

***Percepção de prática centrada no
paciente, satisfação com a consulta e
adesão à terapêutica em adultos Surdos e
não Surdos***

Ana Rafaela Gomes Esperança
Artigo científico original

Trabalho realizado sob a orientação de:
Professor Doutor António Macedo
Dra. Ana Telma Pereira

Número de aluno: 2007103934
Contacto: +351917316975
E-mail: rafaelaesperanca@gmail.com

Parte deste trabalho foi submetida sob a forma de *Poster* ao seguinte eventos científico:

- VII Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar do Centro, Coimbra-Portugal, 27-30 Maio 2015

Referência:

- **Esperança AR**, Pereira AT, Castro MJ, Macedo A (2015). título. VII Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar do Centro Coimbra-Portugal, 27-30 Maio 2015

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------|----|
| Índice de Tabelas | 4 |
| Lista de abreviaturas..... | 5 |
| Resumo | 6 |
| Abstract..... | 7 |
| Introdução | 9 |
| Objectivos | 11 |
| Materiais e Métodos | 11 |
| Resultados | 18 |
| Discussão..... | 28 |
| Conclusão | 34 |
| Agradecimentos | 35 |
| Referências bibliográficas..... | 36 |
| Anexo | 38 |

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Frequências por número de semanas entre a última consulta no médico assistente e o preenchimento do questionário.

Tabela 2. Distribuição dos participantes surdos pelas instituições de proveniência.

Tabela 3. Comparação das principais variáveis sociodemográficas entre as duas sub-amostras.

Tabela 4. Distribuição da sub-amostra de Surdos segundo a Classificação Nacional das Profissões

Tabela 5. Matriz factorial e respectivos pesos no PPCD-16 referente ao estudo da validação original

Tabela 6. Percepção sobre se o médico tem em conta as necessidades específicas - sub-amostra de Surdos.

Tabela 7. Acompanhamento à consulta - sub-amostra de Surdos.

Tabela 8. Preferência relativamente ao acompanhamento na consulta - sub-amostra de Surdos.

Tabela 9. Comparação de pontuações medianas/ médias nas pontuações totais e dimensionais no PPCD-16 – Teste U de *Mann-Whitney*.

Tabela 10. Comparação de pontuações nos itens do PPCD-16 – Teste U de *Mann-Whitney*.

Tabela 11. Frequência, tendo em conta a satisfação com a última consulta médica - sub-amostra de Surdos.

Tabela 12. Frequência relativa ao cumprimento da medicação prescrita pelo médico - sub-amostra de Surdos.

Tabela 13. Frequência relativa ao seguimento de outras indicações do médico - sub-amostra de Surdos.

Tabela 14. Comparação de pontuações medianas/ médias nas pontuações totais da satisfação com a consulta e adesão à terapêutica entre as duas sub-amostras – Teste U de *Mann-Whitney*

Tabela 15. Comparação de pontuações de percepção de saúde entre as duas sub-amostras – Teste U de *Mann-Whitney*

Tabela 16. Coeficientes de correlação de Spearman entre PPCD, satisfação, adesão e percepção de saúde – sub-amostra de Surdos.

LISTA DE ABREVIATURAS

PMCD, Prática da Medicina Centrada no Doente

PPCD-16, Percepção de Prática Centrada no Doente-16

LGP, Língua Gestual Portuguesa

ASC, Associação de Surdos de Coimbra

CNP, Comissão Nacional das Profissões

FPAS, Federação Portuguesa das Associações de Surdos

RESUMO

Introdução: A Prática da Medicina Centrada no Doente (PMCD) é particularmente desafiante para a população de Surdos, que enfrenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde, fundamentalmente pelas barreiras de comunicação.

Objetivos: Pretende-se comparar a percepção de PMCD, relativamente à última consulta médica, a satisfação com a consulta, a adesão e a percepção de saúde entre um grupo de adultos Surdos e um grupo de adultos da população geral; analisar a relação entre estas variáveis no grupo de adultos surdos.

Materiais e Métodos: Adultos da população geral (n=1335) e adultos Surdos (n=36) de diferentes Associações Nacionais responderam à versão portuguesa validada do questionário de auto-resposta Percepção de Prática Centrada no Doente (PPCD-16) e a questões sobre satisfação, adesão e percepção de saúde. A sub-amostra de Surdos teve a opção de visionar um vídeo com a tradução do inquérito para Língua Gestual Portuguesa/LGP.

Resultados: As duas sub-amostras não diferiram significativamente nas pontuações total e dimensionais do PPCD-16; apenas em 5 de 16 itens, relacionados com a percepção do motivo da consulta e a preocupação do médico com o doente, a sub-amostra de Surdos revelou pontuações significativamente inferiores ($p < .05$). O mesmo se verificou relativamente à satisfação, adesão e percepção de saúde física e psicológica ($p < .01$). A pontuação total e dimensionais da PPCD-16 relacionara-se significativa ($p < .05$), positiva e com magnitude moderada a elevada com a satisfação e com a adesão ($\approx .50$). A pontuação total da PPCD-16 e a dimensão Compreensão e empatia foram preditores significativos da satisfação e da adesão ($p < .001$).

Discussão: Apesar de não terem sido evidenciadas diferenças significativas em relação à população geral nas pontuações do PPCD-16, os participantes Surdos consideram que “muitas

vezes”, não conseguem compreender e ser compreendidos pelo médico, mesmo quando estão acompanhados. Estes factores podem contribuir para a sua pior satisfação e adesão. São necessários mais estudos para testar se o recurso a intérpretes de LGP melhora a PPCD. Importa continuar a investigar e a promover a PMCD, nas populações com necessidades especiais, nomeadamente na população surda, onde está associada a melhores resultados em saúde.

Palavras-Chave: PMCD, Surdos; população geral; PPCD-16; satisfação, adesão, percepção de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The patient-centeredness (PC) is particularly challenging for the deaf population that face difficulties in their access to healthcare, mainly due to communication barriers.

Objectives: To compare the perception of PCC, regarding the last medical appointment, the satisfaction with the consult, the adherence and health perception among a group of deaf adults and a group of adults from the general population; to analyze the relation between these variables in the adult deaf group.

Materials and Methods: Adults from the general population (n=1335) and deaf adults (n=36) from different national associations completed the validated Portuguese version of a self-reported questionnaire (Patient Perception of Patient-Centeredness-16) and also answered questions on satisfaction, adherence and health perception. The deaf group subsample was given the opportunity to watch a video with the translation of the questionnaire to Portuguese Sign Language.

Results: The two subsamples did not differ significantly in the PPC-16 total and dimensional scores; only in 5 out of the 16 items, related to the perception of the consult motive and to the doctor's concern for the patient, did the deaf group subsample show significantly lower scores ($p < .05$). The same was verified for the satisfaction, adherence, and physical and psychological health perceptions ($p < .01$). The PPCD-16 total and dimensional scores presented a significant ($p < .05$), positive and moderate to high correlation with satisfaction and adherence ($\approx .50$). Total PPCD and the dimensional score of Empathy were significant predictors of satisfaction and adherence ($p < .001$).

Discussion: Although there were no significant differences between the two groups in the PPCD-16 scores, the deaf participants consider that “many times”, they can not understand and be understood by the physician, even when accompanied. These factors may contribute to their lower satisfaction and adherence. More studies will be necessary to test if the participation of Portuguese Sign Language interpreters may improve PC.

It is important to continue investigating and promoting PC, also among the deaf population, due to its proven results in healthcare

Key words: PMCD; Deaf population; PPCD-16; satisfaction; adherence ; health perception.

INTRODUÇÃO

O conceito da Prática da Medicina Centrada no Doente (PMCD) começou a ser desenvolvido pelo psicólogo americano humanista Carl R. Rogers, nos anos 50, sendo aprimorado por Michael Balint, verdadeiro pioneiro deste conceito¹.

Apesar de estar cada vez mais presente, ainda é um conceito algo incompreendido na prática clínica, tendo de ser abordado de forma holística.

Existem várias definições diferentes que explicam este método, no entanto a mais citada é a proposta por Stewart. Este autor invoca seis dimensões que explicam o conceito:

- explorar a principal razão que motivou a procura de ajuda por parte do doente, as suas preocupações e necessidade de informação;
- procurar entender o doente como um todo (pensamentos, emoções, comportamentos, necessidades, ambiente social, familiar e ocupacional)
- perceber o problema do doente e chegar a um consenso para a sua resolução;
- enfatizar a importância da prevenção e promover as boas práticas de saúde;
- promover uma continuidade da relação entre o paciente e o médico.

Nas últimas duas décadas, os estudos acerca deste método aumentaram exponencialmente, mostrando que a PMCD está associada a resultados positivos, tais como: redução das queixas de má-prática médica, da gravidade dos sintomas, do recurso a cuidados de saúde e dos seus custos. Por outro lado, está associada a melhoria da satisfação e autonomia, estado emocional do doente, adesão e diminuição do tempo de consulta.²

Há evidências que comprovam que os questionários de auto resposta sobre a percepção do doente são os instrumentos ou estratégias mais válidos para avaliar a PMCD.¹

Num estudo realizado na população portuguesa verificou-se que a PMCD estava relacionada com a satisfação com a última consulta ($r=.54$, $p<.001$) e com a adesão à medicação ($r=.30$, $p<.001$), e a outras recomendações do médico ($r=.27$).²

A PMCD é particularmente desafiante para comunidades ou grupos populacionais específicos, nomeadamente pessoas com dificuldades de comunicação, como sejam os Surdos.

Segundo a informação do *site* da Associação Nacional de Surdos (ANS), estima-se que em Portugal existam cerca de 120.000 pessoas com algum grau de perda auditiva e cerca de 30.000 surdos falantes nativos de língua gestual portuguesa (na sua maioria surdos severos e profundos). Só no polo de Coimbra existem cerca de 300 associados.

Myklebust (1964) afirma que a surdez não afecta unicamente os ouvidos. Ser surdo significa ver e sentir o mundo de uma forma completamente diferente, uma forma que se nos escapa e que por isso é tão difícil de compreender. O facto de muitos surdos não possuírem uma língua estruturada ou possuírem apenas um código linguístico rudimentar, condiciona as suas interpretações sobre a realidade. Mesmo quando adquirem a língua gestual, esta continua a dar-lhes uma forma de perceber o mundo completamente diferente da língua oral.³

Esta minoria passa por dificuldades no acesso a direitos básicos como a educação, saúde, oportunidades de emprego, entre outras. Os Surdos enfrentam dificuldades nos serviços de saúde, que se devem fundamentalmente às barreiras de comunicação, pelo facto da maioria dos médicos não se encontrar familiarizada com a língua gestual e com a cultura desta comunidade. Muitos médicos referem sentir desconforto quando interagem com os doentes Surdos e acreditam que estes doentes não confiam neles.⁴

Em Portugal, ao contrário de outros países como os EUA e o Brasil, ainda não são disponibilizados serviços de intérprete na maioria dos serviços de saúde.^{4,5}

Os objectivos deste trabalho são comparar a percepção de PMCD, relativamente à última consulta médica, a satisfação com a consulta, a adesão e a percepção de saúde entre um grupo de adultos Surdos e um grupo de adultos da população geral e analisar a relação entre estas variáveis no grupo de adultos Surdos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Procedimento e participantes

A sub-amostra de adultos Surdos foi recrutada nas Associações da Comunidade de Surdos dos Distritos de Coimbra, Porto e Évora, bem como no Hospital de Gaia.

No mês de Setembro foi contactada a Associação de Surdos de Coimbra, a fim de verificar se os associados estavam disponíveis para colaborar neste projecto.

No início do mês de Outubro o PPCD-16 e as questões adicionais (a apresentar mais à frente) foram distribuídos na Associação de Surdos de Coimbra (ASC) presencialmente e através do e-mail, sendo que o Presidente da Associação de Surdos foi o intermediário na distribuição e recolha dos mesmos.

Durante o mês de Novembro constatou-se que não havia questionários respondidos, com a justificação de que estes eram de difícil compreensão, pelo que se elaborou um vídeo com a tradução dos mesmos para LGP, recorrendo à ajuda de uma trabalhadora da ASC, que é Surda e fluente em LGP e de uma intérprete de LGP que lecciona na Escola Superior de

Educação de Coimbra. Assim, no fim de Novembro procedeu-se a nova distribuição dos inquéritos pelas mesmas vias, desta vez, acompanhados pelo vídeo.

Em Janeiro de 2015 contactaram-se, via telefónica, as Associações de Surdos Nacionais e a Intérprete de LGP do Hospital de Gaia (único Hospital do país que disponibiliza o serviço de Intérprete de LGP aos doentes Surdos), para indagar se estavam interessadas em colaborar neste estudo. Nesta fase foi possível estabelecer contacto com as Associações do Porto e de Évora, que prontamente aceitaram participar neste projecto. Os inquéritos e o respectivo vídeo foram-lhes enviados através do e-mail.

Os inquéritos preenchidos foram recolhidos presencialmente na Associação do Porto e os restantes foram enviados para o e-mail da investigadora.

Após a obtenção do consentimento informado, os adultos Surdos responderam à versão portuguesa validada do questionário de auto-resposta Perceção de Prática Centrada no Doente³ e às restantes questões.

Para esta sub-amostra não foi exigido que a última consulta no médico assistente tivesse sido há menos de um mês. O tempo médio, em semanas, entre o preenchimento do inquérito e a última consulta no médico assistente (à qual se referia o preenchimento) foi de $M=22.933$ semanas ($DP=24.468$; $Mediana=16.50$; $Variação: 0-98$).

A Tabela 1 apresenta uma descrição das frequências por número de semanas entre a última consulta no médico assistente e o preenchimento do questionário.

Tabela 1. Frequências por número de semanas entre a última consulta no médico assistente e o preenchimento do questionário.

| Número de semanas | % |
|---------------------------|-------|
| < = 13 semanas | 46.5% |
| >13 e <= 52 semanas | 43.1% |
| > 52 semanas (Máximo: 98) | 9.9% |

Sub-amostra de Surdos

Composta por 36 participantes, provenientes das instituições apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos participantes Surdos pelas instituições de proveniência.

| Região | N (%) |
|---------------|--------------|
| Gaia | 6 (16.7) |
| Porto | 7 (19.4) |
| Évora | 11 (30.6) |
| Coimbra | 12 (33.3) |
| Total | 36 (100) |

Legenda: N- número de Surdos.

Sub-amostra da população geral

A sub-amostra da população geral participou em diversos estudos sobre a PPCD, levados a cabo pelos alunos do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade de Coimbra, no âmbito da Unidade Curricular de Comunicação e Técnicas Relacionais em Contextos de Saúde (Regente: Professor Doutor António Macedo) nos anos lectivos 2011-12, 2012-13 e 2013-14. Foram recrutados na população geral e, entre outros questionários, preencheram a PPCD-16, com referência à última consulta no médico assistente, a qual, por critério de inclusão no estudo, não deveria ter ocorrido há mais de um mês. Nesta sub-amostra, a média de semanas desde a última consulta foi de 2.87 ± 1.935 , tendo variado de zero a 54 semanas.

A Tabela 3 descreve a comparação das duas sub-amostras quanto às principais variáveis sociodemográficas.

Tabela 3. Comparação das principais variáveis sociodemográficas entre as duas sub-amostras.

| Variável sócio-demográfica | Sub-amostra da população geral N=1335 (97.4%) | Sub-amostra de Surdos N=36 (2.6%) |
|---|--|--|
| Sexo, Feminino, N (%) | 769 (58.1%) | 17 (47.2%) |
| | Qui-quadrado=1.694; p=.231 | |
| Idade, M (DP) Md (IIQ) | 39.96 (18.695) 37.00 (30.00) | 37.39 (11.799) 37.37 (12.00) |
| | U de Mann Whitney=23848.500; p=.938 | |
| Anos de escolaridade, M (\pm DP) Md (IIQ) | 12.23 (\pm 4.544) 12.00 (7.00) | 10.43 (\pm 3.814) 12.00 (4.00) |
| | de Mann Whitney=16340.000; p=.005 | |

Legenda: M, Média; DP, Desvio padrão; Md, Mediana; IIQ, Intervalo Interquartilico

Verifica-se que as **duas sub-amostras** não se distinguem quanto à proporção de participantes do sexo feminino, nem quanto à idade média. Já a média/mediana de anos de escolaridade é significativamente superior na sub-amostra da população geral.

A distribuição da sub-amostra de Surdos segundo a Classificação Nacional das Profissões apresenta-se na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da sub-amostra de Surdos segundo a Classificação Nacional das Profissões

| Classificação Nacional das Profissões (CNP) | % Surdos |
|--|-----------------|
| Trabalhadores não qualificados | 8.3 |
| Operário | 13.9 |
| Agricultor | 2.8 |
| Pessoal Administrativo | 8.3 |
| Técnico de nível intermédio | 8.3 |
| Especialista das ciências Fís., Mat., Eng. | 2.8 |
| Quadros Superiores da Adm. Pública | 2.8 |
| Estudante | 13.9 |
| Desemprego | 22.2 |
| Reforma | 11.1 |

Nesta tabela observa-se que cerca de 1/5 da sub-amostra se encontra desempregada. Verifica-se que existe igual número de estudantes e de trabalhadores da classe Operários da classificação Nacional das Profissões (CNP). Seguidamente, cerca de 11% são reformados e aproximadamente 8% são, respectivamente, trabalhadores não qualificados, pessoal administrativo e técnicos de nível intermédio. A minoria ocupa lugares nas classes da agricultura, especialista das ciências físicas, matemáticas e engenharia e nos quadros superiores da administração pública, segundo a CNP.

Medidas

Percepção de Prática Centrada no Doente-16²

Este questionário de auto-resposta foi baseado no instrumento desenvolvido por Stewart³ que também se referia à última consulta no médico de família, num hospital público ou privado. Originalmente este instrumento é constituído por 14 itens, aos quais o inquirido responde através de uma escala de Likert de 4 pontos, com opções variáveis, consoante o conteúdo dos itens.

Após a tradução e retroversão destes 14 itens, por investigadores experientes na tradução de instrumentos psicométricos e peritos no tópico da comunicação em saúde, os autores da versão portuguesa do instrumento, optaram por adicionar dois itens, baseados no modelo de perspectiva biopsicossocial para a prática clínica, de Mead e Bower (2000). Estes são:

16. Em que medida o médico discutiu os aspectos pessoais e familiares que podem afectar a sua saúde?

17. Em que medida o médico ouviu o que tinha para dizer?

Ambos com as opções de resposta: Completamente (3), Bastante (2), Um pouco (1), Nada (0)

A versão final, composta por 16 itens, revelou muito boa consistência interna (coeficiente alpha de Cronbach, $\alpha=.94$) e resultou numa estrutura bi-dimensional composta por dois factores denominados Compreensão e empatia ($\alpha=.83$) e Envolvimento activo do doente ($\alpha=.93$)

No anexo apresenta-se a matriz factorial e respectivos pesos no PPCD-16 referente ao estudo da validação original³ (**Tabela 5**).

Satisfação e Adesão²

As questões relativas à satisfação com a consulta e à adesão (três ao todo) foram:

18. Em que medida se sentiu satisfeito com a última consulta médica?

Opções de resposta: Completamente insatisfeito (0); Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Satisfeito (3); Muito satisfeito (4); Completamente satisfeito (5).

19. Desde a última consulta cumpriu a medicação prescrita pelo médico?

20. Desde a última consulta seguiu outras indicações do médico?

Opções de resposta: Nunca (0); Raramente (1); Algumas vezes (2); Muitas vezes (3); MUITÍSSIMAS vezes (4); Sempre (5)

Percepção de Saúde⁶

As questões relativas à percepção de saúde física (SF) e psicológica (SP) foram:

1. Em geral, como tem sido a sua saúde física?
2. Em geral como tem sido a sua saúde psicológica?

Opções de resposta: Muito Boa (0); Boa (1); Nem boa, nem má (2); Má (3); Muito má (4)

A sub-amostra de adultos Surdos respondeu ainda a três questões adicionais.

A primeira inquiria:

1. Em que medida acha que o modo como o médico comunicou consigo teve em conta as suas necessidades específicas?

Opções de resposta: Completamente (3); Bastante (2); Um pouco (1); Nada (0).

As outras duas eram as seguintes:

1. Costuma ir acompanhado por alguém à consulta? (Resposta dicotómica, Sim ou Não). Se sim, quem? (Pergunta aberta).
2. Preferia ser consultado sozinho ou estar acompanhado por alguém que consiga oralizar? (Pergunta aberta).

Análise estatística

Utilizou-se o SPSS-Statistics versão 20.0. Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão.

De salientar que os somatórios de variáveis ordinais (totais de escalas, subescalas e fatores) foram tratados como variáveis intervalares; utilizando um procedimento comum nos estudos em Psicologia (Kiess & Bloomquist, 1985), o mesmo foi feito para outras variáveis

que em rigor são medidas numa escala ordinal (como por exemplo a escala de resposta a itens de questionários de auto-resposta). Para estas, utilizou-se além da mediana como medida de tendência central e do intervalo interquartilico como medida de dispersão, também a média e o desvio padrão, por serem mais inteligíveis.

Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações de Spearman seguimos o critério de Cohen⁷ : .01, baixa; .30, moderada, e .50, elevada.

A comparação de proporções foi feita através do teste do χ^2 (Qui-Quadrado).

Para comparação de pontuações, foram utilizados os testes não paramétricos U de *Mann-Whitney* (para duas amostras independentes) e *Kruskal-Wallis* (para três ou mais amostras independentes).

Foram ainda realizadas análises de regressão linear múltipla. Nestas foram cumpridos os pressupostos exigidos, nomeadamente relativos ao tamanho da amostra, multicolinearidade e outliers (Tolerância, VIF e Durbin-Watson).

RESULTADOS

Consistência interna do PPCD-16 na sub-amostra de Surdos

Antes da descrição dos resultados focados nos objectivos do estudo, interessa referir que os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach, α) do total da PPCD-16, da dimensão Empatia e Compreensão e da dimensão Envolvimento Activo do Doente tendo em conta apenas a resposta da amostra de Surdos foram, respectivamente de .899, .870, .850. Retirando os participantes oriundos de Gaia desta análise, os valores foram respectivamente de .904, .880, .843. Já considerando apenas os participantes de Gaia, obtivemos os seguintes valores: .757, .768 e .432, respectivamente.

Percepção, hábitos e preferências dos participantes Surdos relativamente às consultas

Tabela 6. Percepção sobre se o médico tem em conta as necessidades específicas – sub-amostra de Surdos.

| Participantes Surdos | Em que medida acha que o modo como o médico comunicou consigo teve em conta as suas necessidades específicas? | | | |
|--|---|------------|------------|--------|
| | Completamente % | Bastante % | Um pouco % | Nada % |
| Todos, n=36 | 11.1 | 44.4 | 30.6 | 13.9 |
| Excluindo participantes de Gaia, n=30 | 13.3 | 36.7 | 33.3 | 16.7 |
| | 50.0 | | 50.0 | |
| Apenas participantes de Gaia (acesso a intérprete), n=6 | 0 | 83.3 | 16.7 | 0 |
| | 83.3 | | 16.7 | |

Através de um teste de Qui-Quadrado para comparação de proporções, e após a dicotomização da variável, de modo a que Completamente+Bastante=1 e Um pouco+Nada=0, verificámos que não foi significativa a diferença entre os participantes de Gaia e os restantes quanto às percentagens Completamente+Bastante, que foram respectivamente de 83.3% e 50.0% ($X^2=2.250$; $p=.196$).

Tabela 7. Acompanhamento à consulta – sub-amostra de Surdos.

| Participantes Surdos | Costuma ir acompanhado por alguém à consulta? | |
|--|---|---------|
| | Sim (%) | Não (%) |
| Todos, n=36 | 60 | 40 |
| Excluindo participantes de Gaia n=30 | 58.6 | 41.4 |
| Apenas participantes de Gaia (acesso a intérprete), n=6 | 66.7 | 33.3 |

O teste de Qui-Quadrado revelou que não foi significativa a diferença entre os participantes de Gaia e os restantes quanto às percentagens dos que costumam ir acompanhados às consultas, respectivamente de 66.7% e 58.6% ($X^2=.134$; $p=.544$).

Tabela 8. Preferência relativamente ao acompanhamento na consulta – sub-amostra de Surdos.

| Participantes surdos | Preferia ser consultado sozinho ou acompanhado por alguém que consiga oralizar? | |
|---|---|------------------|
| | Sozinho % | Acompanhado % |
| Todos, n=36 | 50 | 50 |
| Excluindo participantes de Gaia, n=30 | 48.3 | 51.7 |
| Apenas participantes de Gaia (acesso a intérprete), n=6 | 60 | 40 |

Mais uma vez, o teste de Qui-Quadrado mostrou que não existiram diferenças significativas entre os participantes de Gaia e os restantes quanto às percentagens dos que preferiam ir sozinhos às consultas às consultas, respectivamente de 60.0% e 48.3% ($X^2=.234$; $p=.500$).

Comparação das pontuações de PPCD, satisfação, adesão e saúde percebida

Não tendo verificado diferenças significativas entre as proporções das variáveis analisadas nos pontos anteriores consoante os participantes Surdos têm ou não acesso a um intérprete, optou-se por juntar todos os participantes Surdos na análise comparativa por itens e dimensões do PPCD-16, bem como nas pontuações de satisfação e adesão, entre os participantes Surdos e os participantes da população geral.

- Comparação de pontuações totais e dimensionais no PPCD-16

Tabela 9. Comparação de pontuações medianas/ médias nas pontuações totais e dimensionais no PPCD-16 – Teste U de *Mann-Whitney*

| | População geral 1335 (97.4%) M (DP) Md (IIQ) | Surdos 36 (2.6%) M (DP) Md (IIQ) | U; p |
|---|--|--|---------------------|
| PPCD-16_Total | 24.72 (10.743) 25.00 (16.000) | 26.06 (9.321) 24.00 (15.000) | U=21230.00; p=.613 |
| F1_Empatia e compreensão | 15.94 (7.670) 18.00 (13.000) | 17.94 (5.946) 20.00 (8.000) | U=19638.000; p=.171 |
| F2_Envolvimento activo do doente | 7.22 (3.636) 7.00 (5.000) | 6.66 (3.773) 7.00 (7.000) | U=21206.00; p=.422 |

Legenda: M, Média; DP, Desvio padrão; Md, Mediana; IIQ, Intervalo Interquartilico; U, U de Mann-Whitney; p: significância.

Os resultados apresentados na tabela não traduzem diferenças estatisticamente significativas entre as duas sub-amostras, relativamente à PPCD-16, com $p=0.613$. Relativamente às pontuações dimensionais na Empatia e compreensão as duas sub-amostras são homogéneas, sem diferenças estatisticamente significativas ($p>.171$). O mesmo se verifica quanto à dimensão Envolvimento activo do doente ($p=.422$).

Tabela 10. Comparação de pontuações nos itens do PPCD-16 - Teste U de *Mann-Whitney*

| PPCD-16 (Itens abreviados) | População geral 1335 (97.4%) M (DP) Md (IIQ) | Surdos 36 (2.6%) M (DP) Md (IIQ) | U; p |
|--|--|--|------------------------|
| Q1 Os seus principal(is) problema(s) foram discutidos na última consulta | 1.60 (1.185) 2.00 (1.000) | 1.80 (.760) 2.00 (1.000) | 19865.500; .115 |
| Q2 Percebeu que esse problema foi um dos motivos para ir à consulta | 1.73 (1.275) 2.00 (2.000) | 2.20 (1.052) 3.00(2.000) | 18554.000; .016 |
| Q3 Compreendeu a importância dos seus motivos para ir à consulta | 1.58 (.929) 2.00 (1.000) | 2.11 (.758) 2.00 (1.000) | 16965.000; .002 |
| Q4 O médico o compreendeu-o na última consulta | 1.58 (.922) 2.00 (1.000) | 1.80 (.868) 2.00 (1.000) | 20017.000; .135 |
| Q5 Satisfeito com a discussão do(s) seu(s) problema(s) na última consulta | 1.55 (.866) 2.00 (1.000) | 1.63(1.003) 2.00 (1.000) | 23346.000; .806 |
| Q6 Explicou-lhe o(s) seu(s) problema(s)? | 1.52(.875) 2.00 (1.000) | 1.46 (.919) 2.00 (1.000) | 22847.000; .620 |
| Q7 Concordou com a opinião do médico acerca do(s) seu(s) problema(s)? | 1.59 (.851) 2.00 (1.000) | 2.06 (.802) 2.00 (2.000) | 17780.500; .006 |
| Q8 Oportunidade para fazer as suas perguntas | 1.60 (.902) 2.00 (1.000) | 1.43 (1.008) 2.00 (1.000) | 21297.500; .373 |
| Q9 Perguntou-lhe sobre os seus objectivos para o tratamento | 1.45 (1.044) 1.00 (1.000) | 1.57 (.917) 2.0000 (1.00) | 20705.500; .145 |
| Q10 Explicou-lhe o tratamento | 1.56 (1.075) 2.00 (1.000) | 1.57 (1.037) 2.00 (1.000) | 23495.000; .817 |
| Q11 Tentou saber se seria fácil fazer o tratamento? | 1.46 (.892) 1.00 (1.000) | 1.46 (.980) 2.00 (1.000) | 22831.000; .622 |
| Q12 Discutiu o papel de cada um | 1.40 (.899) 1.00 (1.000) | .91(.951) 1.00 (2.000) | 16570.500; .002 |
| Q13 Encorajou-o a assumir o papel que queria no tratamento | 1.50 (.881) 2.00 (1.000) | 1.49 (.951) 2.00 (1.000) | 23243.500; .963 |
| Q14 Preocupa-se consigo como pessoa | 1.57(.911) 2.00 (1.000) | 1.94 (.802) 2.00 (2.000) | 18277.000; .021 |
| Q15 Discutiu os aspectos pessoais e familiares que podem afectar a sua saúde | 1.42 (.965) 1.00 (1.000) | 1.23(.972) 1.00 (2.000) | 20959.500; .284 |
| Q16 Ouviu o que tinha para dizer? | 1.62 (1.057) 2.00 (1.000) | 1.40 (.946) 1.00 (1.000) | 20462.500; .187 |

Legenda: M, Média; DP, Desvio padrão; Md, Mediana; IIQ, Intervalo Interquartilico; U, U de Mann-Whitney; p: significância.

Como não houve diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais e dimensionais no PPCD-16, analisámos se havia diferenças significativas para cada item, entre as duas sub-amostras. Como apresentado na tabela, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$), nas seguintes questões:

- Q2: o médico percebeu que esse problema foi um dos motivos para ir à consulta? ($p = .016$).
- Q3: o médico compreendeu a importância dos seus motivos para ir à consulta? ($p = .002$)
- Q7: concordou com a opinião do médico acerca do(s) seu(s) problema(s)? ($p = .006$)
- Q12: o médico discutiu o papel de cada um de vós? ($p = .002$)
- Q14: o médico se preocupa consigo como pessoa? ($p = .021$)

- Comparação de pontuações de satisfação com a consulta e adesão

Antes da comparação das pontuações de satisfação e adesão entre as duas sub-amostras, apresentamos a distribuição de respostas nestas variáveis na sub-amostra de adultos Surdos.

Tabela 11. Frequência, tendo em conta a satisfação com a última consulta médica - sub-amostra de Surdos.

| Opções de resposta | Satisfação com a última consulta médica (%) |
|----------------------------|--|
| Completamente insatisfeito | 5.7 |
| Muito insatisfeito | 2.9 |
| Insatisfeito | 57.1 |
| Satisfeito | 17.1 |
| Muito satisfeito | 11.4 |
| Completamente satisfeito | 5.7 |

Como exposto na tabela 11, é de realçar que mais de 50% da sub-amostra de Surdos se sente insatisfeita relativamente à última consulta médica.

Tabela 12. Frequência relativa ao cumprimento da medicação prescrita pelo médico - sub-amostra de Surdos.

| Opções de resposta | Adesão à medicação % |
|---------------------------|---------------------------------|
| Nunca | 48.5 |
| Raramente | 9.1 |
| Algumas vezes | 18.2 |
| Muitas vezes | 21.2 |
| Sempre | 3.0 |

Os resultados descritos na tabela 12 revelam que 48.5% da sub-amostra de Surdos nunca cumpriu a medicação prescrita pelo seu médico, na última consulta.

Tabela 13. Frequência relativa ao seguimento de outras indicações do médico - sub-amostra de Surdos.

| Opções de resposta | Adesão a outras indicações do médico % |
|---------------------------|---|
| Nunca | 8.6 |
| Raramente | 14.3 |
| Algumas vezes | 17.1 |
| Muitas vezes | 28.6 |
| Muitíssimas vezes | 8.6 |
| Sempre | 22.9 |

Os resultados apresentados nesta tabela são mais homogêneos. Cerca de ¼ da sub-amostra de Surdos seguiu “muitas vezes” outras indicações do médico; aproximadamente 1/5 seguiu sempre outras indicações do médico e cerca de 8.6% dos Surdos aderiram a outras recomendações do médico muitíssimas vezes e nunca, respectivamente.

A adesão à terapêutica compreende as questões relativas ao cumprimento da medicação prescrita pelo médico e ao seguimento de outras indicações do médico, na última consulta. As próximas análises terão em conta esta definição.

Tabela 14. Comparação de pontuações medianas/ médias nas pontuações totais da satisfação com a consulta e adesão à terapêutica entre as duas sub-amostras – Teste U de *Mann-Whitney*

| | População geral 1335 (97.4%) M (DP) Md (IIQ) | Surdos 36 (2.6%) M (DP) Md (IIQ) | U; p |
|-------------------|--|--|----------------------------|
| Satisfação | 3.11 (1.450) 3.00 (1.000) | 2.36(1.113) 2.00 (1.000) | 14656.000; <.001 |
| Adesão | 6.82 (2.283) 7.00 (4.000) | 4.12 (2.631) 4.00 (4.000) | 9800.000; <.001 |

Legenda: M, Média; DP, Desvio padrão; Md, Mediana; IIQ, Intervalo Interquartilico; U, U de Mann-Whitney; p: significância.

Os resultados apresentados nesta tabela tornam evidente que quanto à satisfação com a última consulta e à adesão, as duas sub-amostras diferem com elevada significância estatística.

- Comparação de pontuações de percepção de saúde

Tabela 15: Comparação de pontuações de percepção de saúde entre as duas sub-amostras - Teste U de *Mann-Whitney*

| | População geral 1335 (97.4%) M (DP) Md (IIQ) | Surdos 36 (2.6%) M (DP) Md (IIQ) | U; p |
|--------------------------|--|--|---------------------------|
| Saúde Física | 1.99 (1.096) 2.01 (2.000) | .89 (.677) 1.00 (1.000) | 7983.500; <.001 |
| Saúde Psicológica | 2.01 (1.177) 2.00 (2.000) | .74 (.505) 1.00 (1.000) | 6860.500; <.001 |

Legenda: M, Média; DP, Desvio padrão; Md, Mediana; IIQ, Intervalo Interquartilico; U, U de Mann-Whitney; p: significância.

Da observação da tabela 15, retiramos que, tanto a percepção de Saúde Física como a percepção de Saúde Psicológica, é significativamente menor na sub-amostra de Surdos, comparativamente à da sub-amostra da população geral ($p < .001$).

Relação entre PPCD, satisfação, adesão e percepção de saúde no grupo de adultos Surdos

Verifica-se que existe **correlação** significativa, positiva e moderada a elevada entre a PPCD e a Satisfação, com coeficientes a variar de .363 ($p < .01$) com o Envolvimento activo do doente a .549 ($p < .01$) com a Compreensão e Empatia. Também a adesão se relaciona significativa, positiva e moderadamente, com o total da PPCD-16 (.398, $p < .05$) e com a Compreensão e empatia (.492, $p < .05$).

Tabela 16. Coeficientes de correlação de Spearman entre PPCD, satisfação, adesão e percepção de saúde – sub-amostra de Surdos.

| | Satisfação | Adesão | SF | SP |
|--|-------------------|---------------|-----------|-----------|
| PPCD-16 | .503** | .398* | NS | NS |
| Compreensão e empatia_PPCD-16 | .549** | .492** | NS | NS |
| Envolvimento activo do doente_PPCD-16 | .363** | NS | NS | NS |

** $p < .01$; * $p < .05$

Partindo da análise de correlações entre as variáveis de interesse (Tabela 16), testámos modelos de **regressão linear múltipla**, para analisar se o total e as dimensões de PPCD correlacionadas (em modelos separados, para evitar a multicolinearidade, o pressuposto segundo as potenciais VIs não devem apresentar coeficientes de correlação

elevados entre si, >.70) são ou não preditoras da satisfação e da adesão (variáveis dependentes).

Começando por analisar os modelos em que inserimos a PPCD-16 como variável independente, verificou-se que:

- A PPCD-16 foi preditora de satisfação ($\beta=.609$; $p<.001$); [$R^2=.371$ / *Adjusted R*²=.351; $F(1;33)=19.425$, $p<.001$].

- A PPCD-16 foi preditora de adesão ($\beta=.398$; $p=.018$); [$R^2=.158$ / *Adjusted R*²=.133; $F(1;33)=6.204$, $p=.018$].

Nos modelos em que inserimos as dimensões da PPCD-16 como variáveis independentes, verificou-se que:

- A Compreensão e empatia foi preditora de satisfação ($\beta=.524$; $p=.005$); O Envolvimento activo do doente não foi ($\beta=.140$; $p=.422$) [$R^2=.379$ / *Adjusted R*²=.340; $F(2;32)=9.763$, $p<.001$].

- A Compreensão e empatia foi preditora de adesão ($\beta=.536$; $p=.001$); [$R^2=.288$ / *Adjusted R*²=.266; $F(1;33)=13.330$, $p<.001$]*.

¹*Nota: Tolerância=.660; VIF=1.515 e Durbin-Watson=1.88

DISCUSSÃO

A Prática da Medicina Centrada no Doente (PMCD) está associada a resultados positivos na redução das queixas de má-prática médica, da gravidade dos sintomas, do recurso a cuidados de saúde e dos seus custos; melhoria da satisfação e autonomia, estado emocional do doente, adesão e diminuição do tempo de consulta.¹

A literatura mostra que a comunidade Surda enfrenta barreiras no acesso a serviços de saúde⁴ pelo que a PMCD se torna desafiante nesta população.

Durante o processo de recolha dos questionários da sub-amostra de Surdos, verificaram-se dificuldades no seu preenchimento por parte desta, já que não percebiam muitas das questões, o que, ainda que indirectamente, mostra as dificuldades que este grupo enfrenta diariamente no preenchimento de documentação variada. Desta forma tomou-se consciência do facto comprovado de que a língua gestual portuguesa, faz parte do vasto leque das línguas de todo o mundo. Como tal, esta língua foi reconhecida pela Constituição da República, em 1997, numa altura em que apenas cinco países do mundo inteiro o tinham feito e o seu reconhecimento está contemplado no Diário da República: “h) Proteger e valorizar a língua gestual portuguesa, enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação e da igualdade de oportunidades.”⁸

Na tentativa de diminuir as dificuldades da sub-amostra de Surdos e de ir ao encontro das suas necessidades específicas, elaborou-se um vídeo com a tradução do inquérito para LGP, para que todos pudessem respondê-lo eficazmente.

Ao longo da recolha de dados, verificou-se que se mantivéssemos o critério de inclusão relativo ao requisito de que a última consulta no médico fosse há menos de um mês, não conseguiríamos constituir uma sub-amostra de adultos Surdos com tamanho suficiente para alcançar os objectivos em estudo. Quando alargámos este período para os seis meses, verificou-se que não era suficiente. Estes obstáculos iniciais levaram-nos apenas a pedir a

indicação do tempo que passou desde a última consulta, que em média foi de 23 semanas, mas cuja variação foi até às 98 semanas, ou seja, mais de um ano e meio. Apesar de não ser o objectivo deste estudo, estes resultados mostram, ainda que indirectamente, as dificuldades e/ou resistência dos adultos Surdos em procurar ajuda especializada. Assim, não consideramos que a alteração do tempo de referência em relação ao da sub-amostra da população geral representa uma limitação deste estudo, pois sem esta flexibilização da metodologia, o mesmo não poderia ter sido realizado.

Não obstante o reduzido tamanho da sub-amostra de adultos Surdos, o facto da proporção por género e da idade média não se terem distinguido significativamente da sub-amostra de adultos da população geral, legitimou a comparação entre as duas sub-amostras nas variáveis de interesse. Já a média/mediana dos anos de escolaridade foi significativamente menor na sub-amostra de adultos Surdos. Pensamos que a diferença na média de aproximadamente dois anos não restringe a comparabilidade entre as duas sub-amostras, mas, ainda assim, pode constituir mais um indicador indirecto das dificuldades acrescidas que este grupo enfrenta em atingir o seu máximo potencial.

Também se demonstra que, de acordo com a Classificação Nacional das Profissões, as categorias profissionais mais representadas são os desempregados, com 22.2%, uma proporção bastante superior à da população portuguesa que conta com uma taxa de desemprego total de 13.9%,⁹ o que, mais uma vez, pode constituir um indicador indirecto disso mesmo. Este é um dos principais problemas apontado por este grupo: "Quase mil surdos estão inscritos nos centros de emprego em Portugal. A Federação Portuguesa das Associações de Surdos (FPAS) afirma que na procura de trabalho quase sempre esbarram com a falta de intérprete, o que os elimina logo na fase da entrevista."¹⁰ Os quadros superiores e especialistas contam apenas com uma representação de aproximadamente 3%.

As respostas às questões sobre a percepção das necessidades específicas, hábitos/acompanhamento e preferências dos participantes Surdos relativamente às consultas, demonstraram que a diferença entre os participantes de Gaia, que dispõem de recurso a intérprete de LGP do Hospital (para o acompanhamento às consultas), e os restantes, não foram estatisticamente significativas, o que sugere, a um nível preliminar (devido ao reduzido tamanho do grupo com acesso a intérprete), que a presença de intérprete não parece ser factor diferenciador. Por outro lado, tal achado permitiu-nos incluir este grupo na sub-amostra de Surdos.

Apesar da consistência interna ser menor do que o limite considerado aceitável (.7) é preciso notar não apenas o reduzido número de itens, mas também do grupo de Surdos de Gaia, aspectos que, naturalmente, fazem diminuir a consistência interna de uma medida. Seria benéfico que os próximos estudos realizados sobre esta temática conseguissem incluir maior número de participantes.

Sobre a questão da preferência em irem sozinhos ou acompanhados por alguém que consiga oralizar, as diferenças também não foram estatisticamente significativas entre os dois grupos de Surdos, já que a maioria relata que preza muito a sua privacidade e confidencialidade. Além disso, essa questão não especificou o tipo de acompanhante. Muitos Surdos referem que muitas vezes não conseguem conversar com o médico, não o compreendem, nem são compreendidos. Várias hipóteses se podem colocar para justificar esta incompreensão, como a possibilidade do médico considerar esta minoria como sendo menos capaz e inteligente do que os ouvintes e por isso não se esforça para explicar os assuntos que dizem respeito ao doente. Também está relatada a dificuldade de compreensão quando o médico fala muito rápido, não está a olhar para o doente, quando usa máscara, factos que não permitem ao doente Surdo fazer a leitura de lábios, que, apesar de não ser muito eficaz, sempre lhe permite entender algumas informações. Muitas vezes, a escrita também não é uma

forma de comunicação eficiente, já que a gramática e construção frásica são diferentes entre a língua falada e a LGP, sendo que, frequentemente, além destes entraves, o médico escreve a “língua médica”, com recurso a palavras desconhecidas pela comunidade Surda, o que faz com que estes se sintam inibidos de questionar o seu médico.¹¹ No espaço do inquérito destinado a observações há sugestões para que os médicos falem mais devagar e aprendam LGP. Há também comentários favoráveis à presença de um intérprete durante as consultas.

Na análise comparativa por itens e dimensões do PPCD-16, as duas sub-amostras não diferiram significativamente nas pontuações total e dimensionais do PPCD-16; apenas em 5 dos 16 itens relacionados com Empatia e Compreensão e Envolvimento Activo do Doente, mais concretamente nas questões relativas à percepção do motivo da consulta e à preocupação do médico com o doente: Q2 - Diria que o médico percebeu que esse problema foi um dos motivos para ir à consulta?, Q3: Em que medida o médico compreendeu a importância dos seus motivos para ir à consulta?, Q7: Em que medida concordou com a opinião do médico acerca do(s) seu(s) problema(s)?, Q12: Em que medida o médico discutiu o papel de cada um de vós?, Q14: Em que medida acha que o médico se preocupa consigo como pessoa? que revelaram diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$), com piores resultados na sub-amostra de Surdos. Tal comprova as dificuldades de comunicação que esta comunidade enfrenta sempre que precisa de recorrer ao seu médico, o que lhes impede de estabelecerem uma ligação de confiança, respeito e empatia.

O mesmo se verificou relativamente à satisfação e adesão. Mais de 50% da sub-amostra de Surdos encontra-se insatisfeita com a última consulta, no entanto as diferenças, comparando com a sub-amostra da população geral não são significativas, já que a maioria da população geral também se encontra insatisfeita com a última consulta médica. A satisfação é um conceito subjectivo e influenciado pela personalidade¹², razão que pode ajudar a explicar o facto de não termos encontrado diferenças entre as duas sub-amostras.

Quanto à adesão à terapêutica existem diferenças mais vincadas entre as duas sub-amostras, com valores estatisticamente significativos ($p < .05$), facto que pode ser explicado pelas dificuldades na comunicação entre doente Surdo e médico e também porque a adesão é um conceito mais objectivo. Relativamente à adesão à medicação, obtivemos resultados surpreendentes e alarmantes, já que aproximadamente 50% da sub-amostra de Surdos “nunca” cumpriu a medicação sugerida pelo médico.

Numa perspectiva global, a comunicação é um pilar fundamental para o sucesso dos cuidados de saúde¹² e os resultados deste estudo corroboram esta afirmação. A PMCD relacionou-se positiva e significativamente com a satisfação (.609) e com a adesão (.391, $p < .01$). Apesar de não se terem mostrado diferenças significativas em relação à população geral nas pontuações do PPCD-16, os participantes Surdos consideram que “muitas vezes”, não conseguem compreender e ser compreendidos pelo médico, mesmo quando estão acompanhados. Estes factores também podem contribuir para a sua pior satisfação e adesão.

Com efeito, quando se inseriu a PPCD-16 como variável independente, verificou-se que esta foi preditora de satisfação e adesão, ou seja a PPCD-16 explica os resultados obtidos na satisfação e adesão. Já quando se inseriram as dimensões da PPCD-16 como variáveis independentes, verificou-se que a Compreensão e empatia foi preditora de satisfação e adesão, mas o Envolvimento activo do doente não foi, provavelmente porque os adultos Surdos já nem sequer têm essa expectativa.

Em relação à percepção de saúde física verifica-se que esta é menor na sub-amostra de Surdos, comparativamente à sub-amostra da população geral, com resultados estatisticamente significativos ($p < .001$), assim como a percepção de saúde psicológica, inferior também na sub-amostra de Surdos ($p < .001$). Estas conclusões permitem especular algumas hipóteses que combinam uma vez mais as barreiras da comunicação existentes entre

doentes Surdos e médicos, que podem fazer com que os primeiros se sintam inibidos de recorrer aos serviços de saúde e assim diminuam o controlo sobre a sua saúde. Podem também levar à má prática médica e à confusão e troca de informações e, conseqüentemente, a uma pior saúde física e psicológica.¹³ Há evidências de outros estudos de que o recurso aos serviços de intérprete está associado a melhor adesão às medidas de saúde preventivas, além de que podem proteger os médicos de possíveis más práticas clínicas devidas à comunicação ineficaz entre o médico e o doente Surdo¹³, pelo que são necessários mais estudos para testar se o recurso a intérpretes de LGP melhora a PMCD.

Organizações como a Federação Mundial de Surdos e a União Europeia de Surdos têm hoje um papel decisivo na reivindicação de direitos numa Europa, que se pretende inclusiva, permitindo aos seus membros usufruírem das condições consignadas na Constituição de cada país.

Ser Surdo não é uma condição facilmente objectivada, “não salta aos olhos”, pelo que, talvez por isto, seja muitas vezes desvalorizada.¹⁴ Actualmente parece haver um reconhecimento crescente das dificuldades de comunicação que esta comunidade enfrenta, como pode constatar pela criação da primeira escola virtual de LGP pela Associação de Surdos do Porto, uma plataforma que pretende aproximar as comunidades Surda e ouvinte.¹⁵

CONCLUSÃO

As competências de comunicação são fundamentais para o sucesso dos cuidados de saúde. A qualidade da relação médico-doente afecta o diagnóstico, tratamento e recuperação dos doentes¹². Em relação à população Surda, com dificuldades de comunicação específicas, é preciso investir em formas de minimizar as barreiras linguísticas, de modo a que também possam beneficiar da PMCP. Importa também continuar a investigar e a promover a PMCD, também na população surda, onde está associada a melhores resultados em saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Sr. Professor António Macedo, pela forma como recebeu esta ideia, orientou este trabalho e pela cordialidade sempre presente.

O meu agradecimento especial à Dr^a Ana Telma pela simpatia, apoio, dedicação, incentivo e motivação em todos os momentos desta demanda.

À Dr.^a Maria João, o meu agradecimento pela sua disponibilidade.

Agradeço também ao Dr. Vasco Nogueira, intermediário fundamental no encontro do orientador e co-orientadora deste projecto.

Agradeço à Helena da Associação de Surdos de Coimbra, pelo seu entusiasmo, empenho e vontade de ajudar, assim como à intérprete Rafaela, pela disponibilidade e generosidade.

Não posso esquecer os responsáveis das Associações de Surdos do Porto e Évora que sem demoras se prontificaram a colaborar neste estudo.

Agradeço ainda a todos os voluntários que participaram neste estudo, pois sem eles, este trabalho era inviável.

Por fim, agradeço à minha família e amigos, especialmente à minha tia Biteza que me ajudou a conjurar a ideia basilar deste trabalho, aos meus pais e irmão pela paciência e carinho e às minhas amigas que partilham comigo mais do que uma simples casa de estudantes, Joana Oliveira, Joana Fernandes, Filipa Lima e Carina Medina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Hudon C., Fortin M., Haggerty, J.L., Lambert M., Poitras ME., "Measuring Patient's Perceptions of Patient-Centered Care : A Systematic Review of Tools fo Family Medicine" , 2011 ;9(2).
- ² Macedo A, Pereira AT, Soares MJ, Nogueira V, Roque1C, Amaral AP, "Patient Perception of Patient-Centerdness, Satisfaction and Adherence", Conference of the European Health Psychology Society, Agosto 2012.
- ³ Gomes MCF, "A Reconfiguração Política da Surdez e da Educação de Surdos em Portugal: Entre os Discursos Identitários e os Discursos de Regulação" [Tese de Doutoramento], Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2012.
- ⁴ Hoang L, LaHousse SF, Nakaji MC, Sadler GR, "Assessing Deaf Cultural Competency of Physicians and Medical Students", 2001, 26:175-182.
- ⁵ Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos [homepage na internet], consultado em 2015 Janeiro 10. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm
- ⁶ Araújo A, Soares MJ, Silva D, Pereira AT, Macedo A. "Perfectionism, Psychological Health and Defensive Pessimism: Is Defensive Pessimism protective? ",2015
- ⁷ Cohen J.A. power primer. Psychological Bulletin. 1992; 112(1):155-159.
- ⁸ Associação Portuguesa de Surdos [homepage na internet], consultado em 2015 Janeiro 22. Disponível em:
http://www.apsurdos.org.pt/index.php%3Foption%3Dcom_content%26view%3Darticle%26id%3D41%26Itemid%3D8
- ⁹ Base de Dados Portugal Contemporâneo [homepage na internet], consultado em 2015 Janeiro 10. Disponível em:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+%28percentagem%29-550>

¹⁰ Surdos não conseguem emprego por falta de intérprete [homepage na internet], consultado em 2015 Fevereiro 2. Disponível em:

<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/surdos-nao-conseguem-emprego-por-falta-de-interprete-1382306>

¹¹ Lezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H ; "Communicating about Health Care: Observations from Persons who are Deaf or Hard of Hearing"; 2004, 140 :356-362.

¹² Friedman, Howard S., and Margaret L. Kern. "Personality, Well-Being, and Health*." *Annual review of psychology* 65 (2014): 719-742

¹³ Mckee MM, Barnett SL, Block RC, Pearson TA; "Impact of Communication on Preventive Services Among Deaf American Sign Language Users";2011 41(1) :75-79

¹⁴ Duas mãos cheias de palavras [homepage na internet], consultado em 2015 Fevereiro 18. Disponível em: <http://www.porsinal.pt/index.php?ps=destaques&idt=rep&iddest=90>

¹⁵ Escola Virtual LGP [homepage na internet], consultado em 2015 Março 15. Disponível em: <http://www.lgpescolavirtual.pt/>

ANEXO

Tabela 5. Matriz factorial e respectivos pesos no PPCD-16 referente ao estudo da validação original (Macedo et al. 2012).

| Itens | F1 | F2 |
|---|-------------|-------------|
| 2. Diria que o médico percebeu que esse problema foi um dos motivos para ir à consulta? | .825 | .40 |
| 3. Em que medida o médico compreendeu a importância dos seus motivos para ir à consulta? | .816 | .166 |
| 4. Em que medida acha que o médico o compreendeu na última consulta? | .782 | .344 |
| 1. Em que medida o(s) seu(s) principal(is) problema(s) foram discutidos na última consulta? | .750 | .280 |
| 5. Em que medida ficou satisfeito com a discussão do(s) seu(s) problema(s) na última consulta? | .695 | .435 |
| 16. Em que medida o médico ouviu o que tinha para dizer? | .634 | .440 |
| 7. Em que medida concordou com a opinião do médico acerca do(s) seu(s) problema(s)? | .627 | .314 |
| 6. Em que medida o médico lhe explicou o(s) seu(s) problema(s)? | .620 | .463 |
| 10. Em que medida o médico lhe explicou o tratamento? Ele/a falou-lhe sobre isso? | .588 | .500 |
| 8. Em que medida teve oportunidade para fazer as suas perguntas? | .539 | .459 |
| 14. Em que medida acha que o médico se preocupa consigo como pessoa? | .537 | .481 |
| 12. Em que medida o médico discutiu o papel de cada um de vós? (Ex. Quem é responsável por tomar decisões relativamente ao tratamento? Quem é responsável por determinados aspectos do seu tratamento?) | .192 | .769 |
| 11. Em que medida o médico tentou saber se seria fácil para si fazer o tratamento? | .302 | .760 |
| 9. Em que medida o médico lhe perguntou sobre os seus objectivos para o tratamento? | .278 | .716 |
| 13. Em que medida o médico o encorajou a assumir o papel que queria no tratamento? | .322 | .689 |
| 15. Em que medida o médico discutiu os aspectos pessoais e familiares que podem afectar a sua saúde? | .131 | .667 |