de acesso e uniformidade dos cuidados a todos doentes. O benefício da monitorização dos cuidados prestados aos utentes em forma de auditoria não se deverá restringir aos profissionais, mas sim abordar os doentes e respetivas famílias, por exemplo com questionários de satisfação. Na verdade, poderão ser identificadas dificuldades na comunicação clínica com o doente paliativo durante a partilha de experiências e dúvidas neste tipo de reuniões. A identificação das dificuldades em comunicação (por vários elementos) é uma das formas de validar a sua importância e reforçar a necessidade de uma proposta de melhoria contínua como a formação.

O investimento da formação e qualificação pós-graduada dos profissionais segue a linha de planificação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2021). Desta forma, a possibilidade de criação de centros dedicados aos Cuidados Paliativos- de “excelência” dispersos por todo o território nacional é fulcral, pois o doente paliativo supõe situações de elevada complexidade clínica, com base numa realidade multidimensional de patologias, o que implica um manuseamento terapêutico árduo e complexo. A diferenciação de equipas e profissionais através da formação garantirá a melhoria de planos de cuidados, e servirá de local de formação (com os devidos e necessários reconhecimentos de idoneidade formativa) para apoiar a diferenciação e investigação em Cuidados Paliativos, o que já acontece nos médicos (Competência em Medicina Paliativa) e enfermeiros (Competência em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa) reconhecidas pelas respetivas Ordens profissionais. Com a criação de equipas diferenciadas em Cuidados Paliativos as barreiras comunicativas deverão ser mais facilmente ultrapassadas. O contacto dedicado ao doente paliativo e à sua família permitirá espaço temporal para a discussão e formulação de novas formas de intervenção em situação de difícil comunicação (gestão de conflitos, avaliação de doente com dor, entre outras situações), sentidas pelos próprios profissionais. Garantindo os planos de formação e a oportunidade de evolução académica serão, também, garantidos as dotações e *ratios* preconizados entre profissionais e doentes.

Além dos pontos anteriores descritos, deve ser lembrado que a promoção da oferta formativa potenciará o autocuidado e autorreflexão sobre as características pessoais e

institucionais que deverão ser melhoradas através da formação, portanto, desenvolverá as competências de comunicação como uma ferramenta diária de trabalho.

A organização de programas formativos apoiará também a atualização e desenvolvimento das competências clínicas de comunicação de forma transversal, ao longo de toda a carreira médica (desde o período de internato até às diferentes graduações de assistentes). Deste modo, o investimento formativo ao longo da carreira médica facilitará que os especialistas e gestores reconheçam a importância de períodos à formação no campo das competências. Os especialistas formados não só poderão promover junto das administrações institucionais a melhoria das condições físicas e logísticas para prestação de cuidados, mas também a reorganização de funções e equipas solicitando períodos dedicados à discussão de casos, articulação com pares prestadores de Cuidados Paliativos de diferentes instituições e com os restantes membros das equipas multidisciplinares para promover a harmonia de colaboração e coesão, otimizando a qualidade de serviços e cuidados prestados.

Conclusão

A comunicação constitui um pilar fundamental em cuidados de saúde, logo também nos cuidados paliativos, e é necessária para satisfazer as necessidades da pessoa em fim de vida e sua família, devendo ser eficaz e adequada (Borges, 2014).

Comunicar eficazmente implica a utilização de perícias de comunicação para que o doente expresse as suas preocupações e sentimentos, nomeadamente perícia em ouvir, observar, sentir, demonstrar empatia, manter o controlo da entrevista e questionar as preocupações e convicções relativamente à doença (Azevedo, 2017).

O alívio do sofrimento do doente de cuidados paliativos não se resume ao controlo sintomático, segundo Costa (2014); em cuidados paliativos os médicos devem ser facilitadores da comunicação entre utente/família e os cuidados de saúde. A comunicação clínica eficaz promove a redução do isolamento do doente e diminui a incerteza e os medos, aumentando a capacidade de adaptação e realização de objetivos conjuntos em relação aos cuidados de saúde (Jacobs, 2017).

O médico, especialmente em cuidados paliativos, deverá desenvolver competências que lhe permitam lidar com as atitudes e comportamentos dos doentes, como sentimentos, ansiedades, emoções, medos, desejos, promovendo a sua satisfação e qualidade de cuidados (Fallowfield, 2004).

Os profissionais de saúde em cuidados paliativos debatem-se com situações de comunicação muito difíceis e/ou mesmo problemáticas; segundo Hespanhol (2016) a comunicação é a pedra basilar de qualquer relação, mas no que respeita às profissões de ajuda, adquire maiores proporções na sua responsabilidade. As partes envolvidas estão normalmente colocadas em patamares diferentes, no que diz respeito ao seu poder de controlo e às suas necessidades (Jacobs, 2017).

Atualmente, existe uma crescente consciencialização da importância da comunicação, entre profissionais e doentes, tanto em conteúdo como na forma de expressão, por ambas partes. Vários estudos indicam que uma comunicação médico-doente eficaz e de qualidade melhora as condições de saúde do doente e a sua qualidade de vida, aumenta a adesão aos tratamentos, minimiza o seu isolamento e medos potenciando capacidades para enfrentar a situação, e aumenta a satisfação com o tratamento (Biglu et al., 2017; Jiang & Hong, 2021; Świątoniowska-Lonc et al., 2020). Nesta relação é necessário um esforço pessoal e profissional de autoconhecimento, o que se revela na forma de atuar e

torna o profissional mais autêntico e saudável (Baig et al., 2009). Este último aspeto surge de modo consistente na investigação, pois numerosos estudos reportam uma associação positiva entre a interação com os doentes e o bem-estar do próprio médico (Weilenmann et al., 2018). Nesta perspetiva, o presente estudo pretende demonstrar a importância percebida pelos profissionais de fatores que possam interferir na consulta do doente paliativo. A necessidade de realização de registos clínicos, apesar das evidentes vantagens de uniformização de dados e possibilidade uma rápida verificação de informações, é evidenciada como uma potencial influência negativa na comunicação pelos profissionais estudados.

A formação e treino em competências de comunicação parece aumentar a perceção de autoeficácia dos clínicos (Grome et al., 2018), reduzir a exaustão emocional e prevenir o risco de burnout (Penberthy et al., 2018), particularmente em contextos onde a comunicação de más notícias e prognósticos negativos é frequente (Messerotti et al., 2020).

Os profissionais que participaram no presente estudo identificaram a necessidade de formação em cuidados paliativos como imperativa. Considerando que cada vez existe maior ofertas de formações pós-graduadas para todos os médicos, os médicos que contactam com as situações de agudização e complexidade clínica do doente paliativo (grupo de outras especialidades médicas não dedicadas aos Cuidados de Saúde Primários) mantêm todo o interesse em alargar conhecimentos. A necessidade formativa em Cuidados Paliativos é uma realidade que tem vindo a ser reconhecida nos planos formativos das especialidades não só como formações extracurriculares, mas como parte integrante e formal do percurso académico do profissional.

Os médicos de família estudados reconheceram o impacto do desgaste diário através da pontuação obtida na dimensão exaustão emocional do MBI (Maslach & Jackson, 1986). O contacto dia-a-dia com doentes e as suas respetivas famílias de uma forma holística promove uma realidade potencialmente causadora de exaustão emocional e *burnout* (Reis, 2019). Os tempos de consulta limitados, as agendas sobrelotadas e as inúmeras solicitações diárias tem o seu impacto na forma como os médicos de Medicina Geral e Familiar se sentem no momento de prestar cuidados. A comunicação clínica deverá ser considerada como uma ferramenta útil que serve para, estrategicamente, assegurar a transmissão de informação de forma clara e inequívoca. Desta forma, o reconhecimento

da importância da comunicação clínica adequada deverá ser admitido como uma mais valia, que pode servir de medida corretora (com a motivação para a participação em momentos formativos de comunicação clínica) para o *stress* vivido durante a consulta e melhorar a satisfação global do profissional.

Em suma, é fundamental o reconhecimento pelos próprios médicos das suas dificuldades de comunicação com os utentes e famílias, pois apenas assim podem investir na sua formação para promover a sua atuação clínica de acordo com uma medicina holística, mais humanizada, atualizada, adequada e multidisciplinar.

Finalmente, considera-se que a maioria dos artigos sobre comunicação em cuidados paliativos tem carácter procedimental, podendo limitar as eventuais propostas de melhoria práticas a implementar, havendo necessidade de novos estudos que promovam e consolidem a importância deste tema; esperamos que este estudo traga um contributo, ainda que limitado, para este objetivo.

Bibliografia

- Aguiar, H. (2012). Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários - O desafio para o século XXI. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 28(6), 442–447. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v28i6.10985>
- Ahmad, W., Ashraf, H., Talat, A., Khan, A. A., Baig, A. A., Zia, I., Sarfraz, Z., Sajid, H., Tahir, M., Sadiq, U., & Imtiaz, H. (2018). Association of burnout with doctor–patient relationship and common stressors among postgraduate trainees and house officers in Lahore—a cross-sectional study. *PeerJ*, 6, e5519. <https://doi.org/10.7717/peerj.5519>
- Allen, P., & Bennett, K. (2007). *SPSS for the Health and Behavioural Sciences*. Melbourne: Cengage Learning Australia.
- Alves, E. (2020). O impacto da resiliência e do ambiente ético hospitalar na perceção de burnout nos profissionais de cuidados paliativos. *Faculdade De Medicina Da Universidade Do Porto*, 98.
- Andrade, C. G. de, Costa, S. F. G. da, & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2523–2530. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
- Araújo, M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*.
- Atkinson, D. M., Rodman, J. L., Thuras, P. D., Shiroma, P. R., & Lim, K. O. (2017). Examining Burnout, Depression, and Self-Compassion in Veterans Affairs Mental Health Staff. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 23(7), 551–557. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0087>
- Azevedo, W. F., & Mathias, L. (2017). Work addiction and quality of life: a study with physicians. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 15, 130–135. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3960>.
- Back, A. L., Fromme, E. K., & Meier, D. E. (2019). Training Clinicians with Communication Skills Needed to Match Medical Treatments to Patient Values. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), S435–S441. <https://doi.org/10.1111/jgs.15709>
- Baig, L. A., Violato, C., & Crutcher, R.A. (2009). Assessing clinical communication skills in physicians: are the skills context specific or generalizable. *BMC Medical Education*, 22-28. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-9-22>

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C.J., & Carson, J. (2016). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *Cancer Prevention Research*, 16, 15-23.
- Bernacki, R. E., & Block, S. D. (2014). Communication About Serious Illness Care Goals. *JAMA Internal Medicine*, 174(12), 1994. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.5271>
- Biglu, M., Nateq, F., Ghojzadeh, M., & Asgharzadeh, A. (2017). Communication skills of physicians and patients' satisfaction. *Materia Socio-Medica*, 29(3), 192-195. <http://doi.org/10.5455/msm.2017.29.192-195>
- Borges M. M., Junior R. S. (2014) A comunicação na transição para os Cuidados Paliativos: Artigo de Revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica* 38(2): 275-282
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., & Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 31(7), 755–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>
- Boulay, M. (2002). Indirect Exposure to a Family Planning Mass. *Journal of Health Communication* 7, 379 - 399. Obtido de *Journal of Health Communication* .
- Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. (2019, May 28). Burn-out an “Occupational Phenomenon”: International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Castro, R. F., Esteves, A. C., Gouveia, M., & Reis-Pina, P. (2022a). Why is Palliative Care Training During the Portuguese Family Medicine Residency Program Not Mandatory? *Acta Médica Portuguesa*, 35(2), 87. <https://doi.org/10.20344/amp.14638>

- Carrapiço, E. (2012). A comunicação na consulta. Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Rev Port Med Geral Fam.*
- Carvalho, L. (2022). Falta formação ao nível da comunicação dos profissionais de saúde com os doentes. Retrieved 17 June 2022, from <https://www.publico.pt/2016/10/18/sociedade/noticia/falta-formacao-ao-nivel-da-comunicacao-dos-profissionais-de-saude-com-os-doentes-1747874>
- Chaitoff, A., Rothberg, M. B., & Martinez, K. A. (2019). Physician Empathy and Diabetes Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 34(10), 1967–1967. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05188-z>
- Coelho, M. (2020). Comunicação médico-doente: Contributos para a validação da Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde e fatores associados às competências de comunicação dos oncologistas Portugueses. Dissertação de Mestrado Integrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Acesso a 5 junho de 2022, <http://hdl.handle.net/10316/94530>
- Coiera, E. (2000). When Conversation Is Better Than Computation. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(3), 277–286. <https://doi.org/10.1136/jamia.2000.0070277>
- Coiera, E., & Dowton, S. B. (2000). Reinventing ourselves. *Medical Journal of Australia*, 173(7), 343–344. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2000.tb125682.x>
- Collar, M. I., Miguel Ángel Blanco Aspiazu, C. I., & Isel Bibiana Parra Vigo III, D. C. (2009). Las habilidades comunicativas en la entrevista médica Communicative skills during the medical interview. In *Revista Cubana de Medicina Militar* (Vol. 38, Issue 4). <http://scielo.sld.cu79>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2020). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Biênio 2021-2022.*
- Corcoran N. (Ed.). (2007). *Communicating Health: Strategies for Mental Health. Journal of Health Communication*, 13(3), 303–305.
- Costa, P., Alves, R., Neto, I., Marvão, P., Portela, M., & Costa, M. J. (2014). Associations between medical student empathy and personality: a multi-institutional study. *PloS One*, 9(3), e89254. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089254>
- Crawford P, et al. (2014) The design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing* 23 (23–24), 3589–3599.

- Darban, F., Balouchi, A., Narouipour, A., Safarzaei, E., & Shahdadi, H. (2016). Effect of Communication Skills Training on the Burnout of Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(4), IC01–IC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/19312.7667>
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. K., & Persing, R. (2008.). *Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements*.
- Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & de Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325(7362), 472. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7362.472>
- Donne, J., Odrowaz, T., Pike, S., Youl, B., & Lo, K. (2019). Teaching Palliative Care to Health Professional Students: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 36(11), 1026–1041. <https://doi.org/10.1177/1049909119859521>
- Eriksson, T., Germundsjö, L., Åström, E., & Rönnlund, M. (2018). Mindful Self-Compassion Training Reduces Stress and Burnout Symptoms Among Practicing Psychologists: A Randomized Controlled Trial of a Brief Web-Based Intervention. *Frontiers in Psychology*, 9, 2340. doi:10.3389/fpsyg.2018.02340
- Estella, Á. (2020). Compassionate Communication and End-of-Life Care for Critically Ill Patients with SARS-CoV-2 Infection. *The Journal of Clinical Ethics* 31 (2), 191-193.
- Faculdade de Medicina de Lisboa. (2005). *O Licenciado Médico em Portugal Core Graduates Learning Outcomes Project* (R. M. Victorino, C. Jollie, & J. McKimm, Eds.; Vol. 1). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Ferreira, N. do N., & Lucca, S. R. de. (2015). Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 68–79. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
- Ferrão, F. IN: Pandemia deixou quase 5 mil cancros por diagnosticar. (2022). Retrieved 15 June 2022, from <https://www.dn.pt/sociedade/pandemia-deixou-quase-5-mil-cancros-por-diagnosticar-14534510.html>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). London: Sage Publications

- Freire, M.C.M.; Pattussi M.P. Tipos de estudos. IN: ESTRELA, C. Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p.109-127.
- Gomes, F. (2012). . A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 54-60.
- Graça, L. e Kompier, M. (1999). Portugal: Preventing Occupational Stress in a Bank Organisation. In: Kompier, M. e Cooper, C. (Eds.), Preventing Stress, Improving Productivity. European Cases in the Workplace. London: Routledg
- Grazziano, e.s Ferraz bianchi, e.r. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enferm. glob.* [online]. 2010, n.18. ISSN 1695-6141
- Grol, R., Mokkink, H., Smits, A., Van Eijk, J., Beek, M., Mesker, P., & Mesker-Niessen, J. (1985). Work Satisfaction of General Practitioners and the Quality of Patient Care. *Family Practice*, 2(3), 128–135. <https://doi.org/10.1093/fampra/2.3.128>
- Grome, L. J., Banuelos, R. C., Lopez, M. A., Nicome, R. K., & Zandt, K. J. L. (2018). Communication Course for pediatric providers improves self-efficacy. *Plastic Reconstructive Surgery – Global Open*, 6(10), e1964. <http://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001964>
- Gudzune, K. A., Beach, M. C., Roter, D. L., & Cooper, L. A. (2013). Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(10), 2146–2152. <https://doi.org/10.1002/oby.20384>
- Han, P. (2016). Factors Affecting Physicians' intentions to Communicate Personalized Prognostic Information to Cancer Patients at the End of Life: An Experimental Vignette Study. *Medical Decision Making* 36, 703-713.
- Hellín, T. (2002). The physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia : The Official Journal of the World Federation of Hemophilia*, 8(3), 450–454. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x>
- Hespanhol, A., Pereira, A. C., & Pinto, A. S. (2016). Insatisfação profissional em medicina geral e familiar: um problema intrínseco dos médicos. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 16(3), 183–99. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v16i3.9792>
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD009405. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009405.pub2>

- Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M., & Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1236–1239. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1104-8>
- Huntington, B., & Kuhn, N. (2003). Communication Gaffes: A Root Cause of Malpractice Claims. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 16(2), 157–161. <https://doi.org/10.1080/08998280.2003.11927898>
- Jacobs, J. (2017). Treatment satisfaction and adherence to oral chemotherapy . Em *Journal of Oncology Practice*, 13 (pp. 474-485).
- Jensen, J. D., King, A. J., Guntzviller, L. M., & Davis, L. A. (2010). Patient-provider communication and low-income adults: age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.041>
- Jewson, N. D. (2009). The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *International Journal of Epidemiology*, 38(3), 622–633. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp180>
- Jiang, S. & Hong, Y. A. (2021). Patient-centered communication and emotional well-being in the era of medical violence in China. *Health Promotion International*, 36(2), 313-320. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa064>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007a). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery (London, England)*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>
- Kass, J. S., & Rose, R. v. (2016). POLICY FORUM Medical Malpractice Reform-Historical Approaches, Alternative Models, and Communication and Resolution Programs. In *American Medical Association Journal of Ethics* (Vol. 18). www.amajournalofethics.org
- Kemper, K.J., McClafferty, H.H., Wilson, P.M., Serwint, J.R., Batra, M., Mahan, J.D., Schubert, C.J., Staples, B.B., & Schwartz, A. (2019). Do Mindfulness and Self-Compassion Predict Burnout in Pediatric Residents? *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 94 (6), 876-884.
- Kleijweg, J. H. M., Verbraak, M. J. P. M., & van Dijk, M. K. (2013). The clinical utility of the Maslach Burnout Inventory in a clinical population. *Psychological Assessment*, 25(2), 435–441. <https://doi.org/10.1037/a0031334>
- Kortum-Margot, E. (2002). Psychosocial factors in the workplace. In: the Global Occupational health Network, 2, pp.7-10.

- Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International Journal of Palliative Nursing* 18 (1), 40–46.
- Krasner, M. S. (2009a). Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*, 302(12), 1284. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>
- Larsen, K. M., & Smith, C. K. (1981). Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *The Journal of Family Practice*, 12(3), 481–488.
- Laussier, R.N. (2010) Effective Leadership. 4th Edition, Canada, South-Western.
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & vander-Hofstadt-Román, C. J. (2016). Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.04.001>
- Levine, D. R., Liederbach, E., Johnson, L.-M., Kaye, E. C., Spraker-Perlman, H., Mandrell, B., Pritchard, M., Sykes, A., Lu, Z., Wendler, D., & Baker, J. N. (2019). Are we meeting the informational needs of cancer patients and families? Perception of physician communication in pediatric oncology. *Cancer*, 125(9), 1518–1526. <https://doi.org/10.1002/cncr.31937>
- Lopes, M. H. B. de M. (2009). Health Communication: from theory to practice; de Renata Schiavo & Jossey-Bass *RECIIS*, 3(2). <https://doi.org/10.3395/reciis.v3i2.258pt>
- Lucchese, R. (2007). A enfermagem psiquiátrica e saúde. *Rev. Eletrônica*, 883-885
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2, 2, 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Martin, M. (2018). Physician Well-Being: Physician Burnout. *FP Essentials*, 471, 11–15.
- Martins, M., de Araújo, T., & Paes Da Silva, M. J. (2012). *Artigo Original-121-Texto Contexto Enferm* (Vol. 21).
- Matsumoto, D. Y. (2012). Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos: Hospedaria. Em Cuidado Paliativo. *Cadernos CREMESP*.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008c). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *The American Psychologist*, 63(6), 503–517. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>

- Mauksch, L. B. (2008). Relationship, Communication, and Efficiency in the Medical Encounter_{title}Creating a Clinical Model From a Literature Review</sub> _{title} _{title} *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1387. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.13.1387>
- McElroy, C., & Esterhuizen, P. (2017). Compassionate communication in acute healthcare: establishing the face and content validity of a questionnaire. *Journal of Research in Nursing*, 22(1-2), 72–88. doi:10.1177/1744987116678903
- Messerotti, A., Banchelli, F., Ferrari, S., Barbieri, E., Bettelli, F., Bandieri, E., Giusti, D., Catellani, H., Borelli, E., Colaci, E., Pioli, V., Morselli, M., Forghieri, F., Galeazzi, G. M., Marasca, R., Bigi, S., D’Amico, R., Martin, P., Efficace, F., (...), & Potenza, L. (2020). Investigating the association between physicians’ self-efficacy regarding communication skills and risk of “burnout”. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(271), 271-282. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01504-y>
- Meryn, S. (1998). Improving doctor-patient communication. *BMJ*, 316(7149), 1922–1930. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7149.1922>
- Mehta, N., & Atreja, A. (2015). Online social support networks. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 27(2), 118–123. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1015504>
- Messerotti, A., Banchelli, F., Ferrari, S., Barbieri, E., Bettelli, F., Bandieri, E., Giusti, D., Catellani, H., Borelli, E., Colaci, E., Pioli, V., Morselli, M., Forghieri, F., Galeazzi, G. M., Marasca, R., Bigi, S., D’Amico, R., Martin, P., Efficace, F., ... Potenza, L. (2020b). Investigating the association between physicians self-efficacy regarding communication skills and risk of “burnout.” *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01504-y>
- Molero Jurado, M., Herrera-Peco, I., Pérez-Fuentes, M., Oropesa Ruiz, N. F., Martos Martínez, Á., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses. *PloS one*, 16(6), e0251936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936>
- Molero Jurado, M. D. M., Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez Linares, J. J., & Barragán Martín, A. B. (2018). Burnout in Health Professionals According to Their Self-Esteem, Social Support and Empathy Profile. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00424>

- Moreira, H. de A., Souza, K. N. de, & Yamaguchi, M. U. (2018). Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43(0). <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013316>
- Noble, B. (1997). Book reviews: Twycross R 1997: Introducing palliative care, second edition. Oxford: Radcliffe Medical Press. £16.50 (HB). ISBN 1 85775 260 0. *Palliative Medicine*, 11(4), 332–332. <https://doi.org/10.1177/026921639701100417>
- Occupational health: Stress at the workplace*. (2020). Occupational Health: Stress at the Workplace. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>
- Peck, B. M. (2011). Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011, 137492. <https://doi.org/10.1155/2011/137492>
- Penberthy, J. K., Chhabra, D., Ducar, D. M., Avitabile, N., Lynch, M., Khanna, S., Xu, Y., Ait-Daoud, N., & Schorling, J. (2018). Impact of coping and communication skills program on physician burnout, quality of life, and emotional flooding. *Safety and Health at Work*, 9(4), 381-387. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.02.005>
- Perez-Santonja T, Gomez-Paredes L, Alvarez-Montero S, Cabello-Ballesteros L, MombielaMuruzabal MT. [Electronic medical records: Evolution of physician-patient relationship in the Primary Care clinic]. *Semergen*. 2017;43(3):175-81
- Pestana, Helena & Gageiro, João. (2014). Análise de dados para ciências sociais a complementaridade do SPSS 6ª edição Revista, Atualizada e Aumentada Maria Helena Pestana João Nunes Gageiro. doi: 10.13140/2.1.2491.7284
- Pimentel, B., Barosa, M., Caiado Ferreira, P., Neto Gonçalves, T., Ramalho Rocha, F., & Galriça Neto, I. (2022). Letter to the Editor Concerning “Why is Palliative Care Training During the Portuguese Family Medicine Residency Program Not Mandatory?” *Acta Médica Portuguesa*, 35(1), 72. <https://doi.org/10.20344/amp.17422>
- Pinho-Reis, C. (2018). Os Cuidados Paliativos Domiciliários, a Alimentação e os Familiares-Cuidadores. *Revista Kairós: Gerontologia*, 21(5), 09-30. doi: 10.23925/2176-901x.2018v21i4p09-30
- Poças. (2019). A relação médico-doente: um contributo da Ordem dos Médicos. In *Ordem dos Médicos Portugueses* (pp. 1–11).

- Polinski, J. M., Kesselheim, A. S., Frolkis, J. P., Wescott, P., Allen-Coleman, C., & Fischer, M. A. (2014). A matter of trust: patient barriers to primary medication adherence. *Health Education Research*, 29(5), 755–763. <https://doi.org/10.1093/her/cyu023>
- Porto Editora – compaixão no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora. [consult. 2022-03-14 11:50:03]. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/compaixão>
- Publications Office of the European Union. (2018). *Employment and working conditions of selected types of platform work*.
- Rabinowitz, N. C., Willmore, B. D. B., Schnupp, J. W. H., & King, A. J. (2012). Spectrotemporal Contrast Kernels for Neurons in Primary Auditory Cortex. *Journal of Neuroscience*, 32(33), 11271–11284. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1715-12.2012>
- Ramos, V. (2009). A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(2), 208–20. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i2.10609>
- Ratanawongsa, N., Roter, D., Beach, M. C., Laird, S. L., Larson, S. M., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2008). Physician Burnout and Patient-Physician Communication During Primary Care Encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1581. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0702-1>
- Reis, C. D. C. (2019). Prevalência de Síndrome de Burnout em Médicos de Família da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 35(3), 176–184. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12131>
- Registo de Saúde Eletrónico. (2022). Retrieved 14 June 2022, from <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/registo-de-saude-eletronico/>
- 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/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>
- Rochfort, A., Collins, C., & Burgers, J. (2021a). Emotional distress, occupational stress and burnout among Family Doctors in Europe: Monitoring and testing of interventions is required. *European Journal of General Practice*, 27(1), 271–273. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1985998>

- Rohrbaugh, M. J., & Shoham, V. (2001). Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 8(1), 66–81. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.66>
- Romão, C. M. J. (2012). *Cuidados Paliativos: uma reflexão sobre as competências profissionais do assistente social*.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A., & Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155(17), 1877–1884.
- Ruberton, P. M., Huynh, H. P., Miller, T. A., Kruse, E., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2016). The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1138–1145. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.012>
- Santos, I. (2018). Perfil de competências do especialista em Medicina Geral e Familiar. Retrieved 14 June 2022, from https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2019/08/2019_Perfil_Compete%CC%82ncias_Objjetivos-de-Formac%CC%A7a%CC%83o-MGF.pdf.
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57.
- Schirmer, J. M., Mauksch, L., Lang, F., Kim Marvel, M., Zoppi, K., Epstein, R. M., Brock, D., & Pryzbylski, M. (n.d.). *Assessing Communication Competence: A Review of Current Tools*.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, I. (2006). Cultural differences in medical communication a review of the literatura. *Patient education and counseling*, 64 (1-3), 21-34: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014>
- Semedo, C. (2009) Bem-Estar Psicológico no Trabalho e Acidentalidade Laboral em profissionais de saúde. (Tese de Doutoramento, não publicada) Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2)

- Sequeira, C. (2016). Editorial: Prioridades de investigação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, pp. 5-7
- Silverman, J., & Kinnersley, P. (2010). Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 60(571), 76–78. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X482293>
- Singh Ospina, N., Phillips, K.A., Rodriguez-Gutierrez, R. et al. (2019). Eliciting the Patient's Agenda - Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 34, 36–40 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5>
- Slort, W. (2011). Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care. *Palliative Care*, 613-629.
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences* (Vol. 3). Sage publications.
- Steckal, D. (1994). *Compassionate communication training and levels of participants empathy and self-compassion*. [Tese de Doutoramento, United States International University]. PROQUEST. <https://www.proquest.com/openview/c696281b7bb2e94dff7245030561a194/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Street, R. L. (2013a). How clinician-patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 286–291. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.004>
- Sustersic, M., Gauchet, A., Kernou, A., Gibert, C., Foote, A., Vermorel, C., & Bosson, J.-L. (2018). A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PLOS ONE*, 13(2), e0192306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192306>
- Tavakoly Sany, S. B., Behzad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020b). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Teixeira, R. (1997). Models of communication and health practices. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 1.
- Thornton, R. L. J., Powe, N. R., Roter, D., & Cooper, L. A. (2011). Patient-physician social concordance, medical visit communication and patients' perceptions of health care

- quality. *Patient Education and Counseling*, 85(3), e201-8.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.015>
- Vala, J. (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas*.
- Vaz, R. (2020). *Comunicação em Cuidados Paliativos: O sentir dos profissionais de saúde*
- Veldhuijzen, W., Ram, P., van der Weijden, T., Wassink, M., & van der Vleuten, C. (2007). Much variety and little evidence: a description of guidelines for doctor-patient communication. *Medical Education*, 41(2), 138–145. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02667.x>
- Victorino, R.M., Jollie, C., & McKinn (Eds.) (2005). *O Licenciado Médico em Portugal Core Graduates Learning Outcomes Project* (Vol. 1). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web_gessi_docs.download_file?p_name=F2055226585/licenciadomedico_portugal2005-2.pdf
- Vida, A. C. (2017). *Comunicação e importância da verdade em Cuidados Paliativos*.
- Watzlawick, P., Bavelas, J.B. and Jackson, D.D. (1967) *Pragmatics of Human Communication, A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. WW Norton & Company, New York.
- Weng, H.-C., Chen, H.-C., Chen, H.-J., Lu, K., & Hung, S.-Y. (2008). Doctors' emotional intelligence and the patient-doctor relationship. *Medical Education*, 42(7), 703–711. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03039.x>
- Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., Von Känel, R., & Pfaltz, M. (2018). Emotion transfer, emotion regulation, and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with physician well-being: A theoretical model. *Frontiers of Psychiatry*, 9, 389-406. <https://doi.org/10.3389/Fpsyt.2018.00389>
- Willems, S., de Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & de Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56(2), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.02.011>
- Wkickbusch, I. (2011). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int.*, 289-97.
- WHO, World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*.

Zoppi, K., & Epstein, R. M. (2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Medicine*, 34(5), 319–324.

As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família:
fatores de influência percebidos e propostas de melhoria

Anexos

Anexo 1

Protocolo de avaliação¹

- Ficha de dados sociodemográficos

Informação sociodemográfica e profissional

Idade

Género (masculino; feminino; outro)

Estado Civil (casad@/em união de facto; solteir@; separad@/divorciad@; viúv@)

Agregado Familiar (com quem vive)

Residência (meio rural/ meio urbano)

Habilitações literárias (Licenciatura; Mestrado/Doutoramento)

Grupo Profissional (Interno; Especialista)

Especialidade

Local onde exerce a sua profissão (UCSP; USF; Hospital; outro)

Tipo de instituição (pública; privada; ambas)

Distrito onde exerce a profissão

Meio onde exerce a profissão (meio rural; meio urbano)

Anos de experiência

Satisfação global que sente com a sua profissão

0 Não quero responder

1 Nada satisfeit@

2 Pouco satisfeit@

3 Satisfeit@

4 Muito satisfeit@

5 Totalmente satisfeit@

Satisfação global que sente com as condições físicas do seu local de trabalho

0 Não quero responder

1 Nada satisfeit@

2 Pouco satisfeit@

3 Satisfeit@

4 Muito satisfeit@

5 Totalmente satisfeit@

¹ Para cada categoria, à exceção dos instrumentos de autorresposta, foi inserido no protocolo online a possibilidade “não sei/não respondo”.

Satisfação global que sente com o ambiente/clima social no seu local de trabalho

- 0 Não quero responder
- 1 Nada satisfeito@
- 2 Pouco satisfeito@
- 3 Satisfeito@
- 4 Muito satisfeito@
- 5 Totalmente satisfeito@

Satisfação global que sente com a equipa com que trabalha

- 0 Não quero responder
- 1 Nada satisfeito@
- 2 Pouco satisfeito@
- 3 Satisfeito@
- 4 Muito satisfeito@
- 5 Totalmente satisfeito@

Satisfação global com a sua saúde atualmente

- 1 Nada satisfeito@
- 2 Pouco satisfeito@
- 3 Satisfeito@
- 4 Muito satisfeito@
- 5 Totalmente satisfeito@

Satisfação global com a sua qualidade de vida atualmente

- 1 Nada satisfeito@
- 2 Pouco satisfeito@
- 3 Satisfeito@
- 4 Muito satisfeito@
- 5 Totalmente satisfeito@

Comunicação com os doentes e família

Até que ponto considera que os seguintes fatores influenciam a qualidade da sua comunicação com os seus doentes com doença grave/terminal? Classificar cada um de acordo com as opções: Não influencia; influencia negativamente; influencia positivamente

- *Caraterísticas do médico*

Experiência profissional

Competência clínica do médico

Competências de comunicação do médico

- *Características do doente*

Idade do doente: ser jovem

Idade do doente: ser idoso

Considerá-lo simpático

Considerá-lo de trato difícil

- *Características do trabalho*

Condições físicas do local

Excesso de trabalho

Tempo para cada doente

Tempo para preparar as consultas

Tempo para preparar situações comunicacionais difíceis

Necessidade de fazer registos eletrónicos na consulta

- *Clima social na instituição*

Ambiente na equipa de trabalho

Qualidade da comunicação interna

Qualidade da comunicação externa/outras equipas

Recebeu/frequentou formação específica acerca de competências de comunicação em saúde?

1 Sim

2 Não

Considera suficiente a sua formação acerca de competências de comunicação em saúde?

1 Sim

2 Não

Consideraria frequentar ações de formação acerca de competências de comunicação em saúde?

1 Sim

2 Não

Instrumentos de autorresposta

- Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS; Leal-Costa et al., 2016a; Versão Portuguesa: Coelho, Melo & Pereira, 2020)
- Inventário de Burnout de Maslach – Pesquisa de Serviços Humanos (MBI-HSS; Maslach & Jackson, 1981; VP: Semedo, 2009)

Anexo 2

Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

De: [Comissão Ética - FMUC](#)

Enviado: 18 de fevereiro de 2021 11:59

Para: valter.a.h.santos@hotmail.com

Cc: mdourado@fmed.uc.pt; anabela.a.pedrosa@uc.pt; 'Gabinete de Estudos Avançados'; 'Pos Graduado'

Assunto: Envio parecer CE_Proc. CE-169/2020_Valter Santos

Exmo. Senhor

Dr.Válter Alcides Henriques Alves dos Santos,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V.Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título "**As competências de comunicação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família: fatores de influência e propostas de melhoria**", foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 17 de fevereiro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

"Alterações aceites. Parecer favorável".

Na presente data segue para o Gabinete de Estudos Avançados da FMUC para aprovação do tema e de orientação científica (conforme deliberação do Conselho Científico de 08.10.2012).

Para futuras informações, é favor contactar o referido gabinete através do e-mail gea@fmed.uc.pt.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo 3

Parecer do Conselho Clínico e de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

De: Denise Alexandra Cunha Velho <DAVelho@arscentro.min-saude.pt>
Enviado: 9 de maio de 2021 20:25
Para: All.PL <All.pl@arscentro.min-saude.pt>
Assunto: Colaboração para desenvolvimento de Dissertação em Cuidados Continuados e Paliativos-Válter Alves dos Santos

Caros todos,

Peço a vossa colaboração com o mestrado de um dos nossos recém-especialistas de MGF, o Dr. Valter Santos. São só 5 minutos. Eu já respondi!

Os melhores cumprimentos,

Denise Alexandra
PCCS do ACeS PL
USF Santiago

From: Valter Alcides Henriques Alves Santos <VASantos@arscentro.min-saude.pt>
Sent: Sunday, 9 May 2021, 22:01
To: Denise Alexandra Cunha Velho
Cc: Luis Armando Silva Morato; Cristina Maria Dias Antunes Marques Santos; anabela.araujopedrosa@gmail.com; Marta Prates; mdourado@fmed.uc.pt; Sandra Cristina Lopes Santos

Subject: Pedido de Colaboração para desenvolvimento de Dissertação em Cuidados Continuados e Paliativos-Válter Alves dos Santos

Ex.ma Senhora Dra. Denise Cunha Velho,

Presidente do Conselho Clínico de Saúde do ACeS Pinhal Litoral

O meu nome é Válter Alves dos Santos, sou Médico recém-especialista em Medicina Geral e Familiar e, no âmbito do meu trabalho da Tese de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, venho solicitar a sua imprescindível colaboração na de um questionário que será o instrumento utilizado neste trabalho de investigação que estou a realizar.

Anexo 4

Estudos e resultados adicionais

Amostra global: correlações entre os indicadores sociodemográficos, profissionais, satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 – Ser interno ou especialista ^a	1,000	,043	-,267**	,233**	-,024	-,020	,039	-,050	,112	,007
2 – Local onde exerce ^b	,043	1,000	-,235**	,020	,100	,068	-,011	-,162	,136	,103
3 – Exerce em meio rural ou urbano ^c	-,267**	-,235**	1,000	,135	,047	,065	,118	,295**	,036	,066
4 - Tipo de instituição em que exerce (USF/UCSP/Hospital) ^d	,233**	,020	,135	1,000	-,060	,026	,107	,009	,185*	,178*
5 – Satisfação com a profissão ^e	-,024	,100	,047	-,060	1,000	,352**	,247**	,157	,026	,061
6 – Satisfação com as condições do local de trabalho ^e	-,020	,068	,065	,026	,352**	1,000	,473**	-,027	,056	-,036
7 – Satisfação com o clima/ambiente da instituição ^e	,039	-,011	,118	,107	,247**	,473**	1,000	,101	,118	,144
8 – Satisfação com a equipa de trabalho ^e	-,050	-,162	,295**	,009	,157	-,027	,101	1,000	,013	,052
9 – Satisfação global com a saúde ^e	,112	,136	,036	,185*	,026	,056	,118	,013	1,000	,727**
10 - Satisfação global com a qualidade de vida ^e	,007	,103	,066	,178*	,061	-,036	,144	,052	,727**	1,000

$p < .05$. ** $p < .001$.

a. 1 = Interno, 2 = Especialista

b. 1 = USF, 2 = Hospital, 3= UCSP

c. 1 = Pública, 2 = Privada, 3 = Pública e Privada

d. 1 = Nada satisfeito, 2 = Pouco satisfeito, 3 = Satisfeito, 4 = Muito satisfeito, 5 = Totalmente satisfeito

GMGF: Perceção de fatores que influenciam a comunicação médico-doente: frequências

Perceção de fatores que influenciam a comunicação	GMGF				GOE			
	Internos		Especialistas		Internos		Especialistas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Caraterísticas do médico</i>								
Experiência profissional								
Não influencia	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
Influencia negativamente	2	9,5	4	12,1	10	15,9	5	12,8
Influencia positivamente	19	90,5	29	87,9	53	84,1	34	87,2
Competência clínica do médico								
Não influencia	0	0,0	2	6,1	0	0,0	2	5,1
Influencia negativamente	2	9,5	2	6,1	10	15,9	3	7,7
Influencia positivamente	19	90,5	29	87,9	53	84,1	34	87,2
Competências de comunicação do médico								
Não influencia	3	14,3	4	12,1	10	15,9	4	10,3
Influencia negativamente	2	9,5	2	6,5	10	15,9	6	15,4
Influencia positivamente	16	76,2	25	80,6	43	68,3	29	74,4
<i>Características do doente</i>								
Idade do doente: ser jovem								
Não influencia	2	9,5	5	15,2	7	11,1	3	7,7
Influencia negativamente	8	38,1	6	18,2	25	39,7	19	48,7
Influencia positivamente	11	52,4	20	60,6	31	49,2	17	43,6
Idade do doente: ser idoso								
Não influencia	4	19,0	9	27,3	16	25,4	6	15,4
Influencia negativamente	11	52,4	19	57,6	32	50,8	19	48,7
Influencia positivamente	6	28,6	4	12,1	15	23,8	14	35,9
Considerá-lo simpático								
Não influencia	5	23,8	2	6,1	19	30,2	4	10,3
Influencia negativamente	2	9,5	3	9,1	8	12,7	21	53,8
Influencia positivamente	14	66,7	26	78,8	36	57,1	14	35,9
Considerá-lo de trato difícil								
Não influencia	0	0,0	5	15,2	1	1,6	4	10,3
Influencia negativamente	21	100,0	27	81,8	62	98,4	23	59,0
Influencia positivamente	0	0,0	1	3,0	0	0,0	12	30,8
<i>Características do trabalho</i>								
Condições físicas do local								
Não influencia	8	38,1	5	15,2	18	28,6	2	5,3
Influencia negativamente	9	42,9	17	51,5	37	58,7	26	68,4
Influencia positivamente	4	19,0	10	30,3	8	12,7	10	26,3
Excesso de trabalho								
Não influencia	2	9,5	3	9,1	6	9,5	1	2,6
Influencia negativamente	17	81,0	29	87,9	49	77,8	26	66,7
Influencia positivamente	2	9,5	1	3,0	8	12,7	12	30,8
Tempo para cada doente								
Não influencia	0	0,0	19	0,0	0	0,0	0	0,0
Influencia negativamente	5	23,8	14	57,6	22	34,9	11	28,2
Influencia positivamente	16	76,2	33	42,4	41	65,1	28	71,8
Tempo para preparar as consultas								

As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família:
fatores de influência percebidos e propostas de melhoria

Não influencia	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0
Influencia negativamente	4	19,0	6	18,2	19	30,22	9	23,1
Influencia positivamente	17	81,0	26	78,8	44	69,8	30	76,9
Tempo para preparar situações comunicacionais difíceis								
Não influencia	0	0,0	1	3,0	0	0,0	9	23,1
Influencia negativamente	2	9,5	6	18,2	11	17,5	14	35,9
Influencia positivamente	19	90,5	26	78,8	52	82,5	16	41,0
Necessidade de fazer registos eletrónicos na consulta								
Não influencia								
Influencia negativamente	1	4,8	1	3,0	1	1,6	4	10,3
Influencia positivamente	16	76,2	27	81,8	46	73,0	15	38,5
	4	19,0	5	15,2	16	25,4	20	51,3
<i>Clima social na instituição</i>								
Ambiente positivo na equipa de trabalho								
Não influencia	0	0,0	5	15,2	0	0,0	1	2,6
Influencia negativamente	6	28,6	5	15,2	26	41,3	7	17,9
Influencia positivamente	15	71,4	22	66,7	37	58,7	31	79,5
Qualidade da comunicação interna								
Não influencia	3	14,3	6	18,2	10	15,9	1	2,6
Influencia negativamente	4	19,0	3	9,1	18	28,6	5	12,8
Influencia positivamente	14	66,7	23	69,7	35	55,6	33	84,6
Qualidade da comunicação externa/outras equipas								
Não influencia	0	0,0	4	12,5	1	1,6	0	0,0
Influencia negativamente	5	23,8	7	21,9	19	30,2	11	28,2
Influencia positivamente	16	76,2	21	65,6	43	68,3	28	71,8

Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: comparação Internos e Especialistas no GMPF

MBI estatísticas descritivas e comparação de médias	Internos (n = 21)		Especialistas (n = 33)		t	p
	M	SD	M	SD		
MBI – Exaustão emocional	16,25	7,76	20,93	9,30	-1,996	n.s.
MBI - Despersonalização	3,00	2,48	5,24	4,24	-2,186	<.05
MBI – Realização pessoal	30,92	3,20	23,00	7,78	4,416	<.001

Indicadores de burnout avaliados pelo MBI: comparação Internos e Especialistas no GOE

As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família:
 fatores de influência percebidos e propostas de melhoria

MBI estatísticas descritivas e comparação de médias	Internos (<i>n</i> = 63)		Especialistas (<i>n</i> = 39)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
MBI – Exaustão emocional	15,19	8,11	21,48	10,57	-3,379	<.001
MBI - Despersonalização	4,48	3,65	5,14	4,42	-,711	n.s.
MBI – Realização pessoal	28,65	5,47	25,31	4,56	,332	n.s.

Associações entre competências de comunicação, percepção da importância da formação, indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida

		Correlações									
		HPCSS_Comunifor	HPCSS_Empatia	HPCSS_Respeito	Recebeu/frequentou formação específica acerca de competências de comunicação em saúde?	Considera suficiente a sua formação acerca de competências de comunicação em saúde?	Consideraria frequentar ações de formação acerca de competências de comunicação em saúde?	Considera importante a formação em comp de comunicação	Qual a sua idade?		
rô de Spearman	HPCSS_Comunifor	Coeficiente de Correlação	1,000	,633**	,562**	,004	-,053	,020	-,005	,009	
		Sig. (2 extremidades)	.	,000	,000	,963	,510	,802	,953	,907	
HPCSS_Empatia		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
		Coeficiente de Correlação	,633**	1,000	,672**	,000	-,042	-,137	-,034	-,129	
HPCSS_Respeito		Sig. (2 extremidades)	,000	.	,000	,996	,599	,087	,673	,109	
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
Recebeu/frequentou formação específica acerca de competências de comunicação em saúde?		Coeficiente de Correlação	,004	,000	-,052	1,000	,522**	-,191*	,123	,012	
		Sig. (2 extremidades)	,963	,996	,519	.	,000	,127	,882	,156	
Considera suficiente a sua formação acerca de competências de comunicação em saúde?		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
		Coeficiente de Correlação	-,053	-,042	-,092	,522**	1,000	-,255**	-,034	-,064	
Consideraria frequentar ações de formação acerca de competências de comunicação em saúde?		Sig. (2 extremidades)	,510	,599	,255	,000	.	,001	,676	,425	
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
Considera importante a formação em comp de comunicação		Coeficiente de Correlação	,020	,137	,037	-,191*	-,255**	1,000	-,406**	-,129	
		Sig. (2 extremidades)	,802	,087	,648	,017	,001	.	,000	,107	
Qual a sua idade?		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
		Coeficiente de Correlação	-,005	-,034	,012	,123	-,034	-,406**	1,000	-,051	
Grupo Profissional Interno/Especialista		Sig. (2 extremidades)	,953	,673	,883	,127	,676	,000	.	,524	
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
Zona onde exerce		Coeficiente de Correlação	,009	-,129	-,124	,012	-,084	-,129	-,051	1,000	
		Sig. (2 extremidades)	,907	,109	,127	,892	,425	,107	,524	.	
Local onde exerce a sua profissão		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
		Coeficiente de Correlação	-,027	-,072	-,075	,054	,004	-,110	-,082	,760**	
Exerce a sua profissão em meio:		Sig. (2 extremidades)	,741	,371	,355	,504	,958	,173	,307	,000	
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
Satisfação global que sente com a sua profissão		Coeficiente de Correlação	-,132	-,132	-,162*	-,004	,067	-,087	-,025	,136	
		Sig. (2 extremidades)	,101	,100	,044	,958	,409	,281	,756	,092	
Satisfação global que sente com as condições físicas do seu local de trabalho		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
		Coeficiente de Correlação	-,044	-,038	-,018	,040	,018	-,090	,147	,043	
Satisfação global que sente com o ambiente/clima social no seu local de trabalho		Sig. (2 extremidades)	,596	,639	,823	,619	,820	,354	,068	,598	
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
Satisfação global que sente com a equipa com que trabalha		Coeficiente de Correlação	,044	-,017	,009	-,119	-,105	-,047	,028	-,218**	
		Sig. (2 extremidades)	,584	,829	,911	,140	,190	,561	,730	,006	
Satisfação global que sente com a instituição onde trabalha		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
		Coeficiente de Correlação	,081	,057	,041	,066	,108	-,045	,021	-,116	
Anos de experiência		Sig. (2 extremidades)	,336	,494	,623	,429	,196	,590	,802	,168	
		N	144	144	143	144	144	144	144	144	
Tipo de instituição onde trabalha		Coeficiente de Correlação	-,015	-,069	,009	,019	-,095	-,153	,061	-,047	
		Sig. (2 extremidades)	,858	,412	,917	,818	,254	,057	,469	,576	
Qual a sua idade?		N	145	145	144	145	145	145	145	145	
		Coeficiente de Correlação	,081	-,074	,052	-,021	-,045	-,155	,081	,027	
Grupo Profissional Interno/Especialista		Sig. (2 extremidades)	,339	,384	,544	,810	,637	,068	,343	,755	
		N	149	149	138	149	149	149	149	149	
Zona onde exerce		Coeficiente de Correlação	-,104	-,026	,027	,069	,008	-,125	,163	,004	
		Sig. (2 extremidades)	,213	,760	,749	,413	,942	,137	,051	,967	
Local onde exerce a sua profissão		N	144	144	143	144	144	144	144	144	
		Coeficiente de Correlação	-,012	-,154	-,078	,071	,060	-,056	-,029	,331**	
Exerce a sua profissão em meio:		Sig. (2 extremidades)	,884	,055	,339	,382	,453	,488	,717	,000	
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	
Satisfação global que sente com a sua profissão		Coeficiente de Correlação	,081	-,092	-,116	-,005	-,123	-,093	-,045	,889**	
		Sig. (2 extremidades)	,316	,252	,151	,954	,127	,249	,581	,000	
Satisfação global que sente com as condições físicas do seu local de trabalho		N	156	156	154	156	156	156	156	156	

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).
 * A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família:
 fatores de influência percebidos e propostas de melhoria

Grupo Profissional Intermediária	Zona onde exerce	Local onde exerce a sua profissão	Exerce a sua profissão em	Satisfação global que sente com a sua profissão	Satisfação global que sente com as condições locais de trabalho	Satisfação global que sente com o ambiente de trabalho social no seu local de trabalho	Satisfação global que sente com a equipa com que trabalha	Tipo de instituição onde trabalha	Anos de experiência
1	-.027	-.132	-.044	.091	-.015	-.081	-.104	-.012	.081
2	.741	.101	.586	.584	.336	.858	.339	.213	.884
3	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
4	-.072	-.132	-.038	-.017	.057	-.069	-.074	.026	-.154
5	.371	.100	.639	.829	.412	.384	.760	.055	.262
6	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
7	-.075	-.162	-.018	.009	.041	.069	.052	.027	-.116
8	.355	.044	.823	.911	.623	.917	.544	.749	.339
9	.154	.154	.154	.154	.143	.144	.138	.143	.154
10	.054	-.004	.040	-.119	.066	.019	-.021	.069	.071
11	.504	.958	.619	.140	.429	.818	.810	.413	.382
12	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
13	.004	.067	.018	-.105	.108	-.095	-.040	.006	.060
14	.958	.409	.820	.190	.196	.254	.637	.942	.453
15	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
16	-.110	-.087	-.090	-.047	-.045	-.153	-.155	-.125	-.056
17	.173	.281	.264	.561	.590	.067	.068	.137	.488
18	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
19	-.082	-.025	.147	.028	.021	.061	.081	.163	-.029
20	.307	.756	.068	.730	.802	.459	.343	.051	.717
21	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
22	.760	.136	.043	-.218	-.116	-.047	.027	.004	.889
23	.000	.092	.598	.006	.168	.576	.755	.967	.000
24	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
25	1,000	.024	.043	-.267**	-.024	-.020	.039	-.050	.233**
26	.	.762	.591	.001	.777	.814	.644	.551	.003
27	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
28	.024	1,000	-.019	.044	-.160	-.113	.104	-.020	.062
29	.762	.	.814	.587	.055	.178	.222	.811	.438
30	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
31	.043	-.019	1,000	-.235**	.100	.068	-.011	-.162	.020
32	.591	.814	.	.003	.234	.417	.896	.052	.808
33	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
34	-.267**	.044	-.235**	1,000	.047	.065	.118	.295**	-.135
35	.001	.587	.003	.	.580	.438	.165	.000	.094
36	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
37	-.024	-.160	.100	.047	1,000	.362**	.247**	.157	-.060
38	.777	.055	.234	.580	.	.000	.004	.068	.475
39	.144	.144	.144	.144	.144	.140	.137	.136	.144
40	-.020	-.113	.068	.065	.362**	1,000	.473**	-.027	.026
41	.814	.178	.417	.438	.000	.	.000	.754	.424
42	.145	.145	.145	.145	.140	.145	.137	.139	.145
43	.039	.104	-.011	.118	.247**	.473**	1,000	.101	.107
44	.644	.222	.896	.165	.004	.000	.	.239	.206
45	.140	.140	.140	.140	.137	.140	.137	.140	.140
46	-.050	-.020	-.162	.295**	.157	-.027	.101	1,000	.009
47	.551	.811	.052	.000	.068	.754	.239	.	.915
48	.144	.144	.144	.144	.136	.139	.144	.144	.144
49	.233**	.062	.020	.135	-.060	.028	.107	.009	.366**
50	.003	.438	.808	.094	.475	.754	.206	.515	.000
51	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156
52	.695**	.138	.042	-.193*	-.100	-.067	-.004	-.048	.366**
53	.000	.087	.605	.016	.234	.424	.965	.	.000
54	.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156

Associações entre indicadores de burnout, indicadores sociodemográficos, profissionais e de satisfação com a profissão, saúde e qualidade de vida

As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família:
 fatores de influência percebidos e propostas de melhoria

Correlações			HPCSS_Comunifor	HPCSS_Empatia	HPCSS_Respeito	Recebeu/frequentou formação específica acerca de competências de comunicação em saúde?	Considera suficiente a sua formação acerca de competências de comunicação em saúde?	Consideraria frequentar ações de formação acerca de competências de comunicação em saúde?	Considera importante a formação em comp de comunicação	Qual a sua idade?	Grupo Profissional Interno/Especialista
rô de Spearman	HPCSS_Comunifor	Coeficiente de Correlação	1,000	,633**	,562**	,004	-,053	,020	-,005	,009	-,027
		Sig. (2 extremidades)	.	,000	,000	,963	,510	,802	,953	,907	,741
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	HPCSS_Empatia	Coeficiente de Correlação	,633**	1,000	,672**	,000	-,042	,137	-,034	-,129	-,072
		Sig. (2 extremidades)	,000	.	,000	,996	,599	,087	,673	,109	,371
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	HPCSS_Respeito	Coeficiente de Correlação	,562**	,672**	1,000	-,052	-,092	,037	,012	-,124	-,075
		Sig. (2 extremidades)	,000	,000	.	,519	,255	,648	,883	,127	,355
		N	154	154	154	154	154	154	154	154	154
	Recebeu/frequentou formação específica acerca de competências de comunicação em saúde?	Coeficiente de Correlação	,004	,000	-,052	1,000	,522**	-,191*	,123	,012	,054
		Sig. (2 extremidades)	,963	,996	,519	.	,000	,017	,127	,882	,504
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Considera suficiente a sua formação acerca de competências de comunicação em saúde?	Coeficiente de Correlação	-,053	-,042	-,092	,522**	1,000	-,255**	-,034	-,064	,004
		Sig. (2 extremidades)	,510	,599	,255	,000	.	,001	,676	,425	,958
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Consideraria frequentar ações de formação acerca de competências de comunicação em saúde?	Coeficiente de Correlação	,020	,137	,037	-,191*	-,255**	1,000	-,406**	-,129	-,110
		Sig. (2 extremidades)	,802	,087	,648	,017	,001	.	,000	,107	,173
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Considera importante a formação em comp de comunicação	Coeficiente de Correlação	-,005	-,034	,012	,123	-,034	-,406**	1,000	-,051	-,082
		Sig. (2 extremidades)	,953	,673	,883	,127	,676	,000	.	,524	,307
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Qual a sua idade?	Coeficiente de Correlação	,009	-,129	-,124	,012	-,064	-,129	-,051	1,000	,760**
		Sig. (2 extremidades)	,907	,109	,127	,882	,425	,107	,524	.	,000
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Grupo Profissional Interno/Especialista	Coeficiente de Correlação	-,027	-,072	-,075	,054	,004	-,110	-,082	,760**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,741	,371	,355	,504	,958	,173	,307	,000	.
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Zona onde exerce	Coeficiente de Correlação	-,132	-,132	-,162*	-,004	,067	-,087	-,025	,136	,024
		Sig. (2 extremidades)	,101	,100	,044	,958	,409	,281	,756	,092	,762
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Local onde exerce a sua profissão	Coeficiente de Correlação	-,044	-,038	-,018	,040	,018	-,090	,147	,043	,043
		Sig. (2 extremidades)	,586	,639	,823	,619	,820	,264	,068	,598	,591
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Exerce a sua profissão em meio:	Coeficiente de Correlação	,044	-,017	-,009	-,119	-,105	-,047	,028	-,218**	-,267**
		Sig. (2 extremidades)	,584	,829	,911	,140	,190	,561	,730	,006	,001
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Satisfação global que sente com a sua profissão	Coeficiente de Correlação	,081	,057	,041	,066	,108	-,045	,021	-,116	-,024
		Sig. (2 extremidades)	,336	,494	,623	,429	,196	,590	,802	,168	,777
		N	144	144	143	144	144	144	144	144	144
	Satisfação global que sente com as condições físicas do seu local de trabalho	Coeficiente de Correlação	,015	-,069	,009	,019	-,095	-,153	,061	-,047	-,020
		Sig. (2 extremidades)	,858	,412	,917	,818	,254	,067	,469	,576	,814
		N	145	145	144	145	145	145	145	145	145
	Satisfação global que sente com o ambiente/clima social no seu local de trabalho	Coeficiente de Correlação	,081	-,074	,052	-,021	-,040	-,155	,081	,027	,039
		Sig. (2 extremidades)	,339	,384	,544	,810	,637	,068	,343	,755	,644
		N	140	140	138	140	140	140	140	140	140
	Satisfação global que sente com a equipa com que trabalha	Coeficiente de Correlação	,104	,026	,027	,069	,006	-,125	,163	,004	-,050
		Sig. (2 extremidades)	,213	,760	,749	,413	,942	,137	,051	,967	,551
		N	144	144	143	144	144	144	144	144	144
	Tipo de instituição onde trabalha	Coeficiente de Correlação	-,012	-,154	-,078	,071	,060	-,056	-,029	,331**	,233**
		Sig. (2 extremidades)	,884	,055	,339	,382	,453	,488	,717	,000	,003
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156
	Anos de experiência	Coeficiente de Correlação	,081	-,092	-,116	-,005	-,123	-,093	-,045	,889**	,695**
		Sig. (2 extremidades)	,316	,252	,151	,954	,127	,249	,581	,000	,000
		N	156	156	154	156	156	156	156	156	156

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família:
 fatores de influência percebidos e propostas de melhoria

Grupo Profissional Interno/Especialista	Zona onde exerce	Local onde exerce a sua profissão	Exerce a sua profissão em meio:	Satisfação global que sente com a sua profissão	Satisfação global que sente com as condições físicas do seu local de trabalho	Satisfação global que sente com o ambiente/relação social no seu local de trabalho	Satisfação global que sente com a equipa com que trabalha	Tipo de instituição onde trabalha	Anos de experiência
-.027	-.132	-.044	.044	.081	-.015	.081	.104	-.012	.081
.741	.101	.586	.584	.335	.858	.339	.213	.884	.316
.156	.156	.156	.144	.144	.145	.140	.144	.156	.156
-.072	-.132	-.038	-.017	.057	-.069	-.074	.026	-.154	-.092
.371	.100	.639	.828	.494	.412	.384	.750	.055	.252
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
-.075	-.162	-.018	.009	.041	.009	.052	.027	-.078	-.116
.355	.044	.923	.911	.623	.917	.544	.749	.339	.151
.154	.154	.154	.154	.143	.144	.138	.143	.154	.154
.054	-.004	.040	-.119	.066	.019	-.021	.069	.071	-.005
.504	.958	.619	.140	.429	.818	.810	.413	.382	.954
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
.004	.067	.018	-.105	.108	-.095	-.040	.006	.060	-.123
.958	.409	.820	.190	.196	.254	.637	.942	.453	.127
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
-.110	-.087	-.090	-.047	-.045	-.153	-.155	-.125	-.068	-.093
.173	.281	.264	.590	.590	.067	.068	.137	.488	.249
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
-.082	-.025	.147	.028	.021	.061	.081	.163	-.029	-.045
.307	.756	.068	.730	.802	.469	.343	.051	.717	.581
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
.760**	.136**	.043	-.218**	-.116	-.047	.027	.004	.331**	.889**
.000	.092	.598	.068	.058	.576	.755	.967	.000	.000
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
1,000	.024**	.043	-.267**	-.024	-.020	.039	-.050	.233**	.695**
.	.762	.591	.001	.777	.814	.644	.551	.003	.000
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
.024	1,000	-.019	.044	-.160	-.113	.104	-.020	.062	.138
.762	.	.814	.587	.055	.178	.222	.811	.439	.087
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
.043	-.019	1,000	-.235**	.100	.068	-.011	-.162	.020	.042
.591	.814	.	.003	.234	.417	.896	.052	.808	.605
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
-.267**	.044	-.235**	1,000	.047	.065	.118	.295**	.135	-.193*
.001	.587	.003	.	.580	.438	.165	.000	.094	.016
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
-.024	-.160	.100	.047	1,000	.352**	.247**	.157	-.080	-.100
.777	.055	.234	.580	.	.000	.004	.068	.478	.234
.144	.144	.144	.144	.144	.140	.137	.156	.144	.144
-.020	-.113	.068	.065	.352**	1,000	.473**	-.027	.026	-.067
.814	.178	.417	.438	.000	.	.000	.754	.754	.424
.145	.145	.145	.145	.140	.145	.137	.139	.145	.145
.039	.104	-.011	.118	.247**	.473**	1,000	.101	.107	-.004
.644	.322	.896	.165	.004	.000	.	.239	.266	.965
.140	.140	.140	.140	.137	.137	.140	.137	.140	.140
-.050	-.020	-.162	.295**	.157	-.027	.101	1,000	.009	-.048
.551	.811	.052	.000	.068	.754	.339	.	.815	.566
.144	.144	.144	.144	.136	.139	.137	.144	.144	.144
.233**	.062	.020	.135	-.060	.026	.107	.009	1,000	.366**
.003	.439	.898	.094	.478	.754	.206	.915	.	.000
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156
.695**	.138	.042	-.193*	-.100	-.067	-.004	-.048	.366**	1,000
.000	.087	.605	.016	.234	.424	.965	.566	.000	.
.156	.156	.156	.156	.144	.145	.140	.144	.156	.156

Anexo 5

Autorização para utilização de imagem

Eunice Carrapico <eunicecarrapico@gmail.com> 19 de novembro de 2021 às 11:45
Para: Anabela Araújo Pedrosa <anabela.a.pedrosa@uc.pt>
Cc: Vitor Manuel Borges Ramos <vramos@ensp.unl.pt>

Muito bom dia Dr.^a Anabela Pedrosa,

Agradecemos o interesse pelo nosso artigo e está autorizada, com muito agrado, a reprodução do esquema referido. Ficamos na dúvida se não será o diagrama da página 218. É que a tabela da página 217 é metade (a continuação) da tabela que começa na página 216. Parece-nos que não fará sentido reproduzir apenas metade da tabela.

É mesmo muito bom saber que o que escrevemos mantém atualidade, utilidade e desperta o interesse de estudantes e investigadores.

Gostaríamos de, depois, receber o texto final da dissertação.

Com os meus melhores cumprimentos,

Eunice Carrapico