

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Maria Alice Barbosa Coelho

*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.*

Tese no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde orientada pelo Professor Doutor Marco Pereira e pela Doutora Cláudia Melo e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Julho de 2020

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

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.

Maria Alice Barbosa Coelho
(e-mail: mariaalicemb.10@gmail.com)

Tese no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde orientada pelo Professor Doutor Marco Pereira e pela Doutora Cláudia Melo e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Julho 2020



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

À Doutora Cláudia Melo, exemplo de rigor e excelência, pelo acompanhamento na elaboração e conclusão desta dissertação, pela incansável disponibilidade e preocupação, por me fazer acreditar sempre nas minhas capacidades.

Ao Professor Doutor Marco Pereira, exemplo de profissionalismo, pela orientação e ajuda preciosa na construção desta dissertação, por toda a disponibilidade e ensinamentos transmitidos.

Aos que colaboraram e participaram neste estudo, sem os quais a concretização da presente dissertação não seria possível.

A toda a minha família, especialmente aos meus pais, irmãos e avós, por todo o amor, esforço e apoio incondicional neste (nosso) percurso. Conseguimos!

Ao Diego, por caminhar sempre do meu lado, pela força e determinação que me transmite.

À Catarina, por ter sido uma das melhores surpresas no término desta etapa, pela boa companhia e partilha de sorrisos e inquietações.

À Inês, por me ter recebido e nunca mais me ter largado, pela amizade e, particularmente, por me guiar e simplificar o que eu complico.

À Alexandra, pela felicidade que sinto em partilhar todos os momentos consigo.

Aos meus amigos, pela união, por serem sinónimo de apoio quando mais preciso de descomprimir, por todas as aventuras, por acreditarem que o “melhor de nós ainda está por chegar”.

Às Combatentes, a cada uma de vós, por terem sido a minha casa, o meu lar, durante cinco anos.

A todos aqueles que, de alguma forma, passaram pela minha vida e abrilhantaram o meu percurso pessoal e/ou académico.

A ti, Coimbra, por me teres acolhido, pela independência e audácia que adquiri, pela etapa memorável, pela eterna saudade.

A todos vós, um muito obrigada!

Resumo

O presente trabalho teve como objetivos o desenvolvimento e validação da versão Portuguesa Europeia da Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS), bem como a avaliação das competências de comunicação dos oncologistas Portugueses e a compreensão dos fatores que lhes estão associados. Foram realizados dois estudos transversais, através de um protocolo autoadministrado *online*: o primeiro estudo contou com uma amostra constituída por 166 médicos Portugueses e o segundo estudo com uma amostra composta por 102 oncologistas Portugueses. O estudo de validação da HP-CSS evidenciou valores aceitáveis relativamente às propriedades psicométricas de fiabilidade e validade. O segundo estudo reportou boas competências de comunicação nos oncologistas Portugueses, ainda que estes profissionais tenham revelado necessidades de formação na área da comunicação. Dois fatores relacionados com os doentes (Menor de idade e Tipo de doença) e um fator relacionado com os oncologistas (Realização pessoal – *burnout*) revelaram-se os mais explicativos das competências de comunicação destes profissionais de saúde. Os estudos preliminares de validação da HP-CSS reforçam a mais-valia da sua disponibilização em Portugal, quer no contexto clínico quer de investigação. O segundo estudo evidencia a importância de desenvolver programas de treino de competências de comunicação dos oncologistas, que incluam componentes focadas na compreensão da interferência da perceção que estes profissionais têm dos seus doentes na sua comunicação com os mesmos e formas de o modificar, assim como no desenvolvimento de estratégias para minimizar os seus níveis de *burnout*.

Palavras-chave: Comunicação médico-doente; Competências de comunicação; Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde; Propriedades psicométricas; Oncologistas.

Abstract

This work aimed to develop and to validate the European Portuguese version of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS), as well as to assess the communication skills of Portuguese oncologists and its associated factors. Two cross-sectional studies were carried out using a self-administered online protocol: the first study comprised a sample of 166 Portuguese doctors, and the second study comprised a sample of 102 Portuguese oncologists. The HP-CSS validation study showed acceptable values regarding the psychometric properties of reliability and validity. The second study reported the Portuguese oncologists' good communication skills, even though these professionals stated needing training in the communication field. Two factors related to patients (Minor age and Type of disease) and one factor related to oncologists (Personal achievement - burnout) were the factors most consistently associated with communication skills of these health professionals. The preliminary validation studies of the HP-CSS reinforce the added value of its availability in Portugal, both in clinical and research settings. The second study demonstrates the importance of developing training programs focused on oncologists' communication skills, which include the understanding of how the perception of these professionals regarding their patients interfere in their communication and how to modify it, as well as the development of strategies to minimize these professionals' burnout levels.

Keywords: Doctor-patient communication; Communication skills; Health Professionals Communication Skills Scale; Psychometric properties; Oncologists.

Índice

Agradecimentos.....	2
Resumo.....	3
Abstract.....	4
Índice.....	5
Introdução.....	6
Estudo I.....	7
Método.....	11
Resultados.....	17
Discussão.....	22
Referências.....	26
Estudo II.....	30
Método.....	35
Resultados.....	42
Discussão.....	48
Referências.....	52

Introdução

Uma comunicação médico-doente eficaz tem sido reconhecida como essencial nos cuidados de saúde, revelando um impacto positivo nos doentes, médicos e instituições de saúde (Belasen & Belasen, 2018; Jackson et al., 2008). Em oncologia, esta revela-se especialmente desafiadora dado que o oncologista é responsável pela partilha de informações e decisões médicas cognitivas e emocionalmente complexas (Bernacki & Block, 2014). A literatura existente revelou que as competências de comunicação dos médicos, em geral, e dos oncologistas, em particular, são insuficientes (e.g., (Skar & Soderberg, 2018) e que há fatores relacionados com os oncologistas, os doentes e as instituições de saúde que lhes estão associados (e.g., Koh et al., 2018; Schulman-Green et al., 2018). No entanto, estes estudos apresentam lacunas a ter em conta e, particularmente em Portugal, é de destacar a inexistência de uma medida de avaliação das competências de comunicação dos médicos e de uma compreensão dos fatores associados a estas competências.

Face ao exposto, este trabalho pretende reunir informação que permita conhecer e compreender as competências de comunicação de uma amostra de médicos Portugueses, ao longo de dois estudos. O primeiro estudo tem como objetivo desenvolver a versão Portuguesa da Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS) e analisar as suas propriedades psicométricas. O segundo estudo pretende avaliar as competências de comunicação de uma amostra de oncologistas Portugueses e a sua perceção sobre os seus níveis de competências de comunicação, conhecimento e necessidades de formação na área da comunicação médico-doente, bem como a compreensão da associação entre fatores relacionados com os oncologistas, com os doentes e com as instituições de saúde e as competências de comunicação dos oncologistas. Os resultados destes estudos poderão ter importantes implicações para a prática clínica, nomeadamente pela disponibilização da versão Portuguesa de um instrumento de avaliação das competências de comunicação dos médicos e pela identificação das competências de comunicação dos oncologistas que necessitam de ser otimizadas e dos fatores que lhes estão associados, informando programas de treino a virem a ser desenvolvidos.

Na presente dissertação, ambos os estudos seguem a mesma organização. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, onde se apresenta o estado da arte em relação às competências de comunicação dos médicos e particularmente dos oncologistas, e ainda os objetivos específicos da investigação. De seguida, é apresentado o método dos estudos (participantes, instrumentos, procedimentos e plano de análise de dados), os resultados obtidos e uma discussão dos mesmos e, no final, os pontos fortes e limitações de cada estudo, bem como as suas implicações para a prática e investigação futura. Por fim, apontam-se as referências, onde consta a bibliografia consultada para a elaboração deste trabalho.

Estudo I

Estudos psicométricos da versão portuguesa da Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS)

Uma comunicação médico-doente (CMD) eficaz pode ser caracterizada por uma comunicação centrada no doente, 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 (Sustersic et al., 2018).

No contexto de diferentes doenças (e.g., cancro, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica), uma CMD eficaz demonstrou ter um impacto positivo, nomeadamente nos doentes, médicos e instituições de saúde (Jacobs et al., 2017; Snow et al., 2013; Wodskou et al., 2014). Em relação aos doentes, uma CMD eficaz tem-se revelado associada a uma maior compreensão e memorização das recomendações clínicas e maior adesão terapêutica, assim como a maior satisfação com os cuidados de saúde prestados, a maior perceção de autonomia e controlo sobre a situação clínica e níveis mais elevados de adaptação psicológica à própria doença (Belasen & Belasen, 2018; Biglu et al., 2017). Relativamente aos médicos, os que comunicam eficazmente com os seus doentes parecem apresentar taxas mais elevadas de sucesso terapêutico, maior satisfação e motivação profissionais e menores níveis de desgaste emocional associado à profissão (Jackson et al., 2008). Em termos institucionais, a CMD eficaz tem-se revelado indiretamente associada a uma redução de custos, uma vez que, como foi indicado previamente, esta está associada a níveis mais elevados de taxa de adesão dos doentes aos tratamentos, o que, consequentemente, diminui o número de idas ao hospital e de reinternamentos (Belasen & Belasen, 2018).

No sentido de promover uma CMD eficaz, várias sociedades internacionais têm desenvolvido e publicado recomendações clínicas específicas (e.g., American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; American Society of Clinical Oncology, Gilligan et al., 2017; European Society for Medical Oncology, Peccatori et al., 2013) e têm sido desenvolvidos vários estudos focados no estudo e compreensão dos fatores que estão associados a uma CMD eficaz (e.g., Schulman-Green et al., 2018). Entre estes fatores, destacam-se as competências de comunicação dos médicos.

A literatura define competências de comunicação como todos os comportamentos verbais e não-verbais que compõem a competência relacional dos médicos, nomeadamente a sua capacidade para (1) expressar informação de forma clara, adequada e compreensível aos doentes; (2) ouvir atentamente e aceitar o que os doentes transmitem, livre de julgamento; (3) responder empaticamente, isto é, de se dispor a ver através dos olhos dos doentes e entender o significado que as coisas têm para si e a forma como as experienciam; e (4) manifestar sentimentos, atitudes, desejos ou opiniões de forma adequada à situação, respeitando os doentes (Kissane et al., 2011; Leal-Costa et al., 2016a). Tendo em conta a

natureza modificável das competências de comunicação, contrariamente ao que acontece com outros fatores que têm revelado influenciar a CMD (e.g., características dos doentes, como a idade, a escolaridade e o nível socioeconómico, Levine et al., 2019; Schulman-Green et al., 2018), estas têm recebido particular atenção na literatura.

Apesar da relevância das competências de comunicação dos médicos na CMD, estas parecem ser insuficientes, pelos resultados reportados na literatura existente. Os doentes apresentam acentuadas necessidades de informação clínica, reclamando não serem envolvidos, pelos seus médicos, nas decisões relativas aos seus cuidados de saúde, bem como o facto de estes profissionais utilizarem indevidamente terminologia médica impercetível na sua comunicação (Skar & Soderberg, 2018). Por exemplo, um estudo mostrou que apenas 17% dos doentes apresentava uma compreensão precisa do seu prognóstico (Liu et al., 2014). Adicionalmente, um outro estudo mostrou que os doentes apresentavam descontentamento com a forma como os seus médicos interagem, nomeadamente em relação a indicadores não-verbais e aspetos relacionais como a falta de adequação no contacto visual, expressão facial e paralinguagem, assim como falta de respeito e empatia (Kee et al., 2017). Por seu lado, e apesar dos médicos revelarem reconhecer a importância de comunicarem eficazmente (Liu et al., 2014; Udo et al., 2017), estudos com estes profissionais que avaliaram as suas competências de comunicação diretamente, reportaram limitações na comunicação (Koh et al., 2018). Por exemplo, no estudo de Malhotra et al. (2018), os oncologistas mostraram responder com empatia apenas a 12% e 9% das emoções negativas dos doentes e seus cuidadores, respetivamente, apesar de 92% destes médicos se ter mostrado confiante na sua resposta empática aos doentes.

Especificamente em Portugal, do nosso conhecimento, não existe nenhum estudo relativo à avaliação sistematizada das competências de comunicação dos médicos em geral. No entanto, na literatura têm sido reportados défices na comunicação dos médicos com os seus doentes, em situações clínicas específicas. Nomeadamente, num estudo que avaliou as perceções dos doentes relativas à comunicação dos seus médicos psiquiatras, estes revelaram descontentamento com o facto destes profissionais de saúde não os incentivarem a esclarecer as suas dúvidas e não os envolverem em decisões clínicas (Pestana-Santos et al., 2018). Na área da oncologia, um estudo com oncologistas Portugueses reportou que 8% dos médicos não comunicava o diagnóstico aos seus doentes (Oliveira et al., 2014). Mais recentemente, outro estudo revelou que as competências de comunicação pobres dos oncologistas eram uma das principais barreiras à adoção de práticas adequadas relativas à discussão do futuro reprodutivo com os doentes oncológicos jovens (Melo et al., 2018).

Apesar dos vários estudos que avaliam as competências de comunicação dos médicos, estes apresentam duas limitações importantes que devem ser notadas. Em primeiro lugar, a maioria utiliza métodos qualitativos (e.g., entrevista; Schulman-Green, et al., 2018) o que torna a avaliação dispendiosa em termos de tempo e de recursos humanos, e impossibilita o estudo estatístico da associação das competências de comunicação com outras variáveis. Em segundo lugar, os poucos estudos que utilizam métodos quantitativos, recorrem a instrumentos de autorresposta muito longos,

muitos deles focalizados apenas na perspectiva do doente acerca da comunicação dos médicos que os acompanham (e.g., *Consumer Assessment of Healthacare Providers and Systems*, Boissy et al., 2016) e/ou que foram desenvolvidos para serem aplicados em contexto académico, para avaliar as competências de comunicação de estudantes de medicina ou de outras áreas (e.g., *Communication Skills Attitude Scale*; Rees et al., 2002; e a *Interpersonal Communication Assessment Scale*; Klakovich & DelaCruz, 2006).

Na tentativa de colmatar as lacunas supramencionadas, Leal-Costa et al. (2016b) desenvolveram a *Health Professionals Communication Skills Scale* (HP-CSS), uma medida de autorrelato curta, para ser aplicada em contexto clínico com o objetivo de avaliar as competências de comunicação dos profissionais de saúde, inclusive dos médicos, sob a perspectiva dos mesmos.

A criação da escala ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa, de natureza qualitativa, foram gerados os itens que iriam ser incluídos na versão preliminar do questionário. Para o efeito, procedeu-se (1) à definição semântica e sintática do constructo a avaliar, com análise das componentes a inserir, das relações entre si e com outros constructos, e (2) à formulação dos itens e análise qualitativa dos mesmos; ambos os processos desenvolvidos com o apoio de especialistas na avaliação da definição e dos itens gerados quanto à sua adequação, pertinência e dimensão em que se inserem. Como resultado desta etapa, foi obtida uma versão preliminar da escala, constituída por 42 itens, que foi aplicada a nove profissionais de saúde com o objetivo de avaliar a compreensibilidade dos mesmos e das instruções e conseqüentes dificuldades no preenchimento (Leal-Costa et al., 2016a). Na segunda etapa, de natureza quantitativa, foram avaliadas as propriedades psicométricas da escala. Para o efeito, foi utilizada uma amostra, composta por 410 profissionais de saúde, para avaliar a Análise Fatorial Exploratória (AFE) da escala, a sua validade convergente e fidelidade; e outra amostra, composta por 517 profissionais de saúde de outra instituição de saúde, para avaliar a Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A versão preliminar da escala com 42 itens foi então sujeita a uma AFE, e, tendo em conta o *loading* dos itens nos seus fatores e o ajustamento do modelo, foram excluídos 24 itens (Leal-Costa et al., 2016b).

A versão final da HP-CSS ficou, assim, constituída por 18 itens, distribuídos por quatro dimensões no total: (1) Comunicação Informativa (seis itens), que avalia a forma como os profissionais de saúde obtêm e fornecem informações na relação clínica com os doentes; (2) Empatia (cinco itens), que reflete a capacidade para escutar ativamente, compreender e responder, de forma empática, aos sentimentos dos doentes; (3) Respeito (três itens), que avalia o respeito demonstrado pelos profissionais de saúde na relação clínica que estabelecem com os doentes; e, por fim, (4) Competência Social (quatro itens), que reflete a capacidade em ser assertivo ou ter comportamentos socialmente adequados na relação clínica que é estabelecida com os doentes (Leal-Costa et al., 2016b).

No que respeita às características psicométricas da versão final da HP-CSS, Leal-Costa et al. (2016b) reportaram informações relativas à validade de constructo, validade convergente e à fiabilidade. Em termos de validade de constructo, os resultados da AFC indicaram que a solução de

quatro fatores revelou bons índices de ajustamento. Em relação à validade convergente, verificou-se uma correlação positiva significativa entre todas as dimensões da HP-CSS e todas as dimensões da *Social Skills Scale* (Autoexpressão em Situações Sociais, Defesa dos Direitos dos Consumidores, Expressão de Perigo ou Desacordo, Dizer “Não” e Cortar Interações, Fazer Pedidos, Interações Positivas com o Sexo Oposto; Gismero, 2000), sugerindo que níveis mais elevados de competências de comunicação dos profissionais de saúde estão associados a mais competências sociais. Além disso, verificou-se ainda uma correlação positiva e significativa entre todas as dimensões da HP-CSS e a dimensão “Realização Pessoal” do *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS; Maslach & Jackson, 1981), denotando que níveis mais elevados de competências de comunicação estão associados a um maior sentimento de sucesso e realização no trabalho; e também se constatou a existência de uma correlação negativa significativa entre todas as dimensões da HP-CSS e as dimensões “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” do inventário de *burnout*, indicando que níveis mais elevados de competências de comunicação estão associados a menos sobrecarga e desgaste emocional provocados pelo trabalho, bem como a menos insensibilidade e impessoalidade do profissional de saúde, na abordagem ao doente. Por fim, em relação à fiabilidade da HP-CSS, o valor de alfa de Cronbach das dimensões variou entre .65 (Competência Social) e .78 (Comunicação Informativa), indicando níveis satisfatórios de consistência interna. Mais ainda, o teste-reteste mostrou que existe uma elevada associação entre a primeira e a segunda avaliação, com 40 dias de intervalo, para todas as dimensões da escala, o que atesta a sua estabilidade temporal (Leal-Costa et al., 2016b).

Do nosso conhecimento, não existem estudos de outras traduções e validações do presente instrumento, bem como da sua aplicação a profissionais de saúde, nomeadamente a médicos. Contudo, é possível identificar a utilidade da sua aplicação em contexto académico (e.g., estudantes de medicina e enfermagem; Fernández-Quiroga et al., 2017; Sánchez-Expósito et al., 2018).

Em suma, nos estudos originais, a HP-CSS apresentou características psicométricas muito satisfatórias, constituindo uma boa medida de avaliação das competências de comunicação dos profissionais de saúde (Leal-Costa et al., 2016b). O facto de ser uma escala breve, com apenas 18 itens, torna-a particularmente útil na avaliação destas competências nos médicos. Uma vez que em Portugal, do nosso conhecimento, não existe nenhum instrumento de avaliação das competências de comunicação dos médicos, fica clara a relevância da validação da HP-CSS para a população portuguesa. Deste modo, este estudo tem como objetivo principal o desenvolvimento da versão Portuguesa da HP-CSS (em português, Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde) e o estudo das suas propriedades psicométricas.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 166 médicos, provenientes de diferentes especialidades, dos quais 61.40% eram internos. Esta amostra foi maioritariamente composta por participantes do sexo feminino (71.70%) e de religião católica (58.40%), e possuía uma média de idades de 32 anos. No que concerne à situação profissional, a maioria dos sujeitos trabalhava em instituições de saúde pública (74.7%) e localizadas no Norte (32.50%) e Centro (31.30%) do país, bem como na Área Metropolitana de Lisboa (30.10%). Os participantes reportaram assistir doentes, em média, há sete anos, indicando trabalhar, em média, oito horas por dia. A maioria (86.10%) indicou assistir menos de 30 doentes por dia. As características sociodemográficas e profissionais da amostra apresentam-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais da amostra ($N = 166$)

	Total
Dados sociodemográficos	
Idade (anos), M (SD), Min-Máx	31.61 (8.48), 22 – 68
Sexo , n (%)	
Masculino	47 (28.30)
Feminino	119 (71.70)
Religião , n (%)	
Sem religião	68 (41.00)
Religião católica	97 (58.40)
Dados profissionais	
Horas de trabalho por dia , M (SD), Min-Máx	8.46 (1.35), 5 – 12
Anos a que assiste doentes , M (SD), Min-Máx	6.54 (8.68), 0 – 56
Nível de formação/Interno , n (%)	
Não	64 (38.60)
Sim	102 (61.40)
Especialidade Clínica , n (%)	
Medicina Geral e Familiar	29 (17.50)
Medicina Interna	25 (15.10)
Cirurgia Geral	6 (3.60)
Anestesiologia	4 (2.40)
Outras	57 (34.30)
Sem especialidade	45 (27.10)
Zona geográfica da instituição , n (%)	
Norte	54 (32.50)
Centro	52 (31.30)
Área Metropolitana de Lisboa	50 (30.10)
Alentejo	4 (2.40)

Algarve	2 (1.20)
Região Autónoma dos Açores	1 (0.60)
Região Autónoma da Madeira	3 (1.80)
Tipo de instituição, n (%)	
Pública	124 (74.70)
Privada	11 (6.60)
Pública e Privada	31 (18.70)
Número de doentes que assiste por dia, n (%)	
Menos de 30	143 (86.10)
30-50	20 (12.00)
51-70	3 (1.80)

Nota: Outras = Pediatria; Psiquiatria; Ginecologia e Obstetrícia; Medicina Dentária; Medicina Física e Reabilitação; Nefrologia; Neurologia; Oncologia Médica; Pedopsiquiatria; Cardiologia; Oftalmologia; Ortopedia; Pneumologia; Doenças Infeciosas; Gastroenterologia; Hematologia; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Medicina do Trabalho; Neurocirurgia; Reumatologia; Saúde Pública e Urologia.

Procedimentos

Numa primeira fase, procedeu-se à tradução da versão original da HP-CSS para Português Europeu. Para o efeito, foi solicitada autorização aos autores da versão original para a utilização, tradução e adaptação da escala para a população Portuguesa. Posteriormente, a escala foi traduzida de forma independente, por duas pessoas fluentes em língua Espanhola, seguindo-se a discussão das duas versões da escala, por forma a chegar a uma versão final em Português Europeu. De seguida, uma terceira pessoa fluente em Português e em Espanhol, realizou a retroversão da versão Portuguesa da escala, de forma a assegurar a equivalência no conteúdo entre esta e a versão original Espanhola. Por fim, compararam-se as duas versões (a original Espanhola e a traduzida para Português de Portugal) e analisaram-se as divergências. Do procedimento descrito, obteve-se a versão Portuguesa, denominada Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS).

Numa segunda fase, foi realizado um estudo quantitativo e de desenho transversal, recorrendo a um método de amostragem por conveniência, que foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC) e que seguiu as recomendações éticas para a realização de investigação com seres humanos (e.g., Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011; Associação Americana de Psicologia, 2020).

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: (1) ser médico; (2) trabalhar numa instituição de saúde portuguesa; e (3) ter nível de compreensão da língua Portuguesa que possibilitasse o preenchimento do protocolo de avaliação. A recolha da amostra foi realizada *online*, num único momento de avaliação, entre 28 de janeiro e 16 março de 2020, através da divulgação do *link* para acesso ao protocolo de avaliação colocado numa plataforma segura (<http://www.limesurvey.com>) e alojada no *website* da FPCE-UC. A divulgação do *link* para o protocolo de avaliação *online* foi feita através das redes sociais *Facebook*, *Instagram* e *LinkedIn*, nomeadamente através de anúncios pagos e

não pagos para alcançarem Portugueses com mais de 25 anos com interesse na temática da saúde, e através de panfletos desenvolvidos para o efeito e que foram distribuídos em instituições de saúde. Após acederem ao *link* para o protocolo de avaliação, os participantes obtinham informação acerca dos objetivos do estudo, do anonimato das respostas, da natureza voluntária da participação, do papel dos participantes e das responsabilidades dos investigadores, assim como dos contactos da equipa de investigação. Após lerem esta informação, os sujeitos que pretendessem participar, tinham de dar o seu consentimento informado, carregando no botão “Seguinte”, que os direcionava ao protocolo de avaliação.

Instrumentos

O protocolo de avaliação de autorresposta administrado aos participantes demorava cerca de 15 minutos a ser respondido e era constituído pelas medidas apresentadas de seguida.

Ficha de dados sociodemográficos e profissionais. Foi recolhida informação acerca das características sociodemográficas e profissionais dos participantes através de um conjunto de questões de autorresposta, desenvolvidas especificamente pelos investigadores para o presente estudo. Quanto aos dados sociodemográficos, os participantes foram questionados acerca do sexo, idade e religião. No que respeita às características profissionais, foram avaliadas as variáveis especialidade clínica, nível de formação (i.e., interno, não interno), tipo de instituição de saúde onde trabalha (i.e., pública, privada, ambas), zona do país da instituição de saúde onde trabalha, número de horas que trabalha por dia e experiência profissional (i.e., número de anos durante os quais assiste doentes, número de doentes assistidos por dia).

Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS; Leal-Costa et al., 2016b). A HP-CSS é uma escala de autorresposta que avalia as competências de comunicação dos profissionais de saúde na relação clínica que estabelecem com os doentes. É composta por 18 itens que se organizam em quatro dimensões: Comunicação Informativa (seis itens; e.g., *Quando dou informação aos doentes, faço-o com termos compreensíveis*); Empatia (cinco itens; e.g., *Tento compreender os sentimentos do meu doente*); Respeito (três itens; e.g., *Respeito o direito dos doentes a expressarem-se livremente*) e Competência Social (quatro itens; e.g., *Expresso de forma clara as minhas opiniões e desejos aos doentes*). Os itens são respondidos numa escala de resposta de seis pontos (1 = *Quase nunca* a 6 = *Muitas vezes*), sendo que dois itens são cotados de forma invertida. A pontuação de cada dimensão é obtida a partir do cálculo da média aritmética dos itens que a constituem, sendo que pontuações mais elevadas numa dimensão refletem um maior nível de competências de comunicação naquela dimensão. No estudo original, a HP-CSS apresentou valores de alfa de Cronbach entre .65 (Competência Social) e .78 (Comunicação Informativa; Leal-Costa et al., 2016b). Na Tabela 2, são apresentados os itens da versão portuguesa da HP-CSS.

Tabela 2. Versão traduzida para Português Europeu e versão original dos itens [Espanhol] da HP-CSS

Itens
1. Respeito o direito dos doentes a expressarem-se livremente [<i>Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente</i>].
2. Exploro as emoções dos meus doentes [<i>Exploro las emociones de mis pacientes</i>].
3. Respeito a autonomia e liberdade dos doentes [<i>Respeto la autonomía y libertad de los pacientes</i>].
4. Quando o doente fala, mostro interesse através de gestos corporais (acenando com a cabeça, contacto visual, sorrisos, ...) [<i>Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...)</i>].
5. Dou informação aos doentes (sempre que a minha competência profissional o permite) sobre aquilo que os preocupa [<i>Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa</i>].
6. Ouço os doentes sem preconceito, independentemente da sua aparência física, maneirismos, forma de expressão, ... [<i>Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ...</i>].
7. Expresso de forma clara as minhas opiniões e desejos aos doentes [<i>Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes</i>].
8. Quando dou informação, uso silêncios para que o doente assimile o que estou a dizer [<i>Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo</i>].
9. Quando dou informação aos doentes, faço-o com termos compreensíveis [<i>Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles</i>].
10. Quando um doente faz alguma coisa que não me parece correta, expresso o meu desacordo e/ou desagrado [<i>Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia</i>].
11. Dedico tempo a ouvir e tentar compreender as necessidades dos doentes [<i>Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes</i>].
12. Tento compreender os sentimentos do meu doente [<i>Trato de comprender los sentimientos de mi paciente</i>].
13. Quando interajo com os doentes, expresso as minhas opiniões de forma clara e firme [<i>Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme</i>].
14. Acredito que o doente tem o direito de receber informação relacionada com a saúde [<i>Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria</i>].
15. Sinto que respeito as necessidades dos doentes [<i>Siento que respeto las necesidades de los pacientes</i>].
16. É-me difícil fazer pedidos aos doentes [<i>Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes</i>].
17. Asseguro-me que os doentes compreendem a informação dada [<i>Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada</i>].
18. É-me difícil pedir informações aos doentes [<i>Me resulta difícil pedir información a los pacientes</i>].

Escala de Jefferson de Empatia Médica (JSPE; Hojat et al., 2001; Versão Portuguesa (VP): Domingues, 2009). A JSPE é uma escala de autorresposta que avalia a empatia em prestadores de cuidados de saúde aos doentes. É uma medida unidimensional, constituída por 20 itens relacionados com o colocar-se na perspetiva do doente e compreender os seus sentimentos e experiências (e.g., *Um*

médico que se consegue imaginar no lugar dos outros, consegue ajudá-los melhor; Para um tratamento eficaz, os médicos devem estar atentos às experiências pessoais dos seus doentes). As respostas são classificadas numa escala de tipo *Likert* de sete pontos (1 = *Discordo Totalmente* a 7 = *Concordo Totalmente*), com exceção dos itens 10, 17 e 18 que são cotados de forma invertida. A pontuação global da escala é obtida a partir do cálculo da média dos 20 itens, sendo que quanto mais elevada, maior é o nível de empatia. Em termos de características psicométricas, a versão portuguesa da JSPE, revelou bons níveis de validade e consistência interna (Domingues, 2009). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .88.

Escala de Orientação Doente-Profissional (PPOS; Krupat et al., 2000; VP: Grilo et al., 2018). A PPOS é uma escala de autorresposta que, quando aplicada a médicos/estudantes de medicina, permite avaliar as suas atitudes ao longo do contínuo *centração do doente versus* *centração na doença/médico*, ou seja, se possui uma orientação mais centrada no doente ou mais centrada na doença/médico. Esta escala é constituída por 18 itens que se organizam em duas dimensões distintas da *centração no doente*: (1) *Partilha*, que mede o grau em que o médico partilha informação, controlo e responsabilidade com o doente (9 itens; e.g., *É o médico que deve decidir o que é conversado durante uma consulta*); e (2) *Cuidado*, que mede o grau em que o médico proporciona suporte ao doente e se preocupa com aspetos que ultrapassam os sintomas físicos, nomeadamente com as expectativas, sentimentos e preferência dos doentes (9 itens; e.g., *Se as principais ferramentas do médico forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso*). As respostas são classificadas numa escala de tipo *Likert* de seis pontos (1 = *Completamente de acordo* a 6 = *Completamente em desacordo*), com exceção dos itens 9, 13 e 17 que são cotados de forma invertida. As pontuações das dimensões são obtidas através do cálculo da média dos itens que as constituem, sendo que pontuações mais elevadas em cada dimensão refletem uma atitude mais centrada no doente. O resultado total da escala é obtido a partir da média dos 18 itens, e este pode ser dividido em três grupos: alto (resultado total ≥ 5), correspondendo a uma orientação mais centrada no doente; médio ($4.57 \leq$ resultado total ≤ 5) e baixo (resultado total ≤ 4.57) correspondendo a uma orientação mais centrada na doença/médico. A versão portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas (Grilo et al., 2018). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .67 para a dimensão *Partilha*, .64 para a dimensão *Cuidado* e .74 para o total da PPOS.

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 que objetiva avaliar aspetos relacionados com a síndrome de *burnout* em profissionais de saúde. É composto por 22 itens, organizados em três subescalas que correspondem às três dimensões que compõem a síndrome: *Exaustão Emocional*, que mede o nível de escassez de recursos emocionais, morais e psicológicos (nove itens; e.g., *Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho*); *Despersonalização*, que mede o nível de distanciamento afetivo ou de indiferença emocional em relação ao outro (cinco itens;

e.g., *Tornei-me mais insensível às pessoas desde que comecei a trabalhar nesta profissão*) e Realização Pessoal, que mede os níveis de competência e prazer associados ao desempenho da atividade profissional (oito itens; e.g., *Sinto-me muito satisfeito(a) depois de ter estado a trabalhar de perto com os meus doentes/utentes*). 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* e pontuações mais elevadas na subescala Realização Pessoal correspondem a níveis mais baixos de *burnout*. A versão portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas, à exceção do nível de consistência interna da subescala Despersonalização ($\alpha = .52$; Semedo, 2009). No presente estudo, o alfa de Cronbach variou entre .81 (Realização Pessoal) e .92 (Exaustão Emocional).

Análise de dados

Para a análise estatística dos dados foram utilizados o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22) e o *Analysis of Moment Structures* (AMOS, versão 22). De forma a caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais foram realizadas estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximo, frequências absolutas e relativas percentuais). Considerando a heterogeneidade das especialidades clínicas, as especialidades menos frequentes foram agrupadas na categoria “Outras”.

Para a caracterização distribucional dos itens, foram calculadas as frequências absolutas e relativas percentuais das respostas aos itens da escala, mínimos e máximos e os respetivos valores de assimetria e curtose. A sensibilidade dos itens foi avaliada recorrendo aos coeficientes de assimetria (S_k) e curtose (K_u). Ainda, para verificar os pressupostos de normalidade, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Para analisar a validade de constructo (i.e., o ajustamento do instrumento ao modelo teórico), procedeu-se à realização da Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Para o efeito, foi utilizado o teste de ajustamento de χ^2 (que testa o ajustamento entre o modelo teórico e o modelo empírico, devendo ser não estatisticamente significativo, $p > .05$). Paralelamente, foram considerados outros índices de qualidade do ajustamento, nomeadamente o índice de ajustamento absoluto $\chi^2/g.l$, o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). De acordo com Marôco (2010), um bom ajustamento é conseguido quando o índice de ajustamento absoluto $\chi^2/g.l$ é < 5 , o CFI é $\geq .90$ e o RMSEA é $\leq .10$. Para avaliar a fiabilidade do instrumento, foi calculado o alfa de Cronbach para a escala total e para as dimensões, os valores de alfa de Cronbach excluindo o item e as correlações item-total corrigidas. O coeficiente alfa de Cronbach deve ser superior a .70 e as correlações item-total corrigidas devem ser superiores a .30 (Field, 2009). Por fim, de forma a avaliar a validade convergente, procedeu-se à correlação das dimensões da HP-CSS com a pontuação total da JSPE (Empatia), e com as dimensões da PPOS (Orientação Doente-Profissional) e do MBI-HSS (*Burnout*).

Resultados

Sensibilidade

Na Tabela 3 são apresentadas as características distribucionais dos itens da HP-CSS. Em termos de estatísticas descritivas, os valores médios de todas as respostas aos itens situaram-se acima das alternativas médias de resposta “*Algumas vezes*” e “*Normalmente*” (3 e 4, respetivamente; escala de resposta: 1-6). A observação das frequências de resposta mostra que a maioria dos participantes selecionou as opções mais próximas do extremo superior da escala, i.e., no sentido positivo. Assim, verificou-se a inexistência de efeitos chão, dado que os valores variaram entre 0.60% e 7.80%, mantendo-se inferiores à percentagem indicada pela literatura (> 15%, Terwee et al., 2007). Contrariamente, detetaram-se efeitos teto para todos os itens da escala, à exceção do item 10. No que respeita aos valores de assimetria e curtose, verificou-se que a maioria dos itens se encontra dentro do intervalo ± 1 , considerado como caracterizador de uma distribuição normal (Meyers et al., 2006), à exceção dos itens 1, 3, 5, 14, 18 que apresentam valores de assimetria e sobretudo curtose mais acentuados.

Tabela 3. Características distribucionais dos itens

Item	Min-Máx	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Efeito tecto (%)	Efeito chão (%)
1	1-6	5.48	0.81	-1.85	5.01	63.3	0.6
2	1-6	4.28	1.29	-0.41	-0.69	19.3	1.2
3	1-6	5.38	0.86	-1.62	3.81	57.8	0.6
4	3-6	5.43	0.73	-0.98	-0.12	57.2	0.6
5	1-6	5.49	0.78	-2.02	6.26	62.0	0.6
6	2-6	5.27	0.86	-1.18	1.42	48.2	1.2
7	1-6	4.58	1.15	-0.78	0.16	21.7	0.6
8	1-6	4.46	1.14	-0.36	-0.46	21.1	0.6
9	2-6	5.23	0.88	-1.13	1.18	47.0	1.2
10	1-6	3.92	1.18	-0.25	-0.27	8.4	2.4
11	3-6	4.87	0.94	-0.31	-0.89	30.1	7.8
12	2-6	4.99	0.97	-0.59	-0.33	38.0	1.2
13	1-6	4.49	1.07	-0.46	0.28	19.3	1.2
14	2-6	5.72	0.63	-2.77	9.39	78.9	0.6
15	3-6	5.29	0.77	-0.79	-0.11	46.4	1.8
16	1-6	4.39	1.28	-0.65	0.08	21.7	3.6
17	3-6	5.16	0.83	-0.51	-0.82	41.6	1.8
18	1-6	5.08	1.13	-1.54	2.55	45.2	1.8

Nota. Os itens 16 e 18 são itens invertidos.

Para verificar se os pressupostos de normalidade se encontravam cumpridos para as quatro dimensões da escala, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S). O resultados revelaram-se significativos para todas as dimensões (Comunicação Informativa, K-S = 0.15, $p < .001$; Empatia, K-S = 0.10, $p < .001$; Respeito, K-S = 0.19, $p < .001$; Competências Sociais, K-S = 0.09, $p = .001$), sugerindo que os pressupostos de normalidade não foram cumpridos.

Validade de Constructo

No que concerne à validade de constructo da versão portuguesa da HP-CSS, foram avaliados três modelos, à semelhança dos estudos originais. O primeiro referente à estrutura unidimensional da escala, o segundo relativo ao modelo original de quatro fatores e, por fim, o modelo original de quatro fatores melhorado (com erros correlacionados entre três pares de itens). Para o efeito foi realizada a AFC e analisado um conjunto de índices de qualidade de ajustamento (χ^2 , $\chi^2/g.l.$, CFI e RMSEA), cujos resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Estatísticas de ajustamento para os modelos testados

Modelo	χ^2	g.l.	p	$\chi^2/g.l.$	CFI	RMSEA (90% CI)
Modelo Unidimensional	396.58	135	<.001	2.94	.74	0.11 [0.10-0.12]
Modelo Original (quatro fatores)	285.73	129	<.001	2.22	.85	0.09 [0.07-0.10]
Modelo Melhorado (quatro fatores)	225.50	126	<.001	1.79	.90	0.07 [0.05-0.08]

Nota. χ^2 = Qui-Quadrado; g.l. = Graus de Liberdade; CFI = *Comparative Fit Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*.

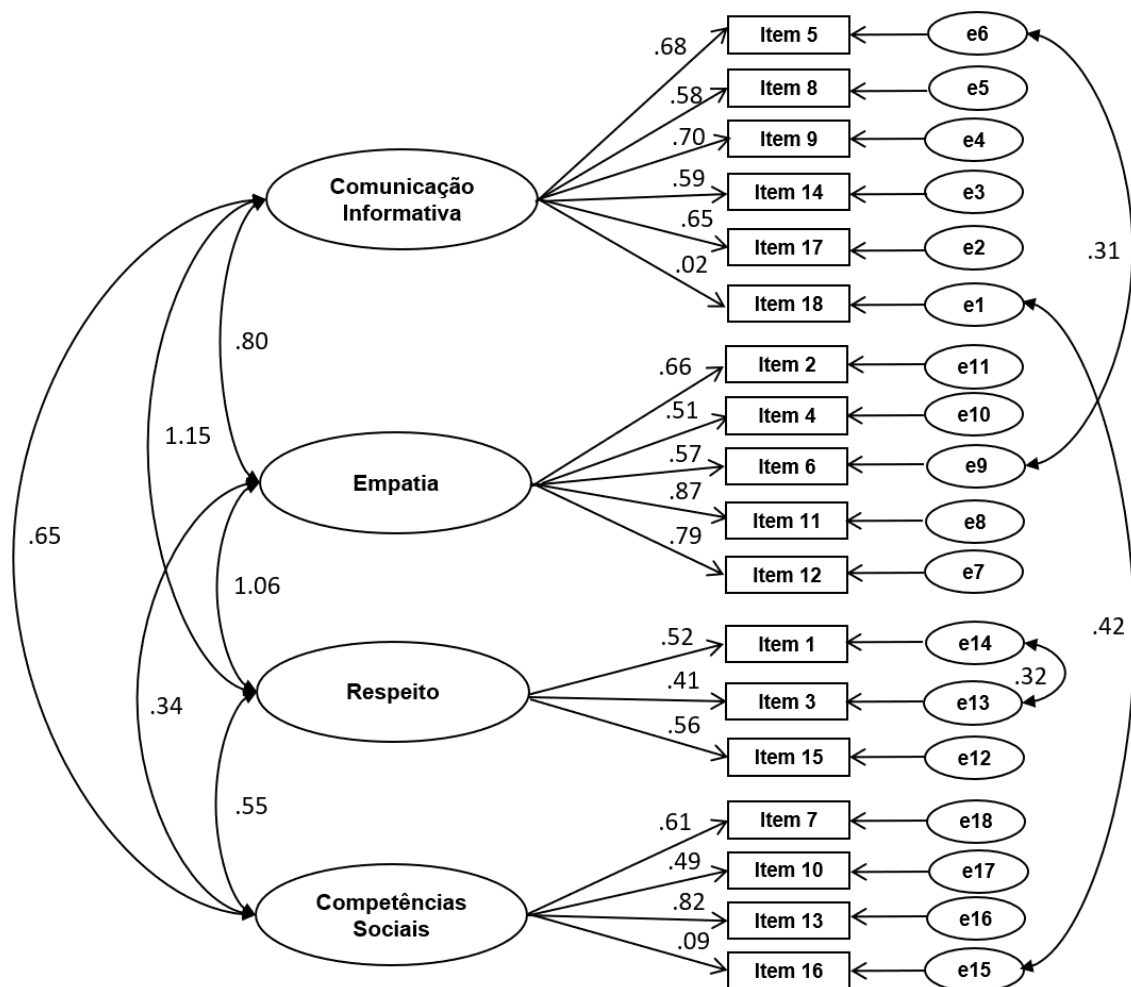
A análise do modelo unidimensional revelou um teste de χ^2 estatisticamente significativo ($\chi^2_{(135)} = 396.58$, $p < .001$), mas também índices de ajustamento que não se enquadravam nos intervalos recomendados (CFI = .74; RMSEA = 0.11 [0.10-0.12]), à exceção do índice de ajustamento absoluto $\chi^2/g.l$ (< 5). Estes valores traduzem um mau ajustamento do modelo aos dados.

Atendendo às limitações do modelo anteriormente testado, realizou-se uma nova AFC com o objetivo de examinar a adequação do instrumento ao modelo original dos quatro fatores. O χ^2 voltou a revelar-se estatisticamente significativo ($\chi^2_{(129)} = 285.73$, $p < .001$). Não obstante as melhorias nos índices, estes continuaram inferiores ao recomendado (CFI = .85; RMSEA = 0.09), traduzindo um ajustamento do modelo aos dados não aceitável. Porém, a análise dos índices de modificação sugeriu correlações de erros entre três pares de itens, nomeadamente entre os itens 1 (*Respeito o direito dos doentes a expressarem-se livremente*) e 3 (*Respeito a autonomia e liberdade dos doentes*), 5 (*Dou informação aos doentes [sempre que a minha competência profissional o permite]*) sobre aquilo que os

preocupa) e 6 (*Ouço os doentes sem preconceito, independentemente da sua aparência física, maneirismos, forma de expressão, ...*), e entre os itens 16 (*É-me difícil fazer pedidos aos doentes*) e 18 (*É-me difícil pedir informações aos doentes*). Do ponto de vista teórico, estas correlações são justificáveis, pelo que foram adicionadas (Marôco, 2010).

Assim, no terceiro modelo, foram correlacionados os erros entre os pares de itens anteriormente sugeridos pelo programa, nomeadamente 1-3, 5-6 e 16-18. Contrariamente aos modelos anteriores, este revelou melhores índices de ajustamento, embora o χ^2 permanecesse estatisticamente significativo (cf. Tabela 4). A adequação deste modelo é, também, reconhecida através da análise dos resultados apresentados na sua estrutura gráfica (pesos fatoriais superiores a .50, exceto nos itens 3, 10, 16 e 18, sendo que os itens 16 e 18 são os mais baixos; cf. Figura 1).

Figura 1. Modelo Original de Quatro Fatores Melhorado



Fiabilidade

A escala apresentou bons indicadores de consistência interna para a escala total ($\alpha = .84$). No que respeita às dimensões, o alfa de Cronbach foi de .65 para a Comunicação Informativa, .80 para a Empatia, .59 para o Respeito e .51 para as Competências Sociais.

Atendendo ao critério de Field (2009), ao analisar as correlações item-total, quer da escala, quer das dimensões, verificou-se que os itens 10, 15, 16 e 18 apresentam correlações iguais ou inferiores a .30 (cf. Tabela 5). Relativamente aos coeficientes alfa de Cronbach excluindo os itens para a escala total, constatou-se que o valor do alfa de Cronbach variou entre .82 (quando se exclui o item 11) e .86 (quando se exclui o item 18). Quanto aos coeficientes alfa de Cronbach excluindo os itens relativos às dimensões a que pertencem, verificou-se um aumento considerável do valor do alfa de Cronbach quando se exclui os itens 15 (Respeito; o alfa aumenta de .59 para .63), 16 (Competências Sociais; o alfa aumenta de .51 para .66) e 18 (Comunicação Informativa; o alfa aumenta de .65 para .77).

Tabela 5. *Correlações item-total e alfas de Cronbach excluindo o item para a escala total e dimensões*

Item	Correlação item-total da escala	Correlação item-total da dimensão	Alfa de Cronbach excluindo o item (total)	Alfa de Cronbach excluindo o item (dimensão)
1	.56	.50	.83	.34
2	.50	.60	.83	.78
3	.43	.42	.84	.47
4	.40	.46	.84	.80
5	.65	.50	.83	.57
6	.55	.47	.83	.80
7	.40	.42	.84	.33
8	.56	.44	.83	.59
9	.61	.64	.83	.51
10	.22	.31	.85	.43
11	.68	.75	.82	.71
12	.61	.72	.83	.72
13	.46	.49	.83	.28
14	.49	.42	.84	.60
15	.55	.30	.83	.63
16	.15	.06	.85	.66
17	.55	.52	.83	.56
18	.04	.00	.86	.77

Validade Convergente

De forma a avaliar a validade convergente, procedeu-se à correlação das dimensões da HP-CSS com a pontuação total da JSPE (Empatia), e com as dimensões da PPOS (Orientação Doente-

Profissional) e do MBI-HSS (*Burnout*; cf. Tabela 6). Os resultados mostraram a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre a pontuação total da JSPE e as dimensões Comunicação Informativa, Empatia e Respeito da HP-CSS. Ainda, encontraram-se correlações positivas e significativas entre a dimensão Comunicação Informativa da HP-CSS e a dimensão Cuidado da PPOS, bem como entre a dimensão Empatia da HP-CSS e a dimensão Partilha e a pontuação total da PPOS. Adicionalmente, foram encontradas correlações negativas significativas entre as dimensões da HP-CSS e a dimensão Despersonalização do MBI-HSS e ainda correlações positivas e significativas com a dimensão Realização Pessoal do mesmo instrumento.

Tabela 6. *Correlações bivariadas entre as dimensões da HP-CSS e a pontuação total da JSPE e as dimensões da PPOS e MBI-HSS*

HP-CSS	JSPE	PPOS			MBI-HSS		
	Total	P	C	Total	EE	D	RP
Comunicação Informativa	.33***	.09	.23*	.18	-.08	-.29**	.39***
Empatia	.29**	.26**	.19	.27**	-.13	-.34**	.37***
Respeito	.23**	.09	.10	.11	-.15	-.24*	.36***
Competência Social	.14	-.11	.08	-.03	-.09	-.22*	.28**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Nota: HP-CSS = Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde. JSPE = Escala de Jefferson de Empatia Médica. PPOS = Escala de Orientação Doente-Profissional. P = Partilha; C = Cuidado; MBI-HSS = Inventário de Burnout de Maslach – Pesquisa de Serviços Humanos. EE = Exaustão Emocional; D = Despersonalização; RP = Realização Pessoal.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo o desenvolvimento da versão Portuguesa da HP-CSS (em português, Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde) e a análise das suas propriedades psicométricas através de estudos de precisão e validade. Deste modo, deu resposta à lacuna existente no que diz respeito à ausência, em Portugal, de um instrumento breve de avaliação das competências de comunicação dos médicos Portugueses. De um modo geral, os resultados encontrados denotam valores aceitáveis de validade de constructo, consistência interna e validade convergente.

Os resultados relativos às características distribucionais dos itens permitem observar a tendência dos participantes para respostas próximas do extremo superior da escala, não seguindo a distribuição normal. Os dados descritivos (média, *DP* e índices de assimetria e curtose) da versão original, sugerem de igual modo uma tendência para respostas positivas aos itens da HP-CSS, ainda que não seja tão acentuada como no presente estudo (Leal-Costa et al., 2016b). Este facto sugere uma tendência dos participantes para uma avaliação muito positiva das suas competências de comunicação com os doentes o que pode, por um lado, corresponder exatamente à perceção que têm sobre as suas competências de comunicação ou, por outro, evidenciar uma resposta de acordo com aquilo que julgam ser socialmente desejável.

No que respeita à validade de constructo, recorrendo à AFC, constatamos um mau ajustamento do modelo unidimensional aos dados, tal como acontece no estudo original da escala. De igual modo, na nossa amostra, os valores obtidos para o modelo original de quatro fatores não foram os recomendados, pelo que os índices de ajustamento encontrados são piores comparativamente aos obtidos no estudo original (Leal-Costa et al., 2016b). Assim, e de forma a atingir um CFI aceitável (i.e., $\geq .90$), foi necessário correlacionar os erros entre os itens 1 (*Respeito o direito dos doentes a expressarem-se livremente*) e 3 (*Respeito a autonomia e liberdade dos doentes*), 5 (*Dou informação aos doentes [sempre que a minha competência profissional o permite] sobre aquilo que os preocupa*) e 6 (*Ouçõ os doentes sem preconceito, independentemente da sua aparência física, maneirismos, forma de expressão, ...*), e entre os itens 16 (*É-me difícil fazer pedidos aos doentes*) e 18 (*É-me difícil pedir informações aos doentes*). Teoricamente, estas correlações sugeridas pelo programa são justificáveis (Marôco, 2010). Quanto aos itens 1 e 3, ambos pertencem à dimensão Respeito e remetem para a liberdade de expressão e autonomia dos doentes; os itens 5 e 6 dizem respeito à forma como os profissionais de saúde informam e escutam os doentes; por fim, os itens 16 e 18, os únicos desta escala que estão formulados na negativa, ambos implicam interpelar o doente e esperar obter resposta. De notar que a correlação dos erros entre os itens 16 e 18 já havia sido sugerida no modelo do estudo original (Leal-Costa et al., 2016b). Embora este procedimento não favoreça um modelo parcimonioso,

é comum no desenvolvimento de escalas (Worthington & Whittaker, 2006). Após este procedimento, denotou-se uma melhoria significativa do modelo, sendo a estrutura de quatro fatores adequada à versão portuguesa da HP-CSS. Ainda assim, através da análise dos pesos fatoriais, os itens 16 e 18 registaram valores significativamente baixos e considerados problemáticos, em comparação com os outros itens.

Relativamente à consistência interna da escala total, registou-se um alfa de Cronbach bastante aceitável ($\alpha = .84$). No entanto, com exceção da dimensão Empatia, os valores da consistência interna relativos às dimensões apresentam-se inferiores aos desejáveis (Field, 2009) e também àqueles que são obtidos no estudo original da escala (Leal-Costa et al., 2016b). Concretamente, as dimensões Respeito e Competências Sociais são aquelas que necessitam de ser analisadas com maior prudência ($\alpha < .60$). Embora os valores da correlação item-total, quer da escala, quer das dimensões, se tenham revelado inferiores ao recomendado nos itens 10, 15, 16 e 18, os itens 16 e 18 são, consideravelmente, mais problemáticos que os restantes, tal como também ficou evidenciado na AFC. De salientar que estes valores não são comparáveis com os do estudo original, uma vez que as correlações item-total não foram realizadas com a escala final. Pela análise dos coeficientes alfa de Cronbach excluindo os itens para a escala total, foi possível constatar que este valor inflacionou aquando da exclusão do item 18. De igual modo, considerando os coeficientes alfa de Cronbach excluindo os itens para as dimensões, verificou-se um aumento considerável do valor do alfa de Cronbach quando se exclui os itens 16 (o alfa aumenta de .51 para .66) e 18 (o alfa aumenta de .65 para .77). Do ponto de vista concetual, os itens formulados na negativa são, normalmente, inseridos nas escalas com o objetivo de reduzir enviesamentos relacionados com as tendências de resposta dos participantes (Weijters et al., 2013). Contudo, é possível que os sujeitos interpretem de forma errónea frases que incluem negação, pelo que é impossível saber se o indivíduo entendeu corretamente a questão ou descuidou a resposta. Adicionalmente, este tipo de itens apresenta alguns problemas alusivos ao mau ajustamento de modelos fatoriais (Weijters et al., 2013), o que pode explicar o seu reduzido contributo para o presente modelo e sugerindo, assim, a possibilidade de estes serem eliminados.

No que concerne à validade convergente da HP-CSS, o objetivo foi obter evidências externas de validade através da observação das associações entre as competências de comunicação e outros constructos relacionados, como o *burnout*, a empatia e a atitude sobre a relação médico-doente. Tal como hipotetizado e verificado nos estudos da escala (construção sintática do constructo, Leal-Costa et al., 2016a; análises psicométricas, Leal-Costa et al., 2016b), foi encontrada uma correlação positiva e significativa entre todas as dimensões da HP-CSS e a dimensão Realização Pessoal do MBI-HSS (Maslach & Jackson, 1981), sugerindo que níveis mais elevados de competências de comunicação estão associados a um maior sentimento de sucesso e realização no trabalho; assim como foi encontrada uma correlação negativa significativa entre todas as dimensões da HP-CSS e a dimensão Despersonalização do MBI-HSS, indicando que níveis mais elevados de competências de comunicação estão associados a menos insensibilidade e impessoalidade do profissional de saúde na

abordagem ao doente. Adicionalmente, no presente estudo, foi encontrada uma correlação positiva e significativa entre as dimensões Comunicação Informativa, Empatia e Respeito da HP-CSS e o total da JSPE (Hojat et al., 2001), denotando que níveis mais elevados destas competências de comunicação estão associados a uma resposta/postura mais empática do médico, no contacto com os seus doentes. De igual modo, constataram-se correlações positivas significativas entre as dimensões Empatia e Comunicação Informativa da HP-CSS e as duas dimensões da PPOS (Partilha e Cuidado; Krupat et al., 2000), revelando, respetivamente, que níveis mais elevados de empatia estão associados a uma maior partilha de informação, controlo e responsabilidade entre médico e doente; e que expressar a informação de forma clara, adequada e compreensível por parte do médico está associado a um maior nível de suporte/cuidado ao doente.

Este estudo apresenta algumas limitações e, como tal, estas devem ser consideradas aquando da interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, é de notar a dimensão reduzida da amostra, sobretudo para a realização das análises confirmatórias, o que faz com que os resultados tenham de ser analisados com a devida prudência. Em segundo lugar, importa ter em conta a limitada representatividade da amostra, pois, por um lado, o facto de o recrutamento ter sido realizado *online* leva a que esta seja uma amostra autoseleccionada, ou seja, que os médicos que participaram no estudo sejam aqueles que têm mais interesse na temática da comunicação em saúde, e por outro, é de notar que a maioria dos participantes era do sexo feminino e proveniente de três zonas do país (Norte, Centro e Área Metropolitana de Lisboa), assim como eram médicos ainda a terminar a sua formação (i.e., internos) e com as especialidades Medicina Geral e Familiar ou Medicina Interna ou ainda sem especialidade clínica. Em terceiro lugar, no que diz respeito à avaliação da validade convergente, seria relevante termos usado outra escala que avaliasse o mesmo constructo (i.e., competências de comunicação dos médicos); no entanto, do nosso conhecimento não existia outra escala validada para a população Portuguesa que o avaliasse. Por último, considera-se ainda como limitação a não avaliação da estabilidade temporal da HP-CSS, dado este estudo ter um desenho transversal.

Em estudos futuros, estas análises devem ser realizadas com uma amostra de maior dimensão e equilibrada em termos de características sociodemográficas e profissionais, bem como devia ser realizado um estudo longitudinal de modo a avaliar a estabilidade temporal do instrumento. Tendo em conta algumas fragilidades detetadas da HP-CSS, denota-se ainda a importância de continuar a estudar e/ou ajustar a escala, para que as informações por ela providenciadas sejam mais fiáveis e válidas. Para além disso, seria relevante testar a aplicação da versão Portuguesa desta escala numa amostra com outros profissionais de saúde, uma vez que, de acordo com o estudo original, a HP-CSS é destinada, não só a médicos, mas a profissionais de saúde no geral.

Em síntese, e apesar das limitações referidas, este estudo representa um bom contributo para a validação da versão em Português Europeu da HP-CSS e assegura a pertinência da escala para avaliar as competências de comunicação dos médicos Portugueses. Como suprarreferido, e do nosso conhecimento, não existe nenhum instrumento em Portugal destinado à avaliação das competências de

comunicação dos médicos nem de outros profissionais de saúde, pelo que a sua disponibilização para a população portuguesa constitui uma mais-valia. Adicionalmente, a HP-CSS revela-se muito útil para identificar competências de comunicação que necessitem de ser melhoradas através de programas de treino que venham a ser desenvolvidos para o efeito, bem como o facto de poder vir a verificar-se como uma boa medida de avaliação da eficácia dos referidos programas de treino de competências de comunicação.

Referências

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). Committee opinion No. 493: Cultural sensitivity and awareness in the delivery of health care. *Obstetrics & Gynecology*, *117*(5), 1258-1261. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31821d7db0>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Belasen, A., & Belasen, A. T. (2018). Doctor-patient communication: A review and a rationale for using an assessment framework. *Journal of Health Organization and Management*, *32*(7), 891-907. <https://doi.org/10.1108/jhom-10-2017-0262>
- Biglu, M., Nateq, F., Ghojazadeh, M., & Asgharzadeh, A. (2017). Communication skills of physicians and patients' satisfaction. *Materia Socio Medica*, *29*(3), 192-195. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.192-195>
- 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>
- Domingues, A. R. (2009). *Inteligência emocional, empatia e satisfação no trabalho em médicos* (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Fernández-Quiroga, M., Yévenes, V., Gómez, D., & Villarroel, E. (2017). Uso de la simulación clínica como estrategia de aprendizaje para el desarrollo de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina. *Revista de la Fundación Educación Médica*, *20*(6), 301-304. <https://doi.org/10.33588/fem.206.921>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). Sage.
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(31), 3618-3632. <https://doi.org/10.1200/jco.2017.75.2311>
- Gismero, E. (2000). *EHS Escala de Habilidades Sociales*. TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Grilo, A. M., Rita, J. S., Carolino, E. T., Gomes, A. I., & Santos, M. C. (2018). Centração no paciente: Contributo para o estudo de adaptação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, *6*(1), 170-185. <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148>
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson scale of physician empathy: Development and preliminary

- psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>
- Jacobs, J. M., Pensak, N. A., Sporn, N. J., MacDonald, J. J., Lennes, I. T., Safren, S. A., Pirl, W. F., Temel, J. S., & Greer, J. A. (2017). Treatment satisfaction and adherence to oral chemotherapy in patients with cancer. *Journal of Oncology Practice*, 13(5), 474-485. <https://doi.org/10.1200/jop.2016.019729>
- Jackson, V. A., Mack, J., Matsuyama, R., Lakoma, M. D., Sullivan, A. M., Arnold, R. M., Weeks, J. C., & Block, S. D. (2008). A qualitative study of oncologists' approaches to end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 893-906. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.2480>
- Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>
- Kissane, D., Bultz, B., Butow, P., & Finlay, I. (2011). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. OUP Oxford.
- Klakovich, M. D., & Delacruz, F. A. (2006). Validating the interpersonal communication assessment scale. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.12.005>
- Koh, S., Kim, S., Kim, J., Keam, B., Heo, D. S., Lee, K. H., Kim, B., Kim, J. H., Chang, H. J., & Baek, S. K. (2018). Experiences and opinions related to end-of-life discussion: From oncologists' and resident physicians' perspectives. *Cancer Research and Treatment*, 50(2), 614-623. <https://doi.org/10.4143/crt.2016.446>
- Krupat, E., Yeager, C. M., & Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health*, 15(5), 707-719. <https://doi.org/10.1080/08870440008405481>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Van-der-Hofstadt, C. J., & Rodríguez-Marín, J. (2016a). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*, 32(1), 49-59. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.184701>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & Van-der-Hofstadt, C. J. (2016b). 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>
- Liu, P., Landrum, M. B., Weeks, J. C., Huskamp, H. A., Kahn, K. L., He, Y., Mack, J. W., & Keating, N. L. (2014). Physicians' propensity to discuss prognosis is associated with patients' awareness of prognosis for metastatic cancers. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 673-682. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0460>
- Malhotra, C., Kanesvaran, R., Krishna, L., Xiang, L., Kumarakulasinghe, N. B., Tan, S., Tulsy, J. A., & Pollak, K. I. (2018). Oncologists' responses to patient and caregiver negative emotions and

- patient perception of quality of communication: Results from a multi-ethnic Asian setting. *Supportive Care in Cancer*, 26(3), 957-965. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3916-0>
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações*. ReportNumber, Lda.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Melo, C., Fonseca, A., Silva, C., Almeida-Santos, T., & Canavarro, M. C. (2018). Portuguese oncologists' practices regarding female fertility preservation: Which barriers most relate to these practices? *European Journal of Cancer Care*, 27(2), Article e12812. <https://doi.org/10.1111/ecc.12812>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage Publications.
- Oliveira, L., Fernandes, M., Santos, Z., Bastos, H., & Cabral, A. (2014). Cancer diagnosis disclosure from Portuguese physicians. *Palliative and Supportive Care*, 13(4), 1031-1036. <https://doi.org/10.1017/s1478951514000844>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 2.^a série, 78, 20 de Abril de 2011, 17931- 17936.
- Peccatori, F. A., Azim Jr, H. A., Orecchia, R., Hoekstra, H. J., Pavlidis, N., Kesic, V., Pentheroudakis, G., & ESMO Guidelines Working Group. (2013). Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 24(6), 160-170. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt199>
- Pestana-Santos, A., Loureiro, L., Santos, V., & Carvalho, I. (2018). Patients with schizophrenia assessing psychiatrists' communication skills. *Psychiatry Research*, 269, 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.040>
- Rees, C., Sheard, C., & Davies, S. (2002). The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: The communication skills attitude scale (CSAS). *Medical Education*, 36(2), 141-147. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01072.x>
- Sánchez-Expósito, J., Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Carrillo-Izquierdo, M. D., & Jiménez-Rodríguez, D. (2018). Socio-emotional competencies as predictors of performance of nursing students in simulated clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 32, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.009>
- Schulman-Green, D., Smith, C. B., Lin, J. J., Feder, S., & Bickell, N. A. (2018). Oncologists' and patients' perceptions of initial, intermediate, and final goals of care conversations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), 890-896. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.024>

- Semedo, C. S. (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, Espanha.
- Snow, R., Humphrey, C., & Sandall, J. (2013). What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: A qualitative patient-led study. *BMJ Open*, 3(11), Article e003583. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003583>
- Skär, L., & Söderberg, S. (2018). Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nursing Open*, 5(2), 224-232. <https://doi.org/10.1002/nop2.132>
- Sustersic, M., Gauchet, A., Kernou, A., Gibert, C., Foote, A., Vermorel, C., & Bosson, J. (2018). A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PLOS ONE*, 13(2), Article e0192306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192306>
- Terwee, C. B., Bot, S. D., De Boer, M. R., Van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Udo, C., Lövgren, M., Lundquist, G., & Axelsson, B. (2017). Palliative care physicians' experiences of end-of-life communication: A focus group study. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), Article e12728. <https://doi.org/10.1111/ecc.12728>
- Weijters, B., Baumgartner, H., & Schillewaert, N. (2013). Reversed item bias: An integrative model. *Psychological Methods*, 18(3), 320-334. <https://doi.org/10.1037/a0032121>
- Wodskou, P. M., Høst, D., Godtfredsen, N. S., & Frølich, A. (2014). A qualitative study of integrated care from the perspectives of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their relatives. *BMC Health Services Research*, 14(1), 471-482. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-471>
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>

Estudo II

Competências de comunicação dos oncologistas Portugueses: Que fatores estão mais associados a estas competências?

A literatura descreve uma comunicação médico-doente (CMD) eficaz como aquela que é centrada no doente, ou seja, em que o médico se dispõe a partilhar todas as informações e decisões de teor clínico com o doente, focando-se nas suas principais necessidades e preocupações (Sustersic et al., 2018).

Uma CMD eficaz tem revelado um impacto positivo numa variedade de doenças (e.g., cancro, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica; Jacobs et al., 2017; Snow et al., 2013; Wodskou et al., 2014), nomeadamente ao nível dos doentes (e.g., maior entendimento das indicações médicas, maior adesão terapêutica, maior sentimento de autonomia e controlo sobre a doença, maior satisfação; Belasen & Belasen, 2018; Biglu et al., 2017), dos médicos (e.g., maior sucesso terapêutico, maior satisfação e motivação profissional, menor desgaste emocional; Jackson et al., 2008) e, consequentemente, das próprias instituições de saúde (e.g., a diminuição do número de idas ao hospital e reinternamentos leva a uma redução dos custos gerais; Belasen & Belasen, 2018).

Comparativamente a outras áreas da saúde, a CMD em oncologia é particularmente desafiante, dada a necessidade constante dos médicos partilharem com os doentes informações e decisões clinicamente complexas e exigentes, do ponto de vista emocional e cognitivo (Bernacki & Block, 2014). Em vários momentos do percurso da sua doença e terapêutica, os doentes oncológicos experienciam níveis elevados de emoções negativas (e.g., ansiedade, medo, tristeza, desesperança, angústia, negação, raiva), que são particularmente intensas quando recebem más notícias sobre o seu diagnóstico e/ou prognóstico (Baile & Aaron, 2005). Isto constitui um grande desafio à comunicação eficaz dos oncologistas com os seus doentes. Por um lado, estes profissionais têm de ser capazes de responder eficazmente às emoções expressadas, o que é referido na literatura como essencial para a promoção do estabelecimento de uma relação de confiança e de cooperação entre médico e doente (Petrocchi et al., 2019; Zwingmann et al., 2017). Por outro lado, e dada a interferência da elevada ativação emocional no processamento da informação (Etkin et al., 2006; LeDoux, 2000), os oncologistas têm de transmitir a informação médica e de incluir os doentes em tomadas de decisão clínica difíceis, para que estes valorizem os dados transmitidos naquele momento, os assimilem e compreendam. Deste modo, a transmissão de informação de forma clara, simples e sem jargão médico, mas também de forma apelativa, torna-se essencial (Petty & Cacioppo, 1984). Apesar do impacto emocional e da complexidade da informação e das decisões clínicas, os doentes oncológicos reportam querer ser informados pelos seus médicos acerca da sua doença e tratamentos (Ahamad et al., 2018) e

a literatura é clara ao indicar que a compreensão desta informação é essencial para a promoção do nível de adesão e de satisfação dos doentes com os cuidados prestados (e.g., Jacobs et al., 2017).

No sentido de promover uma CMD em oncologia eficaz, várias sociedades internacionais (e.g., American Society of Clinical Oncology, Gilligan et al., 2017; European Society for Medical Oncology, Peccatori et al., 2013) têm desenvolvido e publicado recomendações clínicas específicas para oncologistas, e também têm sido desenvolvidos protocolos para orientar a comunicação em momentos específicos (e.g., protocolo SPIKES para comunicação de más notícias; Baile, 2015; Marschollek et al., 2018). Adicionalmente, vários estudos têm-se focado no estudo e compreensão dos fatores associados a uma CMD eficaz (e.g., Schulman-Green et al., 2018), dos quais se tem destacado a relevância das competências de comunicação dos oncologistas. Por competências de comunicação entendem-se todos os comportamentos verbais e não verbais que compõem a competência relacional dos médicos. Especificamente, estas competências revelam a capacidade dos médicos de (1) expressar informação de forma clara, adequada e compreensível, (2) ouvir atentamente, aceitar e compreender o que os doentes transmitem, livre de julgamento e respeitando-os (3) responder de forma empática, isto é, colocar-se no lugar dos doentes e entender o significado que as coisas têm para si e a forma como as experienciam, e (4) manifestar sentimentos, atitudes, desejos ou opiniões de forma ajustada à situação (Kissane et al., 2011; Leal-Costa et al., 2016a). Tendo em conta a natureza modificável das competências de comunicação, contrariamente ao que acontece com outros fatores que se têm revelado influenciar a CMD (e.g., características dos doentes, como a idade, nível de escolaridade e nível socioeconómico, Levine et al., 2019; Schulman-Green et al., 2018), estas têm recebido particular atenção na literatura.

Apesar dos benefícios da CMD eficaz e das recomendações clínicas de diferentes sociedades para a sua otimização/promoção em oncologia, a literatura continua a reportar uma CMD pobre e, particularmente, competências de comunicação insuficientes nos oncologistas (Koh et al., 2018; Udo et al., 2017). Por exemplo, estudos com doentes oncológicos têm demonstrado que estes não estão a ser incluídos na tomada de decisões médicas, revelando necessidades de informação clínica graves (Ruhe et al., 2016). No estudo de Enzinger et al. (2015), apesar de 71% dos doentes desejarem ser informados sobre o seu prognóstico, apenas 18% reportaram receber esta informação por parte do oncologista. Especificamente em oncologia pediátrica, na perspetiva das crianças e adolescentes, os médicos usam termos vagos para discutir assuntos complexos e delicados (e.g., morte) e negligenciam as tarefas emocionais em detrimento de informações clínicas (Sisk et al., 2017). Em 2019, Levine et al. demonstraram que uma maior percentagem de crianças e adolescentes considerou receber do seu oncologista “muita informação” acerca do impacto físico do cancro (58.10%), comparativamente à percentagem de participantes que referiu receber “muita informação” sobre o impacto emocional da doença (32%). Ainda de notar que 21% dos doentes mencionou não ter tido qualquer discussão sobre as emoções no tratamento do cancro.

Por seu lado, estudos com oncologistas reportam que estes reconhecem a importância de comunicar eficaz e precocemente as informações com os seus doentes (Udo et al., 2017), apesar de apresentarem dificuldades em fazê-lo (Koh et al., 2018; Udo et al., 2017). Liu et al. (2014) reportaram que cerca de 71% dos médicos estavam dispostos a discutir precocemente o prognóstico com os seus doentes terminais, mas apenas 17% dos doentes relevaram ter uma consciência precisa do seu prognóstico, quando questionados. No que diz respeito ao apoio emocional, os oncologistas continuam a não responder de forma empática às preocupações dos doentes, ainda que mostrem disposição a fazê-lo. Por exemplo, Malhotra et. al (2018) revelaram que os oncologistas responderam com empatia apenas a 12% e 9% das emoções negativas dos doentes e seus cuidadores, respetivamente, apesar de 92% dos oncologistas se mostrarem confiantes na sua expressão empática para com os doentes.

Tendo em conta as insuficientes competências de comunicação dos oncologistas que têm sido reportadas, torna-se essencial compreender os fatores que lhes estão associados, por forma a, posteriormente, ser possível otimizá-las através do desenvolvimento de programas de treino eficazes (Gilligan et al., 2017; Stiefel et al., 2018). Apesar da escassez da literatura, é possível identificar nos estudos existentes três grupos de fatores associados às CC dos oncologistas, nomeadamente fatores relacionados com o oncologista (i.e., idade, experiência profissional, *burnout*, empatia, atitudes sobre a relação médico-doente), com os doentes (i.e., idade, religião/cultura, orientação sexual, existência de filhos pequenos, nível de escolaridade, nível socioeconómico, existência de défices cognitivos e perturbação emocional, história de distúrbio psiquiátrico, literacia em saúde, conhecimento do seu estado de saúde, tempo de diagnóstico, tipo e estadió da doença, prognóstico) e com a instituição de saúde (i.e., clima organizacional).

Quanto aos fatores relacionados com os oncologistas, os estudos mostraram que aqueles que têm mais anos de experiência profissional (Koh et al., 2018; Schulman-Green et al., 2018), níveis mais elevados de empatia (Malhotra et. al., 2018) e uma atitude mais centrada no doente (Zwingmann et al., 2017), apresentam mais competências de comunicação de acordo com o que é indicado pelos próprios oncologistas e pelos doentes. Níveis mais baixos de *burnout* (DeVries et al., 2017) têm-se revelado associados a mais competências de comunicação nestes médicos. Em relação aos fatores relacionados com os doentes, os oncologistas revelaram menos competências para comunicar com doentes mais novos, com um diagnóstico de doença oncológica recente, com filhos pequenos ou com défices cognitivos (Granek et al., 2013; Levine et al., 2019; Schulman-Green et al., 2018). Em contrapartida, os oncologistas revelaram mais competências para comunicar com doentes com um nível mais elevado de escolaridade, mais literacia em saúde e conhecimento acerca do seu estado clínico, de um nível socioeconómico mais baixo e com a mesma religião (Sisk & Mack, 2018; Schulman-Green et al., 2018). No que concerne aos fatores relacionados com a instituição, os oncologistas revelaram mais competências para comunicar quando inseridos num ambiente hospitalar de apoio e de ajuda mútua (Schulman-Green et al., 2018).

Apesar do importante contributo da literatura apresentada relativa às competências de comunicação dos oncologistas e aos fatores que lhes estão associados, importa notar a heterogeneidade metodológica dos estudos e algumas das suas limitações. Em primeiro lugar, é de notar que a maioria dos estudos avalia as competências de comunicação dos oncologistas através da avaliação da perceção dos doentes (ou dos seus familiares) acerca destas competências (avaliação *proxy*), o que impossibilita ter a perspetiva dos oncologistas relativas às suas competências e dificuldades na comunicação. Em segundo lugar, a maioria dos estudos avalia apenas as competências dos oncologistas em providenciar informação médica aos doentes, sendo negligenciadas as outras competências de comunicação, nomeadamente as de comunicação não verbal, como o contacto visual e a expressão facial, e as atitudes do oncologista, como o respeito e a empatia. Em terceiro lugar, muitos estudos utilizam métodos qualitativos para avaliar as competências de comunicação dos oncologistas e os fatores que lhes estão associados, o que impossibilita a avaliação da associação real entre os fatores e as competências de comunicação. Por último, os poucos estudos que recorrem a métodos quantitativos, aplicam instrumentos de autorresposta muito longos e, como supracitado, muitos são focalizados apenas na perspetiva do doente.

Em Portugal, a investigação relativa às competências de comunicação dos oncologistas, assim como os fatores que lhes estão associados, é muito escassa. Do nosso conhecimento, apenas o estudo de Oliveira et al. (2014) se debruçou mais especificamente sobre esta temática, tendo avaliado as competências de comunicação dos oncologistas na divulgação do diagnóstico aos seus doentes e explorado potenciais fatores associados a esta prática. Apesar de este ser um estudo descritivo e no qual estes fatores foram avaliados qualitativamente, é de ter em conta os seus resultados. No total, 8% dos oncologistas reportaram não comunicar o diagnóstico aos doentes, indicando o medo da reação destes, a preocupação com o impacto psicológico da notícia e a resposta ao pedido de um familiar, como motivos para não divulgar essa informação ao doente. Os 92% dos médicos que indicaram revelar o diagnóstico, referiram que o nível intelectual e cultural dos doentes, o seu desejo em conhecer a verdade e a existência de familiares, influenciavam a sua decisão de comunicar ou não esta informação aos doentes. No total, 86% dos médicos referiu a necessidade de receber formação sobre comunicação com doentes oncológicos. Mais recentemente, um estudo específico na área da preservação da fertilidade feminina, verificou que as competências de comunicação dos oncologistas se relacionavam com piores práticas de discussão com as doentes acerca do seu futuro reprodutivo (Melo et al., 2018).

Face ao exposto, realça-se a importância de estudar as atuais competências de comunicação dos oncologistas Portugueses, assim como os fatores que lhes estão associados, para, por um lado, identificar as componentes que devem ser incluídas num programa de treino de competências de comunicação destes médicos, como, por outro lado, identificar perfis de oncologistas Portugueses, em termos de variáveis sociodemográficas e profissionais, que tenham menos competências de comunicação e por isso necessitem de mais formação nesta área. Assim, no presente estudo

pretendemos (1) avaliar as competências de comunicação de uma amostra de oncologistas Portugueses com várias especialidades clínicas, bem como a sua perceção relativa aos seus níveis atuais de competências de comunicação, conhecimento e necessidades de formação na área da CMD; e (2) examinar a relação entre fatores relacionados com os oncologistas (i.e., dados sociodemográficos, dados profissionais, *burnout*, empatia, atitudes sobre a relação médico-doente), relacionados com o doente (i.e., dados sociodemográficos, dados clínicos, literacia em saúde) e relacionados com a instituição (i.e., clima organizacional) e as competências de comunicação dos oncologistas.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 102 médicos oncologistas, com diferentes especialidades, dos quais 68.60% eram internos. Esta era maioritariamente composta por participantes do sexo feminino (75.50%) e de religião católica (55.90%), e tinham uma média de idades de 31 anos. Relativamente à situação profissional, a maioria dos oncologistas trabalhava em instituições de saúde pública (77.50%) e localizadas na Área Metropolitana de Lisboa (33.30%), bem como no Norte (30.40%) e Centro (28.40%) do país. Os participantes reportaram assistir doentes, em média, há seis anos, indicando trabalhar, em média, oito horas por dia e a maioria dos participantes (88.20%) indicou assistir menos de 30 doentes por dia. As características sociodemográficas e profissionais da amostra apresentam-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais da amostra (N = 102)

	Total
Dados sociodemográficos	
Idade (anos), <i>M (SD)</i> , Min-Máx	31.27 (8.63), 22-68
Sexo , <i>n (%)</i>	
Masculino	25 (24.50)
Feminino	77 (75.50)
Religião , <i>n (%)</i>	
Sem religião	44 (43.10)
Religião católica	57 (55.90)
Dados profissionais	
Horas de trabalho por dia , <i>M (SD)</i> , Min-Máx	8.34 (1.26), 5-12
Anos a que assiste doentes , <i>M (SD)</i> , Min-Máx	6.18 (8.18), 0-45
Nível de formação/Interno , <i>n (%)</i>	
Não	32 (31.40)
Sim	70 (68.60)
Especialidade Clínica , <i>n (%)</i>	
Medicina Geral e Familiar	25 (24.50)
Medicina Interna	23 (22.50)
Cirurgia Geral	5 (4.90)
Anestesiologia	4 (3.90)
Outras	26 (25.50)
Sem especialidade	19 (18.60)
Zona geográfica da instituição , <i>n (%)</i>	
Norte	31 (30.40)
Centro	29 (28.40)

Área Metropolitana de Lisboa	34 (33.30)
Alentejo	4 (3.90)
Algarve	1 (1.00)
Região Autónoma dos Açores	1 (1.00)
Região Autónoma da Madeira	2 (2.00)
Tipo de instituição, n (%)	
Pública	79 (77.50)
Privada	8 (7.80)
Pública e Privada	15 (14.70)
Número de doentes que assiste por dia, n (%)	
Menos de 30	90 (88.20)
30-50	10 (9.80)
51-70	2 (2.00)

Nota: Outras = Pediatria; Psiquiatria; Ginecologia e Obstetrícia; Medicina Dentária; Medicina Física e Reabilitação; Nefrologia; Oncologia Médica; Cardiologia; Ortopedia; Pneumologia; Gastroenterologia; Hematologia; Medicina Nuclear; Medicina do Trabalho; Neurocirurgia; Saúde Pública e Urologia.

Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC) e seguiu as recomendações éticas para a realização de investigação com seres humanos (e.g., Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011; Associação Americana de Psicologia, 2020). Trata-se de um estudo quantitativo e de desenho transversal, e que utilizou um método de amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: (1) ser médico e seguir doentes oncológicos; (2) trabalhar numa instituição de saúde portuguesa; e (3) ter nível de compreensão da língua Portuguesa que possibilitasse o preenchimento do protocolo de avaliação.

A recolha da amostra foi realizada *online*, num único momento de avaliação, entre 28 de janeiro e 16 março de 2020, através da divulgação do *link* para acesso ao protocolo de avaliação colocado numa plataforma segura (<http://www.limesurvey.com>) e alojada no *website* da FPCE-UC. A divulgação do *link* para o protocolo de avaliação *online* foi feita através das redes sociais *Facebook*, *Instagram* e *LinkedIn*, nomeadamente através de anúncios pagos e não pagos para alcançarem Portugueses com mais de 25 anos com interesse na temática da saúde, e através de panfletos desenvolvidos para o efeito e que foram distribuídos em instituições de saúde. Após acederem ao *link* para o protocolo de avaliação, os participantes obtinham informação acerca dos objetivos do estudo, do anonimato das respostas, da natureza voluntária da participação, do papel dos participantes e das responsabilidades dos investigadores, assim como dos contactos da equipa de investigação. Após lerem esta informação, os sujeitos que pretendessem participar, tinham de dar o seu consentimento informado, carregando no botão “Seguinte”, que os direcionava ao protocolo de avaliação.

Instrumentos

O protocolo de avaliação de autorresposta administrado aos participantes demorava cerca de 15 minutos a ser respondido e era constituído pelas medidas apresentadas de seguida.

Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS; Leal-Costa et al., 2016b). A HP-CSS é uma escala de autorresposta que avalia as competências de comunicação dos profissionais de saúde na relação clínica que estabelecem com os doentes. É composta por 18 itens que se organizam em quatro dimensões: Comunicação Informativa, que avalia a forma como os profissionais de saúde obtêm e fornecem informações na relação clínica com os doentes (seis itens; e.g., *Quando dou informação aos doentes, faço-o com termos compreensíveis*); Empatia, que reflete a capacidade para escutar ativamente, compreender e responder, de forma empática, aos sentimentos dos doentes (cinco itens; e.g., *Tento compreender os sentimentos do meu doente*); Respeito, que avalia o respeito demonstrado pelos profissionais de saúde na relação clínica que estabelecem com os doentes (três itens; e.g., *Respeito o direito dos doentes a expressarem-se livremente*) e Competência Social, que reflete a capacidade em ser assertivo ou ter comportamentos socialmente adequados na relação clínica que é estabelecida com os doentes (quatro itens; e.g., *Expresso de forma clara as minhas opiniões e desejos aos doentes*). Os itens são respondidos numa escala de resposta de tipo *Likert* de seis pontos (1 = *Quase nunca* a 6 = *Muitas vezes*), sendo que dois itens são cotados de forma invertida. A pontuação de cada dimensão é obtida a partir do cálculo da média aritmética dos itens que a constituem, sendo que pontuações mais elevadas numa dimensão refletem um maior nível de competências de comunicação naquela dimensão. No estudo original, a HP-CSS apresentou valores de alfa de Cronbach entre .65 (Competência Social) e .78 (Comunicação Informativa; Leal-Costa et al., 2016b). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .67 para a dimensão Comunicação Informativa, .80 para a dimensão Empatia, .48 para a dimensão Respeito, .54 para a dimensão Competências Sociais e de .84 para o total da escala.

Questões relativas à perceção pessoal dos níveis atuais de competências de comunicação, conhecimento e necessidade de formação na área da CMD. Através de três questões, desenvolvidas pelos investigadores para o presente estudo, foi avaliada a perceção dos oncologistas relativa aos seus níveis atuais de competências de comunicação (*Como classificaria o seu nível atual de competências de comunicação médico-doente?*), conhecimento em CMD (*Como classificaria o seu grau de conhecimento atual na área da comunicação médico-doente?*) e necessidade de formação em CMD (*Como classificaria o seu grau atual de necessidade de formação na área da comunicação médico-doente?*). Cada uma destas questões foi respondida através de uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1 = *Sem competências de comunicação/conhecimento/necessidades de formação*; 5 = *Imensas competências de comunicação/conhecimento/necessidades de formação*).

Fatores relacionados com os oncologistas:

Ficha de dados sociodemográficos e profissionais. Foi recolhida informação acerca das características sociodemográficas e profissionais dos participantes através de um conjunto de questões de autorresposta, desenvolvidas pelos investigadores para o presente estudo. Quanto aos dados sociodemográficos, os participantes foram questionados acerca do sexo, idade e religião. No que respeita às características profissionais, foram avaliadas as variáveis especialidade clínica, nível de formação (i.e., interno, não interno), tipo de instituição de saúde onde trabalha (i.e., pública, privada, ambas), zona do país da instituição de saúde onde trabalha, número de horas que trabalha por dia e experiência profissional (i.e., número de anos durante os quais assiste doentes, número de doentes assistidos por dia).

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 que objetiva avaliar aspetos relacionados com a síndrome de *burnout* em profissionais de saúde. É composto por 22 itens, organizados em três subescalas que correspondem às três dimensões que compõem a síndrome: Exaustão Emocional, que mede o nível de escassez de recursos emocionais, morais e psicológicos (nove itens; e.g., *Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho*); Despersonalização, que mede o nível de distanciamento afetivo ou de indiferença emocional em relação ao outro (cinco itens; e.g., *Tornei-me mais insensível às pessoas desde que comecei a trabalhar nesta profissão*) e Realização Pessoal, que mede os níveis de competência e prazer associados ao desempenho da atividade profissional (oito itens; e.g., *Sinto-me muito satisfeito(a) depois de ter estado a trabalhar de perto com os meus doentes/utentes*). 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* e pontuações mais elevadas na subescala Realização Pessoal correspondem a níveis mais baixos de *burnout*. A versão portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas, à exceção do nível de consistência interna da subescala Despersonalização ($\alpha = .52$; Semedo, 2009). No presente estudo, o alfa de Cronbach variou entre .82 (Realização Pessoal) e .92 (Exaustão Emocional).

Escala de Jefferson de Empatia Médica (JSPE; Hojat et al., 2001; Versão Portuguesa (VP): Domingues, 2009). A JSPE é uma escala de autorresposta que avalia a empatia em prestadores de cuidados de saúde aos doentes. É uma medida unidimensional, constituída por 20 itens relacionados com o colocar-se na perspetiva do doente e compreender os seus sentimentos e experiências (e.g., *Um médico que se consegue imaginar no lugar dos outros, consegue ajudá-los melhor*; *Para um tratamento eficaz, os médicos devem estar atentos às experiências pessoais dos seus doentes*). As respostas são classificadas numa escala de tipo *Likert* de sete pontos (1 = *Discordo Totalmente* a 7 = *Concordo Totalmente*), com exceção dos itens 10, 17 e 18 que são cotados de forma invertida. A

pontuação global da escala é obtida a partir do cálculo da média dos 20 itens, sendo que quanto mais elevada, maior é o nível de empatia. Em termos de características psicométricas, a versão portuguesa da JSPE, revelou bons níveis de validade e consistência interna (Domingues, 2009). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .89.

Escala de Orientação Doente-Profissional (PPOS; Krupat et al., 2000; VP: Grilo et al., 2018). A PPOS é uma escala de autorresposta que, quando aplicada a médicos/estudantes de medicina, permite avaliar as suas atitudes ao longo do contínuo centração do doente *versus* centração na doença/médico, ou seja, se possui uma orientação mais centrada no doente ou mais centrada na doença/médico. Esta escala é constituída por 18 itens que se organizam em duas dimensões distintas da centração no doente: (1) Partilha, que mede o grau em que o médico partilha informação, controlo e responsabilidade com o doente (9 itens; e.g., *É o médico que deve decidir o que é conversado durante uma consulta*); e (2) Cuidado, que mede o grau em que o médico proporciona suporte ao doente e se preocupa com aspetos que ultrapassam os sintomas físicas, nomeadamente com as expectativas, sentimentos e preferência dos doentes (9 itens; e.g., *Se as principais ferramentas do médico forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso*). As respostas são classificadas numa escala de tipo Likert de seis pontos (1 = *Completamente de acordo* a 6 = *Completamente em desacordo*), com exceção dos itens 9, 13 e 17 que são cotados de forma invertida. As pontuações das dimensões são obtidas através do cálculo da média dos itens que as constituem, sendo que pontuações mais elevadas em cada dimensão refletem uma atitude mais centrada no doente. O resultado total da escala é obtido a partir da média dos 18 itens, e este pode ser dividido em três grupos: alto (resultado total ≥ 5), correspondendo a uma orientação mais centrada no doente; médio ($4.57 \leq$ resultado total ≤ 5) e baixo (resultado total ≤ 4.57) correspondendo a uma orientação mais centrada na doença/médico. A versão portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas (Grilo et al., 2018). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .68 para a dimensão Partilha, .60 para a dimensão Cuidado e .72 para o total da escala.

Fatores relacionados com os doentes:

Itens relativos à percepção sobre a influência de características dos doentes na comunicação dos oncologistas. Com base na literatura (e.g., Granek et al., 2013; Levine et al., 2019; Schulman-Green et al., 2018) foram desenvolvidos 14 itens, especificamente para o presente estudo, no sentido de avaliar a percepção dos oncologistas sobre a influência de dados sociodemográficos (i.e., menor de idade, ter filhos pequenos, religião/cultura diferente, ser homossexual), clínicos (diagnóstico recente, pobre prognóstico, tipo de doença, diagnóstico grave, défices cognitivos, estadios avançados, maior ativação emocional, estado físico geral diminuído, história de doença mental) e do nível baixo de literacia em saúde dos doentes nas suas competências de comunicação (e.g., *Quando o doente tem menos de 18 anos, sinto dificuldade em conversar abertamente sobre o seu problema de saúde*;

Perante um doente recém-diagnosticado, consigo expressar-me clara e firmemente; Sinto dificuldade em discutir informação médica com doentes com um nível inferior de literacia em saúde). Foi solicitado aos participantes que indicassem em que medida se identificavam com cada um destes itens, através de uma escala de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = *Não me identifico nada* a 5 = *Identifico-me totalmente*). Quanto maior a pontuação em cada item, maior a perceção do oncologista de que aquela característica interfere na forma como comunica com os doentes; com exceção dos itens 2, 4, 7, 10 e 12 que são cotados de forma invertida. Na amostra deste estudo registou-se um alfa de Cronbach de .77.

Fatores relacionados com a instituição:

Escala de Clima Organizacional (WES; Moos, 1981; VP: Louro, 1995). A WES é uma escala de autorresposta que avalia a perceção dos trabalhadores acerca do seu local de trabalho. É constituída por 90 itens, divididos em três dimensões – Relacionamento, Desenvolvimento Pessoal e Sistemas de Manutenção e Mudança – que por sua vez estão divididas por subescalas, com nove itens cada. Neste estudo foi apenas usada a dimensão Desenvolvimento Pessoal (27 itens) e as respetivas subescalas: Autonomia (nove itens; e.g., *Os empregados têm muita liberdade para fazer o trabalho como quiserem*); Orientação para a Tarefa/Organização (nove itens; e.g., *Muito tempo é desperdiçado devido à ineficiência*) e Pressão no Trabalho (nove itens; e.g., *Existe uma pressão constante para os empregados permanecerem a trabalhar*). Os itens são de resposta dicotómica e classificados numa escala do tipo Verdadeiro/Falso (0 = *Falso*; 1 = *Verdadeiro*), com exceção de 10 itens que são cotados de forma invertida. As pontuações das subescalas são obtidas através da soma das pontuações brutas dos itens que as constituem, sendo que pontuações elevadas nas subescalas Autonomia e Orientação para Tarefa correspondem a uma perspetiva positiva do ambiente profissional e pontuações elevadas na subescala Pressão no Trabalho corresponde a uma perspetiva negativa do ambiente profissional. A versão portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas (Louro, 1995). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .64 para a subescala Autonomia e de .63 para as subescalas Orientação para a Tarefa/Orientação e Pressão no Trabalho.

Análise de dados

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22). De forma a caracterizar a amostra nas variáveis sociodemográficas e profissionais foram realizadas estatísticas descritivas (e.g., médias, desvios-padrão, frequências). De igual modo, as estatísticas descritivas foram utilizadas para descrever as competências de comunicação dos oncologistas, bem como a sua perceção relativamente aos seus níveis atuais de competências de comunicação, conhecimento e necessidade de formação na área da CMD. No que concerne ao estudo dos fatores associados às competências de comunicação dos oncologistas, numa primeira fase, foram calculados os coeficientes de correlação bivariados de Pearson (*Point-biserial* [R_{pb}]) para as variáveis

dicotômicas), de forma a explorar a força e a direção (i.e., positiva ou negativa) da relação entre os diferentes fatores e as competências de comunicação dos oncologistas. Segundo Cohen (1988), a força destas associações pode ser classificada como “pequena” ($r < .30$), “moderada” ($r > .30$; $r < .50$) ou “forte” ($r \geq .50$). Numa segunda fase, e com o objetivo de explorar a contribuição relativa dos fatores para a explicação das competências de comunicação dos oncologistas, efetuaram-se análises de regressão múltipla hierárquica, ou por blocos (método *enter*). Estas foram realizadas separadamente para cada variável dependente (VD; i.e., cada dimensão da escala HP-CSS: Comunicação Informativa, Empatia, Respeito, Competências Sociais), sendo que apenas as variáveis que se revelaram significativamente associadas com cada VD (primeira fase previamente descrita) foram utilizadas no modelo de regressão. De notar que os fatores diferiram em cada um dos quatro modelos. Nos modelos de regressão relativos à Comunicação Informativa, Empatia e Respeito, os preditores foram colocados em dois blocos (i.e., bloco 1 = fatores relacionados com os oncologistas; bloco 2 = fatores relacionados com os doentes). Quanto ao modelo de regressão relativo às Competências Comunicacionais, dada a ausência de associações significativas com os fatores relacionados com os oncologistas, os fatores foram colocados apenas em um bloco (i.e., bloco 1 = fatores relacionados com os doentes). Para todas as análises descritas anteriormente, o nível de significância considerado foi $p < .05$.

Resultados

Descrição das competências de comunicação dos oncologistas

Relativamente à Comunicação Informativa, a pontuação média registada na dimensão foi de 5.19 ($DP = 0.56$). A maioria dos oncologistas (81.40%; $n = 83$) revelou acreditar, muitas vezes, que os doentes têm direito a receber informação relacionada com a saúde, sendo que 61.80% ($n = 63$) dos clínicos referiu dar, com a mesma frequência, informação aos doentes sobre aquilo que os preocupa. Além disso, 47.10% ($n = 48$) e 41.20% ($n = 42$) dos participantes referiu usar termos compreensíveis e assegurar-se, muitas vezes, que os doentes compreendem a informação dada, respetivamente. No entanto, 2.90% ($n = 3$) dos oncologistas referiu utilizar silêncio apenas de vez em quando, para que o doente assimile a informação.

Quanto à Empatia, a pontuação média registada na dimensão foi de 4.94 ($DP = 0.70$). A maioria dos clínicos (55.90%; $n = 57$) reportou mostrar, muitas vezes, interesse através de gestos corporais quando os doentes falam. Não obstante, 8.80% ($n = 9$) dos oncologistas referiu explorar as emoções dos seus doentes apenas de vez em quando. Adicionalmente, 47.10% ($n = 48$) mencionou ouvir, muitas vezes, os doentes sem preconceito, ainda que seis oncologistas (5.90%) revelassem dedicar tempo a ouvir e compreender as necessidades dos doentes apenas algumas vezes.

No que concerne ao Respeito, a pontuação média registada na dimensão foi de 5.35 ($DP = 0.58$). Neste sentido, 64.70% ($n = 66$) e 57.80% ($n = 59$) dos oncologistas referiu respeitar, muitas vezes, o direito dos doentes a se expressarem de forma livre, bem como a sua autonomia e liberdade, respetivamente. No entanto, três clínicos (2.90%) mencionaram sentir que respeitam as necessidades dos doentes apenas algumas vezes.

No que diz respeito às Competências Sociais, a pontuação média registada na dimensão foi de 4.40 ($DP = 0.75$). Cerca de 34.30% ($n = 35$) dos oncologistas indicou expressar, normalmente, as suas opiniões de forma clara e firme na interação com os doentes, em oposição a 2% ($n = 2$) que reportou quase nunca o fazer. Além disso, 6.90% ($n = 7$) dos participantes revelou que quando os doentes fazem algo que não lhes parece correto, expressam o seu desacordo e/ou desagrado apenas de vez em quando. Quatro oncologistas (3.90%) reportaram que muitas vezes é-lhes difícil fazer pedidos aos doentes; em contrapartida, 19.60% ($n = 20$) referiu que quase nunca sente dificuldade em fazê-lo.

Perceção dos oncologistas quanto aos seus níveis atuais de competências de comunicação, conhecimento e necessidades de formação na área da CMD

Relativamente à perceção dos oncologistas quanto ao nível atual de competências de comunicação, registou-se uma pontuação média de 3.32 ($DP = 0.74$). A maioria dos clínicos (33.30%; $n = 34$) referiu possuir algumas competências de comunicação. Um oncologista (1%) mencionou não possuir competências, contrariamente a 2.90% ($n = 3$) que revelou ter imensas competências de comunicação. No que diz respeito à perceção relativa ao seu nível de conhecimento na área da CMD,

registou-se uma pontuação média de 3.15 ($DP = 0.62$). A maioria dos oncologistas (39.20%, $n = 40$) revelou possuir algum conhecimento. Um participante (1%) indicou não ter conhecimento algum, em oposição a 15.7% ($n = 16$) que indicou possuir muito conhecimento nesta área. Por fim, quanto à percepção dos oncologistas em relação ao seu nível de necessidades de formação na área da CMD, verificou-se uma pontuação média de 3.02 ($DP = 0.82$). A maioria dos participantes (32.40%, $n = 33$) referiu ter alguma necessidade, seguindo-se uma percentagem de 12.70% ($n = 13$) que indicou ter muita necessidade. Dois oncologistas (2%) consideraram ter imensa necessidade de formação na área da CMD.

Fatores associados às competências de comunicação dos oncologistas

Análises preliminares

Na Tabela 2 são apresentadas as associações entre as dimensões da HP-CSS e os fatores relacionados com os oncologistas. Foi encontrada uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a dimensão Comunicação Informativa da HP-CSS e a Empatia (total JSPE), bem como entre a dimensão Empatia da HP-CSS e as variáveis Realização Pessoal e Empatia (total JSPE). De igual modo, verificaram-se correlações positivas e significativas entre a dimensão Respeito da HP-CSS e as variáveis Nível de formação e Realização Pessoal. Por outro lado, correlações negativas e significativas foram encontradas entre a dimensão Respeito da HP-CSS e as variáveis Idade e Anos a que assiste doentes.

Tabela 2. Correlações entre as dimensões da HP-CSS e os fatores relacionados com os oncologistas

Variáveis em estudo	Competências Comunicacionais (HP-CSS)			
	Comunicação Informativa	Empatia	Respeito	Competências Sociais
Sociodemográficas e profissionais				
Sexo	.06	.10	-.06	.11
Idade	.05	-.17	-.25*	-.01
Religião	.06	.02	-.03	.02
Nível de formação/Interno	.02	.17	.23*	-.07
Horas de trabalho por dia	.14	.04	-.04	.01
Anos a que assiste doentes	.12	-.10	-.23*	.10
Número de doentes que assiste por dia	-.02	.01	.00	.06
Burnout (MBI-HSS)				
Exaustão Emocional	.01	-.01	.03	-.06
Despersonalização	-.23	-.09	-.00	-.15
Realização Pessoal	.24	.33**	.27*	.22
Empatia (Total JSPE)	.26*	.31**	.18	.11
Atitude relação médico-doente (PPOS)				
Partilha	-.13	.24	.11	-.22
Cuidado	-.03	-.03	-.12	-.01
Total	-.10	.15	.01	-.15

Nota. Sexo [0 = Masculino; 1 = Feminino]. Religião [0 = Sem Religião; 1 = Religião Católica]. Nível de formação/Interno [0 = Não; 1 = Sim]. * $p < .05$. ** $p < .01$.

A Tabela 3 contém informação relativa às associações entre as dimensões da HP-CSS e os fatores relacionados com os doentes. Em relação às variáveis sociodemográficas dos doentes, foram encontradas correlações negativas e significativas entre a variável Menor de idade do doente e as dimensões Comunicação Informativa e Competências Sociais da HP-CSS. No que diz respeito às variáveis clínicas dos doentes, o Tipo de doença revelou-se associado negativa e significativamente com todas as dimensões da HP-CSS, sendo que as correlações variaram entre -.30 (Competências Sociais, $p < .01$) e -.56 (Empatia, $p < .001$). Além disso, encontraram-se correlações negativas e significativas entre a dimensão Comunicação Informativa da HP-CSS e as variáveis Diagnóstico recente, Estadio avançado, Maior ativação emocional e Estado físico geral diminuído. Além disso, correlações negativas e significativas foram encontradas entre a dimensão Empatia da HP-CSS e as variáveis Estadio avançado, Maior ativação emocional, Estado físico geral diminuído e História de doença mental. A dimensão Competências Sociais mostrou-se negativa e significativamente associada às variáveis Diagnóstico recente, Pobre prognóstico, Maior ativação emocional e Estado físico geral diminuído. Quanto ao Nível de literacia em saúde dos doentes, este relevou-se negativa e significativamente associado à dimensão Competências Sociais da HP-CSS.

Tabela 3. *Correlações entre as dimensões da HP-CSS e os fatores relacionados com os doentes*

Variáveis em estudo	Competências Comunicacionais (HP-CSS)			
	Comunicação Informativa	Empatia	Respeito	Competências Sociais
Sociodemográficas				
Menor de idade	-.24*	.02	-.10	-.24*
Ter filhos pequenos	-.11	.01	.06	-.11
Religião/Cultura diferente	.04	-.17	-.18	.08
Ser homossexual	-.10	-.04	-.04	-.06
Clínicas				
Diagnóstico recente	-.26**	-.07	-.06	-.28**
Pobre prognóstico	-.14	.05	.10	-.24*
Tipo de doença	-.47***	-.56***	-.31**	-.30**
Diagnóstico grave	.04	-.02	.04	.02
Défices cognitivos	-.17	-.18	-.13	-.17
Estadio avançado	-.21*	-.21*	-.07	-.15
Maior ativação emocional	-.27**	-.25*	-.18	-.21*
Estado físico geral diminuído	-.20*	-.27**	-.10	-.25*
História de doença mental	-.13	-.20*	-.16	-.16
Nível baixo de literacia em saúde	-.19	-.12	-.02	-.28**

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .00$

Relativamente às correlações entre as dimensões da HP-CSS e os fatores relacionadas com a instituição de saúde, nenhuma se revelou estatisticamente significativa (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Correlações entre as dimensões da HP-CSS e os fatores relacionados com a instituição

Variáveis em estudo	Competências Comunicacionais (HP-CSS)			
	Comunicação Informativa	Empatia	Respeito	Competências Sociais
Clima Organizacional (WES)				
Autonomia	-.09	-.02	.03	-.14
Orientação para a Tarefa/Organização	-.09	.04	.02	-.15
Pressão no Trabalho	.12	.01	-.06	-.01

Contribuição relativa dos fatores relacionados com os oncologistas e dos fatores relacionados com os doentes para a explicação da Comunicação Informativa

O *step* 1 mostrou-se significativo, explicando 7% da Comunicação Informativa ($\beta = .26, p < .05$; F para $\Delta R^2_{(1,76)} = 5.34, p < .05$; $\Delta R^2 = .07$). O *step* 2, com a introdução na equação de regressão dos fatores relacionados com o doente, revelou-se igualmente significativo e a explicar no seu conjunto 18% da VD (F para $\Delta R^2_{(6,70)} = 2.83, p < .05$; $\Delta R^2 = .18$). Constatou-se que as variáveis Menor de idade ($\beta = -.23, p < .05$) e Tipo de doença ($\beta = -.34, p < .01$) apresentaram uma significativa e independente contribuição para a explicação da variância da Comunicação Informativa (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Modelo de regressão múltipla hierárquica para as variáveis associadas à Comunicação Informativa

Variáveis	Step 1: Fatores relacionados com os oncologistas			Step 2: Fatores relacionados com os doentes		
	$R^2 = .07$			$R^2 = .25$		
	$\Delta R^2 = .07$			$\Delta R^2 = .18$		
	F para $\Delta R^2 = 5.34^*$			F para $\Delta R^2 = 2.83^*$		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Empatia	.21	.09	.26*	.13	.09	.16
Menor de idade				-.11	.06	-.23*
Diagnóstico recente				-.06	.07	-.10
Tipo de doença				-.20	.07	-.34**
Estadio avançado				.06	.06	.12
Maior ativação emocional				-.11	.07	-.20
Estado físico geral diminuído				.15	.08	.25

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Contribuição relativa dos fatores relacionados com os oncologistas e dos fatores relacionados com os doentes para a explicação da Empatia

O *step* 1 mostrou-se significativo e a contribuir 14% para a explicação da Empatia (F para $\Delta R^2_{(2,62)} = 5.23, p < .01$; $\Delta R^2 = .14$). Contudo, nenhuma das variáveis independentes (i.e., Empatia e Realização Pessoal) surgiram como fatores significativos. Em contrapartida, no *step* 2, a adição dos fatores relacionados com os doentes não se revelou significativa (F para $\Delta R^2_{(5,57)} = 1.64, p > .05$; ΔR^2

= .11). Ainda assim, o modelo final foi significativo; o fator Tipo de doença apresentou uma significativa e independente contribuição para a explicação da variância da Empatia ($\beta = -.37, p < .01$) cf. Tabela 6).

Tabela 6. Modelo de regressão múltipla para as variáveis associadas à Empatia

Variáveis	Step 1: Fatores relacionados com os oncologistas			Step 2: Fatores relacionados com os doentes		
	$R^2 = .14$			$R^2 = .25$		
	$\Delta R^2 = .14$			$\Delta R^2 = .11$		
	F para $\Delta R^2 = 5.23^{**}$			F para $\Delta R^2 = 1.64$		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Empatia	.22	.14	.21	.10	.15	.10
Realização Pessoal	.18	.10	.24	.17	.11	.22
Tipo de doença				-.30	.11	-.37**
Estadio avançado				.07	.09	.10
Maior ativação emocional				.03	.11	.04
Estado físico geral diminuído				.03	.11	.03
História de doença mental				-.09	.10	-.13

Nota. ** $p < .01$.

Contribuição relativa dos fatores relacionados com os oncologistas e dos fatores relacionados com os doentes para a explicação do Respeito

Relativamente à dimensão Respeito, o step 1 mostrou-se significativo e a contribuir 16% para a explicação do Respeito (F para $\Delta R^2_{(4,60)} = 2.89, p < .05; \Delta R^2 = .16$). Numa análise mais detalhada do modelo é visível que apenas a variável Realização Pessoal surgiu como fator significativo ($\beta = .28, p < .05$). O step 2, com a junção dos fatores relacionados com os doentes, não se revelou significativo (F para $\Delta R^2_{(1,59)} = .46, p > .05; \Delta R^2 = .01$). Ainda assim, a variável Realização Pessoal apresentou uma significativa e independente contribuição para a explicação da variância do Respeito ($\beta = .26, p < .05$) cf. Tabela 7).

Tabela 7. Modelo de regressão múltipla para as variáveis associadas ao Respeito

Variáveis	Step 1: Fatores relacionados com os oncologistas			Step 2: Fatores relacionados com os doentes		
	$R^2 = .16$			$R^2 = .17$		
	$\Delta R^2 = .16$			$\Delta R^2 = .01$		
	F para $\Delta R^2 = 2.89^*$			F para $\Delta R^2 = .46$		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Idade	.01	.02	.20	.01	.02	.24
Nível de formação/Interno	-.02	.18	-.02	-.02	.18	-.02
Anos de experiência	-.03	.02	-.50	-.03	.03	-.56
Realização pessoal	.19	.08	.28*	.17	.08	.26*
Tipo de doença				-.06	.09	-.09

Nota. Nível de formação/Interno [0 = Não; 1 = Sim]. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Contribuição relativa dos fatores relacionados com os doentes para a explicação das Competências Sociais

Na medida em que só os fatores relacionados com os doentes se revelaram significativamente associados à dimensão Competências Sociais (cf. Tabela 3), o modelo de regressão apenas incluiu um bloco. A Tabela 8 apresenta o sumário do modelo de regressão utilizado e permite observar que os fatores produziram um modelo significativo e a explicar 22% da variância da VD (F para $\Delta R^2_{(7,93)} = 3.72$, $p < .01$; $\Delta R^2 = .22$). Ainda assim, nenhum fator se mostrou significativo.

Tabela 8. Modelo de regressão múltipla para as variáveis associadas às Competências Sociais

Variáveis	Step 1: Fatores relacionados com os doentes		
	$R^2 = .22$		
	$\Delta R^2 = .22$		
	F para $\Delta R^2 = 3.72^{**}$		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Menor de idade	-.10	.08	-.12
Diagnóstico recente	-.12	.10	-.14
Pobre diagnóstico	-.08	.07	-.11
Tipo de doença	-.16	.09	-.19
Maior ativação emocional	.03	.10	.03
Estado físico geral diminuído	-.07	.11	-.08
Literacia em saúde	-.14	.08	-.19

Nota: $**p < .01$.

Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos a avaliação das competências de comunicação de uma amostra de oncologistas Portugueses e da sua perceção sobre os seus níveis de competências de comunicação, conhecimento e necessidades de formação na área da CMD, bem como a compreensão da associação entre fatores relacionados com os oncologistas, com os doentes e com as instituições de saúde e as competências de comunicação dos oncologistas. Os principais resultados encontrados neste estudo foram os seguintes: (1) embora os oncologistas tivessem revelado possuir boas competências de comunicação, alguns ainda consideram ter necessidades de formação da área da CMD; (2) ao contrário do esperado, os fatores relacionados com a instituição de saúde não se revelaram associados às competências de comunicação; (3) os fatores relacionados com os doentes foram os que mostraram explicar uma maior percentagem da variância de cada variável dependente (dimensões da HP-CSS); e, por fim, (4) os fatores Realização pessoal (relacionado com os oncologistas), Menor de idade e Tipo de doença (relacionados com os doentes) revelaram-se os mais explicativos das competências de comunicação dos oncologistas.

De um modo geral, os oncologistas Portugueses revelaram possuir boas competências de comunicação; nomeadamente, reportaram mais competências a respeitar os doentes na sua liberdade de expressão e autonomia, bem como a dar informação clínica aos doentes de forma compreensível, comparativamente a ser assertivo ou a adotar comportamentos socialmente adequados na interação clínica com os seus doentes. As médias elevadas encontradas nas dimensões da HP-CSS são congruentes com as boas competências comunicacionais dos oncologistas já reportadas por estudos prévios que as avaliaram diretamente com estes profissionais (e.g., Liu et al., 2014; Malhotra et al., 2018; Udo et al., 2017). No entanto, estes resultados são incongruentes com a literatura que descreve a perceção dos doentes oncológicos relativamente às competências de comunicação dos oncologistas que os acompanham, que revela que os doentes reclamam necessidades de informação não atendidas, a utilização de termos vagos e incompreensíveis nas conversas, a não inclusão nas tomadas de decisão médica e insatisfação em relação ao apoio emocional por parte destes clínicos (e.g., Enzinger et al., 2015; Levine et al., 2019; Ruhe et al., 2016; Sisk et al., 2017). Esta discrepância entre estudos sobre competências comunicacionais dos oncologistas consoante o informador das mesmas (i.e., oncologistas versus doentes oncológicos), pode ser explicada pela existência de um enviesamento das respostas nos estudos que avaliam diretamente estes profissionais de saúde no sentido do que é socialmente desejável, ou seja, pela possível sobrevalorização por parte dos oncologistas das suas reais competências de comunicação. De salientar que os resultados relativos à dimensão do Respeito da HP-CSS devem ser analisados com particular prudência, devido ao baixo valor de consistência interna que apresentou na amostra do nosso estudo.

No que diz respeito à percepção dos oncologistas quanto aos seus níveis atuais de competências de comunicação, conhecimento e necessidade de formação na área da CMD, os resultados sugerem que, apesar das boas competências de comunicação que estes revelaram possuir na resposta à HP-CSS, os próprios oncologistas ainda percebem ter algumas necessidades de formação neste âmbito. Estes dados poderão estar relacionados com o facto de a amostra deste estudo ser autoseleccionada, isto é, os oncologistas que aceitaram participar neste estudo poderão ter um maior interesse na temática da comunicação e, por isso, uma maior predisposição para adquirir/reforçar conhecimento na área da CMD, revelando necessidades de formações neste sentido.

Os grupos de fatores que se revelaram estar mais associados às competências de comunicação dos oncologistas foram os fatores relacionados com os oncologistas e os fatores relacionados com os doentes. Surpreendentemente, os fatores relacionados com a instituição não se revelaram associados de forma significativa às competências comunicacionais destes clínicos. Apesar dos oncologistas enfatizarem a interferência de fatores institucionais (e.g., falta de tempo em consulta) nas suas competências de comunicação e nas suas práticas de fornecimento de informação médica aos doentes (e.g., Schulman-Green et al., 2018), neste estudo, a par de outros estudos quantitativos (e.g., Melo et al., 2018), estes fatores não se revelaram associados significativamente às competências de comunicação dos oncologistas. Ainda assim, é de salientar que a diferença entre os métodos de avaliação utilizados nos estudos poderá ter influência nas diferenças dos resultados encontrados. Além disso, no presente estudo, é importante referir que o reduzido tamanho da amostra e os baixos valores de consistência interna das subescalas da dimensão utilizada da WES poderão ter contribuído para a ausência de resultados significativos. Posto isto, coloca-se a necessidade de mais estudos com amostras de maior dimensão.

Não obstante, os resultados deste estudo permitem destacar a relevância de fatores relacionados com os oncologistas e relacionados com os doentes na explicação das competências de comunicação dos oncologistas. Relativamente aos fatores relacionados com os oncologistas, a dimensão de *burnout* Realização pessoal foi o único fator a verificar-se significativamente explicativo das competências de comunicação dos oncologistas, nos modelos multivariados (na dimensão Respeito), o que é congruente com os resultados encontrados na literatura, apontando para o facto de níveis mais baixos de *burnout* (no nosso estudo evidenciado pelos níveis mais elevados de Realização pessoal) se associarem a mais competências de comunicação nestes médicos (DeVries et al., 2017). Quanto aos fatores relacionados com os doentes, os fatores Menor de idade (dimensão Comunicação Informativa) e Tipo de doença (dimensões Comunicação Informativa e Empatia) apresentaram-se significativamente explicativos, o que, por um lado, reforça o que já havido sido reportado por outros estudos de que perante doentes mais novos os oncologistas apresentam menos competências para comunicar com estes (Schulman-Green et al., 2018), e por outro lado, reforça que o tipo de doença não interfere negativamente nas competências de comunicação destes médicos contrariamente ao que poderíamos esperar tendo em

conta a literatura existente que chama a atenção para os maiores desafios da comunicação dos médicos com doentes com determinadas patologias ou tipo de cancro (e.g., Parker et al., 2009).

Nos modelos finais de regressão, os fatores relacionados com os doentes foram mesmo os que explicaram uma maior percentagem da variância de cada dimensão das competências de comunicação. Importa realçar, por exemplo, que quando se introduziram os fatores relacionados com os doentes no modelo explicativo da Comunicação Informativa, o fator Empatia (i.e., fator relacionado com o oncologista) que, no primeiro bloco, se tinha revelado significativo, deixou de o ser.

É de notar que em relação à dimensão Competências Sociais da HP-CSS, e contrariamente ao observado nas correlações bivariadas, no modelo multivariado nenhum fator se revelou significativamente explicativo, podendo isto estar relacionado com os baixos valores de consistência interna que a dimensão apresentou na amostra do presente estudo. Adicionalmente, pela análise do conteúdo dos itens correspondentes a esta dimensão, verifica-se que esta é mais centrada nos médicos, isto é, na capacidade destes serem assertivos para fazer pedidos e para comunicar informação aos doentes, comparativamente às restantes dimensões que são mais direcionadas para os cuidados centrados nos doentes, nas suas necessidades e preferências (Leal-Costa et al., 2016b; Sustersic et al., 2018), o que poderá também explicar o facto desta dimensão não ser explicada por este tipo de fatores.

Tendo em conta os resultados encontrados, este estudo enfatiza a relevância do treino de certas componentes, junto dos oncologistas Portugueses, por forma a otimizar as suas competências de comunicação com os doentes. Futuros programas de treino de comunicação deverão ter em conta os resultados encontrados para a possível inclusão de componentes de treino dedicadas (1) à compreensão por parte dos oncologistas das suas perceções acerca de características dos doentes e do seu impacto na comunicação com os mesmos; (2) à discussão e otimização de estratégias para que os clínicos consigam comunicar eficazmente com todos os doentes independentemente das suas características sociodemográficas, clínicas ou nível de literacia em saúde; e (3) ao fornecimento de ferramentas aos oncologistas para a minimização dos seus níveis de *burnout* especialmente através da maximização dos seus níveis de satisfação com os encontros com os doentes. O papel do psicólogo nestes programas torna-se assim evidente, não só pela pertinência do trabalho junto dos oncologistas de estratégias de comunicação com os doentes, mas também pelo foco necessário na forma como compreendem e percebem os seus doentes e as suas características e no fornecimento de estratégias para regularem as suas próprias emoções.

Apesar dos resultados interessantes desta investigação, que podem ser generalizados a outros países com um sistema de saúde semelhante, existem algumas limitações que devem ser consideradas aquando da sua análise. Em primeiro lugar, a dimensão reduzida da amostra, o que faz com que os resultados tenham de ser interpretados com a devida prudência. De salientar ainda os baixos valores de consistência interna na amostra do nosso estudo, registados particularmente nas dimensões Respeito e Competências Sociais da HP-CSS. Em segundo lugar, a fraca representatividade da amostra; o facto de o recrutamento ter sido realizado *online*, leva a que esta seja uma amostra autoseleccionada, ou

seja, é possível que a amostra se limite a oncologistas mais motivados, interessados e conscientes da importância da comunicação neste contexto. Salienta-se ainda que a maioria dos participantes é do sexo feminino, está a terminar a sua formação (i.e., internos) e a trabalhar em instituições de saúde públicas, é composta por oncologistas especialistas em Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna e, ainda, sem especialidade clínica; e a amostra é maioritariamente constituída por médicos de três zonas do país (Norte, Centro e Área Metropolitana de Lisboa). Por estes motivos, sugere-se cuidado na interpretação dos resultados aqui reportados. Em terceiro lugar, considerando que foi um questionário autoadministrado, pode ocorrer um enviesamento das respostas no sentido do que é socialmente desejável, levando a uma sobrevalorização por parte dos oncologistas das suas reais competências de comunicação. Por último, trata-se de um estudo com desenho transversal e, como tal, os resultados não demonstram relações de causalidade entre as variáveis em estudo. Em investigações futuras, deverão ser utilizadas amostras mais numerosas e equilibradas em termos de características sociodemográficas e profissionais, ou seja, mais representativas dos oncologistas Portugueses. Do mesmo modo, seria relevante avaliar as competências de comunicação de outros profissionais de saúde (e.g., enfermeiros) que também contactam com doentes oncológicos.

Apesar das limitações supramencionadas, o presente estudo constitui um contributo importante para uma melhor compreensão das competências de comunicação dos oncologistas Portugueses e dos fatores que lhe estão associados, o que permite responder às especificidades do nosso sistema de saúde. Do mesmo modo, reforça a importância de melhorar as competências de comunicação destes clínicos através do desenvolvimento de programas de treino de comunicação com determinadas componentes, nomeadamente a perceção dos oncologistas relativamente às características dos doentes, fator modificável que neste estudo se revelou mais explicativo das competências comunicacionais dos oncologistas Portugueses.

Referências

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Ahamad, A., Wallner, P., Salenius, S., Ross, R., & Fernandez, E. (2018). Information needs expressed during patient-oriented oncology consultations: Quantity, variation, and barriers. *Journal of Cancer Education*, *34*(3), 488-497. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1329-5>
- Baile, W. F. (2015). Giving bad news. *The Oncologist*, *20*(8), 852-853. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0250>
- Baile, W. F., & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: Past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, *17*(4), 331-335. <https://doi.org/10.1097/01.cco.0000167738.49325.2c>
- Belasen, A., & Belasen, A. T. (2018). Doctor-patient communication: A review and a rationale for using an assessment framework. *Journal of Health Organization and Management*, *32*(7), 891-907. <https://doi.org/10.1108/jhom-10-2017-0262>
- Bernacki, R. E., & Block, S. D. (2014). Communication about serious illness care goals. *JAMA Internal Medicine*, *174*(12), 1994-2003. <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. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.192-195>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum.
- De Vries, A., Gholamrezaee, M., Verdonck-de Leeuw, I., De Roten, Y., Despland, J., Stiefel, F., & Passchier, J. (2017). Physicians' emotion regulation during communication with advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, *27*(3), 929-936. <https://doi.org/10.1002/pon.4614>
- Domingues, A. R. (2009). *Inteligência emocional, empatia e satisfação no trabalho em médicos* (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Enzinger, A. C., Zhang, B., Schrag, D., & Prigerson, H. G. (2015). Outcomes of prognostic disclosure: Associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *33*(32), 3809-3816. <https://doi.org/10.1200/jco.2015.61.9239>
- Etkin, A., Egner, T., Peraza, D. M., Kandel, E. R., & Hirsch, J. (2006). Resolving emotional conflict: A role for the rostral anterior cingulate cortex in modulating activity in the amygdala. *Neuron*, *51*(6), 871-882. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2006.07.029>
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(31), 3618-3632. <https://doi.org/10.1200/jco.2017.75.2311>

- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2013). Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *Journal of Oncology Practice*, 9(4), 129-135. <https://doi.org/10.1200/jop.2012.000800>
- Grilo, A. M., Rita, J. S., Carolino, E. T., Gomes, A. I., & Santos, M. C. (2018). Centração no paciente: Contributo para o estudo de adaptação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, 6(1), 170-185. <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.148>
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson scale of physician empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>
- Jacobs, J. M., Pensak, N. A., Sporn, N. J., MacDonald, J. J., Lennes, I. T., Safren, S. A., Pirl, W. F., Temel, J. S., & Greer, J. A. (2017). Treatment satisfaction and adherence to oral chemotherapy in patients with cancer. *Journal of Oncology Practice*, 13(5), 474-485. <https://doi.org/10.1200/jop.2016.019729>
- Jackson, V. A., Mack, J., Matsuyama, R., Lakoma, M. D., Sullivan, A. M., Arnold, R. M., Weeks, J. C., & Block, S. D. (2008). A qualitative study of oncologists' approaches to end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 893-906. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.2480>
- Kissane, D., Bultz, B., Butow, P., & Finlay, I. (2011). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. OUP Oxford.
- Koh, S., Kim, S., Kim, J., Keam, B., Heo, D. S., Lee, K. H., Kim, B., Kim, J. H., Chang, H. J., & Baek, S. K. (2018). Experiences and opinions related to end-of-life discussion: From oncologists' and resident physicians' perspectives. *Cancer Research and Treatment*, 50(2), 614-623. <https://doi.org/10.4143/crt.2016.446>
- Krupat, E., Yeager, C. M., & Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health*, 15(5), 707-719. <https://doi.org/10.1080/08870440008405481>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Van-der-Hofstadt, C. J., & Rodríguez-Marín, J. (2016a). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*, 32(1), 49-59. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.184701>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & Van-der-Hofstadt, C. J. (2016b). 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>
- LeDoux, J. E. (2000) Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23(1), 155-184. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>
- Levine, D. R., Liederbach, E., Johnson, L., 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>
- Liu, P., Landrum, M. B., Weeks, J. C., Huskamp, H. A., Kahn, K. L., He, Y., Mack, J. W., & Keating, N. L. (2014). Physicians' propensity to discuss prognosis is associated with patients'

- awareness of prognosis for metastatic cancers. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 673-682. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0460>
- Louro, C. (1995) *Tradução e adaptação da Work Environment Scale (WES) à população Portuguesa* (Monografia de fim de curso não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.
- Malhotra, C., Kanavarvan, R., Krishna, L., Xiang, L., Kumarakulasinghe, N. B., Tan, S., Tulsy, J. A., & Pollak, K. I. (2018). Oncologists' responses to patient and caregiver negative emotions and patient perception of quality of communication: Results from a multi-ethnic Asian setting. *Supportive Care in Cancer*, 26(3), 957-965. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3916-0>
- Marschollek, P., Bąkowska, K., Bąkowski, W., Marschollek, K., & Tarkowski, R. (2018). Oncologists and breaking bad news—From the informed patients' point of view. The evaluation of the SPIKES protocol implementation. *Journal of Cancer Education*, 34(2), 375-380. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1315-3>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Melo, C., Fonseca, A., Silva, C., Almeida-Santos, T., & Canavarro, M. C. (2018). Portuguese oncologists' practices regarding female fertility preservation: Which barriers most relate to these practices? *European Journal of Cancer Care*, 27(2), Article e12812. <https://doi.org/10.1111/ecc.12812>
- Moos, R. H. (1981). *Work Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press.
- Oliveira, L., Fernandes, M., Santos, Z., Bastos, H., & Cabral, A. (2014). Cancer diagnosis disclosure from Portuguese physicians. *Palliative and Supportive Care*, 13(4), 1031-1036. <https://doi.org/10.1017/s1478951514000844>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 2.ª série, 78, 20 de Abril de 2011, 17931- 17936.
- Parker, P. A., Aaron, J., & Baile, W. F. (2009). Breast cancer: Unique communication challenges and strategies to address them. *The Breast Journal*, 15(1), 69-75. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2008.00673.x>
- Peccatori, F. A., Azim Jr, H. A., Orecchia, R., Hoekstra, H. J., Pavlidis, N., Kesic, V., Pentheroudakis, G., & ESMO Guidelines Working Group. (2013). Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 24(6), 160-170. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt199>
- Petrocchi, S., Iannello, P., Lecciso, F., Levante, A., Antonietti, A., & Schulz, P. (2019). Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication. *Social Science & Medicine*, 235, Article 112391. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112391>
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1984). The effects of involvement on responses to argument quantity and quality: Central and peripheral routes to persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(1), 69-81. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.1.69>
- Ruhe, K. M., Badarau, D. O., Brazzola, P., Hengartner, H., Elger, B. S., & Wangmo, T. (2016). Participation in pediatric oncology: Views of child and adolescent patients. *Psycho-Oncology*, 25(9), 1036-1042. <https://doi.org/10.1002/pon.4053>

- Schulman-Green, D., Smith, C. B., Lin, J. J., Feder, S., & Bickell, N. A. (2018). Oncologists' and patients' perceptions of initial, intermediate, and final goals of care conversations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), 890-896. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.024>
- Semedo, C. S. (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, Espanha.
- Sisk B., & Mack J. (2018). How should we enhance the process and purpose of prognostic communication in oncology? *AMA Journal of Ethics*, 20(8), 757-765. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.757>
- Sisk, B., Mack, J., Ashworth, R., & DuBois, J. (2017). Communication in pediatric oncology: State of the field and research agenda. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(1), Article e26727. <https://doi.org/10.1002/pbc.26727>
- Snow, R., Humphrey, C., & Sandall, J. (2013). What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: A qualitative patient-led study. *BMJ Open*, 3(11), Article e003583. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003583>
- Stiefel, F., Kiss, A., Salmon, P., Peters, S., Razavi, D., Cervantes, A., Margulies, A., Bourquin, C., Bourquin, C., Cervantes, A., Dauchy, S., Entwistle, V., Grassi, L., Jermann, P., Langewitz, W., Margulies, A., Peters, S., Razavi, D., Salander, P., ... Wössmer, B. (2018). Training in communication of oncology clinicians: A position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Annals of Oncology*, 29(10), 2033-2036. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy343>
- Sustersic, M., Gauchet, A., Kernou, A., Gibert, C., Foote, A., Vermorel, C., & Bosson, J. (2018). A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PLOS ONE*, 13(2), Article e0192306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192306>
- Udo, C., Lövgren, M., Lundquist, G., & Axelsson, B. (2017). Palliative care physicians' experiences of end-of-life communication: A focus group study. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), Article e12728. <https://doi.org/10.1111/ecc.12728>
- Wodskou, P. M., Høst, D., Godtfredsen, N. S., & Frølich, A. (2014). A qualitative study of integrated care from the perspectives of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their relatives. *BMC Health Services Research*, 14(1), 471-482. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-471>
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zwingmann, J., Baile, W. F., Schmier, J. W., Bernhard, J., & Keller, M. (2017). Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*, 123(16), 3167-3175. <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>