



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA  
SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

(DR-II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização

**Especialidade de Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde**

Identificação e avaliação da importância das competências de  
comunicação no exercício profissional dos Técnicos de  
Cardiopneumologia:  
estudo com estudantes e profissionais

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Carla Alexandra Brasil Lopes**

nº 3925

Orientadora:

Prof<sup>ª</sup>. Doutora Margarida M. Cabugueira Custódio dos Santos

**Lisboa**

**Novembro, 2010**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA  
SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de  
Lisboa - IPL**

(DR-II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização

**Especialidade de Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de  
Saúde**

Identificação e avaliação da importância das competências de  
comunicação no exercício profissional dos Técnicos de  
Cardiopneumologia:  
estudo com estudantes e profissionais

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Carla Alexandra Brasil Lopes**

nº 3925

Orientadora:

Profa. Doutora Margarida M. Cabugueira Custódio dos Santos

**Lisboa**

**Novembro, 2010**

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu Marido Januário Gonçalves Lopes e ao meu filho Bernardo Vicente Brasil Lopes, o amor, carinho e força dedicada.

Aos meus Pais: Luís Pires Lopes e Maria da Conceição Brasil Lopes com enorme carinho e saudade.

## **AGRADECIMENTOS**

Apesar do carácter quase solitário que envolve a elaboração de uma dissertação várias foram as pessoas que directa ou indirectamente me ajudaram e contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

O meu primeiro agradecimento vai para a minha orientadora Prof. Doutora Margarida Santos pela orientação, dedicação, disponibilidade e todo o conhecimento que me transmitiu durante todo este processo. A sua orientação permitiu-me ganhar ao longo deste período motivação para prosseguir o meu desenvolvimento profissional.

Gostaria também de agradecer aos Técnicos de Cardiopneumologia e Estudantes de Cardiopneumologia do 1º e 4º ano, que aceitaram o desafio de responder aos questionários, que assim com os seus testemunhos contribuíram para o desenvolvimento da dissertação. Quero agradecer com especial destaque ao Prof. João Lobato pela disponibilidade em colaborar e ajudar em tudo o que fosse necessário.

Quero também agradecer ao meu marido Januário Lopes e meu amigo, pelo apoio e colaboração que me deu nos momentos difíceis que permitiu a realização desta investigação e ao meu querido filho Bernardo Lopes.

Por fim, e claro, quero agradecer aos meus pais apesar de estarem longe, e em especial destaque à minha mãe e amiga pelo apoio que me deram durante todo o processo de realização desta investigação.

E a todos os que de alguma forma deram o seu contributo para tornar este projecto numa realidade.

Obrigada a todos!!!

## RESUMO

Com o presente estudo pretende-se identificar as atitudes e competências de comunicação que os estudantes e profissionais de Cardiopneumologia consideram relevantes para a melhoria dos serviços prestados nesta área.

Os dados deste estudo de carácter quantitativo revelaram que os alunos apresentam atitudes maioritariamente positivas em relação à aprendizagem destas competências, mas consideram que a sua aprendizagem não é central para o curso; enquanto que os Técnicos apresentam uma baixa orientação para o paciente, em particular na dimensão da partilha de poder.

É necessário enfatizar entre os estudantes da importância da aprendizagem destas competências e sensibilizar os Técnicos de Cardiopneumologia para os benefícios inerentes à adopção de uma prática centrada no paciente e estimular a aplicação das competências comunicacionais que estes profissionais já dominam em termos teóricos. O principal contributo deste estudo é de realçar a importância central que a comunicação deve merecer no contexto da prestação de cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Competências comunicacionais, Atitudes comunicacionais, Interação Profissional de saúde-Paciente.

## **ABSTRACT**

### **Identification and assessment of the importance of communication skills in the practice of cardiopneumology: a study with students and professionals**

The present study aims to identify the attitudes and communication skills that students and Cardiopneumology professionals consider relevant to the improvement of services in this area.

Data from this study of quantitative approach revealed that students have mostly positive attitudes towards learning these skills, but feel that their learning is not central to the course, while the technicians have a lower guidance for the patient, particularly in the dimension of power sharing.

It must be emphasized among the students the importance of learning these skills and awareness of Cardiology Technicians for the benefits inherent in adopting a patient-centered practice and encourage the application of communication skills that these professionals mastered in theory. The main contribution of this study is to highlight the central importance that the communication should be given in the context of health care providing.

Keywords: Communication Skills, Communication Attitudes, Interaction Health Care Professional-Patient.

# ÍNDICE

<u>DEDICATÓRIA.....</u>	<u>I</u>
<u>AGRADECIMENTOS.....</u>	<u>II</u>
<u>RESUMO.....</u>	<u>III</u>
<u>ABSTRACT.....</u>	<u>IV</u>
<u>ÍNDICE DE FIGURAS.....</u>	<u>VII</u>
<u>ÍNDICE DE TABELAS.....</u>	<u>VII</u>
<u>INTRODUÇÃO.....</u>	<u>1</u>
<u>CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</u>	<u>4</u>
<u>1. Conceito de Comunicação em Saúde.....</u>	<u>4</u>
<u>2. Comunicação centrada no paciente.....</u>	<u>7</u>
<u>3. Competências da comunicação em saúde.....</u>	<u>13</u>
<u>3.1. A aprendizagem de competências de comunicação em saúde.....</u>	<u>16</u>
<u>3.2. Os principais problemas comunicacionais dos profissionais de saúde .....</u>	<u>23</u>
<u>4. Impacto da relação comunicacional profissional de saúde – paciente.....</u>	<u>24</u>
<u>4.1. Alterações no desempenho do profissional de saúde.....</u>	<u>24</u>
<u>4.2. O impacto da comunicação no paciente.....</u>	<u>25</u>
<u>5. O Técnico de Cardiopneumologia .....</u>	<u>27</u>
<u>5.1. Desenvolvimento enquadramento profissional.....</u>	<u>27</u>
<u>5.2. Comunicação em Cardiopneumologia.....</u>	<u>29</u>
<u>CAPÍTULO II. METODOLOGIA.....</u>	<u>31</u>
<u>1. Objectivos do estudo.....</u>	<u>31</u>
<u>2. Caracterização e desenho do estudo.....</u>	<u>31</u>
<u>3. Definição da amostra.....</u>	<u>32</u>
<u>4. Instrumentos de recolha de dados.....</u>	<u>33</u>
<u>4.1. Questionário Sócio-demográfico .....</u>	<u>33</u>
<u>4.2. Communication Skills Attitude Scale (CSAS).....</u>	<u>33</u>
<u>4.3. Patient-Pratitioner Orientation Scale (PPOS).....</u>	<u>34</u>
<u>4.4. Questionário de Identificação de Competências de Comunicação.....</u>	<u>36</u>
<u>5. Realização de pré-teste.....</u>	<u>37</u>
<u>CAPÍTULO III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</u>	<u>38</u>

1. Caracterização das amostras .....	38
2. Objectivo específico 1 – Identificar as atitudes dos estudantes de Cardiopneumologia no início e fim da sua formação em relação à aprendizagem de competências de comunicação.....	45
2.1. Análise das Atitudes Positivas da Subescala PAS.....	47
2.2. Análise das Atitudes Negativas da Subescala NAS.....	51
3. Objectivo específico 2 – Identificar o papel que os Técnicos de Cardiopneumologia consideram desempenhar na sua interacção com os doentes.....	54
3.1. Análise da prática orientada para o Cuidar (Sub-escala Caring).....	54
3.2. Análise da prática orientada para a Partilha de Poder (Sub-escala Sharing).....	55
4. Objectivo específico 3 – Identificar as competências de comunicação que Técnicos de Cardiopneumologia e os estudantes de Cardiopneumologia consideram na sua interacção com o doente.....	56
5. Objectivo específico 4 – Determinar se existem diferenças decorrente das variáveis demográficas, no que diz respeito quer às atitudes quer às competências de comunicação consideradas como de maior valor.....	62
5.1. Estudo comparativo entre alunos quanto à idade e sexo.....	62
5.2. Estudo comparativo entre profissionais quanto à idade, anos de serviço e participação em acções de formação em comunicação.....	63
CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	67
1. Identificação das atitudes dos estudantes de Cardiopneumologia.....	67
2. Identificação o papel que os Técnicos de Cardiopneumologia consideram desempenhar na sua interacção com os pacientes.....	71
3. Identificação das competências de comunicação.....	74
4. Relação entre as variáveis demográficas e as atitudes de estudantes e profissionais .....	78
CAPÍTULO V. CONCLUSÕES.....	81
CAPÍTULO VI. PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	94
Anexo I. Questionários.....	95
Anexo II. Resultados do estudo .....	103



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Componentes da comunicação entre profissional de saúde e paciente.....	6
Figura 2. Vias pelas quais a comunicação produz resultados na saúde.....	26

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Sexo dos alunos.....	38
Tabela 2. Distribuição da idade dos alunos.....	39
Tabela 3. Ano do Curso.....	39
Tabela 4. Número de matriculas.....	39
Tabela 5. Frequência de número de matriculas por anos de curso.....	40
Tabela 6. Distribuição dos profissionais por sexo.....	40
Tabela 7. Distribuição da amostra por faixas etárias.....	41
Tabela 8. Distribuição da amostra por anos de serviço.....	42
Tabela 9. Distribuição dos profissionais por serviços.....	42
Tabela 10. Distribuição dos profissionais por habilitações literárias.....	43
Tabela 11. Frequência de acções de formação na área da comunicação.....	43
Tabela 12. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ sexo.....	43
Tabela 13. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ Idade.....	44
Tabela 14. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ anos de serviço .....	44
Tabela 15. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ habilitações literárias.....	45
Tabela 16. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ valência.....	45
Tabela 17. Medidas descritivas das Subescala da CSAS.....	46
Tabela 18. Comparação da frequência das duas subescalas.....	46
Tabela 19. Correlação entre as subescalas PAS e NAS.....	47
Tabela 20. Medidas descritivas e testes para a escala CSAS e subescalas PAS e NAS, por ano do curso.....	49

Tabela 21. Medidas descritivas para as escalas da PPOS.....	54
Tabela 22. Classificação dos profissionais quanto à sua orientação para o paciente.....	56
Tabela 23. Competências de Comunicação identificadas pelos Profissionais de Cardiopneumologia.....	56
Tabela 24. Competências de Comunicação identificadas pelos profissionais de Cardiopneumologia.....	58
Tabela 25. Medidas descritivas do conhecimento das competências comunicacionais. .	59
Tabela 26. Identificação das competências de comunicação nos alunos, por ano, e nos profissionais.....	60
Tabela 27. Testes às diferenças entre sexos na escala CSAS, subescalas NAS e PAS...	62
Tabela 28. Testes às diferenças entre anos de idade na escala CSAS, subescala NAS e subescala PAS.....	63
Tabela 29. Teste às diferenças entre sexos, na escala PPOS, subescalas Caring e Sharing .....	64
Tabela 30. Teste às diferenças entre anos de serviço, para a escala PPOS e subescalas Caring e Sharing.....	65
Tabela 31. Teste às diferenças em formação em comunicação para a escala PPOS, subescalas Caring e Sharing.....	65
Tabela 32. Medidas descritivas para os itens da CSAS.....	103
Tabela 33. . Medidas descritivas e consistência interna para os itens da subescala PAS .....	104
Tabela 34. Medidas descritivas para os itens da subescala PAS, por ano do curso.....	105
Tabela 35. Medias descritivas e consistência interna dos itens da subescala NAS.....	106
Tabela 36. Medias descritivas dos itens da subescala NAS, por ano.....	107
Tabela 37. Medidas descritivas para os itens da PPSO.....	108
Tabela 38. Medidas descritivas, correlação e Alfa Cronbach da subescala Caring.....	109
Tabela 39. Medidas descritivas e correlação da Subescala Sharing.....	110

# INTRODUÇÃO

Quando um paciente se desloca a uma unidade de saúde fá-lo porque sente que a sua saúde e bem-estar estão ameaçados e que só o médico pode fazer com que regresse ao seu estado saudável. Em muitos dos casos o profissional de saúde tem de ter uma actuação mais abrangente do que o desempenho das competências clínicas, pois tem também a tarefa de confortar, compreender e ajudar o paciente na sua adaptação à doença e ao tratamento. De facto, o paciente quando procura cuidados de saúde, traz consigo um conjunto de sentimentos, como insegurança, medo e ansiedade assim como crenças em relação ao seu estado clínico que o profissional não poderá negligenciar. Perante esta realidade tem vindo a ser consensual a necessidade de formar profissionais de saúde preparados para ouvir de forma efectiva os seus doentes e os ajudar nos vários momentos do seu processo de doença (Burnard, 1999).

Defende-se que a melhoria da interacção e comunicação médico/paciente poderá não só contribuir para a maior satisfação do paciente (Zick, Granieri & Makoul, 2007), maior eficiência na identificação do diagnóstico, maior adesão dos pacientes aos tratamentos e melhoria do estado de saúde dos pacientes (Street *et al.*, 2009), como também para o melhor funcionamento dos serviços e uma redução dos custos de saúde (Epstein *et al.*, 2005b). Existe uma consciencialização crescente de que uma comunicação eficaz entre médico e paciente e atitudes correctas dos médicos são requisitos centrais na prática médica (Haes *et al.*, 2001).

Tal como acontece com todas as competências que apresentam elevada complexidade, também as competências de comunicação e relacionamento interpessoal desenvolvem-se continuamente desde a fase inicial de formação (Street, 2003; Weiss, 2007; citados por Rowan, 2008).

O Técnico de Cardiopneumologia é chamado a desempenhar um vasto conjunto de funções que vão desde a fase do diagnóstico até à verificação da evolução da doença. Em todos estes contextos o Técnico de Cardiopneumologia lida com técnicas e instrumentos, o que apela à sua competência técnica e lida com os pacientes, o que apela às suas competências interaccionais e comunicacionais. O técnico de Cardiopneumologia é pois um profissional de saúde que partilha com outros profissionais de saúde, que actuam perto do paciente, exigências de formação na área Técnico-clínica e nas áreas social e humana.

As suas competências nestas duas áreas irão determinar a qualidade do serviço e ser de extrema importância para a segurança do paciente, para a boa organização e permita uma redução de custos dos serviços de saúde.

O presente estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da interacção e comunicação Técnico de Cardiopneumologia/paciente, e indirectamente para a melhoria do funcionamento dos serviços de saúde. Constituiu questão de investigação *Que atitudes e competências de comunicação consideram os estudantes e profissionais de cardiopneumologia importantes para a melhoria da qualidade dos serviços prestados?*

O presente trabalho está dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a fundamentação teórica que integra o conceito de comunicação em saúde, os aspectos da comunicação centrada no paciente. São também apresentados estudos sobre as atitudes dos estudantes da área da saúde face à aprendizagem de competências de comunicação e sobre a orientação dos profissionais de saúde no relacionamento com os pacientes. Considerou-se também importante desenvolver um ponto em que são referidos os principais impactos da relação comunicacional em ambos os agentes. Por último, focaliza-se a temática da comunicação na área da Cardiopneumologia, referindo os aspectos associados ao seu ensino, incluindo uma retrospectiva histórica e aspectos na prática profissional.

No capítulo II é apresentada a metodologia utilizada na dissertação, em particular os objectivos específicos e a apresentação dos instrumentos de recolha de dados, as escalas CSAS e PPOS, aplicadas a alunos de Cardiopneumologia e a profissionais, respectivamente.

No capítulo III são apresentados os resultados da aplicação dos questionários de acordo com os objectivos estabelecidos no capítulo II. São apresentados os resultados das escalas apresentadas e das subescalas que as compõem. As tabelas com os itens de cada subescala foram colocadas em anexo, sendo apenas descritos os seus resultados neste capítulo.

A análise e discussão de resultados são apresentadas no capítulo IV. Neste capítulo é feita uma conjugação entre os resultados obtidos neste estudo com aqueles que foram obtidos em estudos de carácter semelhante e realizada uma interpretação dos mesmos tendo em conta os elementos referidos na fundamentação teórica.

No capítulo V são apresentadas as conclusões do estudo e apresentadas considerações, como o contributo que se considera que esta dissertação teve para a temática abordada, em particular o ensino de competências de comunicação e a

orientação relacional dos Técnicos de Cardiopneumologia. São também apresentadas as limitações deste estudo, bem como uma reflexão pessoal.

Por último, no capítulo VI, tendo em consideração dos resultados obtidos neste estudo e as conclusões apresentadas, apresenta-se um plano de intervenção sócio-organizacional. Neste plano apresentam-se algumas medidas que podem contribuir para uma melhoria dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos de Cardiopneumologia, passando estas medidas por acções juntos dos técnicos que exercem funções e da forma com o curso de Cardiopneumologia está estruturado.

# CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 1. Conceito de Comunicação em Saúde

A palavra Comunicação deriva do latim *communicatióne* cujo significado é acção de participar, um processo intrínseco que engloba “ *um conjunto organizado de variáveis que devem ser vistas holisticamente, que subentende interacção e relacionamento entre comunicadores e que envolve o feedback a fim de funcionar como um sistema aberto* ” (Littlejohn citado por Ribeiro, 2001).

Phaneuf (2005) encara a comunicação como um processo que origina a produção de informação, de troca, de partilha que se revela muito complexo, podendo ser transmitida de forma consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal ou não verbal. Esta autora refere ainda que é por intermédio deste processo que se consegue apreender e compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções da outra pessoa. A comunicação também pode permitir a criação de relacionamentos profundos, porque a comunicação situa-se nos planos cognitivos e afectivos.

De acordo com Teixeira (2004, p.615), “*a comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde*”. A definição sugerida por este autor pode englobar um vasto conjunto de dimensões nas quais as competências comunicacionais se revelam importantes. O mesmo autor considera que a importância dos processos de comunicação em saúde reside no seu carácter transversal, central e estratégico.

A questão da comunicação revela-se transversal em saúde, incidindo em contextos muito diferentes, assumindo principal enfoque na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente. De facto, a transversalidade emerge da necessidade de disponibilização de informação por parte das instituições de saúde e dos seus profissionais para promover a educação para a saúde das populações, com o intuito de obter mudanças positivas nos hábitos dos cidadãos. Esta função não pode estar limitada a um departamento ou instituição, antes deve ser responsabilidade de todos os agentes e instituições com responsabilidades na área da saúde.

Nesta lógica, é necessário estabelecer uma postura de colaboração e de negociação de planos de cuidados com o paciente, pelo que se torna imprescindível

rever a qualidade de informação prestada e desenvolver as técnicas de comunicação neste contexto (Corney, 2000). Para tal é necessário que instituições e profissionais de saúde estejam aptos a prestar a informação da forma mais adequada, porque esta assume um papel central.

Considera-se importante dotar os pacientes e suas famílias de conhecimentos e competências para cuidarem de si próprios a longo prazo. Esta abordagem encoraja uma postura mais responsável e autónoma por parte dos pacientes, não descurando, no entanto, a necessidade do recurso a profissionais de saúde para lhe serem prestados cuidados mais Técnicos. A sua autonomia responsável será, no entanto, um contributo importante para a manutenção da saúde e conseqüentemente para a diminuição do número de consultas e de gastos desnecessários dos serviços de saúde.

Após o terminar a sua formação inicial o profissional de saúde depende grande parte do seu tempo de trabalho comunicando com os seus pacientes. Este processo comunicacional passa por conversar, escutar e disponibilizar informação ao paciente, em que a troca de todo um conjunto de informações se revela essencial para que o profissional de saúde desenvolva de uma forma eficaz o seu trabalho. Neste contexto, a capacidade de comunicar é uma componente primária e elemento chave para a eficácia profissional em todas as áreas da saúde.

Como refere Myerscough (1989), saber comunicar é um requisito indispensável para que o profissional de saúde consiga obter uma informação correcta sobre a situação clínica do paciente, que se for avaliada com cuidado permite obter um diagnóstico correcto em mais de metade dos pacientes. Informação incorrecta ou imprecisa pode condicionar a obtenção de um diagnóstico correcto, razão pela qual se pode afirmar que as competências comunicacionais têm uma natureza central em todo o processo de prestação de cuidados de saúde.

A comunicação em saúde pode ser considerada como um meio que permita ao profissional de saúde estabelecer uma relação de confiança e segurança com o paciente que possibilite a adesão deste ao processo terapêutico prescrito. Numa relação com estas características existe também uma maior probabilidade do paciente aceitar conselhos educativos que passam pela alteração de estilos de vida, potenciando uma melhoria na satisfação dos pacientes em relação aos cuidados de saúde que lhe foram prestados. Um estudo realizado por Korsh *et al.* (citados por Melo, 2005) indica que a satisfação do paciente está mais associada com o tipo de relacionamento que estabelece com o profissional de saúde e da comunicação, do que com a sua competência profissional.

Neste sentido, considera-se que melhorias que sejam introduzidas no processo comunicacional entre profissional de saúde e paciente contribuem para a melhoria do sistema de saúde. Este impacto não se manifesta apenas num dado momento do tempo, mas pode perdurar e contribuir para uma melhoria continuada dos serviços que são prestados. Deste modo, não deve a comunicação na área da saúde ser considerada segundo uma perspectiva conjuntural, mas deve-se ter em conta a sua importância estrutural, enquanto elemento que pode definir os contornos dos cuidados de saúde prestados.

Um outro aspecto que caracteriza o processo comunicacional, e que no campo da saúde deve ser tido em consideração, é o facto desta comunicação ser dificilmente reversível (Pheneuf, 2005), no sentido que quando a mensagem passada, ou a forma como foi disponibilizada, não foi a mais correcta pode ter consequências que são difíceis de reverter e podem ter um grande impacto no paciente.

O processo comunicacional em saúde é algo de complexo que requer um cuidado especial dado que existe um elevado número de variáveis presentes, em cada uma das dimensões presentes: paciente, profissional de saúde, sistema de saúde e relacional. Na figura que a seguir se apresenta estão referenciadas algumas dessas variáveis que são necessárias ter em consideração num sistema de saúde que pretenda prestar serviços de qualidade.

Fonte: adaptado de Epstein et al. (2005a, p.1517)



**Figura 1. Componentes da comunicação entre profissional de saúde e paciente**



## 2. Comunicação centrada no paciente

O relacionamento entre profissional de saúde e paciente tem evoluído ao longo dos últimos anos no sentido de conferir a este último um papel mais importante neste relacionamento. De acordo com Beisecker e Beisecker (1993), Roter e Hall (1992) e Haung e Lavin (1983), esta alteração deve-se à evolução e modificação das atitudes do paciente para com os profissionais de saúde e da visão por parte dos profissionais de saúde quanto ao que deve ser o seu papel no processo de prestação de cuidados de saúde (Krupat, Yeager & Putman, 2000).

De facto as atitudes dos pacientes alteraram-se substancialmente, uma vez que antigamente aceitavam representar neste processo um papel passivo e desejavam que o profissional de saúde assumisse o controlo da relação e das decisões em relação à terapêutica, numa orientação que se pode considerar paternalista. Na actualidade, este tipo de atitude dos pacientes já não se verifica de uma forma tão generalizada, apesar de ainda haver uma grande prevalência em determinados grupos (Krupat, Yeager & Putman, 2000).

A relação entre o profissional de saúde e o paciente é o produto de um vasto conjunto de atitudes e orientações que ambos os agentes trazem para este processo relacional (Krupat *et al.*, 2000). Devido à influência que estes factores têm na relação entre os dois, a satisfação que o paciente evidencia em relação aos cuidados de saúde que lhe foram prestados em muito têm a ver com as atitudes e orientações que este percebe no profissional de saúde.

Muitos têm sido os estudos, como é o caso de Byrne e Long (1976) e Henbest e Setwart (1989), que focalizam a sua atenção na questão da orientação do profissional de saúde, em particular na distinção entre o estilo de interacção orientado para o paciente e estilo orientado para a doença (Krupat *et al.*, 2000). Byrne e Long (1976), a partir da análise de 2.000 gravações áudio de interacções entre pacientes e médicos, identificaram a existência de sete estilos de comportamento por parte dos médicos, que se diferenciam no nível de partilha de poder entre médico e paciente (Krupat, Yeager & Putman, 2000). Nos extremos encontravam o estilo centrado no paciente (*Patient-Centered*) e o centrado no médico (*Doctor-Centered*).

Autores como Beisecker e Beisecker (1993), Krupat *et al.* (1996) optaram por centrar a sua atenção nas orientações do paciente para com o profissional de saúde,

realçando que alguns dos pacientes preferem um estilo de relação em que possam ter um maior protagonismo (Krupat *et al.*, 2000).

Laine e Davidoff (1996), Stewart (1995), Levenstein *et al.* (1989), Krupat *et al.* (2000), referem que os profissionais de saúde, em particular os médicos, podem apresentar um contínuo de estilos de interação com o paciente que vão desde um extremo em que se verifica a “Orientação para a Doença” até ao outro em que estão “Centrados no Paciente” (Krupat *et al.*, 2000). O primeiro caso é caracterizado pela existência de um comportamento paternalista, no qual os médicos optam por ter uma atitude dominante e dedicar toda a sua atenção à resolução do problema clínico que o paciente apresenta. Neste cenário o paciente limita-se a um comportamento passivo, aceitando as deliberações do profissional de saúde. Numa relação em que a atenção do profissional de saúde está centrada no paciente verifica-se uma relação inversa, existe uma relação de parceria entre ambos e o paciente em todas as suas dimensões é o centro da atenção do tratamento, em detrimento de uma atenção exclusiva para a doença.

Centração no paciente, de acordo com o estudo desenvolvido por Aita *et al.* (2004, citados por French, 2008), é influenciada por factores como as características do profissional de saúde, características do paciente e o contexto cultural em que se estabelece o relacionamento entre ambos.

Não existe uma unanimidade quanto à definição do conceito de centração no paciente, contudo, considera-se adequada a recente definição que a considera como “*o cuidado que é congruente com e responsivo às necessidades, desejos e preferências dos pacientes*” (Duggan *et al.*, 2005).

Segundo Mead e Bower (citados por Duggan *et al.*, 2005), o conceito de centração no paciente integra cinco dimensões: (1) Adopção do modelo Biopsicossocial em oposição ao modelo Biomédico, o que implica não só a valorização do paciente como elemento activo no seu processo de doença e tratamento, mas também a maior interdisciplinaridade no cuidado ao paciente; (2) Compreensão do paciente enquanto um indivíduo único com os seus direitos, e não como um simples corpo com uma doença, o que obriga a uma atribuição de importância aos valores e crenças do paciente e aos aspectos psicossociais associados à doença; (3) Partilha de poder e de responsabilidade entre profissional de saúde e paciente, o que pressupõe a partilha do poder epistemológico e a valorização da autonomia do paciente; (4) Construção de uma aliança terapêutica baseada numa relação de honestidade, verdade e lealdade entre o

profissional de saúde e o paciente; (5) Compreensão do profissional de saúde enquanto uma pessoa e não só como um Técnico provido de competências específicas.

São três os argumentos que têm sido apresentados para a adopção de uma comunicação centrada no paciente (Bensing *et al.*, 2000, citados por French, 2008). Em primeiro lugar esta orientação é a que melhor promove a colaboração do paciente, a qual é indispensável para que o profissional de saúde disponha das informações adequadas para um tratamento mais eficiente; em segundo esta orientação é a que mais se centra na diferenciação dos pacientes e a que, atendendo a essas diferenças, melhor pode responder às suas necessidades; por último, esta orientação é a que melhor promove a autonomia e responsabilização do paciente pelo seu tratamento e pela sua saúde.

A centração no paciente tem sido alvo de investigações que têm tido essencialmente como foco médicos e estudantes de medicina. De entre os instrumentos mais utilizados nestas investigações destaca-se o *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS), um questionário que mede as atitudes individuais no que diz respeito à relação médico-paciente e a práticas centradas no médico ou no paciente. Integra duas sub-escalas – sub-escala da Partilha (Sharing), centrada na partilha de informação e partilha de poder, e sub-escala do Cuidar (Caring), centrada na importância atribuída às emoções e questões psicossociais do paciente.

Este questionário foi utilizado por Haidet *et al.* (2002) num estudo com 673 estudantes de medicina cujo objectivo se centrou na análise comparativa entre as atitudes dos estudantes, em relação ao cuidado do paciente no início e ao final do curso de medicina, assim como os factores associados com as possíveis mudanças de atitude. Os autores concluíram existir diferenças de atitudes entre os alunos do ano inicial e final do curso, com maior tendência para atitudes mais centradas no médico no ano final. Concluíram ainda a existência de diferenças entre géneros demonstrando que a população feminina tinha atitudes mais centradas no paciente.

Um estudo semelhante foi realizado por Ribeiro, Krupat e Amaral (2007) com 738 estudantes de medicina em seis semestres diferentes do curso. Os resultados mostraram diferenças entre a evolução dos scores para as duas sub-escalas do questionário. Assim, em relação à sub-escala Partilha de Poder verificou-se, na população masculina, que os scores aumentaram com a progressão do curso. A progressão para uma orientação mais centrada no paciente foi apenas interrompida num semestre em que temáticas e as tarefas curriculares dos alunos estavam mais focadas

nos aspectos biomédicos e tecnológicos. Quanto à sub-escala Cuidar não se verificou qualquer alteração para nenhuma das populações (masculina e feminina). De uma forma geral os valores da escala Cuidar eram mais elevados do que os da escala Poder. Neste estudo foi também evidente que os valores das duas sub-escalas, em especial da sub-escala Cuidar, aumentavam significativamente nos anos em que os estudantes iniciavam os primeiros contactos com pacientes. Também neste estudo as jovens evidenciaram scores mais elevados do que os rapazes, no entanto, as diferenças entre os dois grupos diminuiu com a progressão do curso.

Com os mesmos objectivos Tsimtsiou *et al.* (2007) realizaram um estudo com 483 estudantes. Os autores concluíram que os estudantes mostravam atitudes mais centradas no médico nos anos mais elevados da sua formação médica. No entanto, os valores da sub-escala Cuidar mantiveram-se sempre moderados/elevados. Também neste estudo a população feminina revelou, comparativamente, maior centração no paciente. Com uma orientação um pouco diferente, Krupat *et al.* (2000) utilizaram a PPOS num estudo com 400 médicos e 1020 doentes seguidos por estes profissionais. O objectivo deste estudo foi o de avaliar se a orientação centrada no paciente estaria associada com níveis mais elevados de satisfação dos doentes. Os resultados mostraram que os doentes mais novos, com níveis de educação mais elevada, e mulheres eram mais favoráveis de uma orientação centrada no paciente, valorizando mais a informação recebida e queriam estar mais envolvidos no tratamento.

Quanto aos resultados relativos aos médicos, as mulheres e os que tinham um tempo de prática clínica entre os 11 e os 20 anos, foram os que obtiveram scores mais elevados no questionário. O estudo também concluiu que a satisfação do doente se relacionava de forma mais consistente com níveis mais elevados na sub-escala Partilha do que com níveis elevados na sub-escala Cuidar, o que é indicativo da importância atribuída pelos pacientes à partilha de informação e ao envolvimento no seu processo de tratamento.

Conclusões semelhantes foram obtidas nos estudos Weisman e Teitelbaum (1985) e de Roter e Hall (1998), em que as médicas evidenciaram serem mais centradas no paciente que os médicos.

No mesmo estudo e no que se refere aos anos de serviço foi verificado que os profissionais que tinham entre 11 e 20 anos de exercício profissional apresentavam menor orientação para o pacientes que os restantes. Neste ponto os resultados entram

em contradição com o que os autores esperavam encontrar, ou seja, uma orientação mais centrada no paciente em médicos com mais experiência profissional.

No que diz respeito ao desempenho dos mesmos, medido pela satisfação dos pacientes, concluiu-se que os médicos que centravam a sua atenção no paciente eram os que apresentavam uma maior capacidade para perceber as necessidades do paciente e conseguiam identificar o tipo de informação que estes pretendiam e o nível de detalhe da mesma e também apresentavam melhores qualidades no que diz respeito à identificação do nível de participação que o paciente pretendia ter no processo de tomada de decisão.

A investigação de Krupat et al. (2000) realça que também que os pacientes diferem quanto ao estilo de relacionamento que pretendem ter com o profissional de saúde. Irish (1997), Johnson, Hardt e Kleinman (1995), Adelman, Greener e Charon (1991), verificaram que pacientes com mais idade preferem um relacionamento em que o médico se centra na doença, pretendem pouca informação sobre o seu estado clínico e deixam todas as decisões sobre a terapêutica para o profissional de saúde.

Apesar de muitos pacientes assumirem esta postura Haug e Ory (1987) e Hibbard e Weeks (1987), constataram que existe um crescente número de pacientes que pretendem o máximo de informação e encaram o profissional de saúde como um consultor que lhe deve fornecer todas as opções existentes, de entre as quais o paciente escolherá a que considerar melhor para o seu caso. Coulter (1999), Hibbard e Weeks (1987) e Haug e Ory (1987), constataram que este tipo de atitude se manifesta mais entre pacientes que se encontram saudáveis, com elevados níveis de instrução académica e jovens.

O estudo realizado por French (2008), a uma amostra de fisioterapeutas, chegou à conclusão de que as mulheres são mais centradas no paciente quando comparadas com os homens, tanto na dimensão do cuidado, como na partilha de poder com o paciente. No que diz respeito aos alunos obteve diferenças significativas entre os alunos do segundo ano do quarto ano em ambas as subescalas, sendo que os alunos que estavam no final do curso tinham maior centração no paciente.

A centração no paciente também pode ser estudada em termos do impacto que tem nas instituições de saúde e, numa forma mais geral, em todo o sistema. Um estudo desenvolvido por Epstein *et al.* (2005b), chegou à conclusão que o tipo de relacionamento existente entre o profissional de saúde e o paciente tinha impactos financeiros significativos. Num sistema de saúde onde se assiste a um crescente

restrição no que concerne aos meios financeiros este tipo de análise revela-se de grande importância. Num estudo realizado em médicos, chegaram à conclusão que os profissionais que apresentavam um relacionamento mais centrado no paciente estavam associados a menos gastos em exames de diagnóstico do que os seus colegas que tinham um estilo de relacionamento mais centrado na doença. Contudo, verificou-se uma situação inversa no que diz respeito ao tempo de consulta, onde os médicos com orientação para o paciente realizaram consultas mais demoradas, o que tem um impacto significativo sobre os custos. Deste modo, os autores do estudo não conseguiram chegar a uma conclusão de qual o estilo de relacionamento que produzia custos inferiores para o sistema de saúde.

No entanto, alertam para uma questão dos incentivos atribuídos aos médicos para que estes aumentem o número de pacientes que atendem por dia, o que os pode pressionar para diminuir o tempo da consulta. Este tipo de situação pode pôr em causa a utilização, por parte dos médicos de um estilo centrado no paciente, pelo que consideram ser necessário proceder a acções de formação em gestão de tempo de forma que os médicos que adoptam este estilo de relacionamento consigam um compromisso entre a eficiência e a atenção ao paciente.

De acordo com Hillman (1998), os pacientes que têm uma relação de confiança com o profissional de saúde tendem a confiar no diagnóstico que este faz, bem como na solução terapêutica que apresenta para o seu caso, pelo que é mais provável que pretendam que lhes sejam realizados menos exames de confirmação do que pacientes que apresentem níveis de confiança reduzidos. Epstein *et al* (2005b) também referem que em situações onde existe uma confiança mútua, os profissionais de saúde apresentam menor receio de haver conflito com o paciente quanto ao diagnóstico que apresentam pelo que requerem a realização de menos exames. Os mesmos autores referem que o estilo de comunicação com o paciente é mais relevante no caso de pacientes de consulta externa porque neste caso os médicos têm mais controlo sobre os exames de diagnóstico que prescrevem, logo sobre os custos associados. Isto verifica-se porque em pacientes internados as decisões dependem de equipas multidisciplinares.

Importa referir que a realização de exames de diagnóstico não se revela um aspecto central na formação da satisfação do paciente. No estudo de Devo e Diehl (1986), feito a pacientes com dores lombares, os pacientes que afirmaram que o seu médico lhe havia fornecido toda a informação de que precisavam sobre os seus sintomas tinham realizado menos exames de diagnóstico e o seu nível de satisfação com os

cuidados de saúde que lhes foram prestados não diferiram dos pacientes que haviam realizado exames. Estas conclusões vão de encontro aos resultados dos estudos de Butle *et al.* (1998) e Hamm, Hichs e Bembem (1996), que referem que a satisfação do paciente é influenciada mais pela qualidade da informação prestada do que pelo exame físico e do que é prescrito pelo médico.

Pelo exposto, é de considerar que o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e paciente, possível através de um processo comunicacional efectivo, tem importantes impactos nas instituições de saúde e em especial nos serviços de exames complementares de diagnóstico, onde desenvolvem a sua actividade os Técnicos de Cardiopneumologia. Desde logo, ao nível da satisfação que o paciente manifesta quanto ao serviço de saúde que lhe foi prestado, porque o paciente passou a considerar que a prestação de cuidados de saúde vão além do procedimento Técnico associado ao exame. Neste contexto, os profissionais de saúde necessitam de refinar as suas competências comunicacionais para gerir as influências não clínicas durante a consulta, identificando e responder de forma eficiente à agenda e expectativas dos pacientes (Cals *et al.*, 2007).

Por outro lado, o estabelecimento de uma relação de maior confiança poderá permitir uma redução de custos tanto em termos de materiais como financeiros pois pode possibilitar uma redução do número de medicamentos prescritos, que em alguns casos o são como medida de segurança adoptada pelo profissional de saúde (Cals *et al.*, 2007).

### **3. Competências da comunicação em saúde**

O paciente quando recorre a um profissional de saúde necessita mais do que cuidados físicos, ele também precisa que lhe seja prestada atenção para outras necessidades que apresenta, como a atenção ao seu bem-estar, à ansiedade e medos perante determinados aspectos da doença que o levou a recorrerem aos serviços deste profissional (Teixeira, 2004). Só preenchendo todas estas necessidades é que o paciente pode ficar satisfeito com os cuidados de saúde que lhe foram prestados. Para colmatar muitas destas necessidades é necessário que o profissional de saúde esteja dotado de um conjunto de competências comunicacionais que devem estar centradas no paciente. De entre as essas competências, Gremigni, Sommaruga e Peltenburg (2008) destacam:

capacidade de comunicar de uma forma clara e directa; empatia; expressividade não verbal; saber ouvir o paciente e cortesia.

Desde logo é necessário que tenha a capacidade de prestar atenção ao que o paciente lhe diz e o que lhe pretende comunicar. Neste domínio Burnard (1999) considera existirem três dimensões: atenção exterior, atenção interior e a atenção baseada na fantasia.

Na primeira dimensão o profissional de saúde tem a sua atenção focalizada fora de si, ou seja, no contexto em que esta inserido e no paciente com quem está a estabelecer o relacionamento, sem se deixar distrair pelos seus pensamentos ou sentimentos. É nesta dimensão que o profissional tem acesso ao que o paciente está a dizer e aos significados dos seus comportamentos. Quando o profissional de saúde centra a sua atenção sobre si (atenção interior), a atenção que é dispensada ao paciente é apenas parcial, uma vez que os sentimentos e pensamentos do profissional de saúde também estão incorporados no processo comunicacional. Por último, quando a atenção está focalizada na fantasia, as ideias e as crenças do profissional de saúde são incorporadas no processo comunicacional o que o impede de perceber de forma objectiva o que se está a passar no momento. Aqui ele apenas tem acesso ao que sua percepção lhe permite aceder, pelo que não procura uma confirmação junto do paciente sobre o que ele percebeu do que lhe foi transmitido e se essa informação é de facto o que o que o paciente lhe pretendia transmitir. Como refere Burnard (1999), a focalização na fantasia acaba por permitir ao profissional de saúde perceber mais do seu quadro conceptual do que do paciente, pode acabar por ser conduzido a suposições erróneas sobre o paciente.

Outra competência comunicacional com a qual o profissional de saúde deve estar munido é a capacidade de saber ouvir o que o paciente tem para lhe comunicar. De acordo com Burnard (1999), este processo tem um vasto conjunto de aspectos que extravasam a simples audição do que o paciente está a dizer no momento. O profissional de saúde deve encontrar-se habilitado para recolher informação sobre o paciente através dos aspectos linguísticos, paralinguísticos e não verbais. No que diz respeito aos aspectos linguísticos tem-se as palavras utilizadas pelo paciente, as frases e as figuras de estilo. Os aspectos não linguísticos referem-se a um conjunto de comunicação que não utilizam a palavra. Como exemplo destes aspectos tem-se o volume, as pausas, a acentuação de determinadas palavras, que oferecem ao profissional de saúde elementos que, se analisados de forma adequada, podem contribuir para reforçar a informação que



obteve através dos aspectos linguísticos ou obter dados que não haviam sido referidos pelo paciente através de palavras. Revela-se importante que o profissional de saúde clarifique com o paciente que a interpretação que fez de informação que obteve através dos aspectos não paralinguísticos é a correcta. Na literatura sobre as competências de comunicação também é dada alguma importância à verificação de informação que é utilizada com objectivo de confirmar a informação que recebeu. Esta competência é utilizada através de questões clarificadoras (Rost *et al.*, 1991; Robinson & Whitfield, 1985, citados por Cegala, 2003) e resumos da informação que recebida.

Quanto aos aspectos não verbais da comunicação, que também pode ser designada como linguagem corporal, tem-se a capacidade de compreender o que o paciente transmite através do comportamento do seu corpo, como sejam as expressões faciais, os gestos, a posição corporal, movimentos do corpo, entre outros aspectos. Na interpretação da linguagem não verbal é necessário ter presente que existe um elevado conjunto de factores que a condicionam pelo que, também neste caso, é necessário proceder a uma confirmação junto do paciente de forma a não incorrer em erros de análise (Burnard, 1999).

Uma outra competência comunicacional é a capacidade de disponibilizar informação importante para o paciente de uma forma que este compreenda. Segundo Burnard (1999), a informação prestada pelo profissional de saúde deve ser fiável, estar actualizada, apropriada ao contexto, expressa de maneira que o paciente a compreenda e ser a necessária, de modo a que o paciente fique satisfeito nesse momento. Neste sentido, o profissional de saúde deve evitar o uso de termos técnicos ou utilizados entre colegas e optar pelo uso de palavras e expressões que se revelem de fácil compreensão para o paciente e não sejam ambíguas.

A escolha das palavras deve ser sempre contingencial, pelo que deve diferir de paciente para paciente, tendo em consideração de que cada um tem diferente educação, nível cultural, ocupação e conhecimento técnico sobre o que lhe está a ser comunicado. Neste aspecto Myerscough (1989) refere que termos inofensivos em termos médicos podem provocar importantes impactos negativos no paciente, como situações de ansiedade. Para evitar situações em que o paciente interpreta de forma errada o que lhe foi dito é benéfico que o profissional de saúde confirme junto do deste se ele percebeu correctamente ou então optar por fazer um sumário da informação que acabou de disponibilizar utilizando outras palavras e expressões.

O profissional de saúde para além das competências de comunicação oral, especialmente no que diz respeito a prestação de más notícias para o paciente, também deve estar ciente que passa informação através dos aspectos paralinguísticos e da linguagem corporal. Se não houver o cuidado, ou a capacidade dominar estes aspectos, pode ser dada informação errada ao paciente, ou então uma informação ambígua, que pode levar o paciente interpretar a informação que lhe foi disponibilizada pelo profissional de saúde de uma forma errada.

### **3.1. A aprendizagem de competências de comunicação em saúde**

A crescente evidência dos aspectos positivos que uma boa comunicação entre o profissional de saúde e o paciente tem para ambas as partes reforçou a importância que se atribui à mesma num contexto de prestação de cuidados de saúde. Como já foi referido, nas últimas décadas tem sido dada uma crescente importância à comunicação, passando a ser considerada uma competência central e essencial no sector da saúde (Cleland, Foster & Moffat, 2005). Uma relação comunicacional eficaz entre o profissional de saúde e o paciente pode melhorar a situação clínica do paciente, contribuir para a sua satisfação e melhorar o nível de satisfação do profissional de saúde com o seu desempenho profissional. Sem as apropriadas competências comunicacionais e o conhecimento clínico, as competências associadas a um correcto exame físico e capacidade de resolver as situações em termos da obtenção de um diagnóstico correcto podem ser desperdiçadas (Kurtz *et al.*, 1998, citados por Cleland, Foster & Moffat, 2005).

No seguimento do reconhecimento atribuído à comunicação começou a existir uma crescente atenção para a questão da aquisição destas competências, em particular à forma como estas são ensinadas nas escolas de medicina e aos factores que podem condicionar a sua aprendizagem.

Considera-se que as competências de comunicação podem e devem ser ensinadas e melhoradas ao longo de toda a vida profissional (Makoul, 2003, 1999; 2001; Silverman, Kurtz & Draper, 2005, citados por Zick, Granieri & Makoul, 2007). Para tal deve haver por parte dos profissionais e alunos uma atitude pró activa na aquisição destas competências, procurando obter novos conhecimentos nesta área e a capacidade de desenvolverem uma capacidade reflexiva sobre as mesmas (Cleland, Foster & Moffat, 2005) de modo a desenvolverem a capacidade de auto aprendizagem.

Deve haver nestes uma curiosidade e necessidade de melhoria das suas competências comunicacionais actuais.

O estudo realizado por Wright *et al.* (2006) indica que as atitudes dos estudantes de medicina, em relação à aprendizagem de competências comunicacionais estão associadas às suas percepções da importância destas na sua prática médica. Daqui se depreende a necessidade de ter em consideração as percepções dos alunos quando se pretende estudar as suas atitudes em relação à aprendizagem destas competências.

Um primeiro elemento que se extrai da análise dos diferentes estudos publicados prende-se com a existência de resultados que não são unânimes quanto às atitudes de profissionais e alunos (Rees & Sheard, 2002).

Os investigadores Hajek, Najberg e Cushing (2000), alertam para o facto das atitudes pró-activas não se encontrarem presentes nos alunos. Estes autores referem que a preocupação com as competências comunicacionais de alunos do terceiro de medicina apenas emergiam quando estes estavam perante pacientes que apresentavam dor, ou que apresentavam fortes emoções negativas. Contudo, Rosenthal e Ogden (1998) chegaram a conclusões diferentes, onde a maioria (64,8%) dos alunos que participaram no seu estudo considerou que deveria ser dada mais ênfase ao ensino de competências de comunicação. Apesar destes dados optimistas é necessário analisar os dados por anos, uma vez que os mesmos apresentam valores bem díspares. A taxa de resposta ao questionário foi de 89% entre os alunos do primeiro ano, enquanto que nos alunos do terceiro e quinto ano essa mesma taxa caiu para 64,5% e 54%, respectivamente, o que pode reflectir uma mudança de atitude, pelo que a conclusão do estudo não deve ser generalizada para os alunos destes anos.

No trabalho de Rees e Sheard (2002) verificou-se que as atitudes positivas, em relação à aprendizagem das competências de comunicação, eram menores nos últimos anos do curso. Este resultado sugere, tal como aconteceu com o estudo de Rosenthal e Ogden (1998), que as atitudes em relação à importância das competências comunicacionais se deterioraram ao longo do curso devido principalmente ao aumento do peso das aprendizagens técnicas.

Contudo, Wright *et al.* (2006) chegaram a conclusões inversas. Num estudo que comparava a atitudes dos alunos de quarto ano com os do primeiro em relação à aprendizagem de competências de comunicação verificaram que os do quarto apresentavam atitudes mais positivas. Os autores sugerem que a exposição repetida ao ensino na área da comunicação aliada a alguma experiência profissional pode

influenciar de forma positiva o aparecimento de uma maior valorização da aquisição deste tipo de competências. O facto de terem tido experiências clínicas pode ter permitido que tivessem a possibilidade de constatar na prática os benefícios que as competências de comunicação têm em termos da sua prática médica e no estado clínico dos pacientes (Wright *et al.*, 2006).

No que diz respeito ao sexo é de realçar que no estudo de Rees e Sheard (2002) as mulheres no fim do curso tinham desenvolvido menos atitudes negativas do que os homens. Wright *et al.* (2006), chegaram a conclusões semelhantes, também encontraram mais atitudes positivas nas alunas do que nos alunos em relação à aprendizagem de competências de comunicação, o que evidencia que é necessário um maior esforço de sensibilização entre os alunos para a importância das mesmas num contexto de prestação de cuidados de saúde.

Na pesquisa desenvolvida por Rees *et al.* (2002) foram encontradas, em simultâneo, atitudes positivas e negativas (Cleland, Foster & Moffat, 2005). Os autores encontraram muitos alunos que, apesar de referirem que a capacidade de comunicação é importante para a prática médica, consideravam que a sua aprendizagem se apresentava benéfica apenas para os alunos que necessitavam de melhorias nesta área. Constataram que havia também uma visão generalizada de que a sua aprendizagem era fácil, pelo que não requeria investimento de tempo.

O estudo de Rees e Sheard (2002) revelou que atitudes mais positivas em relação à aprendizagem de competências comunicacionais estavam positivamente associadas à convicção que os alunos tinham de que as suas competências neste campo necessitavam de ser melhoradas. No que diz respeito ao sexo, constataram que era no sexo feminino que havia uma maior preponderância desta visão e entre alunos em que nenhum dos seus progenitores exercia a actividade médica. Os alunos que consideravam que as suas competências comunicacionais não careciam de melhoria apresentavam atitudes mais negativas em relação ao ensino e aprendizagem deste conjunto de competências.

Importa também mencionar o estudo qualitativo desenvolvido por Rees e Garrud (2001), com cinco alunos de medicina da Universidade de Nottingham, que concluiu que existem atitudes positivas em relação à aprendizagem de competências comunicacionais. Alguns alunos consideraram que para terem um bom desempenho enquanto médicos teriam de saber comunicar de forma eficaz com o paciente, para tal necessitariam de ter boas competências de comunicação. Também havia a convicção que estas seriam de grande importância para os ajudar a trabalhar em equipa. Contudo,

também houve alunos que revelaram atitudes negativas em relação à aprendizagem destas competências, pois consideravam que a mesma não constituía um aspecto importante para o seu currículo académico e que a mesma se apresentava como demasiado fácil.

Do exposto se depreende que é difícil chegar a uma conclusão quanto às atitudes dos alunos em relação à aprendizagem de competências comunicacionais. Tal deve-se não só ao facto dos resultados, dos diferentes estudos, serem mistos, como também devido ao facto de muitos deles apresentarem limitações no plano da generalização das conclusões.

No que diz respeito aos profissionais de saúde tem-se verificado nos últimos 20 anos o aparecimento de estudos que centram a sua análise em programas de formação em competências comunicacionais, em particular para médicos (Bylund *et al.*, 2008). Estas acções de formação para além de permitirem aquisição e melhoria destas competências, também possibilitam um aumento da eficácia, da confiança e da satisfação do profissional de saúde com o seu desempenho.

Bylund *et al.* (2008) realçam que estes projectos de formação também revelam impactos importantes nos pacientes como sejam o aumento da satisfação global, melhoria da satisfação com a informação que lhe foi prestada, percepção de que o profissional de saúde entende a sua doença em sentido lato.

As acções de formação em competências de comunicação são baseadas nos pressupostos da *Adult Learning Theory* (Knowles, 1978, citado por Bylund *et al.*, 2008). De entre os pressupostos presentes nesta teoria destacam-se: o facto de os profissionais precisarem de ser informados das razões porque devem aprender um determinado tema antes da formação começar; preferirem acções de formação que conjugam a vertente teórica com a vertente prática; gostarem de ser encarados como sendo capazes de construir o seu percurso de aprendizagem. Neste sentido, os planos de formação de adultos devem contemplar um conjunto de características que passam por: (a) soluções de aprendizagem realísticas; (b) centrado na resolução de problemas; (c) recursos adequados; (d) possibilidade de interacção dando e recebendo feedback; (e) iniciação; possibilidade de os formandos direccionarem a sua aprendizagem.

Na revisão da literatura realizada por Bylund *et al.* (2008) foram encontrados 37 estudos, realizados entre 1990 e 2001, sobre a temática das acções de formação direccionados para profissionais da saúde e que abordavam a questão da comunicação. Em 46% desses estudos a abordagem foi efectuada recorrendo ao vídeo e a exemplos

reais; em 59% utilizaram uma abordagem de ensino didáctica e em 91% dos casos constatarem a presença de uma componente prática através da representação. Segundo Kurtz, Silverman e Draper (1998) existe evidência de que a componente mais importante no treino destas competências é precisamente através desta última abordagem (Bylund *et al.*, 2008).

No que diz respeito à formação de profissionais de saúde, Kurtz, Silverman e Draper (1998) defendem que a formação deve contemplar uma abordagem centrada predominantemente nas competências em detrimento de uma solução que coloca a ênfase nas atitudes (Bylund *et al.*, 2008). Para tal apresentam quatro razões: (1) a aquisição e desenvolvimento de competências são os catalizadores da mudança da forma de comunicar do profissional de saúde; (2) as competências de comunicação podem ser sempre melhoradas; (3) a opção por formação com abordagem em competências revela-se menos ameaçadora para o formando, logo a possibilidade de sucesso é superior; (4) a aquisição de competências pode produzir uma alteração nas atitudes do profissional de saúde.

Neste método, um grupo reduzido de formandos, liderado por um formador, simula situações reais de interacção com pacientes, em que o paciente é interpretado por um actor. Esta abordagem permite a oportunidade de desenvolver novas competências e reforçar as já existentes. Os autores citados consideram que nesta opção o formador assume um papel de importante relevo na condução das sessões de formação. As acções de formação direccionadas para médicos devem ter, preferencialmente, dois formadores. Um deles deve ser da mesma profissão dos formandos, enquanto o outro deve ter uma formação com especial preponderância na vertente psicossocial. Com esta medida os autores consideram que se atingirá um equilíbrio positivo entre ambas as dimensões.

A simulação de situações que podem acontecer na realidade permite não só praticar as novas competências como também melhorar as que já haviam sido adquiridas. A possibilidade de praticar num contexto em que as situações são semelhantes às que vão encontrar na sua prática de cuidados de saúde é importante porque este processo de aprendizagem implica a aquisição de todo um vasto conjunto de competências sociais com elevado grau de complexidade (Bylund *et al.*, 2008). Neste enquadramento é fundamental que haja um importante fluxo de feedback em todo o processo de aquisição de competências, havendo o cuidado de que as observações apontadas ao desempenho do formando não entre em colisão com a sua personalidade.

O ensino das competências comunicacionais deve acontecer de uma forma formal, ou seja, fazendo parte do currículo das escolas de saúde. No que diz respeito à atitude dos alunos que frequentam cursos na área da saúde é necessário ter em consideração que, como referem Moffat *et al.* (2004), a motivação e o empenho na aprendizagem de uma determinada matéria está relacionada com o facto de virem a ser avaliados pelos seus conhecimentos da mesma (Cleland, Foster & Moffat, 2005).

Se as competências comunicacionais e o comportamento profissional não forem formalmente testados não serão tidas como importantes pelos estudantes (Newble & Jaeger, 1983, citados por Haes *et al.*, 2001) pelo que vão passar a sua atenção para a aquisição de outras competências relegando-as para um segundo plano. Se os estudantes tiverem conhecimento de que terão avaliações rigorosas sobre estas competências darão mais importância à sua aprendizagem.

É nestas instituições de ensino que os alunos são alertados, pela primeira vez, para a associação que existe entre os seus comportamentos comunicacionais e a satisfação revelada pelo paciente quanto aos cuidados de saúde que lhes são prestados (Wright *et al.*, 2006). Neste sentido, as atitudes em relação às competências comunicacionais desenvolvidas nesta fase da sua vida académica podem influenciar a forma geral como as valorizam e a importância que lhes vão atribuir quando começarem a exercer a sua actividade. Torna-se pois importante dar um papel de relevo à sua aprendizagem durante o seu percurso académico.

Um passo importante para reforçar a importância da presença do ensino das competências de comunicação nos currículos foi dado em 1991 com a Declaração de Toronto que realçou a importância desta medida na melhoria da prática de cuidados de saúde (Simpson *et al.*, 1991, citados por Makoul & Schofield, 1999).

A partir desta data tem-se assistido a uma crescente consciencialização da necessidade destas instituições incorporarem nos seus currículos um plano que contemple o ensino e de avaliação das competências de comunicação (Makoul & Schofield, 1999). Nesta lógica, algumas escolas têm procurado introduzir nos seus cursos uma maior ênfase no ensino e aprendizagem das competências de comunicação. Makoul (2003) registou que se verifica uma grande divergência entre as diferentes escolas de saúde quanto ao âmbito da aplicação, ao momento e ao tipo de competências de comunicação que são ensinadas (Zick, Granieri & Makoul, 2007).

Dada a centralidade destas competências o General Medical Council considera que quem não as apresenta não se encontra apto para o exercício da actividade médica

(Haes *et al.*, 2001). Por consequência os estudantes de medicina que apresentem erros característicos e que consistentemente não atingem determinados critérios não se devem tornar médicos (Haes *et al.*, 2001). Mesmo que os estudantes passem em exames regulares podem ser considerados como não estando aptos para exercer medicina devido as suas atitudes ou comportamentos comunicativos. A exclusão destes estudantes pode tornar-se necessária, para tal é necessário identificá-los para sua própria protecção e dos pacientes.

Numa análise à forma de como estas eram ensinadas na escola de Nottingham e na escola de Leicester, Rees e Garrud (2001) verificaram que enquanto na primeira utilizavam métodos de ensino mais instrutivos, na segunda optou-se por métodos que privilegiam uma componente mais prática.

Na Academia Medical Centre da Universidade de Amesterdão é atribuída uma importância fulcral às competências de comunicação, pelo que os alunos que não satisfaçam os critérios considerados essenciais neste domínio da prestação de cuidados de saúde são excluídos (Haes *et al.*, 2001). No processo de avaliação deste tipo de competências os alunos são sujeitos a uma última avaliação durante o seu estágio, depois de concluída a sua avaliação teórica, quando trabalham em diferentes serviços para obter experiência em situações reais. A sua avaliação é feita em termos do comportamento que evidenciam e não nas suas convicções ou conhecimento, porque pode ter conhecimento teórico mas não o conseguir aplicar da forma mais correcta em termos práticos (Haes *et al.*, 2001).

O aluno é avaliado por vários observadores (Haes *et al.*, 2001), com diferentes experiências profissionais. De entre as competências que os alunos devem possuir (constam da Amsterdam Attitudes and Communication Scale – AACCS), a Academic Medical Centre estabeleceu nove dimensões: (1) cortesia e respeito; (2) adequada recolha de informação; (3) prestar a informação adequada; (4) lidar com as emoções; (5) capacidade de estruturar a comunicação; (6) introspecção sobre as suas próprias emoções, normas, valores e preconceitos; (7) apresentar uma colaboração adequada com colegas e restantes profissionais de saúde; (8) reconhecer os seus limites, avaliar de forma crítica os seus comportamentos e lidar de forma correcta com o *feedback* que recebe; (9) apresentar dedicação, sentido de responsabilidade e envolvimento.

As primeiras cinco dimensões estão relacionadas com os comportamentos relevantes do profissional de saúde para com o paciente, enquanto que as restantes quatro têm a ver com as atitudes evidenciadas pelo profissional de saúde.



No que diz respeito ao género, Wright *et al.* (2006), depois de constatarem evidências de que as estudantes tinham mais atitudes positivas quanto à aprendizagem de competências de comunicação, referem a necessidade dos currículos das escolas de saúde incorporarem estes dados. Segundo estes autores torna-se importante que as escolas promovam acções que enfatizem a importância da aprendizagem deste tipo de competências junto dos seus alunos do sexo masculino, realçando a importância que as mesmas terão na sua prática de cuidados de saúde no futuro. Quanto aos estudantes do sexo feminino os currículos devem ter em consideração que, em termos médios, elas apresentam menor confiança quanto à sua capacidade de comunicar com o paciente pelo que se revela necessário que as instituições de ensino na área da saúde estejam preparadas para “construir” essa confiança.

Apesar das atitudes e competências comunicacionais serem consideradas como pontos centrais no ensino dos alunos na área da saúde e mesmo de profissionais, continuam a existir lacunas quanto à sua avaliação, em particular a existências de instrumentos com propriedades psicométricas que permitam proceder a uma avaliação objectiva (Haes *et al.*, 2001).

### **3.2. Os principais problemas comunicacionais dos profissionais de saúde**

Apesar da crescente importância que se dá à comunicação e ao estabelecimento de um relacionamento entre o profissional de saúde e paciente centrado neste último, continua a verificar-se que os profissionais de saúde cometem, com frequência, diversas falhas de comunicação (Grilo & Pedro, 2005).

De entre as falhas que se verificam com maior número destacam-se o não se apresentarem de forma conveniente quando têm o primeiro contacto com o paciente; não explicarem qual a sua área de actuação; fazer passar ao paciente a ideia de que estão distantes e desatentos face aos sentimentos que este apresenta; a adopção de um estilo de comunicação que apresenta um estilo autoritário onde predominam as perguntas de resposta fechada, onde o paciente não tem a oportunidade de colocar as questões cuja resposta é relevante para si; as perguntas têm como único objectivo a recolha de dados pessoais, familiares e profissionais para a realização do diagnóstico (Grilo & Pedro, 2005).

Segundo Corney (2000), o paciente tem as suas próprias ideias e teorias que devem ser apreendidas pelo profissional de saúde e, através de uma conversa com o paciente, as deve validar ou refutar. Se não o fizer o paciente pode ficar numa situação em que não sabe em que acreditar, o que pode originar uma dificuldade na adesão à terapêutica prescrita pelo profissional de saúde.

Corney (2000) inúmeras seis possíveis razões pelas quais o discurso do profissional de saúde pode apresentar falta de clareza: pouco claro ou inseguro quanto ao diagnóstico ou ao prognóstico; não tem tempo para uma explicação integrada do quando de saúde em que se encontra a paciente; apresenta dificuldade em dar más notícias e opta por evitar o ponto central do tema; não tem consciência da importância de prestar informações em pormenor; opta por não facultar toda a informação por considerar que é do interesse do paciente, pois a informação sobre o seu verdadeiro estado de saúde pode perturbar e angustiar o paciente; tem receio de transcender a esfera profissional e envolver-se emocionalmente, pelo que opta por evitar situações em que tal possa vir a ocorrer.

Numa primeira análise poder-se-ia considerar que as consequências negativas deste tipo de comportamento comunicacional se fariam sentir apenas no paciente, no entanto, constata-se que também no profissional as mesmas se fazem sentir. De facto, este tipo de procedimento pode originar erros de avaliação do diagnóstico, baixo grau de adesão dos pacientes à terapêutica prescrita, aumento da dificuldade de adaptação do paciente ao seu estado clínico, aumento dos níveis de insatisfação para com os cuidados de saúde que lhe foram prestados (Grilo & Pedro, 2005).

## **4. Impacto da relação comunicacional profissional de saúde – paciente**

### **4.1. Alterações no desempenho do profissional de saúde**

Os estudos desenvolvidos por Batalden, *et al.* (2002), Horowitz (2000), Makoul (2003) e Epstein (2002) revelaram que as competências de relacionamento interpessoal e de comunicação são um dos aspectos principais no que diz respeito ao desempenho dos estudantes de medicina, médicos residentes e restantes profissionais de saúde (Zick, Granieri & Makoul, 2007).

Entre os alunos verifica-se que a aplicação de um treino específico de aprendizagem de competências de comunicação os ajuda a ter uma melhor compreensão das necessidades que o paciente apresenta em termos biomédico e psicossocial e no estabelecimento de uma relação de parceria (Cleland, Foster & Moffat, 2005). No seguimento do reconhecimento da importância da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente tem sido dada mais importância nas escolas de saúde a esta vertente, procurando consciencializar o aluno para a necessidade de adoptar uma estratégia de comunicação centrada no paciente, permitindo adaptar a mesma às diferentes circunstâncias.

Os estudos de Levinson (1994), Hickson *et al.* (1992), Hickson *et al.* (1994) e Levinson *et al.* (1997) evidenciam que a existência de uma boa comunicação entre ambas as partes origina uma diminuição das queixas de má prática na prestação dos cuidados de saúde (Zick, Granieri & Makoul, 2007), o aumento da adesão dos pacientes a exames médicos e ao tratamento (Haes *et al.*, 2001), a diminuição de índices de mortalidade e morbilidade (Street *et al.*, 2009) e uma significativa melhoria da satisfação dos profissionais com o seu desempenho na prestação de cuidados de saúde (Cleland, Foster & Moffat, 2005).

#### **4.2. O impacto da comunicação no paciente**

A comunicação enquanto elemento integrante do quotidiano do indivíduo permite a partilha de informação e o apoio emocional durante um episódio de stress, no entanto a ocorrência de falhas na comunicação pode trazer implicações físicas e psicológicas para o paciente (Alasad & Ahmad, 2005).

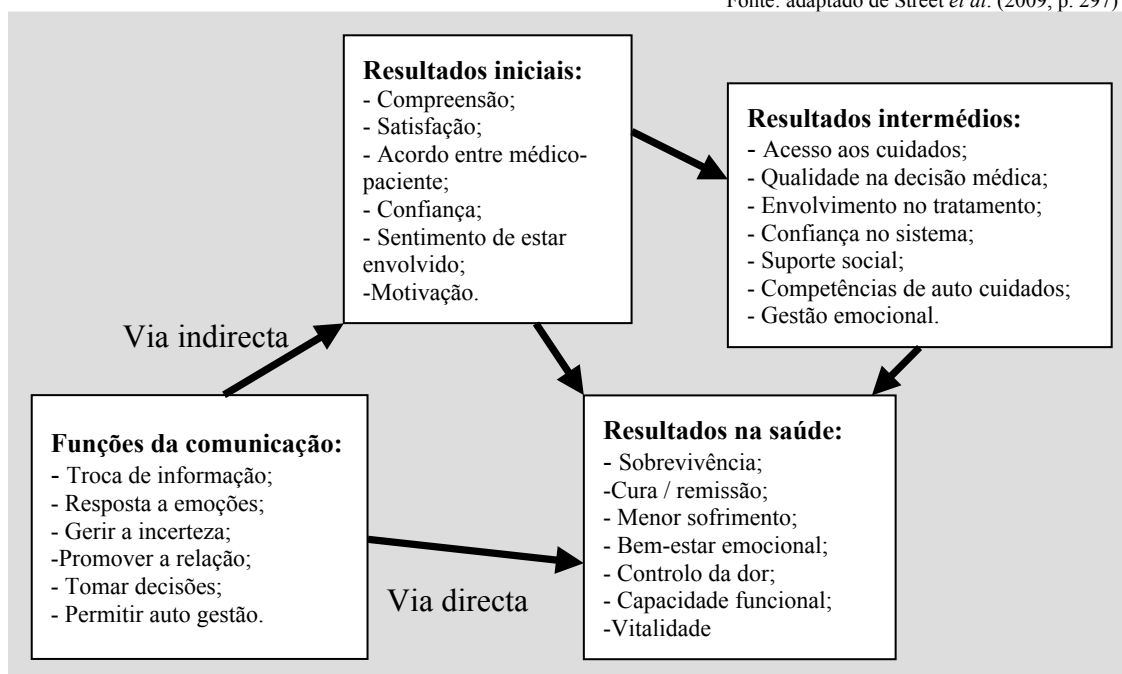
Tem vindo a ser demonstrado que a relação comunicacional tem um importante impacto nos pacientes, como seja a sua adesão à terapêutica, compreensão dos conselhos do médico e impacto na sua saúde (Hall, Roter & Katz, 1988; citados por Haes *et al.*, 2001). Esta é uma das razões por existe um crescente interesse no ensino e avaliação de competências comunicacionais (Ong *et al.*, 2000)

A uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pacientes têm sido associados benefícios significativos em áreas que vão desde a adesão a planos de tratamento e resolução de sintomas a uma maior compreensão por parte do paciente de todo o processo, o que potencia a satisfação tanto dos pacientes como do pessoal médico (Stewart, 1999).

Para perceber os factores que permitem que o estilo de comunicação poder originar resultados melhores ou piores para o estado clínico do paciente é necessário identificar as vias pelas quais a comunicação influencia a saúde e bem-estar do paciente. Estas vias podem-se dividir em directas ou indirectas (Street *et al.*, 2009). No que diz respeito às vias directas tem-se o exemplo de um profissional que cria empatia com o paciente e que tem em conta a perspectiva deste e desta forma ajuda-o a ter uma situação psicológica com menos emoções negativas (ansiedade, medo) e a construir emoções positivas (esperança, optimismo).

De acordo com Street *et al.* (2009), na maior parte dos casos os efeitos da comunicação no estado de saúde do paciente acontecem de forma indirecta. De facto, a comunicação pode potenciar efeitos intermédios que por sua vez vão produzir efeitos no estado de saúde do paciente. Por exemplo, uma mensagem clara do profissional de saúde e mensagens de conforto pode conduzir a uma confiança e compreensão do tratamento por parte do paciente (resultado inicial), o que pode facilitar a adesão ao tratamento (resultado intermédio) o que permitirá melhorar a condição clínica do paciente (resultado final). Um esquema exemplificativo das vias através das quais as funções de comunicação podem ter um impacto na saúde do paciente pode ser visualizado na figura 2.

Fonte: adaptado de Street *et al.* (2009, p. 297)



**Figura 2. Vias pelas quais a comunicação produz resultados na saúde**

Segundo Epstein e Street (2007, citados por Street *et al.*, 2009), a comunicação entre profissional de saúde e paciente pode contribuir para a melhoria do estado de saúde do paciente através de, pelo menos, sete vias: (1) acesso aos cuidados de saúde necessários; (2) aumento do nível de conhecimento do paciente e compreensão partilhada; (3) reforço de alianças terapêuticas; (4) reforço da capacidade de auto-gestão emocional; (5) activação do suporte social; (6) melhoria da qualidade das decisões médicas; (7) permitir participação do paciente.

No sentido de aumentar a importância que alunos e profissionais de saúde atribuem às competências comunicacionais e, desta forma, contribuir para alterar as suas atitudes face às mesmas revela-se importante que os estudos desenvolvidos coloquem uma ênfase maior na associação que existe entre os comportamentos comunicacionais e os resultados clínicos nos pacientes (Wright *et al.*, 2006). Este tipo de enfoque pode contribuir para o aparecimento de atitudes mais positivas em termos comunicacionais e uma consequente melhoria da satisfação do paciente.

## **5. O Técnico de Cardiopneumologia**

### **5.1. Desenvolvimento enquadramento profissional**

A Cardiopneumologia, enquanto área de saber profissional das tecnologias da saúde, tem as suas raízes históricas no exercício das práticas dos cuidados de saúde, nos hospitais de Coimbra, Porto e Lisboa, em meados do século XX.

Nesta época não existiam instituições responsáveis pelo ensino e/ou formação destes grupos socioprofissionais, o acesso à profissão não obedecia a credenciais escolares e era feito mediante concurso em que se exigia aprovação em provas práticas.

O cardiopneumologista aplica métodos e técnicas de diagnóstico em medicina através de equipamentos electrónicos e informáticos, em alguns casos com elevado grau de complexidade, com o objectivo de obter imagens que permitam fazer o diagnóstico médico. Assim, verifica-se que ao profissional desta área é exigido um profundo conjunto de conhecimentos dos equipamentos e tecnologias para desempenhar a sua actividade com elevado nível de qualidade.

O ensino de Cardiopneumologia surgiu na década de 60, sob a tutela da saúde, com diferentes níveis de formação de grau não superior (para as categorias de Técnicos e auxiliares), com diferentes formas e critérios de acesso.

Na década de 80 começaram a verificar várias referências relativas ao quadro das competências, do conteúdo funcional e da missão do profissional de Cardiopneumologia. Actualmente, segundo o D.L. n.º 564/99 de 21 de Dezembro e o D.L. n.º 261/93 de Julho, esta área consiste “*no desenvolvimento de actividades técnicas para o estudo funcional e de capacidades anatomofisiopatologia do coração, vasos e pulmões e de actividades ao nível de programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação, bem como no desenvolvimento de acções terapêuticas específicas, no âmbito da cardiologia, pneumologia e cirurgia cardiorácica*”.

Em 1953, numa publicação do quadro de pessoal dos hospitais civis de Lisboa (DR n.º 11, de 27 Maio de 1953) aparece pela primeira vez o registo oficial de designações de titulações profissionais, referentes aos actuais Técnicos de Cardiopneumologia: o Técnico de Cardiologia e o auxiliar de Cardiologia.

De acordo com Lobato (2004) esta profissão foi marcada pela evolução tecnológica e científica registada no campo do exercício profissional hospitalar, sendo somente em 1993 atribuído o grau académico de bacharelato, onde passa a estar integrado no sistema educativo nacional ao nível do ensino poliTécnico. Na actualidade, o curso permite a obtenção do grau de licenciatura, estando estruturado de acordo com um modelo bietápico.

Tem-se registado um aumento significativo do número de profissionais nesta área bem como a sua qualificação. Em termos sociográficos, considerando apenas os profissionais do Sistema Nacional de Saúde, pode referir-se que se trata de um grupo profissional jovem onde predominam profissionais do sexo feminino, estando a maioria vinculada a Hospitais Centrais. De entre as actividades principais desempenhadas por estes profissionais destacam-se: electrocardiologia, ecocardiografia, estudo da função respiratória, intervenção cardiovascular, tecnologia extracorporal. (Tavares et al., citados por Lobato, 2004).

Para Lobato (2000, p.1), a profissão de Cardiopneumologista “*visa fundamentalmente a produção de meios de diagnóstico e acções terapêuticas, no contexto do estudo morfo-funcional e fisiopatológico dos sistemas cardiovascular e respiratório, contribuindo significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças do foro cardiovascular e pulmonar.*”

De acordo com a Portaria nº 256-A/86, de 28 de Maio, o profissional de cardiopneumologia actua nas áreas de cardiologia, angiologia, pneumologia e cirurgia torácica. Executa e regista actividades cardiopneumovasculares, como electrocardiogramas, fonomecanogramas, ecocardiogramas e vectocardiogramas.

Colabora na análise, medição e registo de variados valores e parâmetros nas áreas do *pacing* cardíaco, electrofisiologia e hemodinâmica, determina pulsos arteriais e venosos. Elabora no laboratório funcional, espirogramas, pneumotacogramas, pletismogramas, provas farmacodinâmicas e gasometria arterial. Prepara o doente para os exames e verifica o correcto estado de funcionamento dos aparelhos. Colabora na implantação da técnica (ou técnicas) dentro do serviço de funcionamento dos aparelhos. Colabora na organização, montagem e manuseamento de arquivos.

O Cardiopneumologista pode exercer a sua profissão em hospitais (de gestão pública, privada ou mista), clínicas, consultórios, empresas, centros de investigação, laboratórios, escolas, firmas comerciais, instituições desportivas e em quaisquer outros sectores relacionados com a profissão. As principais áreas de actuação destes profissionais são a Cardiologia, a Pneumologia, a Cirurgia, a Angiologia e a Emergência, entre outras.

## **5.2. Comunicação em Cardiopneumologia**

Em contexto hospitalar ou noutro contexto de cuidados de saúde, em meio autóctone ou migrante, a comunicação constitui uma componente importante e um óptimo avaliador das qualidades dos cuidados de saúde, uma parte da insatisfação dos clientes/doentes estando relacionada com os desempenhos comunicacionais dos Técnicos de saúde.

Segundo Amram (citado por Ribeiro, 2001), na comunicação entre técnico de saúde/médico e o paciente, é fundamental ter-se em conta que existem vários tipos de doentes bem como médicos. Assim, há o doente ansioso, sugestionável, melancólico, deprimido, hostil, eufórico, entre outros. Por sua vez, há o Técnico “especialista”, pessimista, optimista, autoritário, agressivo, paternalista, inseguro, entre outros.

Dois processos, no qual na relação interpessoal de ideias, sentimentos e atitudes, têm de se equilibrar para manter a coesão da relação, funcionando um e outro como estímulo no comportamento dos interlocutores são porém, de acordo Bateson (citado por Ribeiro, 2001), a simetria e a complementaridade. Assim, enquanto que a simetria

tem a ver com a identificação, a compreensão, e a imitação, a complementaridade está relacionada com a adequação aos outros e o recurso a outrem para se complementar a si próprio. Isto significa que para que as relações humanas se equilibrem deverão ter algo de complementar e simétrico.

O cardiopneumologista, no seu dia-a-dia, integrado ou não em equipas multidisciplinares, comunica com pessoas que a ele recorrem ou lhe são encaminhadas para exercer as suas funções. A relação interpessoal que se estabelece depende muito da capacidade comunicacional e, conseqüentemente, do papel que for capaz de desempenhar. Deste modo, e numa perspectiva de análise transaccional, poder-se-ia dizer que em cada lance comunicativo há ganhos e perdas, consoante o conjunto de estímulos que forem trocados.

Para o desempenho das suas funções o Técnico Cardiopneumologista tem de saber ouvir o seu interlocutor, interpretar e compreender as suas queixas, o seu sofrimento, as suas questões e orientar a sua intervenção com vista ao correcto desempenho da sua profissão. Do mesmo modo, o cumprimento do código da ética e das normas deontológicas devem ser um imperativo de consciência presente em cada comportamento derivada de uma complexa nebulosa motivacional.

Acresce ainda que a qualidade da troca de informação entre o Técnico de Cardiopneumologia e os pacientes está relacionada com maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos, facilitação de escolhas complexas em saúde e nas doenças, adaptação à doença e qualidade de vida, comportamentos de adesão e à procura de cuidados. Daqui se depreende que tem uma influência sobre o estado de saúde e a utilização de serviços.

Assim, compreender a informação sobre saúde e doenças é um direito de todos nós, melhorar a comunicação em saúde é um imperativo ético para os Técnicos de saúde e que ao mesmo tempo é uma responsabilidade.

A comunicação entre os prestadores de cuidados de profissionais de saúde e as pessoas afectadas por uma doença tem sido reconhecido de fundamental importância para prestação de cuidados e apoio à gestão do auto-cuidado. Quanto ao auto-cuidado, existem evidências de que a comunicação pode facilitar ou inibir a promoção da saúde e bem-estar geral entre os que apresentam doenças crónicas. Tem sido difícil para gerar um corpo de pesquisa para ampliar a compreensão deste fenómeno para além de generalizações sobre o valor da boa comunicação, é igualmente difícil discernir o que é comunicação sobre as diferentes instâncias que os tornam eficaz ou ineficaz.



## CAPÍTULO II. METODOLOGIA

### 1. Objectivos do estudo

Tendo em consideração a questão de investigação *Que atitudes e competências de comunicação consideram os estudantes e profissionais de cardiopneumologia importantes para a melhoria da qualidade dos serviços prestados?* e a revisão da literatura apresentada no capítulo anterior foi definido como objectivo para este estudo:

Identificar as atitudes e competências de comunicação que os estudantes e profissionais de Cardiopneumologia consideram relevantes para a melhoria da qualidade dos serviços que são prestados nesta especialidade.

No seguimento deste objectivo, considerou-se adequado estabelecer os seguintes objectivos específicos:

**Objectivo específico 1** – Identificar as atitudes dos estudantes de Cardiopneumologia no início e fim da sua formação em relação à aprendizagem de competências de comunicação;

**Objectivo específico 2** – Identificar o papel que os Técnicos de Cardiopneumologia consideram desempenhar na sua interacção com os doentes;

**Objectivo específico 3** – Identificar as competências de comunicação que Técnicos de Cardiopneumologia e os estudantes de Cardiopneumologia consideram na sua interacção com o doente;

**Objectivo específico 4** – Determinar se existem diferenças decorrente das variáveis demográficas, no que diz respeito quer às atitudes quer às competências de comunicação.

### 2. Caracterização e desenho do estudo

Tendo em consideração as temáticas e os objectivos subjacentes a este estudo optou-se por realizar um estudo de carácter quantitativo de índole transversal e correlacional.

Para proceder à análise dos temas relacionados com a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente existem um conjunto de instrumentos de recolha de dados que se encontram validados em diferentes estudos, em diferentes países que asseguram que os mesmos são fiáveis.

De facto esta temática é susceptível de ser estudada em termos quantitativos razão pelo qual na literatura existente a maioria dos estudos optam por este método. Ao utilizar este método é possível proceder à comparação dos dados obtidos neste estudo com uma conjunto amplo de estudos internacionais.

### **3. Definição da amostra**

Os participantes neste estudo foram escolhidos através do método de amostragem não probabilístico, por conveniência. Trata-se de uma metodologia de amostragem onde os indivíduos são escolhidos porque se encontram onde os dados para o estudo estão a ser recolhidos. A amostra para a realização do presente estudo é composta por alunos e profissionais de Cardiopneumologia.

A amostra dos profissionais de Cardiopneumologia foi recolhida num hospital da área da grande Lisboa, enquanto que a amostra dos estudantes é constituída por um grupo de estudantes de uma Escola Superior de Saúde da mesma área.

Para a definição da amostra de alunos adoptou-se como critério de inclusão: estar matriculado no primeiro ou quarto ano do curso de Cardiopneumologia.

Quanto aos profissionais optou-se por estabelecer os seguintes requisitos: exercer a profissão à mais de um ano e encontrar-se a trabalhar na unidade hospitalar, onde foi recolhida a amostra, à mais de um ano.

A descrição da amostra será apresentada no capítulo referente aos resultados.

## **4. Instrumentos de recolha de dados**

Para além de um questionário demográfico, a recolha de dados foi feita através da utilização de três questionários, dois dos quais foram já utilizados em investigações anteriores com amostras de profissionais de saúde portugueses e um terceiro que foi elaborado especificamente para este estudo.

### **4.1. Questionário Sóciodemográfico**

O questionário sobre dados sociodemográficos é composto por: (1) para os estudantes por duas questões demográficas (sexo e idade) e duas relacionadas com a situação académica (ano do curso e o número de anos de matrícula); (2) para os profissionais três questões demográficas (sexo, idade e habilitações literárias) e três questões relacionadas com a sua situação profissional (número de anos de profissão, área profissional e se participaram em acções de formação em comunicação).

### **4.2. Communication Skills Attitude Scale (CSAS)**

Para a persecução do primeiro objectivo específico foi utilizado o questionário *Communication Skills Attitude Scale* (CSAS) da autoria de Rees, Sheard e Davies (2002), desenvolvida a partir de um estudo qualitativo pioneiro de Rees e Garrud (2001) (Harlak, Dereboy & Gemalmaz, 2008). Trata-se de uma escala de auto-resposta que mede as atitudes dos alunos de medicina em relação à aprendizagem de competências de comunicação durante o curso (Anvik *et al.*, 2007). Uma outra razão para a sua utilização neste estudo prende-se com o facto de ser uma escala que é amplamente utilizada em trabalhos de investigação sobre esta temática e que foi validada em diversos estudos (Harlak, Dereboy & Gemalmaz, 2008). A esta ampla aceitação não será alheio o facto de ser de aplicação simples e rápida, com perguntas que são de compreensão fácil e poder ser aplicada a diversos públicos-alvo (French, 2008).

A versão do questionário CSAS utilizado neste estudo é uma adaptação para os profissionais de cardiopneumologia da versão portuguesa adaptada por Grilo para um estudo de tese de doutoramento, no âmbito da comunicação em saúde, e estudada na investigação de French (2008) em estudantes de fisioterapia.

Esta escala é composta por 26 afirmações sobre as atitudes em relação à aprendizagem de competências de comunicação. Destas treze são afirmações apresentadas sob a forma positiva (ex.: *Para ser um bom Técnico de Cardiopneumologia, tenho de ter boas competências de comunicação* – item 1) e treze afirmações sob a forma negativa (ex. *Não vejo qual a importância de aprender competências de comunicação* – item 2). Cada uma destas 26 afirmações é seguida de cinco intervalos de resposta, numa escala de Likert com a seguinte ordem: “Discordo completamente”, “Discordo”, “Neutro”, “Concordo” e “Concordo completamente”. A cada um dos participantes no estudo é pedido que, para cada uma das afirmações, escolham o seu grau de concordância com a mesma colocando uma cruz no quadrado correspondente.

No estudo de Rees, Sheard e Davies (2002) foram encontrados dois factores principais, compostos por treze itens cada, que permitiram obter duas subescalas: Positive Attitudes Scale (PAS) e a Negative Attitudes Scale (NPS). A subescala PAS é obtida através da soma do valor dos itens 4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21, 22 23 e 25, que mede das atitudes positivas dos estudantes em relação à aprendizagem de competências de comunicação. Os restantes itens (1, 2, 3, 6, 8, 11, 13, 15, 17, 24, 26) compõem a escala NAS que mede as atitudes negativas quanto à aprendizagem de competências de comunicação.

Os valores mínimos e máximos, para cada uma das escalas, são de 1 e 6, respectivamente, em que valores mais altos expressam atitudes mais intensas (Harlak, Dereboy & Gemalmaz, 2008). Através da comparação do valor médio de cada subescala é possível determinar se o inquirido apresenta, predominantemente atitudes positivas ou negativas em relação à aprendizagem das competências comunicacionais (French, 2008).

### **4.3. Patient-Pratitioner Orientation Scale (PPOS)**

A Patient –Pratitioner Orientation Scale (PPOS) foi aplicada aos profissionais de Cardiopneumologia com o intuito de perceber qual o tipo de comportamento que adoptam na sua relação com o paciente.

Trata-se de uma escala de auto-resposta desenvolvida por Krupat *et al.* (2000) composta por 18 itens. Cada uma das 18 afirmações é seguida de seis quadrados numerados de 1 a 6, numa escala de Likert que vai desde “Concordo Completamente” a

“Discordo Completamente”, respectivamente (Ribeiro, 2006). Tal como aconteceu para o questionário anterior, a versão do PPOS utilizada neste estudo é uma adaptação para os profissionais de cardiopneumologia da versão portuguesa desenvolvida por Grilo (2008) para um estudo de tese de doutoramento no âmbito da comunicação em saúde e adaptada no estudo de French (2008) para profissionais de fisioterapia.

Esta escala está dividida em duas sub-escalas que correspondem às duas dimensões que a compõem: *Sharing* (Partilha de Poder) e *Caring* (Cuidado). Com a sub-escala *Sharing* avaliam-se as atitudes do sujeito em relação à partilha de informação e de poder epistemológico com paciente. A sub-escala *Caring* avalia as atitudes do sujeito em relação à importância atribuída pelos profissionais aos aspectos emocionais do paciente.

A sub-escala Partilha de Poder (*Sharing*) resulta da média da soma das respostas aos itens 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 e 18 e mede o quanto o profissional de saúde considera que o paciente deseja informações e participar no processo de decisão em relação à sua situação clínica (Krupat *et al.*, 2000).

O score da subescala Cuidar (*Caring*), que é obtido através da média da soma das respostas às afirmações 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 17, mede o quanto os profissionais de saúde consideram que as expectativas, sentimentos e situações circunstanciais da vida do paciente interferem no resultado da terapêutica a que este é submetido (Ribeiro, 2006).

A média da soma de todos os itens permite obter o *Score* Total da PPSO (média da soma de todos os itens da escala), que apresenta valores contínuos compreendidos entre 1 e 6, em que valores mais altos correspondem a atitudes de poder mais igualitárias e centradas no paciente, isto porque as afirmações têm um carácter negativo. As exceções são os itens 9, 13 e 17 que apresentam afirmações positivas, razão pela qual é necessário proceder a uma inversão dos valores para que todos os itens apresentem a mesma interpretação para os valores que são atribuídos pelos participantes.

Krupat *et al.* (2000) consideram que o *Score* Total da PPSO permite classificar a atitude dos profissionais de saúde em três categorias:

- **Elevado** se o valor for igual ou superior a 5.00. Representa o grupo de profissionais de saúde que adoptam um estilo de relacionamento centrado no paciente;
- **Médio** se os valores forem superiores a 4,57 e inferiores a 5.00.
- **Baixo** se os valores forem iguais ou inferiores a 4,57.

#### **4.4. Questionário de Identificação de Competências de Comunicação**

Considerou-se importante perceber se alunos e profissionais tinham conhecimento das competências de comunicação que os profissionais de Cardiopneumologia devem possuir para que, durante o desempenho da sua actividade, consigam obter um desempenho de excelência. Dado não haver na literatura uma escala que permitisse aferir tais conhecimentos optou-se por proceder à elaboração de um questionário específico para este estudo.

As afirmações que integram este questionário foram retiradas da literatura sobre competências comunicacionais, nomeadamente dos trabalhos apresentados por Corney (2000), Davis e Fallowfield (1991), Rotter e Hall (1993). Procurou-se construir um questionário que incorpora-se todas as dimensões que um profissional de Cardiopneumologia deve estar dotado na área comunicacional.

Na versão final o questionário ficou composto por 21 competências comunicacionais apresentadas sob a forma de afirmações positivas, em que o inquirido tem a possibilidade de resposta, para cada uma, “Sim” no caso de a considerar como uma competência comunicacional ou “Não” em caso inverso. A cada resposta “Sim” é atribuído o valor 1 enquanto que as respostas “Não” têm o valor 0. O *score* total do questionário é obtido somando o valor de todos os itens, pelo que o seu resultado pode variar entre um valor mínimo de 0 e máximo de 21.

Trata-se de afirmações que correspondem a dimensões como Ouvir (afirmação 1); Observar (afirmação 4); Clarificar (afirmação 10 e 11); Expressar Empatia (afirmações 7, 13 e 15); Informar (afirmações 16 e 17); Respeito (afirmação 9) e Competências técnicas (afirmações 3 e 4). Foram ainda incluídas afirmações que dizem respeito a práticas de relacionamento ou de comunicação, em relação às quais não existe na literatura concordância quanto aos efeitos positivos da sua utilização, nomeadamente o humor; o envolvimento na esfera íntima do doente; a interpretação das significações do doente; e a simpatia.

Dado que este questionário visa apenas explorar em que medida os participantes no estudo conseguem identificar as competências de comunicação apresentadas a sua análise foi feita questão a questão.

## **5. Realização de pré-teste**

Antes de se proceder à aplicação dos questionários procedeu-se à realização de um pré-teste com o intuito de perceber em que medida os instrumentos escolhidos se revelavam adequados para os objectivos escolhidos. Neste sentido recolheu-se uma amostra de 10 indivíduos.

Depois de analisados os resultados do pré-teste verificou-se a necessidade de proceder a ajustamentos a alguns dos itens dos questionários e a eliminação de alguns itens do questionário QICC que revelaram uma elevada taxa de não respostas.

## CAPÍTULO III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados deste estudo seguindo a sequência dos objectivos específicos, pelo que após a caracterização da amostra serão apresentados os resultados das escalas: PPOS e subescalas Sharing e Caring, CSAS com a subescalas PAS e NAS, o questionário de Conhecimento das Competências de Comunicação e análise estatística das relações entre as variáveis demográficas e as atitudes.

### 1. Caracterização das amostras

A amostra que diz respeito aos alunos foi composta por 66 sujeitos, dos quais foram eliminados dois porque não apresentavam algumas respostas para as perguntas de escala. Em termos da amostra por ano, do primeiro ano participaram 35 sujeitos e do quarto ano 31 sujeitos.

Os alunos são na sua maioria do sexo feminino que representam 74,2% do total dos alunos que compõem a amostra.

**Tabela 1. Sexo dos alunos**

	N	%
Feminino	49	74,2%
Masculino	17	25,8%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0%</b>

Os alunos apresentam idades que variam entre um valor mínimo de 17 anos e um valor máximo de 30 anos. Com uma média de idades de  $20 \pm 2,9$  anos e um valor mais observado de 18 anos, verifica-se que a maioria dos alunos tem menos de 25 anos (50,0%). Com mais de 25 anos apenas se encontra 6,1% dos alunos. No que respeita à assimetria registou-se um valor de 4,1 para o Skewness/Erro padrão, pelo que se pode afirmar que a mesma é positiva, ou seja, os valores concentram-se em valores inferiores.



**Tabela 2. Distribuição da idade dos alunos**

	Nº	%
Até 20 anos	33	50,0%
21 a 25 anos	29	43,9%
Mais de 25 anos	4	6,1%
Total	66	100,0

A percentagem de alunos que se encontra a frequentar o primeiro ano do curso de Cardiopneumologia é de 53,0% e os restantes 47,0% estão já no 4º ano iniciando a fase final do seu curso académico.

**Tabela 3. Ano do Curso**

	N	%
1º Ano	35	53,0%
4º Ano	31	47,0%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0%</b>

A maioria dos alunos (47,0%) tem apenas uma matrícula, seguido pelos alunos que têm quatro matrículas (40,9%). Destaca-se ainda alunos que têm cinco matrículas, que representam 7,6% do total dos alunos da amostra e os que têm seis que respondem por 1,5%.

**Tabela 4. Número de matrículas**

	Nº	%
1 Matrícula	31	47,0%
2 Matrículas	2	3,0%
4 Matrículas	27	40,9%
5 Matrículas	5	7,6%
6 Matrículas	1	1,5%
Total	66	100,0%

Dos alunos que frequentam o primeiro ano do curso de Cardiopneumologia para a maioria trata-se da sua primeira matrícula. Contudo, é possível constatar a presença de alunos com quatro ou mais matrículas e que ainda se encontram no primeiro ano, nesta caso tem-se 2,9% com 4 matrículas e a mesma percentagem com cinco matrículas.

Entre os alunos que se encontram no quarto ano a grande maioria (83,9%) encontra-se a cumprir a sua quarta matrícula, o que significa que ainda não tiveram a necessidade de repetir nenhum ano. De entre os que o tiveram que fazer estão os restantes 16,1%, que se encontram distribuídos em 12,9% com cinco matrículas (repetição de um ano) e 3,2% com seis matrículas (repetição de dois anos).

Verifica-se pois que a amostra é composta na sua generalidade por alunos que não reprovaram nenhum ano lectivo.

**Tabela 5. Frequência de número de matrículas por anos de curso**

N.º Matrículas	Ano de curso		Total
	1º ano	4º ano	
1 Matrícula	88,6%	0,0%	47,0%
2 Matrícula	5,7%	0,0%	3,0%
4 Matrícula	2,9%	83,9%	40,9%
5 Matrícula	2,9%	12,9%	7,6%
6 Matrícula	0,0%	3,2%	1,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

No que diz respeito à amostra aos profissionais de Cardiopneumologia esta é composta por 43 questionários, contudo, procedeu-se à eliminação de dois porque não apresentavam algumas respostas para as perguntas de escala, pelo que os dados referentes aos profissionais reportam a 41 questionários. Deste modo, a taxa de resposta foi de 95,3%.

A maioria dos inquiridos é do sexo feminino com 36 que corresponde a 87,8% do total da amostra.

**Tabela 6. Distribuição dos profissionais por sexo**

	N	%
Feminino	36	87,8%
Masculino	5	12,2%
Total	41	100,0%

Os profissionais apresentam idades que variam entre um mínimo de 22 e um máximo de 55 anos. A idade média é de  $33,7 \pm 8,7$ , sendo que o valor que mais

observado é de 30 anos. Quanto à distribuição do mesmo verifica-se que apresenta uma distribuição assimétrica positiva.

No que diz respeito à sua distribuição por faixas etárias verifica-se que a maior parte dos profissionais situa-se entre os 30 e os 39 anos, o que corresponde a 46,3% do total dos inquiridos. Em termos de representação segue-se a faixa etária que compreende os profissionais com 20 a 29 anos de idade, que representa 31,7%. A faixa etária com menos inquiridos é a dos profissionais que têm entre 50 e 59 anos com 7,3%. Através da leitura destes dados pode-se concluir que se trata de um conjunto de profissionais relativamente novos.

**Tabela 7. Distribuição da amostra por faixas etárias**

	N	%
[20;29]	13	31,7%
[30;39]	19	46,3%
[40;49]	6	14,6%
[50;59]	3	7,3%
Total	41	100,0%

No que diz ao número de anos de serviço verifica-se que varia entre 1 ano e 35 anos. Em termos médios exercem a actividade de Cardiopneumologia há  $12,53 \pm 7,65$  anos e o valor mais observado é de 14 anos. A distribuição do número de anos de serviço apresenta uma assimetria positiva.

Analisando a frequência por intervalos verifica-se que 36% dos profissionais tem entre 1 a 10 anos de serviço e idêntica percentagem para os que já estão a exercer esta profissão à mais de 10 anos e menos 21. Os que têm mais de 20 representam 14,6%. De registar ainda que 12,2% dos inquiridos validados optaram por não responder a esta questão.

Estes dados permitem perceber que se trata de um conjunto de profissionais que já apresenta alguma experiência, quando se considera o número de anos de serviço.

**Tabela 8. Distribuição da amostra por anos de serviço**

	Nº	%
[1;10] anos	15	36,6%
[11;20] anos	15	36,6%
> 20 anos	6	14,6%
Não respondeu	5	12,2%
Total	41	100,0

Em relação à área de serviço onde exercem a sua profissão verifica-se que a maioria está em Cardiologia (65,9%). Uma importante percentagem exercem funções em Pneumologia e só 2,4% é que se encontra no serviço Cardiovascular. A exercer a sua actividade em cardiologia e pneumologia e também em cardiologia e cardiovascular encontra-se a mesma percentagem de profissionais, ou seja, 4,9%.

**Tabela 9. Distribuição dos profissionais por serviços**

	Nº	%
Cardiologia	27	65,9%
Cardiovascular	1	2,4%
Pneumologia	9	22,0%
Cardiologia/pneumologia	2	4,9%
Cardiologia/cardiovascular	2	4,9%
Total	41	100,0

Quanto as habilitações literárias que os profissionais possuem verifica-se que alguns já possuem formação ao nível de mestrado, contudo, representam ainda apenas 7,3%. A maioria dos inquiridos (61%) possuem Licenciatura, 17,1% dos profissionais possuem Bacharelato, 9,7% possuem Pós-graduação. Dois dos inquiridos, que representam 4,9% da amostra optaram por não responder a esta questão.

**Tabela 10. Distribuição dos profissionais por habilitações literárias**

	N	%
Bacharelato	7	17,1%
Licenciatura	25	61,0%
Pós-graduação	4	9,7%
Mestrado	3	7,3%
Não respondeu	2	4,9%
Total	41	100%

Considerou-se importante perceber quantos dos profissionais já tinham frequentado uma acção de formação profissional. Os resultados revelaram que uma clara maioria (75,6%) ainda não tinha frequentado qualquer tipo de acção de formação nesta área.

**Tabela 11. Frequência de acções de formação na área da comunicação**

	N	%
Sim	10	24,4%
Não	31	75,6%
Total	41	100,0%

Dado a questão da comunicação ser um dos aspectos centrais do presente estudo considerou-se importante proceder a uma análise desta variável cruzando-a com as restantes variáveis sócio-demográficas.

No que diz respeito ao sexo observa-se que a totalidade dos profissionais masculinos responderam que não frequentaram acções de formação com o objectivo de adquirir ou melhorar as suas competências comunicacionais. No sexo feminino, apesar dos dados não serem tão esmagadores verifica-se que a maioria (72,2%) também referiu que não participou em acções sobre comunicação em saúde.

**Tabela 12. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ sexo**

Formação Comunicação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Sim	27,8%	,0%	24,4%
Não	72,2%	100,0%	75,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Em termos das faixas etárias são os técnicos que têm idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos que se regista uma maior participação neste tipo de acções, com a totalidade dos profissionais que têm idades compreendidas entre estes valores a afirmar que já participou neste tipo de acções de formação.

Em oposição, entre os profissionais que têm entre 20 e 29 anos de idade todos responderam que ainda não participaram em formações na área da comunicação. Nas restantes faixas etárias também se regista elevadas percentagens de profissionais que afirmam não ter participado em acções de formação em comunicação, atingindo o valor de 73,7% entre os que têm entre 30 e 39 anos e de 66,7% nos que têm de 40 a 49 anos.

**Tabela 13. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ Idade**

Formação Comunicação	Idade				Total
	[20;29]	[30;39]	[40;49]	[50;59]	
Sim	0,0%	26,3%	33,3%	100,0%	25,0%
Não	100,0%	73,7%	66,7%	,0%	75,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quando se procede à análise por anos de profissão, são os que têm mais de 20 anos de experiência profissional que apresentam um maior nível de participação, com metade dos profissionais que estão nesta categoria a afirmar que já teve formação em comunicação.

Nos restantes casos a percentagem de participação é sempre inferior a 50%. Os que têm entre os 11 e 20 anos a percentagem de participantes é de 33,3% e, por último, os que têm 10 ou menos anos de experiência profissional são os que apresentam um valor mais reduzido com 13,3%.

**Tabela 14. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ anos de serviço**

Formação Comunicação	Anos de profissão			Total
	[1;10]	[11;20]	> 20	
Sim	13,3%	33,3%	50,0%	27,8%
Não	86,7%	66,7%	50,0%	72,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Numa análise por habilitações literárias verifica-se que são os profissionais que apenas possuem o Bacharelato registam uma maior participação nestas iniciativas, com 42,9% a responder afirmativamente.

São os profissionais que têm o grau académico da Licenciatura que menos participaram em acções de formação, não indo além dos 16%.

**Tabela 15. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ habilitações literárias**

Formação Comunicação	Habilitações				Total
	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Pós-graduação	
Sim	42,9%	16,0%	33,3%	25,0%	23,1%
Não	57,1%	84,0%	66,7%	75,0%	76,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No que diz respeito às valências verifica-se que entre os técnicos que se dedicam apenas à área Cardiovascular já todos tiveram acções de formação em comunicação. Nos restantes serviços regista-se uma adesão muito limitada. Entre os profissionais que estão em Cardiologia 29,6% dos profissionais frequentaram e em Pneumologia esse valor reduz-se para 11,1%. É de constatar que todos os profissionais que estão em Cardio/Pneumologia e em Cardiologia/Cardiovascular responderam que nunca participaram neste tipo de acções de formação.

**Tabela 16. Frequência de acções de formação na área de comunicação/ valência**

Formação Comunicação	Serviços					Total
	Cardiologia	Cardiovascular	Pneumologia	Cardiologia/ pneumologia	Cardiologia/ cardiovascular	
Sim	29,6%	100,0%	11,1%	0,0%	0,0%	24,4%
Não	70,4%	0,0%	88,9%	100,0%	100,0%	75,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## **2. Objectivo específico 1 – Identificar as atitudes dos estudantes de Cardiopneumologia no início e fim da sua formação em relação à aprendizagem de competências de comunicação**

No estudo das subescalas PAS e NAS do questionário CSAS, optou-se por começar por uma análise a algumas das medidas descritivas que as caracterizam. Foram

calculados os valores máximos e mínimos, a média, o desvio-padrão, para cada uma das subescala e para o total. São também apresentados os valores médios e desvio-padrão, a correlação destes com o total da subescala a que pertencem. Considerou-se importante apresentar a correlação entre as duas subescalas e determinar qual o tipo de atitude que prevalece entre os alunos.

A escala CSAS apresenta um valor mínimo de 2,65 e um valor máximo de 3,15, obtendo-se um valor médio de  $3,01 \pm 0.208$ .

**Tabela 17. Medidas descritivas das Subescala da CSAS**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PAS	66	3,00	5,00	3,98	0,468
NAS	66	1,08	3,15	2,04	0.404
CSAS	66	2,65	3,15	3,01	0,208

No que diz respeito às subescalas verifica-se que a subescala PAS apresenta como valor mínimo 3 e como valor máximo 5, enquanto que na subescala de NAS em ambos os casos os valores são inferiores, com 1,08 para valor mínimo e 3,15 para valor máximo.

Em termos da média verifica-se que a escala PAS apresenta uma média superior à que se regista na subescala NAS,  $3,98 \pm 0,468$  e  $2,04 \pm 0.404$ , respectivamente. Procedendo a uma comparação com o ponto médio da escala, verifica-se que a subescala PAS apresenta um valor médio superior, enquanto que o inverso se regista na subescala NAS, ou seja, apresenta um valor inferior.

Verifica-se que existem mais alunos a terem atitudes mais positivas para a aprendizagem de competências comunicacionais do que negativas. Assim, dos 66 inquiridos que compõem a subamostra de alunos, 65 revelaram ter mais atitudes positivas do que negativas, sendo que o inverso apenas foi detectado num caso. Não se verificaram situações de empate. Esta prevalência de atitudes positivas revelou-se estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

**Tabela 18. Comparação da frequência das duas subescalas**

	N	Z
PAS > NPS	65	7,877**
PAS < NAS	1	
PAS = NAS	0	
Total	66	



\*\* p<0,01

Na tabela que a seguir se apresenta pode analisar-se a correlação entre as suas subescalas. Verifica-se que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa ( $p < 0,000$ ). Este tipo de associação significa que os inquiridos que apresentam valores médios elevados numa das escalas tendem a apresentar valores médios baixos na outra. Quanto à sua intensidade pode considerar-se que a correlação é moderada (Pestana & Gageiro, 2003).

**Tabela 19. Correlação entre as subescalas PAS e NAS**

		PAS	NAS
PAS	Correlação	1	-0,554**
	N	66	66
NAS	Correlação	-0,554**	1
	N	66	66

\*\* p < 0,01

## 2.1. Análise das Atitudes Positivas da Subescala PAS

No que diz respeito aos itens da subescala PAS verifica-se que o item 18 (*“Quando me candidatei a Cardiopneumologia, pensei que seria realmente uma boa ideia aprender competências de comunicação”*) é o que apresenta um valor médio mais baixo,  $3,20 \pm 1,011$ . Contudo, existem outros itens que também apresentam valores baixos e inferiores ao valor da média desta subescala. São eles os itens 12 (*“Aprender competências de comunicação é divertido.”*,  $3,35 \pm 0,644$ ), item 22 (*“É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e não a minha competência para comunicar.”*,  $3,30 \pm 1,109$ ) e item 4 (*“Desenvolver as minhas competências de comunicação é tão importante como desenvolver os meus conhecimentos Técnicos em Cardiopneumologia”*,  $3,62 \pm 0,973$ ). Com um valor muito próximo da média da subescala está o item 16 (*“Aprender competência de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a reconhecer os direitos dos pacientes no que diz respeito à confidencialidade e ao consentimento informado.”*,  $3,94 \pm 0,909$ ).

O item que apresenta o valor médio mais elevado é item 25 (*“Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade para comunicar é uma competência que usarei toda a vida.”*), com um valor de  $4,61 \pm 0,523$ .

Também com valores elevados e superiores ao valor médio desta subescala tem-se o item 9 (*“Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a desenvolver as minhas competências de trabalho em equipa.”*,  $4,56 \pm 0,636$ ), item 5 (*“Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os pacientes”*,  $4,23 \pm 0,989$ ), o item 10 (*“Aprender competências de comunicação melhorou a minha competência para comunicar com pacientes.”*,  $4,21 \pm 0,985$ ), item 21 (*“Penso que é muito útil aprender competências de comunicação num curso de Cardiopneumologia.”*,  $4,21 \pm 0,691$ ), item 23 (*“A aprendizagem de competência de comunicação é aplicável à aprendizagem de Cardiopneumologia”*,  $4,08 \pm 0,590$ ), item 7 (*“Aprender competências de comunicação é interessante.”*,  $4,02 \pm 0,850$ ) e item 14 (*“Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os meus colegas.”*,  $4,02 \pm 0,754$ ).

Quanto à correlação que existe entre cada um dos itens com os restantes verifica-se que é o item 22 (*“É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e não a minha competência para comunicar.”*) que apresenta um valor mais reduzido, enquanto que o item 14 (*“Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os meus colegas.”*) é o que apresenta maior correlação.

No que diz respeito ao objectivo específico 1 pretende-se identificar as atitudes dos estudantes de Cardiopneumologia no início e fim da sua formação em relação à aprendizagem de competências de comunicação, para tal, de seguida vai proceder-se à avaliação e comparação dos itens de cada uma destas subescalas para os alunos do 1º e do 4º ano.

Verifica-se que os alunos do 1º ano apresentam um valor mínimo para a escala CSAS de 2,77 e um valor máximo de 3,35, enquanto que estes valores entre os que estão no 4º ano do curso são 2,65 e 3,92, respectivamente. Em termos médios os alunos do 1º ano apresentam valores superiores aos do 4º ano, respectivamente  $3,03 \pm 0,174$  e  $2,99 \pm 0,241$ . Contudo, são valores muito próximos, pelo que estas diferenças não se revelam estatisticamente significativas ( $t_{(64)}=0,715$ ,  $p=0,477$ ).

Uma vez analisados os valores para a escala é importante fazer o mesmo procedimento para cada uma das subescalas. Assim, na subescala PAS verifica-se que os alunos do 1º ano têm um valor mínimo superior (3,15 contra 3,00) e os alunos do 4º ano apresentam um valor máximo superior (5,00 contra 4,58). Em termos da média, são os alunos do 1º ano apresentam um valor superior,  $4,00 \pm 0,415$ , ao dos alunos que estão

no 4º ano,  $3,95 \pm 0,527$ . Dada a proximidade das médias verifica-se que as diferenças que apresentam não se revelam estatisticamente significativas ( $t_{(64)}=0,460$ ;  $p= 0,647$ ).

No que concerne à subescala NAS, os alunos do 1º ano têm um valor mínimo mais baixo (1,08 contra 1,31), enquanto que quanto ao valor máximo os alunos do 1º ano e do 4º ano apresentam o mesmo valor, 3,15. Em termos médios os alunos do 1º ano apresentam um valor de  $2,05 \pm 0,400$  enquanto que os que estão no 4º ano têm um valor médio para esta escala  $2,02 \pm 0,415$ . Tratam-se de valor muito próximos pelo que, mais uma vez, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $t_{(64)}=0,201$ ;  $p= 0,841$ ).

**Tabela 20. Medidas descritivas e testes para a escala CSAS e subescalas PAS e NAS, por ano do curso**

	Ano	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Teste
PAS	1º Ano	35	3,15	4,58	4,00	0,415	$t_{(64)}=0,460^{n.s.}$
	4º Ano	31	3,00	5,00	3,95	0,527	
NAS	1º Ano	35	1,08	3,15	2,05	0,400	$t_{(64)}=0,201^{n.s.}$
	4º Ano	31	1,31	3,15	2,02	0,415	
CSAS	1º Ano	35	2,77	3,35	3,03	0,174	$t_{(64)}=0,715^{n.s.}$
	4º Ano	31	2,65	3,92	2,99	0,241	

n.s.- não significativo

Apesar de não se ter registado diferenças significativas entre os alunos do 1º ano e do 4º ano considerou-se pertinente proceder a uma análise a cada um dos itens que compõem cada uma das subescalas.

Da análise à subescala PAS, a primeira ilação que se retira é a de que os valores médios de todos os itens, para cada um dos anos do curso, apresentam valores superiores ao ponto médio da escala.

No caso dos alunos que estão matriculados no 1º ano verifica-se que o item que apresenta um valor médio mais elevado entre os alunos do primeiro ano é o do item 9 (*“Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a desenvolver as minhas competências de trabalho em equipa.”*) com um valor de  $4,66 \pm 0,539$ . Com valores muito perto deste encontram-se os itens 25 (*“Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade para comunicar é uma competência que usarei toda a vida.”*,  $4,63 \pm 0,490$ ), 5 (*“Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os pacientes”*,  $4,37 \pm 1,031$ ) e 10 (*“Aprender competências de comunicação melhorou a minha competência para comunicar com pacientes.”*  $4,37 \pm 0,843$ ).

Quanto aos itens que são menos valorizados pelos estudantes que estão a iniciar o seu percurso académico destaca-se o item 12 (*“Aprender competências de comunicação é divertido.”*) que apresenta o valor mais baixo com  $3,20 \pm 0,584$ , o item 18 (*“Quando me candidatei a Cardiopneumologia, pensei que seria realmente uma boa ideia aprender competências de comunicação.”*,  $3,26 \pm 0,919$ ), o item 22 (*“É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e não a minha competência para comunicar”*  $3,40 \pm 0,914$ ).

No que diz respeito aos alunos que estão na fase final do seu percurso académico a atitude positiva que mais valorizaram foi a correspondente ao item 25 (*“Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade para comunicar é uma competência que usarei toda a vida”*,  $4,58 \pm 0,564$ ), que também foi muito valorizada pelos alunos do 1º ano. Com valores médios elevados e acima da média desta subescala tem-se também o item 9 (*“Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a desenvolver as minhas competências de trabalho em equipa.”*,  $4,45 \pm 0,723$ ), o item 21 (*“Penso que é muito útil aprender competências de comunicação num curso de Cardiopneumologia”*,  $4,16 \pm 0,860$ ).

Entre as atitudes menos valorizada encontram-se, tal como aconteceu com os alunos do 1º ano, o item 18 (*“Quando me candidatei a Cardiopneumologia, pensei que seria realmente uma boa ideia aprender competências de comunicação”*,  $3,13 \pm 1,113$ ). Também valorizam pouco o item 22 (*“É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e não a minha competência para comunicar.”*,  $3,19 \pm 1,302$ ), item 12 (*“Aprender competências de comunicação é divertido.”*  $3,52 \pm 0,677$ ) e 16 (*“Aprender competência de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a reconhecer os direitos dos pacientes no que diz respeito à confidencialidade e ao consentimento informado”*,  $3,58 \pm 0,860$ ).

Apesar de se registarem diferenças em todos os itens para os dois anos em análise, apenas em três é que estas se revelam estatisticamente significativas. Assim, verifica-se que os alunos do 4º ano consideram que é mais divertido aprender competências de comunicação (item 12) do que os alunos do 1º ano ( $t_{(64)}=-2,037$ ,  $p<0,05$ ), em termos médios.

Quanto aos outros dois itens onde existem diferenças estatisticamente significativas são os alunos do 1º ano a terem atitudes mais positivas. Um dos itens é o 14. Os alunos que estão a iniciar o seu percurso académico atribuem mais importância à

aprendizagem de competências de comunicação enquanto competência que os ajudará a ter um maior respeito pelos seus colegas do que os alunos do 4º ano ( $t_{(64)}=2,175$ ,  $p<0,05$ ).

Um outro aspecto que os alunos do 1º ano valorizam mais, em relação aos alunos do 4º ano, é a importância que as competências de comunicação terão em permitir reconhecer os direitos dos pacientes no que diz respeito à confidencialidade e ao consentimento informado ( $t_{(64)}=3,227$ ,  $p < 0,001$ ).

## 2.2. Análise das Atitudes Negativas da Subescala NAS

De entre os itens que compõem a subescala NAS verifica-se que o item 2 (*“Não vejo qual a importância de aprender competências de comunicação.”*) é o que apresenta um valor médio mais reduzido com  $1,27 \pm 0,570$ .

Com valores inferiores ao ponto médio desta subescala encontram-se também o item 26 (*“Aprendizagem de competências de Comunicação devia ser deixada para os alunos de psicologia, e não para os alunos de Cardiopneumologia.”*,  $1,53 \pm 0,684$ ), o item 1 (*“Para ser um bom Técnico de Cardiopneumologia, tenho que ter boas competências de comunicação.”*,  $1,55 \pm 0,788$ ), item 6 (*“Não tenho tempo para aprender competências de comunicação.”*,  $1,58 \pm 0,946$ ), item 8 (*“Não posso ser incomodado para comparecer a sessões de competências de comunicação.”*,  $1,83 \pm 0,946$ ), item 24 (*“É-me difícil levar a sério a aprendizagem de competências de comunicação.”*,  $1,85 \pm 0,769$ ) e o item 19 (*“Não preciso de boas competências de comunicação para ser Cardiopneumologista.”*,  $2,00 \pm 1,118$ ).

No extremo oposto tem-se o item 3 (*“Ninguém vai deixar de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação.”*) que apresenta o valor mais elevado com  $3,09 \pm 0,818$ . É de referenciar que é o único item desta escala que apresenta um valor médio superior ao ponto médio da escala.

Existem outros itens que apresentam uma média superior à média registada para esta subescala: item 13 (*“Aprender competências de comunicação é demasiado fácil.”*,  $2,58 \pm 0,805$ ), item 17 (*“O ensino de competências de comunicação teria melhor imagem se soasse mais a um assunto científico.”*,  $2,50 \pm 0,932$ ), item 11 (*“O ensino de competências de comunicação refere o óbvio e depois complica-o”*,  $2,50 \pm 0,881$ ), item 15 (*“Tenho dificuldades em confiar na informação sobre competências de comunicação que me é fornecida por formadores não-cardiopneumologistas.”*,  $2,17 \pm 0,921$ ) e o item

20 (“É-me difícil admitir que tenho alguns problemas ao nível de competências de comunicação.”,  $2,14 \pm 0,875$ ).

No que diz respeito à correlação entre cada um dos itens com o total desses itens, verifica-se que o item 26 (“Aprendizagem de competências de Comunicação devia ser deixada para os alunos de psicologia, e não para os alunos de Cardiopneumologia”) é o que apresenta um valor da correlação mais elevado com 0,536.

Constata-se que existem alguns itens que têm correlações muito reduzidas com os restantes itens da escala, sendo que o item 20 (“É-me difícil admitir que tenho alguns problemas ao nível de competências de comunicação.”) o que apresenta o valor mais reduzido com 0,061. Contudo, a eliminação deste item da escala teria um efeito marginal na consistência interna, uma vez que o seu valor passaria de 0,721 para 0,724.

Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas na subescala NAS, entre alunos do 1º e do 4º ano considerou-se importante, tal como se procedeu para a subescala PAS, apresenar uma análise comparativa entre estas duas subamostras para cada um dos itens que compõem a NAS.

Nos alunos que estão matriculados no 1º ano verifica-se que os valores médios de todos os itens se situam abaixo do ponto médio da escala. O que leva a concluir que estes não valorizam muito as atitudes negativas em relação à aprendizagem de competências de comunicação.

De entre os itens que são mais valorizados destaca-se o item 3 com um valor médio de  $2,86 \pm 0,773$ , ou seja, de entre as atitudes negativas a ideia de que ninguém vai deixar de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação é a que apresenta uma maior intensidade. Com valores médios próximos tem-se o item 11 em que os alunos consideram que o ensino de competências de comunicação refere o óbvio e depois complica-o, com  $2,66 \pm 0,802$  e o item 17 onde consideram que ensino de competências de comunicação teria melhor imagem se tivesse um formato mais científico, com  $2,74 \pm 1,010$ .

As atitudes negativas que são menos valorizadas estão o item 2, no qual o estudante considera que não vê qual a importância de aprender competências de comunicação com  $1,26 \pm 0,505$ ; o item 6 em que considera que não tempo para disponibilizar a aprendizagem de competências de comunicação com  $1,37 \pm 0,770$  e o item 26 em que se afirma que aprendizagem de competências de Comunicação devia ser

deixada para os alunos de psicologia, e não para os alunos de Cardiopneumologia, com  $1,60 \pm 0,651$ .

No que diz respeito aos alunos do 4º ano do curso de Cardiopneumologia verifica-se que o item 3, onde se afirma que nenhuma aluno deixa de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação, é o que apresenta o maior valor e está mesmo acima do ponto médio da escala ( $3,35 \pm 0,839$ ). O que revela que, em média, os alunos nesta fase do curso concordam com esta afirmação. Uma outra atitude negativa que tem um valor próximo do ponto médio da escala é a do item 13, onde os alunos percebem a aquisição das competências de comunicação como algo demasiado fácil de se aprender ( $2,84 \pm 0,735$ ).

De entre as atitudes negativas que se encontram menos valorizadas realce para os itens 26, 2 e 1. Nesta fase do curso os alunos de Cardiopneumologia consideram que a aprendizagem de competências de comunicação não deve ser deixada apenas aos alunos de psicologia, consideram que em Cardiopneumologia a sua aprendizagem também é importante, esta percepção reflecte-se no baixo valor médio que atribuíram ao item 26 ( $1,45 \pm 0,723$ ). Neste sentido, consideram que para ser um bom Técnico de Cardiopneumologia tem de ter boas competências de comunicação, pelo que o item 1 tem um valor médio de apenas  $1,32 \pm 0,475$ . Contudo, foi a afirmação do item 2 (“*Não vejo qual a importância de aprender competências de comunicação*”) que obteve um valor médio mais reduzido com  $1,29 \pm 0,643$ .

Comparando os valores médios obtidos em cada um dos itens nas duas subamostras verificou-se que em quatro existiam diferenças significativas. No que respeita à importância das competências de comunicação serem importantes para se ser um bom Técnico de Cardiopneumologia os alunos do primeiro ano apresentam atitudes mais negativas em relação a esta afirmação ( $t_{(64)}=2,227$ ;  $p<0,005$ ). São também os alunos que estão no começo do seu curso que consideram que ensino de competências de comunicação peca por não ter uma forma mais científica ( $t_{(64)}=2,323$ ;  $p<0,05$ ).

No que se refere ao item 3, em que a afirmação é “*Ninguém vai deixar de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação.*”, é entre os alunos do 4º ano que se regista uma valorização significativamente superior ( $t_{(64)}=-2,572$ ,  $p<0,005$ ). Os dados também indicam que são os alunos do 4º ano que tem valorização mais a afirmação de que aprender competências de comunicação é demasiado fácil ( $t_{(64)}=-2,606$ ,  $p<0,05$ ).

### **3. Objectivo específico 2 – Identificar o papel que os Técnicos de Cardiopneumologia consideram desempenhar na sua interacção com os doentes**

Para a análise da escala PPOS e das subescalas que a compõem (Sharing e Caring) optou-se por proceder de forma análoga, começando por calcular as medidas descritivas.

Assim, verifica-se que a escala PPOS varia entre um mínimo de 2,83 e um valor máximo de 4,89. Entre as subescalas, verifica-se que a subescala Sharing apresenta valores mínimos e máximos superiores à subescala Caring. Assim, a Sharing varia entre um mínimo de 2,22 e um máximo de 5,44, enquanto que a Caring tem os seus valores compreendidos entre 1,89 e 5,22.

Quanto aos valores médios verifica-se que a PPOS apresenta uma média de 3,93  $\pm$  0,536, a Sharing 3,81  $\pm$  0,725 e a Caring 4,05  $\pm$  0,617, pelo que se pode afirmar que todas estão acima do ponto médio.

**Tabela 21. Medidas descritivas para as escalas da PPOS**

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sharing	2,22	5,44	3,81	0,725
Caring	1,89	5,22	4,05	0,617
PPOS Total	2,83	4,89	3,93	0,536

#### **3.1. Análise da prática orientada para o Cuidar (Sub-escala Caring)**

Após uma análise mais geral às medidas para a subescala Caring, procede-se a uma análise mais detalhada da mesma apresentando os valores para cada um dos itens que a compõem.

O item 13 (*“Um exame de Cardiologia/ pneumologia não pode ser bem sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.”*) é o que apresenta o valor médio mais reduzido com 2,78  $\pm$  1,33. Verifica-se que outros itens também apresentam valor médio inferior à média desta subescala, são eles: o item 17 (*“O humor é um dos principais ingredientes utilizado pelo Técnico de Cardiopneumologia no tratamento do paciente”*, 3,56  $\pm$  1,26), item 3 (*“A parte mais importante de um exame*



*de um exame de Cardiologia/ Pneumologia comum é o tratamento físico.*”,  $3,68 \pm 1,47$ ), o item 14 (*“A maior parte dos pacientes quer entrar e sair das salas de exames Cardiologia/Pneumologia o mais depressa possível.”*),  $3,66 \pm 1,56$ ) e o item 2 (*“Apesar de hoje em dia o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da medicina.”*),  $3,71 \pm 1,69$ ). De registar que de entre estes itens, apenas o item 13 apresenta um valor abaixo do ponto médio da escala.

O valor médio mais elevado verifica-se no item 7 (*“Se os Técnicos Cardiopneumologistas forem realmente bons na realização dos exames, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.”*),  $5,41 \pm 1,14$ ). Também com valores acima da média desta subescala encontram-se os itens: 6 (*“Quando os Técnicos de Cardiopneumologia fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, então a intrrometer-se demasiado em assuntos pessoais.”*),  $4,68 \pm 1,54$ ), 16 (*“Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do paciente para tratar a doença de uma pessoa.”*),  $4,56 \pm 1,43$ ) e 11 (*“Se as principais ferramentas dos Técnicos de Cardiopneumologia forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso.”*),  $4,39 \pm 1,34$ ).

### **3.2. Análise da prática orientada para a Partilha de Poder (Subescala Sharing)**

Como já foi mencionado a subescala Sharing apresenta um valor médio de  $3,81 \pm 0,725$  e uma consistência interna de 0,605. Neste ponto procede-se à análise dos itens que a compõem.

Procedeu-se também uma classificação do Cardiopneumologista quanto à sua orientação para o paciente conforme a recomendação proposta por Krupat *et al.* (2000), descrita no capítulo anterior, isto é, Cardiopneumologistas com valores médios superiores a 5 considera-se que apresentam um estilo de relacionamento centrado no paciente, os que se situam entre 4,57 e 5,00 apresentam uma estilo médio e os que registam valores médios inferiores a 4,57 considera-se que apresentam um estilo pouco centrado no paciente.

No caso presente a maioria dos Cardiopneumologistas apresentam um estilo de relacionamento pouco centrado no paciente. De entre os 41 inquiridos, 34 Técnicos (82,9%) apresentam um estilo de relacionamento baixo em termo de centração no

paciente. Os restantes 17,1% têm um estilo de orientação para o paciente apenas médio. É de registar que nenhum dos inquiridos apresentou um estilo elevado.

**Tabela 22. Classificação dos profissionais quanto à sua orientação para o paciente**

	Nº	%
Baixo	34	82,9
Médio	7	17,1
Total	41	100,0

#### **4. Objectivo específico 3 – Identificar as competências de comunicação que Técnicos de Cardiopneumologia e os estudantes de Cardiopneumologia consideram na sua interacção com o doente**

Na tabela que a seguir se apresenta estão expressos os resultados obtidos no questionário ao conhecimento das competências comunicacionais entre os técnicos de Cardiopneumologia.

**Tabela 23. Competências de Comunicação identificadas pelos Profissionais de Cardiopneumologia**

	Sim	Não
1- Saber ouvir o doente	100%	0,0%
2- Saber muito bem o que preocupa o doente na sua vida	46,3%	53,7%
3- Ser competente na realização do exame	87,8%	12,2%
4- Ter conhecimento das doenças	87,8%	12,2%
5- Estar atenta a sinais não verbais do doente	97,6%	2,4%
6- Saber como o doente se deve expressar	85,4%	14,6%
7- Conseguir descentrar-se para perceber o doente	68,3%	31,7%
8- Nunca deixar o doente sozinho	53,7%	46,3%
9- Nunca fazer esperar o doente	34,1%	65,9%
10- Saber identificar as dúvidas do doente	95,1%	4,9%
11- Saber clarificar o que o doente diz	97,6%	2,4%
12- Interpretar o que o doente diz	97,6%	2,4%
13- Saber confrontar o doente	70,7%	29,3%
14- Saber identificar o que o doente diz mesmo antes de ele ter que falar	56,1%	43,9%
15- Saber promover a expressão emocional do doente	68,3%	31,7%
16- Saber falar como o doente fala	70,7%	29,3%

17- Saber chorar com o doente	14,6%	85,4%
18- Ser simpático com o doente	92,7%	7,3%
19- Adequar a comunicação ao código do doente	97,6%	2,4%
20- Nunca confrontar o doente	22,0%	78,0%
21- Ter humor	85,4%	14,6%

Como se pode observar na tabela a competência comunicacional que mais se destaca entre os Técnicos de Cardiopneumologia é a de ouvir o paciente, a totalidade considera que esta é uma competência de comunicação. Cerca de 87,8% acha que é competência de comunicação ser competente na realização do exame e ter conhecimento das doenças. Grande percentagem dos inquiridos (97,6%) consideram competência de comunicação estar atento aos sinais não verbais dos doentes e 68,3% consideram que saber como o doente se deve expressar é uma competência de comunicação.

A maioria dos profissionais (68,3%) consideram que é relevante para as suas competências de comunicação descentrar-se para poder perceber o doente, 53,7% consideram que o nunca se deve deixar o doente sozinho é uma competência de comunicação e 65,9% acham que não é relevante para as suas competências de comunicação fazer esperar o doente.

Grande parte dos profissionais (95,1%) consideram importante para o seu desempenho profissional saber identificar as dúvidas dos doentes, 97,6% consideram de extrema relevância saber clarificar e interpretar o que o doente diz, 70,7% acham importante saber confrontar o doente.

Os profissionais na sua maioria (56,1%) acham importante para as suas competências de comunicação saber o que o doente está a dizer mesmo antes dele se expressar, 68,3% acham que é importante saber promover a expressão emocional do doente e 70,7% concorda que se deve saber expressar utilizando as mesma expressões que o doente utiliza.

A maioria dos inquiridos (85,4%) consideram que não é importante para as suas competências profissionais saber chorar com o doente, 92,7% consideram que é muito importante a simpatia no relacionamento com os doentes, 97,6% acham que é muito importante adequar a comunicação ao código do doente. Dos profissionais (78%) consideram que não é relevante para as suas competências confrontar com o doente, 85,4% consideram muito importante ter humor no relacionamento com o doente.

Os resultados dos estudantes encontram-se na tabela que a seguir se apresenta.

**Tabela 24. Competências de Comunicação identificadas pelos profissionais de Cardiopneumologia**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1- Saber ouvir o doente	100%	0%
2- Saber muito bem o que preocupa o doente na sua vida	40,9%	59,1%
3- Ser competente na realização do exame	33,3%	66,7%
4- Ter conhecimento das doenças	31,8%	68,2%
5- Estar atento a sinais não verbais do doente	92,4%	7,6%
6- Saber como o doente se deve expressar	72,7%	27,3%
7- Conseguir descentrar-se para perceber o doente	86,4%	13,6%
8- Nunca deixar o doente sozinho	66,7%	33,3%
9- Nunca fazer esperar o doente	50%	50%
10- Saber identificar as dúvidas do doente	92,4%	7,6%
11- Saber clarificar o que o doente diz	98,5%	1,5%
12- Interpretar o que o doente diz	97,0%	3,0%
13- Saber confrontar o doente	89,4%	10,6%
14- Saber identificar o que o doente diz mesmo antes de ele ter que falar	60,6%	39,4%
15- Saber promover a expressão emocional do doente	74,2%	25,8%
16- Saber falar como o doente fala	77,3%	22,7%
17- Saber chorar com o doente	21,2%	78,8%
18- Ser simpático com o doente	78,8%	21,2%
19- Adequar a comunicação ao código do doente	97,0%	3,0%
20- Nunca confrontar o doente	15,2%	84,8%
21- Ter humor	63,6%	36,4%

Todos os estudantes consideram relevante para as suas competências saber ouvir o doente, 59,1% não acham importante para o desempenho profissional saber muito bem o que preocupa o doente na sua vida, 66,7% e 68,2%, respectivamente, não consideram relevante para as suas competências, ser-se competente na realização do exame e ter conhecimento das doenças.

A quase totalidade dos estudantes (92,4%) consideram importante estar atento aos sinais não verbais dos doentes, 72,7% acham relevante saber como o doente se deve expressar e 86,4% consideram que é importante descentrar-se para conseguir perceber o doente.

A maioria dos estudantes (66,7%) dá relevância ao facto de nunca deixar o doente sozinho, 50% dos estudantes consideram que não é relevante para o desempenho das

suas competências fazer o doente esperar e outros 50% dos estudantes consideram que é relevante.

Os estudantes na sua maioria (92,4%) acha importante para as suas competências saber identificar as dúvidas dos doentes, 98,5% consideram importante saber clarificar o que a doente expressa, 97% dos estudantes acha relevante para o seu desempenho profissional interpretar o que o doente diz, 89,4% consideram importante saber confrontar o doente.

A maior parte dos inquiridos (60,6%) consideram relevante saber interpretar o que o doente diz mesmo antes que ele fale, 74,2% dos estudantes acha relevante saber promover a expressão emocional do doente e 77,3% acha importante saber falar com o doente utilizando as mesmas expressões que eles utilizam.

Entre os estudantes 78,8% não considera importante para as suas competências saber chorar com o doente, mas dão relevância a simpatia no relacionamento com os doentes. A maioria (97%) considera importante adequar a comunicação ao código do doente. Grande parte dos inquiridos (84,8%) consideram que não é relevante para as competências confrontar o doente e 63,6% acham muito importante para as competências utilizar humor no relacionamento com os doentes.

Em termos da totalidade da amostra deste estudo verifica-se que em média cada participante identificou  $14,74 \pm 2,54$  competências comunicacionais. Quanto aos valores de cada uma das subamostras verifica-se que, em termos médios os valores são muito semelhantes. Apesar da proximidade dos valores convém referir que, em média, foram profissionais que identificaram mais competências com um valor médio de  $15,29 \pm 2,44$ . Com valores muito semelhantes estão os estudantes do 4ºano ( $14,52 \pm 2,49$ ) que apresentam valores superiores aos encontrados nos estudantes do 1ºano ( $14,29 \pm 2,66$ ).

**Tabela 25. Medidas descritivas do conhecimento das competências comunicacionais**

	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total	107	8	21	14,74	2,54
Alunos 1º ano	35	8	21	14,29	2,66
Alunos 4º ano	31	9	19	14,52	2,48
Profissionais	41	12	20	15,29	2,44

Na tabela que a seguir se apresenta constam os resultados para cada uma das competências, que faziam parte do questionário, dos alunos, discriminados por anos.

São novamente apresentados os valores encontrados para os profissionais de forma a tornar mais fácil a comparação entre as três subamostras.

**Tabela 26. Identificação das competências de comunicação nos alunos, por ano, e nos profissionais**

	<b>1ºano</b>	<b>4ºano</b>	<b>Profissionais</b>
1- Saber ouvir o doente	100%	100%	100%
2- Saber muito bem o que preocupa o doente na sua vida	49%	32%	46%
3- Ser competente na realização do exame	23%	45%	88%
4- Ter conhecimento das doenças	31%	29%	88%
5- Estar atento a sinais não verbais do doente	89%	100%	98%
6- Saber como o doente se deve expressar	69%	74%	77%
7- Conseguir descentrar-se para perceber o doente	86%	90%	68%
8- Nunca deixar o doente sozinho	57%	77%	54%
9- Nunca fazer esperar o doente	51%	48%	34%
10- Saber identificar as dúvidas do doente	97%	87%	95%
11- Saber clarificar o que o doente diz	97%	100%	98%
12- Interpretar o que o doente diz	97%	100%	98%
13- Saber confrontar o doente	89%	90%	71%
14- Saber identificar o que o doente diz mesmo antes de ele ter que falar	69%	52%	56%
15- Saber promover a expressão emocional do doente	83%	65%	68%
16- Saber falar como o doente fala (utilizando as suas expressões)	74%	81%	71%
17- Saber chorar com o doente	26%	16%	15%
18- Ser simpático com o doente	83%	74%	93%
19- Adequar a comunicação ao código do doente	97%	97%	98%
20- Nunca confrontar o doente	9%	23%	22%
21- Ter humor	54%	74%	85%

Em relação a questão “*Saber muito bem o que preocupa o doente na sua vida*” a percentagem de estudantes do 1ºano que consideraram ser esta uma competência comunicacional foi de 49%, um valor superior ao encontrado entre os alunos do 4º ano que foi de 32%. Os profissionais de Cardiopneumologia, como já havia sido referido, apresentam um valor intermédio de 46%.

Quanto a questão “*Ser competente na realização do exame*” são os profissionais que têm uma percentagem superior (88%) e os alunos do 1º ano a menor (23%). Também na questão “*Ter conhecimento das doenças*” os profissionais também apresentam valor superior (88%) e os estudantes do 4º ano a menor (29%). Na questão

“*Estar atento a sinais não verbais dos doentes*” a totalidade dos estudantes do 4º ano consideram ser esta competência, enquanto que entre os estudantes do 1º ano esse valor é de 89%.

No que diz respeito a questão “*Saber como o doente se deve expressar*” os profissionais tem a maior percentagem 77% e os estudantes do 1ºano apresentam o valor mais baixo, 69%.

Para a competência “*Conseguir descentrar-se para perceber o doente*” é entre os alunos do 4ºano que se encontra a maior percentagem 90% e nos os profissionais a menor, com apenas 68%.

Na questão “*Nunca deixar o doente sozinho*” os estudantes do 4ºano tem a maior percentagem 77% e os profissionais a menor 54%. Na questão “*Nunca fazer esperar o doente*” os estudantes do 1ºano tem a maior percentagem (51%) e os profissionais a menor 34%. Quanto a questão “*Saber identificar as dúvidas do doente*”os estudantes do 1º ano tem a maior média 97% e os do 4ºano a menor 87%.

No que se refere a questão “*Saber clarificar o que o doente diz*” e “*Interpretar o que o doente diz*” a totalidade dos alunos do 4ºano identifica-as como uma competências comunicacional, enquanto que entre os alunos do 1º ano e profissionais valores também são muito próximos de 100%.

Quanto a questão “*Saber confrontar o doente*” os estudantes do 4ºano tem maior valor (90%) e os profissionais a menor (71%). Na questão “*Saber identificar o que o doente diz mesmo antes de ele ter que falar*” são os estudantes do 1ºano que apresentam maior percentagem (69%) e os dos 4ºano a menor (52%). A competência “*Saber promover a expressão emocional do doente*” é mais identificada entre os estudantes do 1ºano (83%) e os do 4ºano a menor (65%).

Em relação a questão “*Saber falar como o doente fala (utilizando as suas expressões)*” os estudantes do 4ºano tem a maior percentagem (81%) e entre os profissionais a menor (71%).

A competência “*Saber chorar com o doente*” não é considerada como uma das competências comunicacionais uma vez que os valores de respostas afirmativas são muito baixas, mesmo assim é entre os estudantes do 1º ano quem se encontra a maior percentagem (26%).

Quanto a questão “*Ser simpático com o doente*” os profissionais têm a maior percentagem 93% e os estudantes do 4ºano a menor (74%). Em relação à competência de “*Adequar a comunicação ao código do doente*” a quase totalidade dos elementos das

três subamostras consideram-na como uma competência importante em termos comunicacionais.

A competência “*Nunca confrontar o doente*” não foi identificada uma vez que o valor mais elevado se regista entre os estudantes do 4º ano com um valor de apenas 23%. Na última questão “*Ter humor*” são os profissionais que apresentam um valor superior (85%) enquanto os estudantes do 1ºano apresentam o menor (54%).

## **5. Objectivo específico 4 – Determinar se existem diferenças decorrente das variáveis demográficas, no que diz respeito quer às atitudes quer às competências de comunicação consideradas como de maior valor**

### **5.1. Estudo comparativo entre alunos quanto à idade e sexo**

Com o intuito de responder ao objectivo específico 4, ou seja, determinar se existem diferenças decorrente das variáveis demográficas, no que diz respeito quer às atitudes quer às competências de comunicação consideradas como de maior valor, procedeu-se à realização de alguns testes estatísticos para determinar que as variáveis demográficas têm um impacto estatisticamente significativo nas escalas e subescalas apresentadas anteriormente.

Começando pela escala Communication Skills Attitude Scale, verifica-se que o sexo do aluno não tem impacto nos valores obtidos. Tanto no Score total da escala CSAS ( $t_{(64)}=0,226$ ;  $p>0,005$ ), como nas subescalas NAS ( $t_{(64)}=0,481$ ;  $p>0,05$ ) e PAS ( $Z = 0,492$ ;  $p> 0,05$ ), as diferenças encontradas entre os sexos feminino e masculino não se revelaram estatisticamente significativas. De referir que o teste utilizado no caso da subescala PAS foi o de Mann-Whitney dado que a subamostra do sexo masculino era muito pequena e esta não seguia uma distribuição normal, pelo que houve a necessidade de se recorrer a este teste não paramétrico.

**Tabela 27. Testes às diferenças entre sexos na escala CSAS, subescalas NAS e PAS**

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Teste</b>
Total CSAS	Feminino	49	78,0	4,35	$t_{(64)}=0,226$ <sup>n.s.</sup>
	Masculino	17	77,7	5,35	
NAS	Feminino	49	26,7	5,51	$t_{(64)}=0,481$ <sup>n.s.</sup>
	Masculino	17	26,0	4,56	
PAS	Feminino	49	51,2	6,34	$Z= -0,492$ <sup>n.s.</sup>



	Sexo	N	Média	Desvio-Padrão	Teste
Total CSAS	Feminino	49	78,0	4,35	$t_{(64)}=0,226$ n.s.
	Masculino	17	51,6	5,96	

n..s- não significativo

Considerou-se importante perceber se a idade do aluno tem influência nos valores obtidos na escala CSAS e nas sub-escalas NAS e PAS. Verifica-se que a idade do aluno não tem influência nos valores obtidos na CSAS total ( $F_{(2, 63)} = 0,949$ ;  $p > 0,05$ ), apesar de ser entre os alunos que têm menos de 20 que se verifica o maior valor médio.

No que diz respeito à escala NAS foram os alunos com mais de 25 anos que apresentaram um valor médio mais elevado ( $28,75 \pm 8,65$ ) e os que têm menos de 20 anos os que apresentam o valor mais reduzido ( $26,24 \pm 4,96$ ). No entanto, estas diferenças não se revelam estatisticamente significativas ( $F_{(2, 63)}=1,382$ ,  $p > 0,05$ ).

Por último, na subescala PAS são os alunos com menos 20 anos que apresentam um valor médio superior ( $52,45 \pm 5,33$ ), enquanto que os que têm mais de 25 anos apresentam o valor médio mais baixo ( $48,00 \pm 11,1$ ). Apesar das diferenças registadas na amostra, as mesmas não se revelam significativas ( $F_{(2,63)}=0,407$ ,  $p > 0,05$ ).

**Tabela 28. Testes às diferenças entre anos de idade na escala CSAS, subescala NAS e subescala PAS**

	Idade	N	Média	Desvio-Padrão	Teste
Total CSAS	< 20 anos	33	78,69	4,64	$F_{(2,63)}=0,949$ n.s.
	20 a 25 anos	29	77,20	4,55	
	> 25 anos	4	76,75	4,57	
NAS	< 20 anos	33	26,24	4,96	$F_{(2,63)}=1,382$ n.s.
	20 a 25 anos	29	26,68	5,21	
	> 25 anos	4	28,75	8,65	
PAS	< 20 anos	33	52,45	5,33	$F_{(2,63)}=0,407$ n.s.
	20 a 25 anos	29	50,51	6,31	
	> 25 anos	4	48,00	11,1	

n..s- não significativo; \* $p < 0,05$

## **5.2. Estudo comparativo entre profissionais quanto à idade, anos de serviço e participação em acções de formação em comunicação**

Entre os Técnicos de Cardiopneumologia procedeu-se também a testes para determinar se o sexo influenciava as atitudes dos Técnicos no que diz respeito ao seu relacionamento com o paciente quando medida pela escala PPOS e subescalas Caring e Sharing.

No que diz respeito ao score total da escala PPOS verifica-se os Técnicos do sexo masculino apresentam um valor médio superior ao do sexo feminino, 74,2 contra 70,2, respectivamente. No entanto, esta diferença não se revela significativa ( $t_{(39)}=-0,866$ ,  $p>0,005$ ).

Na subescala Caring os homens apresentam um valor médio de 39,0, que é superior ao das mulheres 33,5, mas também esta diferença não se revela significativa ( $t_{(39)}=-1,785$ ,  $p>0,05$ ). Na dimensão Sharing o sexo feminino apresenta um valor superior ao do sexo masculino 35,2, que também não é significativa ( $t_{(39)}=-0,601$ ,  $p>0,05$ ).

**Tabela 29. Teste às diferenças entre sexos, na escala PPOS, subescalas Caring e Sharing**

	Sexo	N	Média	Desvio-Padrão	Teste
Total PPOS	Feminino	36	70,2	9,03	$t_{(39)}=-0,866$ n.s.
	Masculino	5	74,2	14,20	
Caring	Feminino	36	33,5	5,78	$t_{(39)}=-1,785$ n.s.
	Masculino	5	39,0	10,07	
Sharing	Feminino	36	36,6	5,63	$t_{(39)}=-0,601$ n.s.
	Masculino	5	35,2	5,40	

n..s- não significativo

Considerou-se que os anos de serviço do Técnico Cardiopneumologista também pode ter influência na forma como estes profissionais se relacionam com o paciente. Da análise estatística efectuada verifica-se que no *score* total PPOS são os profissionais que exercem a sua actividade até à 10 anos que apresentam o maior valor ( $74,06 \pm 9,39$ ), enquanto que os que estão à mais de 20 anos apresentem o valor mais reduzido ( $67,66 \pm 13,18$ ). Apesar de existirem diferença nos valores médios, as mesmas não se revelam significativas ( $F_{(2, 33)}=1,073$ ;  $p> 0,05$ ).

Também nas subescalas Caring ( $F_{(2, 33)}=0,873$ ;  $p> 0,05$ ) e Sharing ( $F_{(2, 33)}=0,646$ ;  $p>0,05$ ) as diferenças encontradas na amostra não se revelaram estatisticamente significativas. Contudo, é de referir que em termos dos valores da amostra, nas duas subescalas se verificou o mesmo padrão do que foi obtido para a escala como um todo,

ou seja, os profissionais com 10 ou menos anos de profissão são os que apresentam valor médio superior, enquanto que o valor mais reduzido é apresentado pelos Técnicos que têm mais de 20 anos de experiência profissional.

**Tabela 30. Teste às diferenças entre anos de serviço, para a escala PPOS e subescalas Caring e Sharing**

	Anos serviço	N	Média	Desvio-Padrão	Teste
Total PPOS	1-10 Anos	15	74,06	9,39	$F_{(2, 33)}=1,073$ n.s.
	11-20 Anos	15	70,60	8,25	
	> 20 Anos	6	67,66	13,18	
Caring	1-10 Anos	15	36,0	7,62	$F_{(2, 33)}=0,873$ n.s.
	11-20 Anos	15	34,3	4,62	
	> 20 Anos	6	31,8	8,75	
Sharing	1-10 Anos	15	38,0	3,90	$F_{(2, 33)}=0,646$ n.s.
	11-20 Anos	15	36,2	5,14	
	> 20 Anos	6	35,8	6,43	

n..s- não significativo

Um outro factor considerado foi a participação prévia em acções de formação por parte dos Técnicos. Pretendeu-se perceber se os Técnicos que tiveram formação neste campo apresentavam diferenças no que diz respeito ao seu relacionamento com o paciente. Os dados obtidos revelam que a não existem diferenças significativas no score total da PPOS ( $t_{(27)}=-0,043$ ,  $p> 0,05$ ), nas subescalas Caring ( $t_{(39)}=-0,024$ ,  $p> 0,05$ ) e Sharing ( $t_{(39)}=-0,104$ ,  $p>0,05$ ).

**Tabela 31. Teste às diferenças em formação em comunicação para a escala PPOS, subescalas Caring e Sharing**

	Formação	N	Média	Desvio-Padrão	Teste
Total PPOS	Sim	10	70,8	6,03	$t_{(27)}=-0,043$ n.s.
	Não	31	70,6	10,66	
Caring	Sim	10	34,2	6,03	$t_{(39)}=-0,024$ n.s.
	Não	31	34,2	6,77	

	<b>Formação</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Teste</b>
	Sim	10	70,8	6,03	
Total PPOS					$t_{(27)} = -0,043$ n.s.
	Sim	10	36,6	3,27	$t_{(39)} = -0,104$ n.s.
Sharing					
	Não	31	36,6	6,16	

n..s. - não significativo

## **CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

### **1. Identificação das atitudes dos estudantes de Cardiopneumologia**

No que diz respeito ao primeiro objectivo específico, que consistia em identificar as atitudes dos estudantes de Cardiopneumologia no início e fim da sua formação, ou seja no 1 ano e no 4 curso de Cardiopneumologia em relação à aprendizagem de competências de comunicação, optou-se por utilizar uma adaptação da escala CSAS desenvolvida por Rees, Sheard e Davis (2002).

Os estudantes de Cardiopneumologia apresentam um valor médio superior na subescala das atitudes positivas (PAS) para a aprendizagem de competências de comunicação ( $3,98 \pm 0,468$ ). Este resultado revela que os estudantes apresentam atitudes predominantemente positivas em relação à aprendizagem de competências de comunicação. Esta conclusão vai de encontro ao resultado do estudo desenvolvido por French (2008) onde a subescala PAS apresentava um valor médio  $4,07 \pm 0,450$  também superior à da subescala NAS.

De registar que no presente estudo a média da escala PAS é superior ao ponto médio da escala, passando-se o inverso com a subescala NAS. Esta situação revela que em média os alunos concordam com as atitudes positivas apresentadas no questionário e não concordam com as atitudes negativas da mesma.

Foram encontradas diferenças significativas entre as duas subescalas ( $Z = 7,877$ ,  $p < 0,01$ ), pelo que existe uma tendência para os alunos terem atitudes positivas em relação à aprendizagem de competências comunicacionais em detrimento das atitudes negativas.

As duas subescalas apresentam uma correlação negativa e significativa para 1%. Trata-se de uma correlação que pode ser classificada como moderada porque apresenta um valor de 0,554. Trata-se de um resultado que está em linha com o que foi obtido no estudo de French (2008) e que vai de encontro ao que era expectável. De facto, é de esperar que alunos que apresentam mais atitudes positivas tendam a não ter em consideração as atitudes negativas em relação à aprendizagem de competências de comunicação, sendo que o inverso também se verifica.

No que diz respeito à comparação das atitudes entre os alunos do 1º ano e do 4º ano verifica-se que não existem diferenças significativas para o score da escala CSAS, tal como não se registou diferenças para ambas as subescalas que a compõem. Tratam-se de resultados que vão de encontro ao que concluiu o estudo de French (2008), contudo, é necessário mencionar que no estudo realizado por esta autora a comparação foi feita entre alunos do 2º e do 4º ano.

Quando comparado com os resultados de estudos internacionais verifica-se que existem estudos que apresentam conclusões diferentes, mas não existe um consenso. De um lado tem-se os estudos de Ress e Sheard (2002) e Rosenthal e Ogden (1998, citados por Cleland, Foster & Moffat, 2005) que registaram diferenças significativas entre o primeiro e último ano, nos anos inferiores encontraram atitudes mais positivas. Estes resultados sugerem que a importância atribuída às competências comunicacionais vai diminuindo ao longo do curso.

Por outro lado, Wright *et al.* (2006) encontraram resultados em que os alunos do 4º ano de medicina apresentavam atitudes mais positivas do que os alunos do 1º ano. Neste caso é de considerar que a presença de conteúdos programáticos que realçam a importância da comunicação, aliada a alguma experiência profissional onde puderam comprovar esta teoria influenciou de forma positiva a valorização de aprendizagem de competências comunicacionais.

Neste sentido, pode afirmar-se que os resultados obtidos neste estudo sugerem que o curso não exerce uma influência significativa na forma como os alunos de Cardiopneumologia encaram a aprendizagem destas competências. É interessante verificar que também o estudo de French (2008) também chega às mesmas conclusões, o que pode indiciar que se trata de uma questão da estruturação dos currículos na área da saúde no que diz respeito à valorização que fazem da aprendizagem das competências comunicacionais. É possível que as disciplinas mais ligadas a esta temática, como é o caso das de Psicologia, não seja dada a ênfase devida à importância que estas competências apresentam e o impacto que as mesmas podem ter no nível de sucesso do seu desempenho profissional no futuro.

Apesar de não terem sido constatadas diferenças significativas, considerou-se importante analisar os itens que compõem cada uma das subescalas e determinar se em cada um destes existem diferenças significativas entre os alunos dos dois anos em estudo.

De entre os itens que compõem a subescala da NAS verifica-se que apenas um deles apresenta valor acima do ponto médio da escala, trata-se do item 3 “*Ninguém vai deixar de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação*”. Em todos os restantes itens os valores médios estão abaixo do ponto médio e alguns apresentam mesmo valores médios muito reduzidos. É curioso verificar que o mesmo resultado se verifica no estudo de French (2008). Também entre os alunos de fisioterapia, que compõem este estudo, se verifica que este é o único item que está acima do ponto médio da escala.

Este resultado leva a considerar que os alunos, apesar de terem uma prevalência de atitudes positivas em relação à aprendizagem de competências de comunicação, consideram que a mesma não é um factor de exclusão como acontece por exemplo em Universidades onde o exame final dos cursos avalia e pode eliminar estudantes que não correspondam ao esperado em relação às competências de comunicação. Apesar de ser importante para o desempenho das suas funções no futuro na realidade os estudantes não lhe atribuem relevância suficiente ao ponto de considerarem que não poderão terminar a sua formação académica sem ter domínio destas competências.

Ainda a este respeito é de realçar que são os alunos que se encontram no final do curso que têm uma atitude mais intensa (menos positiva) em relação a este aspecto. De facto verifica-se que existem diferenças significativas em relação à avaliação sobre este tema entre os alunos que estão a iniciar o seu percurso académico e os que estão na fase final do mesmo. Os alunos do 4º ano apresentam maior intensidade neste item que os alunos do 1º ano ( $p < 0,05$ ). Trata-se de um resultado que indica que os alunos no final do curso, dado que já faltam poucas disciplinas para terminar o curso e que a relevância tecnológica é agora um foco central da sua aprendizagem, consideram que não dominar estas competências não deve ser impeditivo da conclusão do mesmo. A valorização deste item está em oposição com a orientação que se tem alastrado a muitas escola de saúde no plano internacional, onde as competências de comunicação são encaradas como um factor essencial para a conclusão de um curso no domínio da saúde. Como exemplo, cite-se a recomendação do General Medical Council que considera que os alunos que não possuam competências de comunicação não se encontram aptos ao exercício da actividade médica (Haes *et al*, 2001), mesmo tendo aprovação nas disciplinas de carácter técnico. Na Academia Medical Centre da Universidade de Amesterdão este critério já se encontra implementado, pelo que alunos que não

satisfaçam os critérios considerados essenciais neste domínio são excluídos (Haes *et al.*, 2001).

Também no item 13 que corresponde à afirmação “*Aprender competências de comunicação é demasiado fácil*”, existem diferenças significativas entre os alunos dos dois anos ( $p < 0,05$ ) com os alunos do 4º ano a valorizam mais esta afirmação. Contudo, em ambas as subamostras os valores médios encontram-se abaixo do ponto médio da escala, apesar de o valor dos alunos do 4º ano estar próximo deste valor. Esta diferença significativa leva, mais uma vez, a considerar que os alunos que se encontram na recta final do seu percurso académico tendem a desvalorizar a aprendizagem destas competências. Na pesquisa de Rees *et al.* (2002) também foram encontrados muitos alunos que percepcionavam a aprendizagem deste conjunto de competências como algo fácil. Também em Rees & Sheard (2002) foi encontrada esta atitude negativa, com os alunos a considerarem que a mesma não constituía um aspecto importante para o seu currículo académico e que se apresentava como demasiado fácil. Este tipo de percepção acarreta o perigo de o aluno subvalorizar a sua aprendizagem e como tal investir pouco tempo nesta matéria. Sobre este aspecto Cleland, Foster e Moffat (2005) referem que se os estudantes tiverem conhecimento de que terão avaliações rigorosas sobre estas competências darão mais importância à sua aprendizagem.

Também se encontraram diferenças significativas no item 17 (“*O ensino de competências de comunicação teria melhor imagem se soasse mais a um assunto científico.*”), mas neste caso são os alunos do 1º ano que apresentam uma atitude mais negativa ( $p < 0,05$ ).

Relativamente às atitudes positivas medidas pela subescala PAS verifica-se que todos os itens apresentam valores médios superiores ao ponto médio da escala. Tal resultado leva a supor que, em média os alunos estão de acordo com as afirmações de carácter positivo que foram apresentadas neste questionário. O mesmo resultado pode ser encontrado no estudo de French (2008).

De registar que a afirmação que mereceu um nível de concordância mais elevado foi “*Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade para comunicar é uma competência que usarei toda a vida.*” (item 25). O que revela que os alunos consideram que terão a necessidade de utilizar esta competência durante todo o seu percurso profissional. No estudo de French (2008) este foi o segundo item mais valorizado pelos alunos.



Os itens menos valorizados foram o 18 (“*Quando me candidatei a Cardiopneumologia, pensei que seria realmente uma boa ideia aprender competências de comunicação*”) e o 22 (“*É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e não a minha competência para comunicar.*”), sendo que no estudo de French (2008) estes também são os itens de atitudes positivas que são menos valorizados.

Apesar dos alunos de ambos os anos concordarem com as afirmações da PAS (valores acima do ponto médio da escala) verifica-se que em três itens existem diferenças significativas quanto à intensidade com que o fazem.

Os alunos do 4º ano consideram que é mais divertido aprender competências de comunicação (item 12) do que os alunos do 1º ano. Situação inversa tem-se no que respeita à importância atribuídas às competências comunicacionais no relacionamento com os restantes profissionais de saúde, são os alunos do 1º ano que consideram que a as mesmas têm mais impacto neste relacionamento. Também no que respeita ao relacionamento com o paciente, em particular no reconhecimento dos direitos deste (em termos de confidencialidade e ao consentimento informado) são os alunos que estão a iniciar a sua vida académica em Cardiopneumologia que lhes atribuem mais importância.

## **2. Identificação o papel que os Técnicos de Cardiopneumologia consideram desempenhar na sua interacção com os pacientes**

No que diz respeito ao objectivo específico 2, em que se pretendia identificar o papel que os Técnicos de Cardiopneumologia consideram desempenhar na sua interacção com os doentes, optou-se por utilizar como instrumento de recolha de dados a escala PPOS, composta por duas subescalas: Caring e Sharing.

O score da PPOS apresentou um valor  $3,93 \pm 0,536$ , valor inferior ao encontrado por Haidet *et al.* (2002) para estudantes norte-americanos ( $4,57 \pm 0,48$ ), de Ribeiro (2006) para estudantes brasileiros ( $4,66 \pm 0,44$ ) e de French (2008) num estudo feito em fisioterapeutas ( $4,31 \pm 0,516$ ). Este resultado indica que os profissionais de cardiopneumologia desta amostra se encontram menos centrados no paciente que os participantes dos estudos mencionados.

Tendo em conta os pontos de corte estabelecidos por Krupat et al. (2000), pode considerar-se que os Técnicos de Cardiopneumologia, em média, apresentam um nível de centração no paciente baixo. Analisando esta questão de uma diferente perspectiva pode considerar-se que o profissional Cardiopneumologista está mais centrado na questão técnica do seu trabalho do que no paciente. De facto, 82,9% dos profissionais apresentam uma orientação para o paciente “baixa” e os restantes 17,1% podem ser classificados como tendo uma orientação para o paciente “média”. São valores que deixam claro que os técnicos de Cardiopneumologia, entre os possíveis estilos de interacção existentes, optam por aquele que privilegia a “orientação para a doença”. Significa pois, de acordo com Krupat et al. (2000), que, no seu relacionamento com o paciente, têm uma atitude dominante e centram a sua atenção na função em detrimento de considerar o paciente como um todo. Atribuem ao paciente um comportamento passivo, anulando a possibilidade de estabelecimento de uma parceria.

As razões subjacentes ao facto de apresentarem valores inferiores a outros estudos pode ficar-se a dever a questões de natureza das funções que desempenham como acontece quando se considera a comparação com os valores encontrados no estudo português de French (2008) com fisioterapeutas. A Fisioterapia, pela sua natureza, requer um outro tipo de envolvimento com o paciente que pode não estar tão presente no caso da Cardiopneumologia, contribuindo desta forma para moldar a forma como os diferentes profissionais encaram o seu relacionamento com o paciente.

Quanto as duas subescalas, ainda de acordo com os pontos de corte considerados por Krupat *et al.* (2000), também nestas duas dimensões o nível de centração no paciente revela-se “baixo” por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia, apesar de na subescala Caring se ter obtido um valor médio mais elevado ( $4,05 \pm 0,617$ ) do que na subescala Sharing ( $3,81 \pm 0,725$ ). No estudo realizado por French (2008), os valores das duas subescalas também apresentam valores superiores para a Caring, com  $4,71 \pm 0,483$ , enquanto que a subescala Sharing atingiu um valor de  $3,92 \pm 0,738$ . Tal significa que os fisioterapeutas optam por partilhar mais informação e poder com o paciente e têm mais em conta as emoções e as questões psicossociais do paciente. É de registar que a subescala onde se verifica uma maior discrepância é a Caring o que leva a considerar que é no aspecto da importância que o profissional dispensa às questões emocionais do paciente e as circunstâncias sociais e psicológicas que reside a grande diferença entre estes dois profissionais de saúde.

A reduzida importância que os cardiopneumologistas atribuem as questões emocionais do paciente pode estar associada à sua formação académica. De facto, o curso tem uma grande preponderância de matérias de carácter técnico pelo que existe a possibilidade dos alunos ao longo do curso virem a desenvolver uma valorização deste componente relegando outras questões para um plano secundário. Este tipo de comportamento estaria de acordo com o que foi observado em alguns estudos. Em Haidet *et al.* (2002, citado por Ribeiro, 2006), constata-se que os estudantes de medicina no final do seu curso apresentam a tendência para adoptarem atitudes centradas nas questões técnicas, ou seja, mais centradas na doença. Também no estudo desenvolvido por Tsimtsiou *et al.* (2007), revelou resultados semelhantes, com a diferença de que os valores da subescala Caring se mantiveram sempre elevados.

Numa análise individual aos itens que compõem cada uma das subescalas é importante realçar alguns aspectos. No que diz respeito à Subescala Caring constata-se que apenas um dos itens tem valor médio inferior ao valor médio da subescala, trata-se do item 3 (*“Um exame de Cardiologia/ pneumologia não pode ser bem sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.”*). Este resultado evidencia que o profissional, mesmo que inconscientemente, durante o exercício da sua actividade faz uma distinção entre a componente técnica e as questões emocionais/empatia. Considera que o seu desempenho não se encontra associado as características emocionais e sociais que formam o paciente enquanto ser humano. Como já foi referido, a sua preocupação passa mais por considerar a importância da questão técnica.

No estudo de French (2008) todos os itens desta subescala apresentavam valores superiores ao ponto médio, sendo que o que foi menos valorizado foi o item 14 (*“A maior parte dos pacientes quer entrar e sair das salas de exames Cardiologia/Pneumologia o mais depressa possível.”*).

O item que apresentou um valor mais elevado foi o item 7 (*“Se os Técnicos Cardiopneumologistas forem realmente bons na realização dos exames, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.”*), tendo-se verificado o mesmo no estudo de French (2008).

Quanto à subescala Sharing apenas o item 1 (*“É o Técnico de Cardiopneumologia que deve decidir o que é conversado durante o exame de Cardiologia/Pneumologia”*) apresenta um valor inferior ao ponto médio da escala. No estudo de French (2008) este item tem um valor médio superior ao ponto médio da

escala, sendo que o que dois outros itens apresentam valores inferiores, o item 9 e o item 10.

No extremo oposto, ou seja, o item que foi mais valorizado pelos profissionais de Cardiopneumologia, verifica-se que é o item 12 (*“Quando os pacientes discordam do Técnico de Cardiopneumologia isto é sinal de o Cardiopneumologista não possui respeito e confiança do paciente.”*). No estudo de French (2008), apesar deste item ter um valor elevado o que apresenta o maior valor é o item 4.

### **3. Identificação das competências de comunicação**

No terceiro objectivo específico, o presente estudo propunha-se a identificar as competências de comunicação que estudantes e Técnicos de Cardiopneumologia consideram ser de maior valor para a sua interacção com o doente.

A competência comunicacional que obteve consenso absoluto entre os estudantes e os Técnicos foi a capacidade de saber ouvir o paciente. Esta é uma das competências mais referidas na literatura sobre a temática da comunicação num contexto de prestação de cuidados de saúde, estando a totalidade os participantes neste estudo conscientes que se trata de uma competência comunicacional importante no desenvolvimento da sua função. Estes resultados não podem ser considerados surpreendentes na medida em que ouvir o paciente é um dos elementos cruciais na produção de um diagnóstico, era pois previsível que os profissionais e estudantes estivessem cientes deste aspecto.

Contudo, é necessário ter presente que identificar esta competência não significa que a mesma seja posta em prática até porque, como refere Burnard (1999), ouvir é um processo que envolve mais aspectos que a simples audição do que o paciente expressa verbalmente num dado momento. É necessário proceder à recolha de informação do paciente por outras vias, de forma a obter nova informação ou validar aquela que lhe foi fornecida verbalmente.

Uma outra via de obter essa informação é através da linguagem corporal do paciente. Em todos os grupos se verifica que consideram está uma competência importante no desempenho das funções de Técnico Cardiopneumologia. Apesar de se encontrar valores elevados em todos é entre os profissionais e entre os alunos que estão na fase final da sua formação académica que se registam os valores mais elevados. A prática e a formação que tiverem levam a que haja nestas duas subamostras valores mais

elevados do que os que são encontrados entre os alunos do 1º ano. Estes ainda agora estão a começar o seu processo de formação pelo que é expectável que consigam identificar com mais facilidade as vias directas de recolha de informação do que aquelas que são menos obvias.

Burnard (1999) alerta para o facto de haver a necessidade do profissional de saúde descentrar-se para conseguir perceber o que o paciente lhe diz e o que o paciente pretende comunicar. Tem de se abstrair dos seus pensamentos e sentimentos de forma a conseguir ter acesso aos significados da informação que o paciente lhe é passada pelo paciente, qualquer que seja a via pela qual a mesma é fornecida. Neste aspecto verificam-se percentagens muito elevadas para os estudantes e valores significativamente inferiores nos profissionais. Cerca de 32% dos profissionais não estão consciencializados da necessidade de centrarem a sua atenção no paciente, abstraindo-se do seu quadro mental e procurando perceber a forma de pensar e de agir do paciente, para conseguirem obter informação precisa e saber como lidar, nas mais diversas circunstâncias, com o paciente.

Nos outros dois itens da dimensão expressar empatia com o paciente, “Saber confrontar o paciente” e “Saber promover a expressão emocional do paciente” também se verifica que os profissionais apresentam valores inferiores aos alunos, o que vem reforçar a ideia de que os profissionais estão menos sensibilizados para as competências comunicacionais relacionadas com a expressão da empatia com o paciente. Estes resultados podem ficar a dever-se ao facto dos profissionais darem maior importância às competências que se encontram mais associadas à questão técnica das suas funções.

Na literatura também é dada uma importante relevância à necessidade de clarificar a informação. Na vertente do profissional de saúde é importante que este interprete a informação que recebeu do paciente da forma mais correcta, pelo que deve desenvolver técnicas para validar a sua interpretação. A técnica mais directa e talvez mais eficaz é utilizando questões clarificadoras (Roter, 1977; Rost *et al.*, 1991; Robinson & Whitfield, 1985, citados por Cegala, 2003). Trata-se de uma competência que também se encontra muito associada ao estabelecimento de recolha de informação para a produção de um diagnóstico. Neste aspecto os valores, tanto em alunos como em profissionais, rondam os 100%. De facto as percentagens nos itens que compõem esta dimensão (“Saber identificar as dúvidas do doente” e “Saber clarificar o que o doente diz”) para todas as subamostras apresentam valores próximos de 100%.

Quanto à prestação de informação no sentido inverso, isto é, do profissional de saúde para o paciente verifica-se que uma percentagem dos inquiridos não considera como uma competências comunicacional a capacidade de se exprimir utilizando expressões do paciente. Esta situação é mais marcante entre os alunos do 1º ano e profissionais, com valores a rondar os 26% a 29% dos indivíduos que não vêm a necessidade de proceder de tal forma. Myerscough (1989) refere a necessidade do profissional de saúde proceder à escolha das palavras de acordo com o paciente a que se está a dirigir. Utilizar a mesma forma de comunicar pode originar situações em que o profissional pode assumir uma postura muito paternalista quando simplifica muito a linguagem com um paciente que tem elevado conhecimento da sua patologia, ou não passar de todo a sua mensagem se utiliza expressões que não estão ao alcance da compreensão do paciente.

A presença de valores mais elevados nos alunos do 1º ano e profissionais pode significar que os conteúdos programáticos do curso tiveram algum impacto nos alunos do 4º ano neste aspecto. A existência de disciplinas de psicologia pode ter alertado os alunos para a necessidade de estabelecer uma comunicação nos termos utilizados pelo paciente.

Outro aspecto que é realçado na literatura é o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente que passa também por haver empatia entre ambos. Neste aspecto verifica-se que é entre os alunos que existe uma maior valorização, em particular nos alunos do 1º ano. Quando perante a afirmação de que uma das competências de comunicação que o profissional de saúde deve ter é a capacidade de promover a expressão emocional do paciente 83% dos alunos do 1º ano concordam enquanto que os do 4º ano e os profissionais não chegam aos 70%. O exercício das funções e o acumular de conhecimento Técnico na área da cardiopneumologia pode contribuir para que alunos e profissionais tendam a subvalorizar a importância de conseguirem que os pacientes expressem as suas emoções e a importância que esta forma de actuar tem na criação de uma empatia entre ambos. Como já referido, estudos como o de Haidet *et al.* (2002, citado por Ribeiro, 2006) e Tsimtsiou *et al.* (2007) concluíram que os alunos de medicina nos últimos anos do curso estão mais centrados nas questões de ordem médica.

No que diz respeito à dimensão de competência técnica composta pelos itens “Ser competente na realização do exame” e “Ter conhecimento das doenças” assiste-se a uma maior importância atribuída a esta dimensão por parte dos Técnicos. Quando

perante a afirmação da necessidade de ter conhecimento das doenças 88% dos profissionais consideram que é uma competência relevante, enquanto que entre os alunos os valores rondam os 30%. Na outra vertente da competência técnica, competência em realizar o exame, mais uma vez os profissionais apresentam valores muito superiores aos alunos. Enquanto que nos profissionais a percentagem de respostas afirmativas é de 88%, nos alunos esses valores são de 45% para os do 4º ano e de 23% para os do 1º ano.

Para além da componente técnica ser mais valorizada pelos profissionais verifica-se também uma evolução nos alunos com aqueles que têm maior conhecimento Técnico a atribuírem maior importância a esta competência.

É de salientar que os alunos de ambos os anos e os profissionais de Cardiopneumologia identificaram, em média, o mesmo número de competências que um cardiopneumologista deve ter para desenvolver as suas funções com elevado nível de qualidade. Quem apresenta um valor médio mais reduzido são os alunos do 1º ano, contudo, não é uma diferença significativa. Apesar se registarem diferenças no número de competências identificadas verifica-se que existem divergências quanto ao tipo. Assim, os resultados evidenciam que os Técnicos de cardiopneumologia tendem a valorizar mais o saber Técnico, enquanto que os alunos tendem a privilegiar mais competências associadas ao relacionamento com o paciente.

Estes resultados podem ser explicados pelo facto de muitos dos profissionais, pela idade e anos de serviço que apresentam, tiverem tido a sua formação quando ainda se privilegiava uma componente técnica no currículo académico. É importante referir que a questão da comunicação só recentemente começou a ganhar grande importância nos meios académicos. Neste contexto é compreensível que se encontrem menos sensibilizados para certos aspectos que estão relacionados com as questões de relacionamento com o paciente, como é o caso das competências de comunicação.

É de considerar também que para além de não terem tido uma formação académica que coloca-se em evidência a centralidade da comunicação com o paciente, a grande maioria dos participantes no estudo nunca frequentou acções de formação na área da comunicação. A falta de sensibilidade para a formação neste tema a que se alia, em muitos casos, o tempo e as energias que o desempenho da sua profissão requer não deixam tempo nem a consciência da necessidade de terem formação nesta área.

Outro aspecto que se considera importante referir e que pode explicar em parte estes resultados prende-se com ambiente em que alunos e profissionais estão inseridos no seu dia-a-dia.

Os alunos encontram-se entre académicos que desenvolvem investigação e procuram novos conhecimentos no sentido de melhorar as práticas de prestação de cuidados de saúde num sentido lato. Estes podem ser influenciados por aspectos como a temática da importância da comunicação, enquanto elemento central no relacionamento com o paciente e no contributo para sua satisfação com os serviços que lhe são prestados. Os alunos estão pois a desenvolver o seu conhecimento que passa por considerar uma multiplicidade de aspectos que se encontram relacionados com as funções que vão desempenhar num futuro mais ou menos próximo.

Por outro lado, os profissionais de Cardiopneumologia estão inseridos numa realidade completamente diferente. A sua principal preocupação passa por desempenhar as suas funções de uma forma eficaz e eficiente. Num contexto de limitações de recursos, os profissionais na área da saúde tem limitação ao nível do tempo que podem dispensar a cada um dos pacientes com que diariamente entram em contacto. A principal preocupação passa a ser a realização das funções correctamente e num espaço de tempo reduzido, a prioridade é pois a componente técnica.

#### **4. Relação entre as variáveis demográficas e as atitudes de estudantes e profissionais**

No objectivo específico 4 pretendia-se determinar se existiam diferenças decorrente das variáveis demográficas, no que diz respeito quer às atitudes dos alunos, quer às competências de comunicação consideradas como de maior valor pelos profissionais de cardiopneumologia.

No que diz respeito às atitudes verificou-se não existir diferenças significativas, tanto no score da CSAS, como nas duas subescalas no que diz respeito ao sexo. Este resultado não está de acordo com as evidências encontradas em diversos estudos que apontam para o facto de as mulheres apresentarem atitudes mais positivas em relação à aprendizagem de competências comunicacionais. O estudo de Rees & Sheard (2002) revelou que as mulheres apresentam menos atitudes negativas e no estudo de Wright *et al.* (2006) os resultados revelaram que as mulheres apresentavam atitudes menos



negativas quando comparadas com os homens. No estudo de French (2008) foram encontradas diferenças significativas nas duas subescalas, sendo que nas atitudes positivas as mulheres apresentavam valores superiores, enquanto que o inverso se passou com as atitudes negativas, ou seja, foram os homens que apresentaram resultados significativamente superiores.

Estas conclusões levam a considerar que não existe a necessidade de se proceder a uma sensibilização diferenciada para a importância da aprendizagem de competências de comunicação entre os alunos de Cardiopneumologia.

No presente estudo também se verifica a não existência de influência da idade do aluno nos valores encontrados na escala e nas respectivas subescalas facto que se poderá ficar a dever-se à concentração das idades dos alunos em torno do seu valor médio. Uma maior dispersão da idade poderia resultar em valores significativamente diferentes.

No que diz respeito à escala PPOS e às subescalas que a compõem não se verificaram diferenças significativas entre os dois sexos. Também neste caso estes resultados não estão de acordo com o que se encontra na literatura. No estudo de Haidet *et al.* (citado por Ribeiro, 2006) concluiu-se que as mulheres apresentavam atitudes mais centradas no paciente. No estudo de Ribeiro (2006) também se registou diferenças significativas entre sexo, com as mulheres a apresentarem atitudes mais centradas no paciente. Contudo, estas diferenças tenderam a esbater-se à medida que iam progredindo no curso. O estudo de Tsimtsiou *et al.* (2007) também registou que as mulheres apresentam uma maior preocupação em considerar o paciente de uma forma holística.

No que diz respeito aos profissionais de saúde Weisman e Teitelbaum (1985) e Roter e Hall (1998) chegaram a resultados que evidenciam que as médicas revelam estar mais centradas nos pacientes. No caso português tem-se o estudo de French onde se verificam conclusões semelhantes para fisioterapeutas.

Considerou-se ainda a possibilidade de o estilo de relacionamento com o paciente ser influenciado pelos anos de experiência profissional. Para tal considerou-se três grupos (1 a 10 anos; 11 a 20 anos e mais de 20 anos de experiência profissional) não se tendo verificado diferenças significativas ( $p > 0.05$ ), tanto no score total da escala PPOS como nas duas subescalas que a compõem, apesar de os cardiopneumologistas apresentarem valores médios amostrais mais baixos. O estudo de Krupat *et al.* (2000) registaram-se diferenças significativas, com a profissionais que tinham entre 11 e 20 anos de exercício profissional a apresentarem menor orientação para o paciente. Os

resultados do estudo destes autores, como os do presente trabalho não vão de encontro ao que era esperado, ou seja, que os profissionais com mais experiência profissional se encontrassem mais centrados nos pacientes que os que tinham menos anos de profissão. São resultados que sugerem que a prática da profissão não contribui para aumentar a concentração no paciente.

Neste estudo também se tentou perceber se a frequência de ações de formação em competências de comunicação poderia contribuir para que o profissional de cardiopneumologia. Neste ponto também não se registaram diferenças significativas entre os profissionais que já tinham frequentado ações de formação e os que não o tinham feito ( $p>0,05$ ). Neste aspecto não foram encontrados estudos que permitissem proceder a uma comparação.

## CAPÍTULO V. CONCLUSÕES

O presente estudo vem realçar a importância central que a comunicação deve merecer no contexto da prestação de cuidados de saúde. Até há algumas décadas este era um tema de menor importância, uma vez que o aspecto central era a prestação de cuidados no sentido estrito de uma visão biomédica, actuar sobre as causas dos sintomas físicos que o paciente evidenciava era o objectivo principal e em muitos dos profissionais o único. Também a satisfação do paciente com os cuidados de saúde que lhe eram prestados encontrava-se associada aos resultados obtidos com o seu estado de saúde.

As transformações sociais ocorridas nos últimos anos moldaram um novo paradigma de relacionamento entre profissional de saúde e paciente. O paciente deixou de assumir uma posição submissa face ao profissional de saúde e passou a pretender tomar um papel de parceiro nesse relacionamento. Neste contexto, revela-se imperioso que os profissionais de saúde adquiram novas competências, em particular ao nível de competências comunicacionais.

Os estudos sobre a temática da relação com o paciente revelam a necessidade do profissional de saúde adequar o seu estilo de relacionamento com o paciente às necessidades que este evidencia. A análise dos estudos revelam que com os pacientes idosos, com baixo nível de formação escolar o profissional deve ter uma orientação mais paternalista, enquanto que com pacientes jovens, com formação académica superior, com conhecimentos Técnicos o profissional deve optar por uma orientação mais centrada no paciente.

Daqui se depreende que a opção por um dado estilo de interacção deve ser contingencial, fruto de uma análise às características do paciente em causa. Esta capacidade de se adaptar às características de cada paciente é uma tarefa com elevado nível de complexidade, que requer do profissional de saúde um vasto conjunto de competências. De entre estas há que destacar as competências comunicacionais que se revelam essenciais na recolha de informação junto do paciente. Neste sentido, considera-se que a aquisição deste tipo de competências é fundamental para que o profissional de saúde consiga desempenhar a sua função com elevados padrões de qualidade, numa constante busca pela excelência.

É necessário que os profissionais da saúde em geral e os Técnicos de Cardiopneumologia em particular consigam adquirir estas competências durante a sua formação académica e desenvolvê-las ao longo do curso e da sua vida profissional. Esta foi uma das razões pelas quais se procurou neste estudo perceber quais as atitudes dos estudantes do curso de Cardiopneumologia em relação à aprendizagem destas competências.

Em relação as atitudes evidenciadas pelos estudantes os resultados deste estudo revelam algo de muito positivo, registam-se nos alunos atitudes maioritariamente positivas para a aprendizagem de competências de comunicação. Contudo, é necessário realçar que estas não são comportamentos. O aluno pode apresentar atitudes positivas face a esta aprendizagem, no entanto, pode não as traduzir em termos de acções. Verificou-se que estes apresentam mais atitudes positivas do que negativas o que revela que apresentam predisposição para a sua aprendizagem.

Os dados revelam que o curso não exerce uma influência nas atitudes dos alunos. As atitudes dos alunos do 1º ano não diferem significativamente das apresentadas pelos alunos que se encontram na fase final do curso. Esta conclusão sugere que a estrutura do curso não reflecte a necessidade de valorizar a importância das competências comunicacionais enquanto competências centrais na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Na realidade a sua aprendizagem corresponde a um número muito reduzido de créditos no curso de Cardiopneumologia.

Verifica-se que no curso de Cardiopneumologia existe uma preponderância de disciplinas com conteúdos de natureza tecnológica o que induz o estudante a não valorizar as competências comunicacionais como um elemento central nos conteúdos que tem de aprender. Esta ênfase na componente tecnológica origina que o aluno considere que para terminar a sua formação académica não seja necessário ter uma avaliação muito rigorosa nesta área, ou seja, considera que a não aquisição deste conjunto de competências não é um factor impeditivo de conclusão do curso.

Por outro lado, a existências de poucos créditos atribuídos à aprendizagem de competências de comunicação, a estrutura dos conteúdos programáticos e possivelmente a forma como é avaliada também contribui para que os estudantes considerem que se trata de uma matéria de fácil de aprender, pelo que haverá a tendência para dispensarem pouco tempo à aquisição e desenvolvimento destas competências.

Considera-se essencial que a estrutura do curso e a forma como estas competências são ensinadas levem o estudante a perceber a importância e o impacto que

as mesmas terão no seu desempenho profissional. Para tal é necessário que percebam que se trata de um tema dotado de elevada complexidade, apesar de na sua aparência ser de fácil apreensão. Na sensibilização dos alunos para o domínio destas competências não existe a necessidade de discriminar entre sexos porque não se verificam diferenças significativas nas atitudes de mulheres e homens para a aprendizagem destas competências.

O futuro da prática em Cardiopneumologia passa, em grande medida, pela formação académica que está a ser ministrada aos estudantes desta área, se estes não forem alertados para a necessidade de desenvolver competências de comunicação que coloquem o paciente no centro da sua atenção quando estiverem a desempenhar a sua actividade profissional no futuro, haverá a tendência para, quando incorporados numa equipa, imitar os procedimentos adoptados por Cardiopneumologistas que se encontram a trabalhar na mesma instituição há mais tempo. Este tipo de situação revela-se preocupante porque os dados deste estudo evidenciam que Técnicos Cardiopneumologistas não apresentam, na sua maioria, uma orientação centrada no paciente, apesar deste tipo de comportamento ser condição para a prestação de serviços com elevada qualidade.

De facto, a maioria dos Técnicos que compõem este estudo revelam mesmo uma orientação baixa para o paciente, o que pode afectar o nível de satisfação que paciente obtém com o serviço de saúde que lhe foi prestado. Esta falta de orientação para o paciente é particularmente acentuada na dimensão de Sharing, quando comparada com outras profissões. Recorde-se que esta dimensão está associada à partilha de informação e de poder epistemológico com o paciente. Estes Técnicos centram-se sobre a realização da tarefa não tendo em conta o paciente como um todo, descurando deste modo a necessidade que este tem em obter sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos relacionados com a realização dos exames. Tal facto parece acentuar a componente tecnológica que se encontra associada ao exercício desta profissão. Quando se debate a humanização da saúde em Portugal estes resultados revelam que a mesma passa por formar os profissionais para uma actuação mais voltada para a vertente humana, mesmo quando no desempenho das funções a componente tecnológica assume um grande relevo.

Estes dados vêm confirmar a necessidade da realização de estudos sobre esta temática nesta área específica da saúde de modo alertar estes profissionais para a necessidade de encetarem um processo que conduza a uma maior orientação para o

paciente. Julga-se que uma alteração na forma como os Técnicos desenvolvem a sua actividade profissional no sentido de estarem tão focalizados na competência técnica e passarem a valorizar mais os aspectos como o relacionamento com o paciente, interagindo e dando a este mais poder no relacionamento que estabelecem poderia contribuir para um aumento da qualidade percebida pelo utente. Uma alteração na sua orientação poderia potenciar o seu desempenho, medido pela satisfação dos pacientes, uma vez que os estudos revelam que os profissionais de saúde que centravam a sua atenção no paciente são os que apresentam uma maior capacidade de perceber as necessidades do paciente e conseguem identificar o tipo de informação que estes necessitam.

A adesão dos Técnicos de Cardiopneumologia a uma orientação mais centrada no paciente passa por os alertar desta necessidade, porque este estudo revela que, em teoria, estes profissionais, tal como os alunos, têm conhecimento de uma grande parte das competências que são referenciadas na literatura.

Estes benefícios não se limitam ao paciente e ao profissional de saúde, também as instituições de saúde e o sistema de saúde têm a ganhar com profissionais que têm um estilo de relacionamento centrado no paciente. A comunicação é um dos focos mais importantes da intervenção em saúde e é considerada como o aspecto central na prestação de cuidados de saúde com níveis de excelência uma vez que aumentam a adesão dos pacientes ao processo terapêutico e diminui o stress ocupacional entre os profissionais de saúde. Deste modo, todas intervenções que promovam o aumento da qualidade e efectividade da comunicação entre pacientes e profissionais estão a contribuir para a diminuição dos custos das instituições de saúde e para a melhoria da gestão dos serviços.

Apesar da temática da comunicação entre profissional de saúde e paciente ter merecido a atenção de vários investigadores, o que levou ao aparecimento de um vasto conjunto de trabalhos sobre os diferentes aspectos que a compõem, considera-se que existem domínios que deviam ser melhor explorados e, como tal, deveriam ser realizados estudos sobre os mesmos. Um desses domínios prende-se a quantificação das mudanças nas atitudes em relação à formação em competências de comunicação através de um estudo longitudinal de forma a perceber como é que a incorporação de um maior nível de experiência académica ou profissional influencia estas atitudes.

No que diz respeito às limitações deste estudo há que considerar o facto de se tratar de um estudo de carácter transversal o que pode não permitir perceber se a

frequência do curso tem um impacto significativo nas atitudes dos alunos face à aprendizagem de competências comunicacionais. Os resultados podem dever-se a factores não controláveis, pelo que se considera pertinente a realização um estudo de carácter longitudinal.

Pelo que foi exposto ao longo do trabalho considera-se importante que instituições de ensino e as instituições de saúde tomem as medidas necessárias no sentido a ser valorizada a aprendizagem das competências comunicacionais e sensibilizar os Técnicos de saúde quanto à importância da adopção de um estilo de relacionamento com o paciente que privilegiem a orientação para a satisfação das suas necessidades. Considera-se que medidas que contemplem estes dois aspectos podem contribuir para um aumento da qualidade dos serviços prestados, melhoria da gestão dos serviços e uma consequente redução dos custos numa época em que as instituições de saúde se encontram pressionadas a adoptar uma gestão voltada para a utilização eficiente dos recursos.

## **CAPÍTULO VI. PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL**

As conclusões apresentadas neste estudo apontam para a necessidade de se proceder a alterações nos planos curriculares do curso de Cardiopneumologia no sentido de atribuir uma maior importância à aprendizagem de competências comunicacionais por parte dos alunos de Cardiopneumologia. Também se encontra uma necessidade de realizar intervenções junto dos profissionais desta área no sentido de se conseguir obter um melhor relacionamento com o paciente, acompanhando desta forma as necessidades que estes sentem de serem incluídos em todos os aspectos associados ao seu estado de saúde.

A literatura nesta matéria revela que uma melhoria na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes permite uma melhoria significativa da qualidade dos serviços de saúde prestados e por consequência uma melhoria do funcionamento dos serviços e redução dos custos associados.

A forma como os cursos de Cardiopneumologia de algumas instituições de ensino portuguesas se encontram estruturados não reflecte o movimento que se verifica nas principais escolas de saúde estrangeiras, se tem assistido a uma crescente aceitação da necessidade de introduzir alterações significativas nos conteúdos programáticos e na forma como a avaliação final dos estudantes dos cursos de saúde é realizada, tudo isto com o objectivo de reflectir nas atitudes e comportamentos dos estudantes a importância destas competências.

Apesar de existir uma evidente necessidade de mudança não se considera necessariamente positivo introduzir, de forma repentina, um esquema semelhante ao de algumas escolas estrangeiras, como é o caso da Academia Medical Centre da Universidade de Amesterdão, que excluem os alunos que não atinjam um patamar aceitável nesta área. Apesar de se considerar que estas competências são centrais será mais prudente proceder a alterações mais ajustadas à realidade portuguesa e dos cursos, de uma forma gradual. A mudança deve começar por reforçar a importância atribuída as disciplinas onde são ensinadas estas competências e a uma maior consciencialização dos alunos para a importância que estas terão na prática das suas funções futuras.



De forma progressiva deve ser incrementada a importância da aprendizagem destas competências no curso de forma a permitir que os recursos humanos, financeiros e outros se adequem a esta nova realidade.

No que diz respeito aos profissionais considera-se que a acção junto destes deve passar por evidenciar as implicações benéficas para o paciente e, por consequência, para o seu desempenho profissional da adopção de um novo modelo de relacionamento em que o paciente deve ser encarado como um todo e não apenas numa perspectiva técnica. Para tal considera-se que será adequado a realização de acções de formação onde os profissionais possam perceber, através de casos práticos, que uma maior atenção à vertente comunicacional com o paciente é sinónimo da prestação de cuidados de saúde com maior qualidade.

É necessário ter presente que também junto das instituições onde Técnicos de Cardiopneumologia exercem as suas funções deve haver uma intervenção no sentido que estas dêem as condições necessárias para que estes profissionais possam aplicar estas competências. De facto, assiste-se em alguns casos a situações em que a forma como estão estruturados os serviços não permite ao Técnico de Cardiopneumologia estabelecer uma ligação comunicacional com o paciente por razões de tempo, uma vez que estes muitas vezes se vêm confrontados com a necessidade de atender um elevado número de paciente num curto espaço de tempo.

Como em qualquer processo de mudança existem sempre resistências, contudo, é necessário que a mesma se processe com o objectivo de se ter no sistema de saúde cada vez melhores profissionais e por conseguinte obter uma melhoria constante dos cuidados de saúde prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adelman, R.; Greener, M., Charon, R. (1991). Issues in physician-elderly patient interaction. *Aging and Society*, II: 127-148.

Alasad, J.; Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50: 356-362.

Anvik, T.; Gude, T.; Grimstad, H.; Baerheim, A.; Fasmer, O.; Hjortdahl, P.; Holen, A.; Risberg, T.; Vaglum, P. (2007). Assessing medical students' attitudes towards learning communication skills – which components of attitudes do we measure?. *Biomedical Education*, 7.

Batenburg, V., Smal, J. (1997). Does the communication skills course influence medical students' attitudes? *Medical Teacher*, 19: 263-269.

Burnard, P. (1999). *Counseling skills for health professionals*. Cheltenham: Stanley Thornes.

Butler, C.; Rollnick, S.; Pill, R.; Rapport, F.; Stoott, N. (1998). Understanding the culture of prescribing: quality study of general practitioners' and patients' perception of antibiotics for sore throats. *Br. Me. J.*, 317: 637-642.

Bylund, C.; Brown, R.; Ciccone, B.; Levin, T.; Guegen, J.; Hill, C.; Kissane, D. (2008). Training faculty to facilitate communication skills training: development and evaluation of a workshop. *Patient Education & Counseling*, 70: 430-436.

Cals, J.; Scheppers, N.; Hopstaken, R.; Hood, K.; Dinant, G.; Goettsch, H.; Butler, C. (2007). Evidence based management of acute bronchitis; sustained competence of enhanced communication skills acquisition in general practice. *Patient Education and Counseling*, 68: 270-278.

Cegala, D. (2003). Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education Counseling*, 50: 91-94.

Cleland, J.; Foster, K.; Moffat, M. (2005). Undergraduate students' attitudes to communication skills learning differ depending on year of study and gender. *Medical Teacher*, 3: 246-251.

Corney, R. (2000). A necessidade de melhor comunicação e apoio emocional. Corney, R. (coords), *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*, Lisboa: Climepsi.

Coulter, A., (1999). Paternalism or partnership? *British Medical Journal*. 319: 719-720.

Davis, H.; Fallowfield, L. (1991). *Counseling and Communication in Health Care*. Hilton Davis and Leslie Fallowfield (Edt). John Wiley and Sons.

Deyo, R.; Diehl, A. (1986). Patient satisfaction with medical care for lowback pain. *Spine*. 1986;11: 28-30.

Epstein, R.; Franks, P.; Fiscella, K.; Shields, C.; Meldrum, S.; Kravitz, R.; Duberstein, P. (2005a). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultation: theoretical and practice issues. *Social Science & Medicine*, 61: 1516-1528.

Epstein, R.; Franks, P.; Shields, C.; Meldrum, S.; Miller, K.; Campbell, T.; Fiscella, K. (2005b). Patient-Centered Communication and diagnostic testing. *Annals of Family Medicine*, 3: 415-421.

French, M. (2008). *Contributo para a aferição e adaptação das escalas Patient-Practitioner Orientation Scale e Communication Skills Attitude Scale*. Dissertação de Mestrado apresentado á Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.

Gremigni, P.; Sommaruga, M.; Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling*, 71: 57-64.

Grilo, A.; Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6: 69-89.

Haes, J.; Ort, F., Oosterveld, P.; Cate, O. (2001). Assessment of medical student's communicative behaviour and attitudes: estimating the reliability of the use of the Amsterdam attitudes and communication scale through generalisability coefficients. *Patient Education and Counselling*, 45: 35-42.

Haidet, P.; Dains, J.; Paterniti, D.; Chang, T.; Tseng, E.; Rogers, J. (2002). Medical students' attitudes toward patient-centered care and standardized patients' perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Academic Medicine*; 76: S24-S44.

Hajek, P.; Najberg, E.(2000). Medical students' concerns about communication with patients. *Medical Education*, 34: 656-658.

Hamm, R.; Hicks R.; Bemben D (1996). Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *Journal Fam. Pract.*, 43: 56-62.

Harlak, H.; Dereboy, C.; Gemalmaz, A. (2008). Validation of a Turkish Translation of the Communication Skills Attitude Scale with Turkish medical students. *Education for Health*, 21.

Haug, M.; Ory; M. (1987). Issues in elderly patients provider relationships. *Research on Aging*. 9:3-14.

Hibbard, J.; Weeks, E. (1987). Consumerism in health care. *Medical Care*, 25/(11): 1019-1032.

Hillman, A. (1998). Mediators of patient trust. *JAMA*, 280: 1703-1704.

Johnson, T.; Hardt, E.; Kleinman, A. (1995). Cultural factors in the medical interview. Em Lipkin, M.; Putnam, S.; Lazare, A (Eds.) *The Medical Interview*. New York: Springer-Verlag.

Krupat, E.; Rosenkranz, S.; Yeager, C.; Barnard, K.; Putnam, S.; Inui, T. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effects of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39: 49-59.

Krupat, E.; Yeager, C.; Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology & Health*, 15: 707-719.

Lobato, J. (2004). *Estudo preliminar sobre um modelo de organização curricular de curso de licenciatura de banda larga com variantes em cardiopneumologia, emergência médica e neurofisiologia*. Concurso de provas públicas para provimento de uma vaga de professor-coordenador para a área científica de Cardiopneumologia, do núcleo das tecnologias da saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Makoul, G.; Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Education and Counseling*, 137: 191-195.

Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.

Myerscough, P. (1989). *Como comunicar com os doentes*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Ong, L.; Visser, M.; Lammes, F.; Velden, J.; kuenen, B.; Haes, J. (2000). Effects of providing cancer patients with the audiotaped initial consultation on satisfaction, recall on quality of life: a randomised double blind study. *Journal Clinical Oncology*, 18: 3052-3060.

Pestana, M.; Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Rees, C.; Garrud, P. (2001). Identifying undergraduate medical students' attitudes towards communications skills learning: a pilot study. *Medical Teacher*, 23: 400-406.

Rees, C.; Sheard, C. (2002). The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic education-related characteristics. *Medical Education*, 36: 1017-1027.

Ress, C.; Sheard, C.; Davies, S. (2000). The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communications skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Medical Education*, 36: 141-147.

Ribeiro, F. (2001). *A comunicação na prática de exames complementares de diagnóstico cardiovascular: relação do médico e do cardiopneumologista com o utente*. Tese de dissertação ao Grau de Mestre em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

Ribeiro, M. (2006). *Avaliação da atitude do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico*. Tese de dissertação ao Grau de Doutor em Medicina. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

Ribeiro, M.; Krupat, E.; Amaral C., (2007). Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Medical Teacher* ; 29: 204-208.

Rosenthal, R.; Ogden, R. (1998). Changes in medical education: the beliefs of medical students. *Medical Education*, 32: 127-132.

Rotter, D.; Hall, J. (1993). *Doctors Talking to Patients and Patients Talking to Doctors: Improving communication in medical visits*. Auburn House Publs.

Roter, D.; Hall, J. (1998). Gender effects in medical communication. Unpublished manuscript. Baltimore, MD.

Rowan, E. (2008). Monthly communication skill coaching for healthcare staff. *Patient Education Counseling*, 71: 402-404.

Street, R., Makoul, G; Arora, N.; Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74: 295-301.

Stewart, M.; Brown, B.; Boon, H.; Galajda, J.; Meredith, L.; Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev. Control*, 3: 25-30.

Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: relação Técnicos de saúde – utentes. *Análise Psicológica*, v. 22, n.º 3: 615 - 620.

Tsimtsiou Z, Kerasidou, O, Efstathiou, S, Hatzimouratidis, K, Hatzichristou, D., (2007). Medical students' attitudes toward patient-centered care: a longitudinal survey. *Medical Education* ; 41:146-153.

Weisman, C.; Teitelbaum, M. (1985). Physician gender and the physician-patient relationship: Recent evidence and relevant questions. *Social Science Medicine*; 20:1119-1127.

Wright, K. Bylund, C.; Ware, J.; Parker, P.; Query, J.; Baile, W. (2006). Medical student attitudes toward communication skills training and knowledge of appropriate provider-patient communication: a comparison of first-year and fourth-year medical students. *Medical Education*, 11-18.

Zick, A.; Granieri, M.; Makoul, G. (2007). First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based open-ended approach. *Patient Education and Counseling*, 68: 161-166.

## **ANEXOS**



## Anexo I. Questionários

### Questionário a cardiopneumologistas

Este questionário refere-se a um estudo que tem como objectivo avaliar a importância atribuída pelos cardiopneumologistas à comunicação com o utente. Pelo que a sua participação revela-se fundamental para conseguir desenvolver este trabalho.

O fim último do mesmo é potenciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados neste serviço. Pelo que se pede que responda a um conjunto de questões, assinalando com um X a sua resposta. Por favor **responda a todas** as questões.

Os autores deste estudo garantem os princípios da confidencialidade e do anonimato.

Desde já apresento os meus agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada.

#### I- Dados sociodemográficos

##### 1. Sexo

Feminino  Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos.

3. Número de anos que está na presente unidade hospitalar: \_\_\_\_\_.

4. Anos de experiência no serviço de cardiopneumologia: \_\_\_\_\_.

5. Qual o cargo que ocupa: \_\_\_\_\_.

6. Frequentou acções de formação na área da comunicação?

Sim  Não

Por favor, leia as afirmações seguintes referentes às atitudes face à interacção Cardiopneumologista-paciente. Indique o seu grau de acordo para cada uma das afirmações colocando uma cruz (X) na resposta que considerar mais adequada.

Lembre-se que:

1. Concordo completamente

Concordo Completamente

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Discordo Completamente

2. Apesar de hoje em dia o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da medicina.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. A parte mais importante de um exame de Cardiologia/Pneumologia comum é o tratamento físico.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Muitas vezes é melhor para os pacientes não terem uma explicação completa da sua condição médica.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Os pacientes deveriam confiar no saber do Técnico de Cardiopneumologia e não procurarem, pelos próprios meios, informação sobre o seu estado.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Quando os Técnicos de Cardiopneumologia fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, estão a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Se os técnicos Cardiopneumologistas forem realmente bons na realização dos exames, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Concordo Completamente

Discordo Completamente

8. Muitos pacientes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. Os pacientes deveriam ser tratados como parceiros dos Técnicos de Cardiopneumologia com igualdade de poder e estatuto.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

10. Geralmente, os pacientes preferem ser tranquilizados a possuírem informação sobre a sua saúde.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Se as principais ferramentas dos Técnicos de Cardiopneumologia

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso.

12. Quando os pacientes discordam do Técnicos de Cardiopneumologia, isso é um sinal de que o Cardiopneumologista não possui respeito E a confiança do paciente.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. Um exame de Cardiologia/pneumologia não pode ser bem sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. A maior parte dos pacientes quer entrar e sair das salas de exames Cardiologia/Pneumologia o mais depressa possível.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. O paciente tem que ter sempre presente que é o Técnico de Cardiopneumologia que manda.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do paciente para tratar a doença de uma pessoa.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. O humor é um dos principais ingredientes utilizado pelo Técnico de Cardiopneumologia no tratamento do paciente.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. Quando os pacientes procuram informação clínica pelos seus próprios meios, isso habitualmente costuma confundir mais do que ajudar.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

### **INVENTÁRIO SOBRE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO**

<b>CONSIDERO COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1 – Saber ouvir o doente		
2 – Saber muito bem o que preocupa o doente na sua vida		
3 – Ser competente na realização do exame		
4 – Ter conhecimento das doenças		
5 – Estar atento a sinas não verbais do doente		
6 – Saber como o doente se deve expressar		
7 – Conseguir descentrar-se para perceber o doente		
8 – Nunca deixar o doente sozinho		
9 – Nunca fazer esperar o doente		
10 – Saber identificar as dúvidas do doente		
11 – Saber clarificar o que o doente diz		
12 – Interpretar o que o doente diz		
13 – Saber confrontar o doente		
14 – Saber identificar o que o doente diz mesmo antes de ele ter que falar		
15 – Saber promover a expressão emocional do doente		
16 – Saber falar como o doente falar (utilizando a suas expressões)		
17 – Saber chorar com o doente		
18 – Ser simpático com o doente		
19 – Adequar a comunicação ao código do doente		

20 – Nunca confrontar o doente		
21 – Ter humor		

## Questionário a estudantes de cardiopneumologia

Este questionário refere-se a um estudo que tem como objectivo avaliar a importância atribuída pelos cardiopneumologistas à comunicação com o utente. Pelo que a sua participação revela-se fundamental para conseguir desenvolver este trabalho.

O fim último do mesmo é potenciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados neste serviço. Pelo que se pede que responda a um conjunto de questões, assinalando com um X a sua resposta. Por favor **responda a todas** as questões.

Os autores deste estudo garantem os princípios da confidencialidade e do anonimato.

Desde já apresento os meus agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada.

### I- Dados sociodemográficos

#### 1. Sexo

Feminino  Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos.

3. Ano do curso \_\_\_\_\_.

4. Número de anos de matrícula: \_\_\_\_\_.

Por favor, leia as afirmações seguintes referentes à aprendizagem de competências de comunicação. Indique o seu grau de acordo para cada uma das afirmações colocando uma cruz (X) na resposta que considerar mais adequada.

Lembre-se que:

1. Discordo completamente
2. Discordo
3. Nem concordo nem discordo
4. Concordo
5. Concordo completamente

- |   |  |  |
|---|--|--|
|   | Completam<br>completamente<br>Discordo |  |
|   | Discordo<br>completamente              |  |
| 1. Para ser um bom técnico de Cardiopneumologia, tenho que ter boas competências de comunicação.  | 1   2   3   4   5                      |  |
| 2. Não vejo qual a importância de aprender competências de comunicação.   | 1   2   3   4   5                      |  |
| 3. Ninguém vai deixar de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação.                           | 1   2   3   4   5                      |  |
| 4. Desenvolver as minhas competências de comunicação é tão importante como desenvolver os meus conhecimentos Técnicos em Cardiopneumologia. | 1   2   3   4   5                      |  |
| 5. Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os pacientes.  | 1   2   3   4   5                      |  |
| 6. Não tenho tempo para aprender competências de comunicação.   | 1   2   3   4   5                      |  |
| 7. Aprender competências de comunicação é interessante.   | 1   2   3   4   5                      |  |
| 8. Não posso ser incomodado para comparecer a sessões de competências de comunicação.   | 1   2   3   4   5                      |  |
| 9. Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a desenvolver as minhas competências de trabalho em equipa.              | 1   2   3   4   5                      |  |
| 10. Aprender competências de comunicação melhorou a minha competência para comunicar com pacientes.   | 1   2   3   4   5                      |  |
| 11. O ensino de competências de comunicação refere o óbvio e depois complica-o.   | 1   2   3   4   5                      |  |

12. Aprender competências de comunicação é divertido. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
13. Aprender competências de comunicação é demasiado fácil. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

  
Discordo completamente completamente concordo
14. Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os meus colegas. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
15. Tenho dificuldade em confiar na informação sobre competências de comunicação que me é fornecida por formadores não-cardiopneumologistas. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
16. Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a reconhecer os direitos dos pacientes no que diz respeito à confidencialidade e aos consentimento informado. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
17. O ensino de competências de comunicação teria melhor imagem se soasse mais a assunto científico. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
18. Quando me candidatei a Cardiopneumologia, pensei que seria realmente uma boa ideia aprender competências de comunicação. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
19. Não preciso de boas competências de comunicação para ser Cardiopneumologista.. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
20. É-me difícil admitir que tenho alguns problemas ao nível de competências de comunicação. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
21. Penso que é muito útil aprender competências de comunicação num curso de Cardiopneumologia. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
22. É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e competência não a minha para comunicar. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
23. A aprendizagem de competências de comunicação é aplicável à aprendizagem de Cardiopneumologia. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
24. É-me difícil levar a sério a aprendizagem de competências de comunicação. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
25. Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade para comunicar é uma competência que usarei toda a vida. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
26. A aprendizagem de competências de comunicação devia ser deixada para os alunos de psicologia, e não para os alunos de Cardiopneumologia. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

## INVENTÁRIO SOBRE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

<b>CONSIDERO COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sim</b>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
1 – Saber ouvir o doente		
2 – Saber muito bem o que preocupa o doente na sua vida		
3 – Ser competente na realização do exame		
4 – Ter conhecimento das doenças		
5 – Estar atento a sinais não verbais do doente		
6 – Saber como o doente se deve expressar		
7 – Conseguir descentrar-se para perceber o doente		
8 – Nunca deixar o doente sozinho		
9 – Nunca fazer esperar o doente		
10 – Saber identificar as dúvidas do doente		
11 – Saber clarificar o que o doente diz		
12 – Interpretar o que o doente diz		
13 – Saber confrontar o doente		
14 – Saber identificar o que o doente diz mesmo antes de ele ter que falar		
15 – Saber promover a expressão emocional do doente		
16 – Saber falar como o doente falar (utilizando a suas expressões)		
17 – Saber chorar com o doente		
18 – Ser simpático com o doente		
19 – Adequar a comunicação ao código do doente		
20 – Nunca confrontar o doente		
21 – Ter humor		



## Anexo II. Resultados do estudo

Tabela 32. Medidas descritivas para os itens da CSAS

	Média	Desvio padrão
1- Para ser um bom Técnico de Cardiopneumologia, tenho que ter boas competências de comunicação.	4.45	0.788
2- Não vejo qual a importância de aprender competências de comunicação.	1.27	0.570
3- Ninguém vai deixar de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação.	3.09	0.818
4- Desenvolver as minhas competências de comunicação é tão importante como desenvolver os meus conhecimentos Técnicos em Cardiopneumologia.	3.62	0.973
5- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os pacientes.	4.23	0.989
6- Não tenho tempo para aprender competências de comunicação	1.58	0.946
7- Aprender competências de comunicação é interessante.	4.02	0.850
8- Não posso ser incomodado para comparecer a sessões de competências de comunicação.	1.83	0.954
9- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a desenvolver as minhas competências de trabalho em equipa.	4.56	0.636
10- Aprender competências de comunicação melhorou a minha competência para comunicar com pacientes	4.21	0.985
11- O ensino de competências de comunicação refere o óbvio e depois complica-o	2.50	0.881
12- Aprender competências de comunicação é divertido.	3.35	0.644
13- Aprender competências de comunicação é demasiado fácil.	2.58	0.805
14- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os meus colegas.	4.02	0.754
15- Tenho dificuldades em confiar na informação sobre competências de comunicação que me é fornecida por formadores não-cardiopneumologistas	2.17	0.921
16- Aprender competência de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a reconhecer os direitos dos pacientes no que diz respeito à confidencialidade e ao consentimento informado.	3.94	0.909
17- O ensino de competências de comunicação teria melhor imagem se soasse mais a um assunto científico	2.50	0.932
18- Quando me candidatei a Cardiopneumologia, pensei que seria realmente uma boa ideia aprender competências de comunicação	3.20	1.011
19- Não preciso de boas competências de comunicação para ser Cardiopneumologista.	2.00	1.118
20- É-me difícil admitir que tenho alguns problemas ao nível de competências de comunicação	2.14	0.875
21- Penso que é muito útil aprender competências de comunicação num curso de Cardiopneumologia	4.21	0.691
22- É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e não a minha competência para comunicar.	3.30	1.109
23- A aprendizagem de competência de comunicação é aplicável à aprendizagem de Cardiopneumologia	4.08	0.590
24- É-me difícil levar a sério a aprendizagem de competências de comunicação.	1.85	0.769
25- Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade para comunicar é uma competência que usarei toda a vida.	4.61	0.523

26- Aprendizagem de competências de Comunicação devia ser deixada para os alunos de psicologia, e não para os alunos de Cardiopneumologia.	1.53	0.684
--	------	-------

**Tabela 33. . Medidas descritivas e consistência interna para os itens da subescala PAS**

	Média	Desvio padrão	Correlação Item -total	Alfa de Cronbach se item for Eliminado
4- Desenvolver as minhas competências de comunicação é tão importante como desenvolver os meus conhecimentos Técnicos em Cardiopneumologia.	3,62	0,973	0,369	0,822
5- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os pacientes.	4,23	0,989	0,599	0,802
7- Aprender competências de comunicação é interessante.	4,02	0,850	0,483	0,812
9- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a desenvolver as minhas competências de trabalho em equipa.	4,56	0,636	0,651	0,804
10- Aprender competências de comunicação melhorou a minha competência para comunicar com pacientes.	4,21	0,985	0,474	0,813
12- Aprender competências de comunicação é divertido.	3,35	0,644	0,380	0,819
14- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os meus colegas.	4,02	0,754	0,612	0,803
16- Aprender competência de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a reconhecer os direitos dos pacientes no que diz respeito à confidencialidade e ao consentimento informado.	3,94	0,909	0,328	0,824
18- Quando me candidatei a Cardiopneumologia, pensei que seria realmente uma boa ideia aprender competências de comunicação	3,20	1,011	0,574	0,804
21- Penso que é muito útil aprender competências de comunicação num curso de Cardiopneumologia.	4,21	0,691	0,587	0,806
22- É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e não a minha competência para comunicar.	3,30	1,109	0,321	0,830
23- A aprendizagem de competência de comunicação é aplicável à aprendizagem de Cardiopneumologia.	4,08	0,590	0,407	0,818
25- Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade para comunicar é uma competência que usarei toda a vida.	4,61	0,523	0,543	0,812

**Tabela 34. Medidas descritivas para os itens da subescala PAS, por ano do curso**

	1º Ano		4º Ano		Teste
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
4- Desenvolver as minhas competências de comunicação é tão importante como desenvolver os meus conhecimentos Técnicos em Cardiopneumologia.	3,57	1,037	3,68	0,909	$t_{(64)}=-0,439$ n.s.
5- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os pacientes.	4,37	1,031	4,06	0,929	$t_{(64)}=1,164$ n.s.
7- Aprender competências de comunicação é interessante.	3,91	0,919	4,13	0,763	$t_{(64)}=-1,025$ n.s.
9- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a desenvolver as minhas competências de trabalho em equipa.	4,66	0,539	4,45	0,723	$t_{(64)}=1,319$ n.s.
10- Aprender competências de comunicação melhorou a minha competência para comunicar com pacientes.	4,37	0,843	4,03	1,110	$t_{(64)}=1,407$ n.s.
12- Aprender competências de comunicação é divertido.	3,20	0,584	3,52	0,677	$t_{(64)}=-2,037^*$
14- Aprender competências de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a respeitar os meus colegas.	4,20	0,677	3,81	0,792	$t_{(64)}=2,175^*$
16- Aprender competência de comunicação ajudou-me ou irá ajudar-me a reconhecer os direitos dos pacientes no que diz respeito à confidencialidade e ao consentimento informado.	4,26	0,817	3,58	0,886	$t_{(64)}=3,227^{**}$
18- Quando me candidatei a Cardiopneumologia, pensei que seria realmente uma boa ideia aprender competências de comunicação	3,26	0,919	3,13	1,118	$t_{(64)}=0,511$ n.s.
21- Penso que é muito útil aprender competências de comunicação num curso de Cardiopneumologia.	4,26	0,505	4,16	0,860	$t_{(64)}=0,560$ n.s.
22- É a minha competência para passar nas frequências/exames que me vai levar ao fim da licenciatura em Cardiopneumologia, e não a minha competência para comunicar.	3,40	0,914	3,19	1,302	$t_{(53)}=0,737$ n.s.
23- A aprendizagem de competência de comunicação é aplicável à aprendizagem de Cardiopneumologia.	4,03	0,568	4,13	0,619	$t_{(64)}=-0,688$ n.s.
25- Aprender competências de comunicação é importante porque a minha capacidade para comunicar é uma competência que usarei toda a vida.	4,63	0,490	4,58	0,564	$t_{(64)}=0,369$ n.s.

n.s. não significativo, \* p. < 0,05; \*\* p. <0,01

**Tabela 35. Medias descritivas e consistência interna dos itens da subescala NAS**

	Média	Desvio padrão	Correlação Item -total	Alfa de Cronbach se item for Eliminado
1- Para ser um bom Técnico de Cardiopneumologia, tenho que ter boas competências de comunicação.	1,55	0,788	0,337	0,688
2- Não vejo qual a importância de aprender competências de comunicação.	1,27	0,570	0,521	0,675
3- Ninguém vai deixar de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação.	3,09	0,818	0,245	0,700
6- Não tenho tempo para aprender competências de comunicação.	1,58	0,946	0,494	0,664
8- Não posso ser incomodado para comparecer a sessões de competências de comunicação.	1,83	0,954	0,504	0,663
11- O ensino de competências de comunicação refere o óbvio e depois complica-o.	2,50	0,881	0,415	0,677
13- Aprender competências de comunicação é demasiado fácil.	2,58	0,805	0,214	0,703
15- Tenho dificuldades em confiar na informação sobre competências de comunicação que me é fornecida por formadores não-cardiopneumologistas.	2,17	0,921	0,237	0,702
17- O ensino de competências de comunicação teria melhor imagem se soasse mais a um assunto científico.	2,50	0,932	0,117	0,719
19- Não preciso de boas competências de comunicação para ser Cardiopneumologista.	2,00	1,118	0,364	0,685
20- É-me difícil admitir que tenho alguns problemas ao nível de competências de comunicação.	2,14	0,875	0,061	0,724
24- É-me difícil levar a sério a aprendizagem de competências de comunicação.	1,85	0,769	0,401	0,681
26- Aprendizagem de competências de Comunicação devia ser deixada para os alunos de psicologia, e não para os alunos de Cardiopneumologia.	1,53	0,684	0,536	0,668

**Tabela 36. Medias descritivas dos itens da subescala NAS, por ano**

	1º Ano		4º Ano		Teste
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
1- Para ser um bom Técnico de Cardiopneumologia, tenho que ter boas competências de comunicação.	1,74	0,950	1,32	0,475	$t_{(64)}=2,227^*$
2- Não vejo qual a importância de aprender competências de comunicação.	1,26	0,505	1,29	0,643	$t_{(64)}=-0,234^{n.s.}$
<b>3- Ninguém vai deixar de concluir a licenciatura em Cardiopneumologia por ter fracas competências de comunicação.</b>	<b>2,86</b>	<b>0,773</b>	<b>3,35</b>	<b>0,839</b>	<b><math>t_{(64)}= -2,572^*</math></b>
6- Não tenho tempo para aprender competências de comunicação.	1,37	0,770	1,81	1,078	$t_{(53)}= -1,865^{n.s.}$
8- Não posso ser incomodado para comparecer a sessões de competências de comunicação.	1,86	0,944	1,81	0,980	$t_{(64)}= 0,214^{n.s.}$
11- O ensino de competências de comunicação refere o óbvio e depois complica-o.	2,66	0,802	2,32	0,945	$t_{(64)}= 1,556^{n.s.}$
<b>13- Aprender competências de comunicação é demasiado fácil.</b>	<b>2,34</b>	<b>0,802</b>	<b>2,84</b>	<b>0,735</b>	<b><math>t_{(64)}=-2,606^*</math></b>
15- Tenho dificuldades em confiar na informação sobre competências de comunicação que me é fornecida por formadores não-cardiopneumologistas.	2,29	0,893	2,03	0,948	$t_{(64)}=1,118^{n.s.}$
<b>17- O ensino de competências de comunicação teria melhor imagem se soasse mais a um assunto científico.</b>	<b>2,74</b>	<b>1,010</b>	<b>2,23</b>	<b>0,762</b>	<b><math>t_{(64)}=2,323^*</math></b>
19- Não preciso de boas competências de comunicação para ser Cardiopneumologista.	2,00	0,970	2,03	1,278	$t_{(64)}=-0,116^{n.s.}$
20- É-me difícil admitir que tenho alguns problemas ao nível de competências de comunicação.	2,26	0,980	2,00	0,730	$t_{(62)}=1,217^{n.s.}$
24- É-me difícil levar a sério a aprendizagem de competências de comunicação.	1,74	0,657	1,97	0,875	$t_{(64)}= -1,189^{n.s.}$
26- Aprendizagem de competências de Comunicação devia ser deixada para os alunos de psicologia, e não para os alunos de Cardiopneumologia.	1,60	0,651	1,45	0,723	$t_{(64)}=0,897^{n.s.}$

**Tabela 37. Medidas descritivas para os itens da PPSO**

	Média	Desvio padrão
1- É o Técnico de Cardiopneumologia que deve decidir o que é conversado durante o exame de Cardiologia/Pneumologia.	2,88	1,60
2- Apesar de hoje em dia o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da medicina.	3,71	1,69
3 – A parte mais importante de um exame de um exame de Cardiologia/ Pneumologia comum é o tratamento físico.	3,68	1,47
4 – Muitas vezes é melhor para os pacientes não terem uma explicação completa da sua condição física.	4,20	1,36
5- Os pacientes deveriam confiar no saber do Técnico de Cardiopneumologia e não procurarem, pelos próprios meios, informação sobre o seu estado.	4,17	1,71
6 – Quando os Técnicos de Cardiopneumologia fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, então a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais.	4,68	1,54
7- Se os Técnicos Cardiopneumologistas forem realmente bons na realização dos exames, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.	5,41	1,14
8- Muitos pacientes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo.	3,29	1,45
9- Os pacientes deveriam ser tratados como parceiros dos Técnicos de Cardiopneumologia com igualdade de poder e estatuto.	3,85	1,74
10 – Geralmente, os pacientes preferem ser tranquilizados a possuírem informação sobre a sua saúde.	3,41	1,32
11 – Se as principais ferramentas dos Técnicos de Cardiopneumologia forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso.	4,39	1,34
12 - Quando os pacientes discordam do Técnico de Cardiopneumologia isto é sinal de o Cardiopneumologista não possui respeito e confiança do paciente.	4,73	1,02
13 – Um exame de Cardiologia/ pneumologia não pode ser bem sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.	2,78	1,33
14 – A maior parte dos pacientes quer entrar e sair das salas de exames Cardiologia/Pneumologia o mais depressa possível.	3,66	1,56
15 – O paciente tem de ter sempre presente que é o Técnico de Cardiopneumologia que manda.	4,63	1,51
16 – Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do paciente para tratar a doença de uma pessoa.	4,56	1,43
17- O humor é um dos principais ingredientes utilizado pelo Técnico de Cardiopneumologia no tratamento do paciente.	3,56	1,26
18 – Quando os pacientes procuram informação clínica pelos seus próprios meios, isso habitualmente costuma confundir mais do que ajuda.	3,07	1,46

**Tabela 38. Medidas descritivas, correlação e Alfa Cronbach da subescala Caring**

	Média	Desvio padrão	Correlação Item -total	Alfa de Cronbach se item for Eliminado
2- Apesar de hoje em dia o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da medicina.	3,71	1,69	0,234	0,409
3 – A parte mais importante de um exame de um exame de Cardiologia/ Pneumologia comum é o tratamento físico.	3,68	1,47	0,061	0,477
6 – Quando os Técnicos de Cardiopneumologia fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, então a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais.	4,68	1,54	0,410	0,332
7- Se os Técnicos Cardiopneumologistas forem realmente bons na realização dos exames, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.	5,41	1,14	0,581	0,303
11 – Se as principais ferramentas dos Técnicos de Cardiopneumologia forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso.	4,39	1,34	0,463	0,325
13 – Um exame de Cardiologia/ pneumologia não pode ser bem sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.	2,78	1,33	-0,144	0,537
14 – A maior parte dos pacientes quer entrar e sair das salas de exames Cardiologia/Pneumologia o mais depressa possível.	3,66	1,56	0,137	0,450
16 – Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do paciente para tratar a doença de uma pessoa.	4,56	1,43	0,246	0,407
17- O humor é um dos principais ingredientes utilizado pelo Técnico de Cardiopneumologia no tratamento do paciente.	3,56	1,26	-0,118	0,524

**Tabela 39. Medidas descritivas e correlação da Subescala Sharing**

	Média	Desvio padrão	Correlação Item -total	Alfa de Cronbach se item for Eliminado
1- É o Técnico de Cardiopneumologia que deve decidir o que é conversado durante o exame de Cardiologia/Pneumologia.	2.88	1,60	0,407	0,542
4 – Muitas vezes é melhor para os pacientes não terem uma explicação completa da sua condição física.	4.20	1,36	0,351	0,562
5- Os pacientes deveriam confiar no saber do Técnico de Cardiopneumologia e não procurarem, pelos próprios meios, informação sobre o seu estado.	4,17	1,71	0,395	0,544
8- Muitos pacientes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo.	3,29	1,45	0,468	0,529
9- Os pacientes deveriam ser tratados como parceiros dos Técnicos de Cardiopneumologia com igualdade de poder e estatuto.	3,85	1,74	-0,239	0,721
10 – Geralmente, os pacientes preferem ser tranquilizados a possuírem informação sobre a sua saúde.	3,41	1,32	0,319	0,570
12 - Quando os pacientes discordam do Técnico de Cardiopneumologia isto é sinal de o Cardiopneumologista não possui respeito e confiança do paciente.	4,73	1,02	0,130	0,608
15 – O paciente tem de ter sempre presente que é o Técnico de Cardiopneumologia que manda.	4,63	1,51	0,354	0,559
18 – Quando os pacientes procuram informação clínica pelos seus próprios meios, isso habitualmente costuma confundir mais do que ajuda.	3,07	1,46	0,613	0,487