

Agradecimentos

Foi longo o caminho percorrido desde a minha entrada no curso de Psicologia até a este momento, que simboliza o culminar de cinco anos de trabalho. Não poderia deixar de expressar a minha gratidão para com as pessoas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Em primeiro lugar quero prestar o meu reconhecimento à Professora Carla Semedo, minha orientadora durante este percurso. Quero agradecer toda a sua disponibilidade, empenho e ajuda na orientação desta tese, que se traduziu em muitos momentos de reflexão e crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a todos os profissionais do Hospital Espírito Santo de Évora que, de uma forma ou de outra, se disponibilizaram para ajudar e me acolheram para a árdua tarefa da recolha de dados. Destaco aqui o papel do Dr. Vasco Herédia, meu coorientador, como mediador no processo de acolhimento do serviço. A todos os técnicos e auxiliares quero agradecer o seu apoio e abertura para me receber no serviço e facilitarem a recolha de dados junto dos doentes.

Uma palavra de apreço para o Professor António Diniz pela sua disponibilidade em partilhar conhecimentos para a elaboração desta tese.

Um agradecimento especial à minha família, a quem foram retiradas muitas horas da minha presença, que me apoiaram incondicionalmente e me incentivaram para continuar.

Ao meu pai e à minha mãe pelo apoio, amor e sacrifício. Obrigada por construírem comigo ferramentas importantes para o meu desenvolvimento e me ajudarem a polir a minha “caixa de ferramentas”.

Um agradecimento especial à minha irmã Bárbara por acreditar em mim e saber que Évora era o lugar onde eu iria entrar.

À minha irmã Beatriz, por ter deixado em Évora um pouco de mim nos momentos de maior desânimo e angústia.

Ao meu tio Eduardo e a minha tia Isabel por me levarem ao “primeiro dia do resto da minha vida”.

Ao meu irmão Afonso pelo carinho.

À minha avó Fátima que sempre soube que eu “tinha a cabeça grande” e que ensinou muito do que sei hoje. Ao meu avô Moniz pela presença ao longo do meu crescimento.

À dona Dolores por tomar conta de mim em Évora.

À Sandra Nation, Gizé Nation, Sofia Nation, Ana Gala, Ana Rita e Mariana pelos momentos de partilha, noites mal dormidas, amizade incondicional e paciência demonstrada para me suportar nos momentos mais difíceis.

Às minhas afilhadas Cláudia, Magda e Marisa por me fazerem sentir grata pela sua presença na minha vida e mostrarem o verdadeiro valor da palavra reciprocidade. Acredito que tudo na vida tem um momento certo para acontecer. Às minhas Afilhadas Maria e Joana por serem duas maravilhosas surpresas no meu percurso em Évora.

À Ana Isabel e Ana Rita Oliveira por tudo o que me transmitiram e ensinaram.

À Mafalda pela paciência em preencher dados no spss, ler esta tese de uma ponta a outra e pela amizade.

“Análise da qualidade da comunicação dos técnicos e auxiliares de ressonância magnética num serviço de radiologia”

Resumo

O presente estudo preliminar teve como finalidade analisar a qualidade da comunicação dos técnicos e auxiliares de ação médica nos exames de Ressonância Magnética, partindo da observação da linguagem verbal e não-verbal. Por analogia com outros domínios, desenvolveu-se um programa de intervenção que incidiu na formação dos técnicos e auxiliares ação médica do Serviço de Radiologia de um hospital público. Recorrendo a uma grelha de observação, avaliou-se o efeito do treino de competências no aumento dos comportamentos adequados durante as Ressonâncias Magnéticas. De uma forma geral, os resultados analisados demonstraram que a formação teve um efeito significativo nos técnicos e nos auxiliares das ressonâncias magnéticas, originando mudanças positivas no local de trabalho, tal como o desenvolvimento de uma relação mais adequada com os doentes que potencie o sucesso do diagnóstico.

Palavras-Chave: Comunicação; Cuidados de Saúde; Treino de Competências; Ressonância Magnética; Comportamentos.

"Analysis of communication quality of technicians and auxiliaries of MRI radiology service"

Abstract

With this preliminary study, we intended to analyze the quality of communication in magnetic resonance imaging exams, starting from the observation of verbal and non-verbal language. By analogy with other areas, it was developed an intervention program focused on the training of technicians and operational assistants of the Radiology service of public hospital. Using a grid note, we assessed the effect of skills training in the increased of appropriate behaviour during the MRIs. In General, the results examined showed that the training had a significant effect on operational assistants and technicians of MRIs, resulting in positive changes in the workplace, such as developing a proper relationship with patients to promote the success of the diagnosis.

Key-words: Communication; Healthcare; Skills training; Magnetic Resonance; Behaviors.

Índice

Introdução.....	1
Parte I- Enquadramento Teórico.....	3
1.1 Comunicação	3
1.1.1 Expressão facial.....	4
1.1.2 Os gestos na Comunicação.....	5
1.2 Qualidade dos Serviços de Saúde	5
1.2.1 A Relação entre Saúde e Doença.	5
1.2.2 Modelo de Cuidados de Saúde Centrados no Doente.	7
1.3 Comunicação em Saúde.....	10
1.3.1 Comunicação entre o Profissional de Saúde e o Doente.....	12
1.3.2 Qualidades Comunicacionais	13
1.3.3 Modelo Teórico de Competências Comunicacionais.....	16
1.4 Meios Complementares de Diagnóstico	19
1.4.1 A Radiologia.	19
1.4.2 Ressonância Magnética.	20
1.4.3 Equipa de Radiologia.	21
1.4.3.1 Médicos.....	21
1.4.3.2 Técnico de Diagnóstico e Terapêutica.	22
1.4.3.2.1 Técnico de Radiologia.	23
1.4.3.3 Assistentes Operacionais.....	25
1.4.3.4 O Doente no Exame Complementar de Diagnóstico.....	25
Parte II- Estudo Empírico	27
2. Método	27
2.1 Objetivos do Estudo	27
2.2 Desenho do Estudo.....	27

2.3 Variáveis em Estudo.....	28
2.4 Hipóteses de Estudo	28
2.5 Participantes	28
2.6 Instrumento.....	31
2.7 Procedimentos	33
2.7.1 Breve Descrição do Local de Investigação.	33
2.7.2 Procedimentos para a recolha de dados.....	34
2.7.3 Procedimentos Estatísticos.....	35
2.7.4 Formação.....	41
3. Resultados	43
4. Discussão.....	52
5. Limitações e Implicações Futuras do Estudo.....	56
Referências	57

Índice de Anexos

Anexo A- Grelha de Observação

Anexo B- Projeto Tese

Anexo C- Outputs do Cálculo do Consenso Inter-juizes

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caracterização da Amostra	29
Tabela 2 Número Absoluto de Observações de Cada Participante nos Dois Momentos de Recolha de Dados.....	35
Tabela 3 ANOVA de Medidas Repetidas: Resultados do efeito da Formação nos dois momentos de observação dos técnicos e Auxiliares das Ressonâncias Magnéticas	444
Tabela 4 Médias Totais do Número de Comportamentos Observados nos Técnicos enos Auxiliares Antes e Depois da Formação	455

Índice de Figuras

Figura 1 Habilitações Literárias dos Técnicos e dos Auxiliares	30
Figura 2 Estado Civil da Amostra	30
Figura 3 Composição da variável Comunicação Total.....	36
Figura 4 Composição Esquemática da variável Explicação Geral do Exame.....	37
Figura 5 Composição Esquemática da variável Comunicação Geral.....	38
Figura 6 Composição Esquemática da variável Início Geral do Exame.....	39
Figura 7 Composição Esquemática da variável Após Geral do Exame.....	40
Figura 8 Efeito Geral da Formação	466
Figura 9 Efeito da Formação na Dimensão Acolhimento	477
Figura 10 Efeito da Formação na dimensão Explicação do Exame	488
Figura 11 Efeito da Formação na dimensão Início do Exame.....	499
Figura 12 Efeito da Formação na dimensão Após Exame	50
Figura 13 Efeito da Formação na dimensão Comunicação	51

Introdução

Num mundo cada vez mais globalizado, as mudanças tornaram-se uma constante, gerando momentos de insegurança e risco que colocam em causa o equilíbrio dos serviços de saúde públicos e privados. De facto, para as organizações de saúde sobreviverem ao processo de mudança, é necessário implementar um conjunto de estratégias que permitam a adaptação a novos desafios (Morais, 2013). As estruturas que não visam a melhoria dos cuidados de saúde prestados, quer ao nível dos recursos materiais, quer ao nível dos recursos humanos, desvalorizam a qualidade do atendimento e sobrevalorizam os resultados quantitativos, tornando a prestação de serviços ineficaz perante as necessidades dos cidadãos atuais (Melo, 2005).

A qualidade dos serviços de saúde encontra-se intimamente ligada à qualidade da comunicação e, conseqüentemente à capacidade dos elementos integrados no sistema de adequarem a sua linguagem e postura perante as necessidades dos doentes, definindo os níveis de participação e intervenção dos cuidados de saúde (Silva, 2002).

A implementação do modelo de saúde Biopsicossocial, que engloba uma visão integrada do Ser Humano, tornou-se uma mais-valia ao tentar incorporar uma dimensão relacional no modelo Biomédico (Marco, 2006). De acordo com a perspetiva biopsicossocial, a comunicação é um instrumento imprescindível para a construção de um vínculo adequado, permitindo o sucesso do processo de mudança e a diminuição da resistência às alterações que emergem das intervenções (Marco, 2006).

A construção de um vínculo relacional na análise individual do doente, através de uma comunicação efetiva, permitiu ao mesmo tornar-se responsável pelo seu estado de saúde e, conseqüentemente ser participante ativo na manutenção do seu bem-estar (Taylor, 2015).

Os recursos humanos das unidades de saúde são os participantes ativos potenciadores da qualidade e da eficiência dos serviços prestados (Batista, Duarte, Santos & Santos, 2010). A preocupação dos serviços de saúde pela humanização dos cuidados potenciou o interesse pela comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes.

As conclusões da investigação realizada no âmbito da comunicação em saúde demonstraram que uma boa comunicação entre os elementos do serviço, adequada às características idiossincráticas dos doentes, tem repercussões positivas na adesão terapêutica, meios de diagnóstico e ao nível do funcionamento do próprio serviço.

Por outro lado, os estudos demonstraram que as falhas na comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, provocadas pelas relações de distanciamento, contribuíam para a intensificação da falta de informação nos doentes e para a inexistência de *feedback* sobre a adequabilidade da comunicação dos técnicos. Consciencializar os profissionais de saúde para adequar a comunicação na prestação de cuidados de saúde às necessidades dos doentes é a premissa central na transmissão de informação.

A presente investigação teve como finalidade analisar a qualidade da comunicação dos técnicos e auxiliares de ação médica nos exames de Ressonância Magnética, partindo da análise da linguagem verbal e não-verbal. Centrando-se nas competências comunicacionais requeridas na comunicação entre os técnicos, auxiliares e doentes do serviço de Radiologia que potencialmente influenciam a qualidade das técnicas de diagnóstico, procurou analisar o efeito do treino de competências no aumento do número de comportamentos adequados.

Na primeira parte, Fundamentação Teórica, procurou-se abordar os conceitos teóricos que se consideraram adequados à compreensão da problemática, através da análise dos modelos sobre a prestação de cuidados de saúde, associados à comunicação em contextos de saúde, salientando as qualidades comunicacionais, as especificidades das técnicas de diagnóstico nas Ressonâncias Magnéticas e os papéis desenvolvidos pelos elementos do serviço de Radiologia no Sistema Nacional de Saúde.

Na segunda parte do trabalho, referente ao Estudo Empírico, pretendeu-se descrever a metodologia utilizada, os resultados observados e a discussão dos mesmos. Inicialmente, foram enunciados os objetivos do estudo, o desenho de investigação, as variáveis e as hipóteses a estudar. Seguiu-se a descrição da amostra com os métodos de recolha e a sua caracterização sociodemográfica, os instrumentos utilizados e os procedimentos desenvolvidos ao longo do estudo. Seguidamente, descreveram-se os procedimentos estatísticos usados bem como os respetivos resultados. Para finalizar, procedeu-se à discussão de resultados, apresentando-se algumas linhas orientadoras para futuras investigações, ao mesmo tempo que se teceram considerações sobre algumas sugestões para possíveis aplicações práticas.

Parte I- Enquadramento Teórico

1.1 Comunicação

Nos anos 70, o estudo de Albert Mehrabian salientou a importância da linguagem não-verbal na comunicação humana. A sua investigação demonstrou que o impacto da informação transmitida devia-se maioritariamente ao seu conteúdo não-verbal e os tons de voz utilizados, sendo a influência do conteúdo verbal muito reduzida, cerca de 7%.(Mehrabian, 1981).

Argyle (1972), ao estudar os comportamentos não-verbais da comunicação categorizou os “sinais corporais” da linguagem, privilegiando: a expressão facial, o olhar, os gestos, os movimentos posturais, o contacto corporal, o comportamento espacial, as roupas, o aspeto físico e outros elementos da aparência.

Na mesma linha de pensamento, destacaram-se os estudos de Birdwhistell (1970), ao mostrarem que grande parte da comunicação se processa num nível baixo de consciência. Segundo este autor, apenas 35% do significado social de uma conversa corresponde às palavras emitidas e o restante corresponde à comunicação não-verbal.

A comunicação é um processo dinâmico, complexo e primordial da interação humana que permite a troca de mensagens entre dois ou mais elementos. Contendo aspetos físicos e psicológicos, a comunicação é uma condição *sine qua non* da existência humana que possibilita a adaptação, modificação e transformação do ambiente para a construção da realidade social (Serra, 2007).

Phaneuf definiu a comunicação como sendo “... *um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela*” (Phaneuf, 2005, p 23). Tal definição remete para uma relação de reciprocidade, de partilha equivalente entre os intervenientes que se revela importante por estabelecer segurança e confiança na própria relação (Phaneuf, 2005).

A comunicação humana é composta por mensagens verbais, mensagens para-verbais e mensagens não-verbais (Clarke,1983). As mensagens para-verbais são

características da comunicação, como a entoação, a fluidez, a tonalidade, o ritmo, a modulação que transmitem por si só informação (Clarke,1983).

Segundo Clarke (1983), a comunicação apresenta dois níveis: a linguagem verbal e a não-verbal. Estas expressam-se concomitantemente nas interações entre os indivíduos, complementando-se ou contrapondo-se no discurso. O conteúdo verbal pode ser utilizado para ampliar o não-verbal ou vice-versa, sendo que em determinadas situações, como por exemplo nas conversas telefónicas, a linguagem verbal sobrepõe-se à linguagem não-verbal, estando presente nas mensagens para-verbais (Clarke, 1983).

Neste sentido, a comunicação não-verbal é um meio de transmissão de informação que se expressa por sinais visuais (expressão facial, contacto visual e movimentos oculares), auditivos (a tonalidade, o volume, o ritmo e a modulação), cinestésicos (a postura, a distância, o contacto, os gestos, a mobilidade, o tónus muscular e a respiração) e olfativos (Argyle,1972).

1.1.1 Expressão facial

A expressão facial é uma componente da comunicação não-verbal com uma base fisiológica que manifesta as emoções, atitudes e crenças (Argyle, 1972). O rosto é a parte do corpo humano que exprime mais emoções e sentimentos, adicionando à informação verbal elementos como: os atributos e a personalidade individual; o grau de interesse ou desinteresse; o grau de capacidade ou de incapacidade para comunicar; a informação do contexto; as regras da conversa; o grau de veracidade ou de falsidade da mensagem e as emoções ou estado de humor (Argyle,1972).

O contacto visual é um sinal muito importante na comunicação verbal, transmitindo informação que não é processada nem percebida de forma consciente mas que tem elevada significância na dinâmica interpessoal. A dilatação ou contração da pupila, os contrastes entre a pupila, iris e córnea determinam o afastamento ou aproximação do contacto visual, desempenhando um papel fundamental na comunicação dos afetos ou estados emocionais que estão subjacentes aos pensamentos (Argyle & Dean, 1965).

1.1.2 Os gestos na Comunicação

Os gestos são elementos da linguagem não-verbal inerentes à cultura que expressam significados universais. Os gestos podem ser classificados da seguinte forma (Argyle,1972):

- Reguladores conversacionais: na regulação do processo de troca de informação, ao dar ou retirar a palavra ao interlocutor. Por exemplo, levantar a mão para interromper o discurso;
- Ilustradores: utilizados para destacar ou reforçar o conteúdo verbal da comunicação. É exemplo disso o movimento dos braços em círculo ou a mão em concha quando se fala sobre as dimensões do Mundo;
- Adaptadores: são os gestos usados para criar conforto ou autoconfiança, podendo ser formas de exteriorizar a ansiedade ou outras emoções. Gestos como coçar o nariz, afagar o cabelo ou empurrar os óculos são exemplos de gestos adaptadores;
- Emblemas: são gestos estereotipados com significado adquirido pela representação social. O V de vitória ou o punho fechado são exemplos de emblemas comunicacionais.

Como referido anteriormente, a comunicação é um elemento essencial na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, contexto em que será desenvolvida a presente investigação, razão pela qual caracterizaremos de seguida esta relação.

1.2 Qualidade dos Serviços de Saúde

1.2.1 A Relação entre Saúde e Doença.

A História da Humanidade preconiza diferentes momentos que traçam um percurso *continuum* no aperfeiçoamento de técnicas e modelos de estudo que salientam as mudanças de perspetivas e olhares sobre o funcionamento do Ser Humano enquanto ser ativo e construtor do meio.

O desenvolvimento de Modelos, na conceção de saúde e doença, está intimamente ligado ao seu percurso histórico-social. As interações entre a saúde e evolução são inquestionáveis em Saúde Pública (Trigo, 2000). Não existe desenvolvimento sem saúde e vice-versa (Trigo, 2000).

No passado, a ruralidade detinha um carácter predominante, as famílias estavam expostas a riscos incontrolláveis que se expressavam pelo aumento da mortalidade infantil e juvenil (Jorge, 2011). A rudimentaridade da Medicina, combinada com as posições mais fechadas da sociedade face ao tratamento das doenças transmissíveis, bloqueavam as teorias mais inovadoras da ciência (Jorge, 2011).

Em 1856, Darwin descreveu a sua teoria da evolução sobre as espécies “*A Origem das Espécies*” onde identificou o lugar do Ser Humano na natureza, atribuindo-lhe uma identidade biológica (Ogden, 2000). A visão do Ser Humano como uma entidade unicamente biológica é o foco central do modelo Biomédico.

De acordo com este modelo, a análise da doença assenta na sua etiologia ou causa exterior que possui um carácter orgânico e sintomatologia física associada (Trigo, 2000), sendo o doente um ser passivo sem força e capacidade para controlar as doenças.

O diagnóstico é elaborado em consonância com o quadro sintomatológico apresentado pelo doente, excluindo o contexto psicossocial (Marco, 2006). O corpo surge como um meio de propagação da efemeridade, independente da mente que é vista como algo abstrato e sem substância física.

A saúde e a doença, nesta perspectiva, são qualitativamente divergentes, a pessoa é saudável ou é doente, pelo que a única forma de tratamento incide na administração de fármacos ou procedimentos médicos como cirurgias (Ogden, 2000).

Todavia, esta perspectiva exhibe algumas limitações no seu foco de incidência (Trigo, 2000):

- Transforma a pessoa numa identidade unicamente biológica sem considerar o seu contexto psicossocial;
- Retira qualquer credibilidade à pessoa que sofre de doenças do foro mental graves, institucionalizando-a;
- Estigmatiza a pessoa, que passa a ser vista como um portador(a) de incapacidade sem qualquer autonomia;
- Limita a sua abordagem apenas ao diagnóstico e tratamento sem se preocupar com questões centrais como a reabilitação, reinserção, promoção e prevenção de saúde.

No século XX emergem um conjunto de estudos que demonstram a influência dos fatores psicológicos e comportamentais no desenvolvimento de doenças, desafiando o dogma Biomédico da medicina (Hatala, 2012).

O Modelo Biopsicossocial de Engel (1977) marca uma mudança de perspectiva na análise individual do Ser Humano ao englobar uma visão integrada que compreende as dimensões: física, psicológica e social do mesmo (Ogden, 2000). De acordo com este modelo, a mente e o corpo influenciam a relação entre a saúde e a doença, sendo um processo dinâmico que se articula num espectro multidimensional de fatores psicológicos, biológicos, socioculturais, económicos, ambientais e políticos (Engel, 1977).

Na sua visão, a doença expressa-se:

- biologicamente e fisicamente: através de alterações genéticas provocadas por vírus, bactérias ou defeitos estruturais;
- psicologicamente: ao nível da personalidade, cognições, emoções e comportamentos;
- socialmente: ao analisar a influência das normas sociais, ambientais e familiares na conceção de saúde.

Engel (1977) afasta-se do modelo Biomédico ao incorporar fatores que permitem a construção de um vínculo relacional na análise individual do doente.

1.2.2 Modelo de Cuidados de Saúde Centrados no Doente.

Em 1927, o médico Francis Peabody acreditava que algumas das perturbações dos seus doentes, cujas causas orgânicas não se conseguiam determinar, só poderiam ser diagnosticadas se a relação entre o médico e o doente fosse privilegiada através da escuta ativa dos problemas emocionais do doente que estariam na origem e manutenção das suas perturbações (Nunes, 2010).

Numa perspectiva muito semelhante encontrava-se o Modelo de Comunicação Terapêutica de Carl Rogers. Este modelo procurava, através do desenvolvimento de uma comunicação honesta, compreender o doente de forma a ajudá-lo a adaptar-se às suas circunstâncias (Rogers, 1961). Para este autor, a comunicação surgia como um meio e não um fim da intervenção, sendo a relação terapêutica o espaço que permitia ao profissional de saúde utilizar técnicas comunicacionais potenciadoras de uma aceitação incondicional do doente.

Rogers (1961) sugeria que o profissional de saúde desenvolvesse uma atitude positiva para com o outro, que lhe permitisse comunicar de forma empática, num sentimento de aceitação e compreensão incondicional, onde o mesmo conseguia sentir

com o doente o que este descrevia, expressando verbalmente os seus sentimentos e pensamentos em concordância com a sua expressão corporal sem paradoxos comunicacionais.

Em 1976, Byne e Long identificaram dois estilos de consulta ao entrevistarem clínicos gerais e ao analisarem os comportamentos relacionais em consultas, a consulta centrada na doença e a consulta centrada no doente (Nunes, 2010).

De acordo com estes autores, os comportamentos mais comuns em consultas centradas nos doentes eram (Byne & Long, 1976):

- oartilha do poder mantendo estilos menos autoritários;
- encorajar e facilitar a participação do doente;
- procurar uma relação de “mutualidade ou de cooperação”;
- usar perguntas abertas;
- ocupar mais tempo na escuta dos problemas do doente;
- responder às “deixas” do doente;
- Incentivar a expressão de ideias emoções e sentimentos;
- Usar técnicas de clarificação e interpretação.

Por oposição, os comportamentos mais comuns em consultas centradas na doença incidiram (Byne & Long, 1976):

- nos aspetos físicos;
- monopolização do poder da relação;
- no diagnóstico orgânico;
- no uso de questões fechadas;
- na procura de informação que permita a interpretação das queixas do doente no seu quadro biomédico;
- restrição da expressão das emoções, crenças e medos dos doentes

Os resultados do estudo indicaram que os médicos que adotavam um estilo de consulta centrado nos doentes, mostravam mais capacidade para responder às diferenças e necessidades dos mesmos ou das circunstâncias da consulta (Byne & Long, 1976)

Este estudo é congruente com a implementação do modelo Biopsicossocial de Engel (1977), em que a prestação de serviços de saúde surge como uma abordagem holística que procura reconhecer a importância de sentimentos e emoções na relação clínica. O profissional de saúde, em interação com o doente, vai interpretando a realidade,

através da construção, desconstrução e reconstrução da sua história, definindo uma relação igualitária que se afasta da visão autoritária do modelo médico.

Os estudos de Balint (1984) vieram reforçar esta visão ao salientarem a importância da escuta na compreensão do doente e resposta às necessidades com a valorização do médico como agente terapêutico, sendo que as diferenças na análise da doença, do processo de adoecer e nos objetivos a atingir com o tratamento teriam repercussões negativas nos resultados obtidos.

A partir destas investigações, emerge o Modelo de Cuidados de Saúde Centrados no Doente, que incide o seu foco nas necessidades individuais de cada doente, através do desenvolvimento de competências potenciadoras da participação ativa na manutenção do seu bem-estar. Este método desvaloriza a lógica linear do diagnóstico tradicional, baseando a sua intervenção na compreensão do doente como um todo, com as suas experiências e conhecimentos, atribuindo importância às expectativas, sentimentos e medos (Brown, Donner, Jordan, McWhinney, Oates, Stewart, & Weston, 2000).

Nesta visão, os cuidados de saúde são operacionalizados através dos seguintes princípios (Brown, Donner, Jordan, McWhinney, Oates, Stewart, & Weston, 2000):

- exploração e interpretação da doença e da experiência de adoecer do doente, tendo esta quatro dimensões: o sentimento de estar doente, a opinião a respeito do que está errado, o impacto do problema na vida diária e as expectativas sobre o que deveria ser feito;
- entendimento global da pessoa;
- procura de objetivos comuns entre o profissional e o doente;
- implementação de estratégias de prevenção e promoção de saúde;
- destacar a relação profissional-doente;
- analisar a viabilidade em termos de custos e tempo.

O Modelo de Cuidados de Saúde Centrados no Doente associa-se fortemente com a satisfação dos doentes, com a sua adaptação a estilos de vida mais saudáveis e com a prescrição de tratamentos, apresentando melhores resultados e com uma melhor relação custo-benefício nos cuidados (Epstein & Street, 2011).

Esta conceção muda por completo o papel individual do doente, que passa a ser um participante ativo na regulação e manutenção do bem-estar, contribuindo para a promoção da sua saúde na comunidade da qual faz parte (Kuehl, 2011).

Apesar de existir uma desigualdade assimétrica na relação profissional de saúde-doente, onde o primeiro tem uma posição de poder perante o segundo, diversos estudos demonstram que a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde relaciona-se com as características dos profissionais de saúde que subentendem a importância da qualidade da comunicação, empatia, cuidados personalizados no tratamento e as características do serviço prestador de cuidados (Havelock, Pendleton, Schofield & Tate, 2003)

A participação ativa dos doentes nos cuidados de saúde requer o desenvolvimento de competências comunicacionais que permitam aos técnicos comunicarem efetivamente (Epstein & Street, 2011).

1.3 Comunicação em Saúde

Na saúde, a comunicação assume-se como um aspeto cada vez mais importante na manutenção de elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados (Moore & Wasson, 2007). Nas organizações de saúde a comunicação satisfaz quatro grandes funções (Bihilm, 2001):

- controlo formal e informal do comportamento dos elementos da organização;
- motivação dos colaboradores ao permitir o esclarecimento de dúvidas sobre as atividades e tarefas a desenvolver e ao dar feedback sobre o grau da sua realização;
- ir ao encontro das necessidades dos elementos;
- transmissão de informação necessária à tomada de decisão.

As interações e relações dentro das organizações são afetadas pela forma como a troca de informação entre os profissionais de saúde e os *stakeholders* exteriores (doentes, associações, governos, entre outros) é transmitida e recebida efetivamente (Cushing, 2015). Os elementos da organização comunicam factos, ideias, sentimentos e atitudes que influenciam o seu desempenho profissional (Bensing, Dulmen & Verhaak, 1998).

Um estudo realizado em 25 Países da União Europeia, entre os quais Portugal, pelo Directorate-General of Health and Consumer Protection (2007) sobre a perceção geral do público acerca do erro médico e das suas implicações concluiu que 78% dos inquiridos consideravam o erro médico um “problema grave no seu País” e que 28% “já tinha experienciado diretamente ou num familiar mais próximo as consequências do erro de diagnóstico ou de tratamento”. Na base dos erros médicos destacavam-se as

perturbações e/ou falhas de comunicação entre e intra equipas de saúde na mudança de turnos (Andrade, Gomes, Guimarães, Grilo & Santos, 2010).

Um outro estudo sobre a satisfação dos doentes nos serviços privados de radiologia em Portugal demonstrou que mais de metade dos participantes referiram existir lacunas na relação e comunicação com os profissionais de saúde do serviço, sendo a dimensão “informação de outros profissionais de saúde” indicada como a mais problemática (Rodrigues & Silva, 2011).

Em 1995, Stewart analisou o efeito da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os doentes através da observação dos seus resultados clínicos. A sua investigação propôs a existência de uma influência positiva da comunicação efetiva no estado de saúde emocional, funcional, fisiológico e no controlo da dor. A comunicação efetiva era adaptada aos aspetos físicos, aos sentimentos, às preocupações, às expectativas e à perceção do doente sobre o seu estado geral de saúde (Stewart, 1995).

A comunicação efetiva corresponde a um processo eficaz de partilha de informação, pensamentos e sentimentos entre o emissor e o recetor, com o objetivo de criar uma compreensão mútua que potencie uma perceção clara e concisa sobre o que se pretende transmitir (Burnard, 1992).

Anderson, Gillies, Mitchell, Morgan e Shortell (1993) destacaram algumas características essenciais para o desenvolvimento de uma comunicação efetiva, nomeadamente:

- o conteúdo transmitido pelo comunicador efetivo é influenciado pelos seus valores pessoais e pelas suas expectativas face à compreensão do recetor;
- o comunicador efetivo deve conhecer as necessidades e preferências do recetor face à exposição da comunicação, ou seja, ter conhecimento se o recetor compreende mais facilmente mensagens escritas ou verbais, se prefere informação concreta ou mais abstrata, entre outras;
- a complexidade e relevância da mensagem devem ser subjacentes ao meio de transmissão da mesma;
- a credibilidade do emissor interfere na forma como a mensagem é recebida;
- o tempo da mensagem é inerente ao seu conteúdo;
- em mensagens urgentes, os meios de comunicação devem ser de mais fácil acesso.

Para comunicar efetivamente em saúde é necessário compreender o funcionamento sistêmico do serviço, observando os mecanismos inerentes ao funcionamento do mesmo (Cohen & Frenkel, 2014).

A transmissão de informação é uma premissa essencial nas interações entre os profissionais de saúde e os doentes (Aguiar, 2001). Emerge da necessidade de recolha de informação dos doentes sobre o seu estado geral de saúde e da obrigatoriedade dos profissionais em informar sobre a situação clínica (Melo, 2005).

Drucker (2011) defendia que uma determinada mensagem só se transformaria em informação se existisse conhecimento que lhe atribuísse sentido, sendo a informação um conjunto de dados com significado que promove o conhecimento sobre um determinado tema (Chiavenato, 2006).

A dificuldade em comunicar está, na sua grande maioria, associada às características da informação que requerem conhecimentos específicos para a sua propagação (Evans & Wurster, 1999).

1.3.1 Comunicação entre o Profissional de Saúde e o Doente

Transmitir informação sobre o estado geral de saúde do doente, de forma a facilitar a sua compreensão é um elemento essencial na prestação de cuidados de saúde. Todavia, na sua grande maioria, a transmissão de informação não ocorre como desejável. Um estudo realizado por Heaven, Maguire e Parle (1997) analisou a influência da comunicação na redução da prevalência de problemas psicológicos nos doentes com cancro. A investigação verificou que as falhas na comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, provocadas pelas relações de distanciamento e pela falta de conhecimentos dos doentes sobre o seu estado geral de saúde, contribuíam para o desenvolvimento de preocupações irracionais que eram consideradas fortes determinantes de perturbações como a depressão e ansiedade (Heaven, Maguire & Parle, 1997).

Outro fator que contribuía para o desenvolvimento destas crenças incide na dificuldade em compreender totalmente a informação que é fornecida, levando o doente a não solicitar informações ao profissional de saúde, mesmo que o deseje (Ley, 1997; Boreham & Gibson, 1978). A falha de comunicação entre o doente e o profissional de saúde tem como consequência a intensificação da falta de informação nos doentes e a ausência de *feedback* sobre a adequabilidade da comunicação dos técnicos, remetendo-os

para o desenvolvimento de crenças que desvalorizam a procura de informação dos doentes (Ley, 1976).

No estudo de Corney e Jenkins (1993) as dificuldades na transmissão de informação nos profissionais de saúde incidiram:

- na insegurança face ao diagnóstico e prognóstico;
- a escassez de tempo disponível para o doente;
- a dificuldade em transmitir más notícias;
- a falta de compreensão sobre a importância de transmitir informação;
- o ocultar intencionalmente a informação com receio que o doente possa ficar perturbado;
- o receio de se envolver emocionalmente.

De facto, a literatura tem vindo a demonstrar que a adequação da comunicação é essencial para proporcionar uma melhor prestação de cuidados de saúde e para envolver o doente na tomada de decisão, influenciando a sua satisfação nos cuidados.

Um estudo recente analisou as condições que influenciam a comunicação efetiva entre os doentes e os profissionais de saúde no serviço de radiologia. O estudo revelou ser essencial desenvolver competências comunicacionais, através de programas de treino de competências, que potenciem uma compreensão mútua entre os técnicos e os doentes na prestação de cuidados (Benda & Bendová, 2013).

1.3.2 Qualidades Comunicacionais

Ao longo dos anos, são múltiplos os estudos sobre as qualidades comunicacionais em contextos de saúde, que têm surgido com o intuito de compreender quais são as características desejáveis para o desenvolvimento de um relação funcional entre o profissional de saúde e o doente. Dessas análises destacaram-se as seguintes competências a serem desenvolvidas para uma comunicação adequada (Bensing, 2000; Bower, Hann & Mead, 2002; Draper, Kurtz & Silverman, 2005; Godfried, Haes, Oort, Smets & Zandbelt, 2007; Langewitz, Jünger, Maatouk-Bürmann, Möltner, Riemann, Ringel, Spang & Weiss, 2016):

- o desenvolvimento de uma relação sustentável;
- a exploração da perspetiva do doente;
- a verbalização das experiências emocionais;

- empatia;
- partilha de conhecimentos;
- desenvolvimento de uma estratégia conjunta.

O desenvolvimento do conceito de empatia emerge no modelo psicoterapêutico centrado no paciente de Carl Rogers como sendo a capacidade “ de sentir o mundo privado do cliente como se fosse o nosso, mas sem nunca esquecer que é “como se” fosse o nosso” (Rogers, 1957, pp.98). Para este autor, esta qualidade é primordial no processo de interação psicoterapeuta, constituindo em conjunto com a aceitação positiva e a congruência, as condições fundamentais à mudança (Rogers, 1957).

Para o autor, quando o doente experiencia uma aceitação positiva, no seguimento de uma compreensão empática de uma pessoa congruente, tende a partilhar a sua visão sobre o seu estado geral, possibilitando a exploração das suas características idiossincráticas.

A compreensão empática permite ao profissional de saúde centrar-se na perspectiva do doente, ao procurar o significado do conteúdo verbal e não-verbal expresso, tornando-se uma atitude não diretiva na relação (Bozarth, 1999).

O estudo de Beckman, Frankel, Markakis e Suchman (1997) sobre a formulação de um modelo da comunicação empática nas entrevistas clínicas descreveu os comportamentos específicos patentes na interação associada à expressão verbal das emoções. Os autores identificaram quatro componentes da empatia, sendo estes:

- a componente emotiva, operacionalizada como a capacidade interior do profissional de saúde em compreender as emoções do doente;
- a componente moral, que se relaciona com a capacidade de o profissional de saúde ter consciência de que os seus valores morais podem não coincidir com os valores do doente, evitando julgamentos;
- a componente cognitiva, que se reflete na compreensão precisa do doente na sua globalidade;
- a componente comportamental, que se manifesta pelo comportamento efetivo de retorno da compreensão do doente pelo profissional de saúde.

A empatia torna-se uma forma de conhecimento a partir da escuta interior do outro. Escutar empaticamente é estar centrado na realidade subjetiva do outro, procurando compreendê-la, exigindo proximidade (Bohart & Greenberg, 1999). Todavia, esta

proximidade não deve ser excessiva, uma vez que a empatia pressupõe ver e sentir o mundo com o olhar do outro, e não olhar para o que se sentiria se estivesse no lugar do mesmo (Bohart & Greenberg, 1999).

Escutar empaticamente pressupõe escutar ativamente. A noção de escuta ativa reside no processo ativo de atenção psicológica interna disponibilizada para a compreensão do outro, ou seja, para a capacidade em assimilar e reter o conteúdo verbal apresentado de forma a transmitir uma maior compreensão (Alemany, 2000).

Um outro estudo sobre as competências comunicacionais para o desenvolvimento de uma comunicação adequada em saúde, identificou a assertividade como uma característica essencial da mesma (Dumitriu, Dumitriu & Timofti, 2014).

A assertividade pode ser operacionalizada como a capacidade para desempenhar em pleno os deveres e os direitos subjacentes ao papel social dos profissionais de saúde (Dumitriu, Dumitriu & Timofti, 2014). Corresponde a um estilo comunicacional de transmitir informação adequada sem receios ou timidez, influenciada pela convicção individual do profissional de saúde.

Este conceito não se correlaciona com a agressividade na comunicação, sendo um modo direto de manifestar conhecimentos ao doente sobre o seu estado geral de saúde (Gadecka, Kowalski, Piskorz-Ogórek & Regin, 2015).

Os preconceitos ou mitos pessoais constituem fatores de influência negativa na expressão assertiva da comunicação, nomeadamente (Argyle, 2002):

- o receio da apreciação negativa do doente;
- uma baixa autoestima, refletindo-se no sentimento de inferioridade;
- falta de experiência;
- ausência de clareza no discurso;
- o receio em hostilizar o outro.

A falta de assertividade no discurso cria no profissional de saúde uma relação de distanciamento com o doente e dificulta a elaboração de pensamentos (Argyle, 2002).

O profissional de saúde, durante a interação com o doente, deve ter consciência de que a informação transmitida pode ter um significado diferente para o mesmo (Dalen, Kropmans, Setynugroho & Stewart, 2016). Considerar a perspetiva do doente sobre a informação permite ao profissional de saúde estar em constante interrogação sobre os termos que utiliza, promovendo a compreensão do mesmo (Barbero, 2006). Adequar a

linguagem às características do doente permite clarificar conceitos confusos e abstratos que são, em muitos momentos, fatores de preocupação para o doente.

Estas qualidades comunicacionais potenciam a construção de relação cordial, aumentando a proximidade efetiva entre o profissional de saúde e o doente, bem como a satisfação com os cuidados de saúde (Dalen, *et all*, 2016).

1.3.3 Modelo Teórico de Competências Comunicacionais

Os estudos desenvolvidos pela Escola de Paulo Alto demonstraram que em todas as interações é impossível não comunicar, mesmo quando os intervenientes têm a intenção de não o fazer (Beavin, Jackson & Watzlawick, 1967). A conceção de que a qualquer comportamento pode ser atribuído um significado, independentemente da intenção do comunicador, salienta a importância da análise da comunicação em todas as áreas do funcionamento humano (Beavin, Jackson & Watzlawick, 1967).

A valorização das competências comunicacionais na prestação de cuidados de saúde, expressa na avaliação da satisfação dos doentes e na ascensão de carreira dos profissionais, tem vindo, progressivamente, a ser foco de atenção por permitir uma maior eficácia nos resultados dos cuidados de saúde prestados (Antón, Baleriola-Júlvez, Braš, Đorđević, & Ferreira-Padilla, 2015). Todavia, a perceção de “uma boa comunicação em saúde” é ainda um tema controverso, encontrando-se subjacente às políticas sociais e organizacionais da instituição e às características idiossincráticas dos elementos que nela interagem.

Um estudo que analisou 70 acidentes médicos concluiu que em 91% dos casos, a comunicação foi considerada o fator principal para a sua ocorrência. A preocupação principal dos profissionais de saúde era parecerem incompetentes perante os colegas que tinham um estatuto profissional superior ao seu (Grenny, Groah, Lavandero & Maxfield, 2011). Na mesma linha de pensamento, destacam-se as características estruturais e a dinâmica relacional das organizações de saúde que podem ser fatores favoráveis para o desenvolvimento de vínculos comunicacionais redutores do processo de comunicação ideal (Mahon, Nicotera & Zhao, 2010).

A Teoria da Competência da Comunicação procurou criar um quadro concetual que incidisse nas necessidades individuais e institucionais para o desenvolvimento de programas de intervenção. Partindo da premissa de que a relação se constrói com base na

comunicação, este modelo teórico compreende a importância vital das interações comunicacionais na qualidade de vida (Gallagher, Gregory & Hartung, 2001).

O conceito de competência comunicacional pode ser definido como sendo “*o grau de concordância entre o significado do comportamento e a percepção de como este é apropriado e efetivo num determinado contexto*” (Spitzberg, 2003, p.130).

Por exemplo, se um técnico ao tentar ser eficiente, se comportar de forma mais diretiva, o doente pode perceber esse comportamento como sendo uma demonstração de falta de empatia, preocupação ou sensibilidade. Por sua vez, o técnico pode não associar o seu comportamento a esta atribuição e manter a mesma postura perante o doente, contribuindo para o desenvolvimento da sua crença desajustada. Neste caso, apesar da intenção do técnico ser garantir a eficácia do seu desempenho, o doente não o interpreta deste modo, podendo ter como consequências a insatisfação com os cuidados de saúde que se reflete na falta de adesão ao tratamento.

Assim, todos os comportamentos verbais ou não-verbais observados são componentes da comunicação que expressam mensagens afetadas pelo modo como o emissor as transmite e pela consequente interpretação do recetor.

O modelo Cognitivo integrador analisa a interpretação das competências comunicacionais como sendo uma avaliação subjetiva da comunicação, definida como apropriada ou inapropriada de acordo com o grau de conhecimento, motivação e competência do comunicador (Spitzberg, 2007). Neste modelo, a motivação refere-se à predisposição para desenvolver uma comunicação mais emocional ou mais efetiva (Morreale, 2007); o conhecimento refere-se à forma como o processamento da informação é dinamizado interiormente, refletindo-se nas cognições elaboradas (Duran & Spitzberg, 1995) e a competência centra-se no desenvolvimento de sequências repetitivas de comportamentos subjacentes aos objetivos da mensagem a ser transmitida (Spitzberg, 2003).

A observação da eficácia e adequação das competências comunicacionais advém da combinação de cinco fatores essenciais, sendo estes (Kreps, 1988):

- O comunicador pode deixar de ser visto como competente se não estiver motivado para comunicar de acordo com o objetivo que pretende atingir;

- o comunicador, apesar de motivado, pode não ser considerado competente se não conhecer os comportamentos adequados ou eficazes a desenvolver de acordo com o objetivo da comunicação;
- o comunicador, apesar de motivado e experiente pode não ser considerado competente se não desenvolver competências comunicacionais que sejam adequadas ao objetivo da comunicação;
- a adequação e eficácia da comunicação pode ser facilitada ou limitada pelas características do contexto, nomeadamente cultural (rituais, regras, valores, crenças), cronológico (sequências comportamentais), relacional (hierarquias, posição social e individual), situacional (ambiente físico, artefactos) e funcional (tarefas ou objetivos);
- a motivação, o conhecimento e as competências são manifestadas através das competências comunicacionais.

Contudo, apesar de o modelo Cognitivo Integrativo considerar a área motivacional, cognitiva e comportamental, não abrange todas as competências comunicacionais da comunicação. Um estudo identificou mais de 100 competências comunicacionais que poderiam ser utilizadas durante a comunicação em múltiplos contextos (Cupach & Spitzberg, 1989). Todavia, a investigação demonstrou que apesar de existirem tantas competências, a maior parte delas detinha um sentido idêntico entre si, agrupando as mesmas em 4 categorias distintas: a atenção, a postura, a coordenação e a expressividade (Cupach & Spitzberg, 1989; Chagnon & Spitzberg, 2009).

A categoria Atenção destina-se ao interesse, preocupação e ao cuidado demonstrado para com a pessoa durante a comunicação (Cupach & Spitzberg, 1989). Esta categoria engloba os processos verbais e não-verbais, como a escuta, a empatia, a atenção, demonstrando a capacidade de mediar a comunicação de acordo com os objetivos da mesma.

A categoria Postura refere-se à postura do comunicador durante a interação, refletido a confiança e controlo nas ações comunicativas através da afirmação do conteúdo verbal destacando a postura corporal do comunicador (Cupach & Spitzberg, 1989).

A categoria Coordenação analisa a sincronização temporal verbal e não-verbal da comunicação, permitindo um equilíbrio entre os tempos de conversação fluida, interrupções e transições de conteúdo ou de intervenientes (Cupach & Spitzberg, 1989).

A categoria Expressividade considera a forma como o comunicador menciona o conteúdo verbal da comunicação, nomeadamente ao nível da entoação e destaca o conteúdo não-verbal, analisando expressões visuais e gestuais (sorriso, humor, movimento do corpo, narrativa, entre outras) (Cupach & Spitzberg, 1989).

O desenvolvimento de competências requer a observação das componentes acima descritas. Porém, o treino de competências comunicacionais está subjacente ao contexto, sendo necessária uma adaptação dos elementos às necessidades apresentadas (Ajaz, Ascoli, Bhui, Jongh, Palinski & Owiti, 2014).

Para além do exposto, o treino de competências em contextos de saúde é ainda influenciado pelas funções desempenhadas no serviço a implementar o treino, pelo que características como a duração, quantidade, frequência e papel devem ser fatores de interesse na construção do treino e consequente avaliação (Ajaz, Ascoli, Bhui, Jongh, Palinski & Owiti, 2014).

Neste sentido, apesar de ser importante avaliar a eficácia do treino de competências de acordo com os critérios descritos, os resultados do mesmo podem ser suscetíveis a outras variáveis, nomeadamente à eficiência, satisfação, atratividade, clareza, compreensão e precisão.

Apresentados que estão os pressupostos teóricos sobre a comunicação mais relevantes para a presente investigação, passaremos de seguida a caracterizar aspetos de natureza contextual e profissional com ela relacionados.

1.4 Meios Complementares de Diagnóstico

1.4.1 A Radiologia.

Nos últimos anos, a ciência tem vindo a desenvolver e a aperfeiçoar técnicas que potenciam o bem-estar individual. O enfoque tecnológico nas técnicas de diagnóstico levou ao desenvolvimento de novos protocolos imagiológicos que recaem sobre a prevenção secundária de múltiplos processos patológicos, no diagnóstico clínico e nos resultados terapêuticos (Cardella, Lewis, McClenny & Sacks, 2003).

Os meios complementares de diagnóstico e terapêutica alcançam um papel crucial na resposta às necessidades individuais de cada doente. As Ciências Radiológicas correspondem a um conjunto de métodos de diagnóstico e investigação que permitem ao

profissional de saúde visualizar as diversas partes do corpo humano (Cavanagh, 2012). As suas vertentes biofísicas compreendem a Radiologia Convencional, Mamografia, Angiografia, Tomografia Axial Computorizada, Ecografia, Ressonância Magnética, as técnicas ligadas à Medicina Nuclear, como a Tomografia de Emissão Positrónica e a Radioterapia (Cavanagh, 2012).

1.4.2 Ressonância Magnética.

A Ressonância Magnética é um exame de diagnóstico que gera imagens das estruturas internas do corpo, utilizando um campo magnético. No exame, o equipamento cria uma imagem com base nas ligações dos átomos de hidrogénio do corpo que, ao reagirem com o campo magnético e com as ondas rádio, geram um conjunto de sequências visuais com múltiplos “cortes” de um órgão ou parte do corpo que se pretende analisar (Harvard Medical School Program, 2011).

O programa utilizado na Ressonância Magnética pode desenvolver imagens a duas dimensões (2D) com qualquer orientação, imagens volumétricas (3D), através da junção dos cortes, e imagens a quatro dimensões (4D) das distribuições espaço-orientação ou espaço-temporal (Cavanagh, 2012).

A Ressonância Magnética é um exame utilizado no diagnóstico de esclerose múltipla, acidentes vasculares cerebrais, tumores malignos em múltiplos órgãos, nomeadamente no cérebro, na medula espinhal, nos pulmões, no fígado, nos ossos, na próstata, útero e no tecido mamário muito denso ou implantes mamários; na identificação de problemas cerebrais e medula espinhal que não são observados na Tomografia Computorizada e no diagnóstico diferencial dos nódulos da mama (Daducci, n.d.).

Este exame é composto por um conjunto de sequências com duração variável, realizado numa sala isolada por utilizar um campo magnético extremamente forte (Harvard Medical School Program, 2011).

Os doentes que são submetidos a este tipo de exame são deitados dentro de um cilindro, em decúbito dorsal ou ventral, dependendo do exame. Os equipamentos têm uma forma cilíndrica estreita e emitem sons parecidos com “pancadas” durante o decorrer do exame, podendo desencadear reações ansiosas ou claustrofobia (Harvard Medical School Program, 2011).

Na preparação do exame, os doentes são presos por umas fitas na zona lombar, são monitorizados os parâmetros vitais como: frequência cardíaca e a função respiratória, fornecidos uns auscultadores para que possa ouvir o técnico e um botão para que possa pressionar se sentir sensações de claustrofobia ou quiser interromper o exame (Harvard Medical School Program, 2011).

Como critérios de exclusão, os doentes não podem realizar este exame se tiverem um implante metálico como por exemplo um *pacemaker*, uma bomba infusora implantável, uma articulação artificial, placas metálicas implantadas, parafusos metálicos implantados ou grampos cirúrgicos metálicos (Harvard Medical School Program, 2011).

1.4.3 Equipa de Radiologia.

Em qualquer organização, os recursos humanos são essenciais para manter o bom funcionamento na unidade. A equipa nos serviços de radiologia é constituída por médicos, técnicos de radiologia, pessoal auxiliar, pessoal administrativo e enfermeiros.

1.4.3.1 Médicos.

Os médicos radiologistas, para exercerem a sua profissão devem estar inscritos no Colégio de Radiologia da Ordem dos Médicos (Manual de Boas Práticas em Radiologia, n.d.).

Como responsabilidades, os médicos radiologistas devem: cumprir o regulamento interno do serviço e colaborar com o seu responsável e restantes elementos em toda a sua prática clínica; aperfeiçoar a prática clínica em termos técnicos e formativos de forma a adaptarem-se às exigências do serviço, elevando a sua qualidade; otimizar as estratégias de análise de cada caso clínico, operando como consultor especializado do clínico prescriptor do exame; ser pontual na execução e supervisão dos exames; definir uma avaliação adequada dos objetivos de cada exame a realizar; tecer considerações sobre a realização ou não de certos exames, avaliando os riscos e os benefícios para o doente, justificando os motivos ao médico requerente da sua decisão e esclarecendo dúvidas do doente; orientar a execução do exame de acordo com as normas definidas; realizar o exame de modo a obter maior ganho diagnóstico com o mínimo de exposição a radiações, risco ou incómodos para o doente; acompanhar a evolução do exame tendo em conta as

alterações ou variantes técnicas no seu decurso e decidir sobre a interrupção ou conclusão do exame, quando adequada (Manual de Boas Práticas em Radiologia, n.d.).

No final de cada exame, o estudo das imagens obtidas deve ser elaborado tendo em conta a informação prévia e os estudos anteriores, procurando debater opiniões com os colegas sempre que se justifique. Posteriormente, deve ser realizado um relatório que descreva o observado de acordo com as normas definidas e salvaguardar os interesses dos doentes. Nos casos em que os resultados do exame evidenciem alterações graves nos órgãos estudados, o médico deverá procurar transmitir a informação de imediato ao clínico responsável pelo doente (Manual de Boas Práticas em Radiologia, n.d.).

Por fim, importa salientar que toda a prática clínica do médico radiologista está subjacente aos princípios da ética e deontologia (ATARP, n.d.).

1.4.3.2 Técnico de Diagnóstico e Terapêutica.

O avanço tecnológico na prestação de cuidados de saúde e a conseqüente especialização exigiu aos profissionais de saúde uma formação continua e um maior rigor no seu desempenho profissional, conduzindo ao aparecimento de novas especialidades na medicina, entre as quais a carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica.

A carreira profissional de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica encontra-se ao abrigo do Decreto-Lei n.º 384-B/85, de 30 de setembro, e diplomas complementares, inserindo-se nos corpos especiais da saúde instituídos pelo Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de junho. (Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro do Ministério da Saúde, 1999).

O artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 564/99 enumera de forma taxativa as dezoito profissões que são abrangidas pela carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, nomeadamente (Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro do Ministério da Saúde, 1999): Técnico de Análises Clínicas e de Saúde Pública; Técnico de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Técnico de Audiologia; Técnico de Cardiopneumologia; Dietista; Técnico de Farmácia; Fisioterapeuta; Higienista oral; Técnico de Medicina Nuclear; Técnico de Neurofisiologia; Ortoprotésico; Ortoprotésico; Técnico de prótese dentária; Técnico de Radiologia; Técnico de Radioterapia; Terapeuta da Fala; Terapeuta Ocupacional e Técnico de Saúde Ambiental.

1.4.3.2.1 Técnico de Radiologia.

De acordo com o Código de Ética e Deontologia, o desempenho profissional do técnico radiologista deve: conceber, projetar, estruturar, aplicar e avaliar a sua conduta centrada na promoção de saúde, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação e reinserção, salvaguardado o bem-estar do doente que é submetido a exame; explicar o exame ao doente, disponibilizando-se para clarificar o processo, adequando a linguagem; posicionar o doente e o equipamento corretamente, garantido o conforto e a privacidade ao longo do exame e utilizar o equipamento em consonância com o seu conhecimento científico, assegurando a proteção do doente e dos elementos intervenientes contra os campos de radiação e de ação magnética (ATARP, n.d.).

A maioria dos técnicos radiologistas desempenham as suas funções em serviços de saúde públicos ou privados, trabalhando em organizações hospitalares, centros de saúde, clínicas e hospitais de gestão privada. Estes profissionais podem desempenhar funções por conta de outrem e por contra própria, trabalhando em estreita colaboração com o médico (Manual de Boas Práticas em Radiologia, n.d.).

No serviço, as funções estão subjacentes ao regulamento da unidade supervisionados pelo responsável da mesma, sendo fundamental para o técnico e equipa conhecer as suas competências e assumir os seus limites, numa perspetiva de colaboração transdisciplinar de forma a manter a qualidade da prestação de serviços (Manual de Boas Práticas em Radiologia, n.d.).

Devido à complexidade das técnicas e à rapidez na execução dos estudos radiológicos, os profissionais deste sector necessitam de uma formação sólida de base mas também de uma constante atualização de conhecimentos técnicos e comunicacionais, sendo estes últimos o foco central da relação com o doente.

A adaptação das condições de prestação de cuidados de saúde, tendo por base as características físicas, psicológicas e sociais, reafirma os direitos humanos fundamentais consagrados na Carta dos Direitos e Deveres do Doente do Ministério da Saúde, elevando os padrões de excelência profissional no desempenho de funções (ATARP, n.d.). A visão do doente como uma figura central no Sistema de Saúde elevou a qualidade da prestação de cuidados e o desenvolvimento profissional e pessoal dos profissionais de saúde (Cook, Cushing, Harrison & Hayden, 2012).

O The Royal College of Radiologists (2000) criou uma *Checklist* de cuidados que os técnicos devem ter na relação com o doente, sendo estes:

- explicar ao doente o que vai acontecer;
- explicar se irá sentir dor ou desconforto;
- explicar o que é que o doente terá de fazer durante o exame;
- explicar o que é que a equipa irá fazer;
- informar quanto tempo durará o exame;
- informar quem será a pessoa ou pessoas que estão envolvidas no exame;
- clarificar os riscos do procedimento;
- perguntar se consente, caso necessário, a aplicação da medicação intravenosa, nomeadamente o contraste;
- informar a possibilidade de regressar ao trabalho após a realização do exame;
- perguntar se se sente bem para iniciar o exame;
- clarificar dúvidas do doente caso este as coloque;
- informar o doente para a possibilidade de interromper o exame caso não se sinta bem.

Na administração de fármacos, como o contraste no caso das Ressonâncias Magnéticas, o técnico prepara antes do exame começar, os produtos farmacêuticos a utilizar, supervisionando todo o processo de preparação e procede à administração oral, retal, intramuscular, endovenosa ou subcutânea das substâncias farmacêuticas para o estudo (ATARP, n.d.).

As habilitações para o exercício profissional desta prática estão ao nível da licenciatura de Técnico em Radiologia. Este curso tem a duração de três anos e estrutura-se em aulas teóricas, práticas e períodos de estágio (Diário da República, 2ª série, nº 105, 2010).

O plano de estudos curriculares organiza-se, numa fase inicial, em áreas gerais da saúde, como a anatomia, fisiologia, patologia, terapêutica geral e cuidados de saúde, aumentando, no decorrer do curso, o número de cadeiras específicas relacionadas com a radiologia, nomeadamente: processamento radiofotográfico, física das radiações, técnicas radiológicas, proteção e segurança radiológicas, entre outras. De uma forma complementar, o plano de estudo abrange algumas cadeiras ligadas às ciências sociais,

tais como a psicologia e a sociologia, e de conhecimentos complementares como os métodos de investigação (Diário da República, 2ª série, nº 105, 2010).

A ascensão profissional dos técnicos de radiologia, definida no artigo 7º do Decreto-lei nº 564/99, depende da entidade empregadora, sendo que nos serviços de saúde pública estão integrados na carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica as seguintes posições: Técnico de 2ª Classe, Técnico de 1ª Classe, Técnico Principal, Técnico Especialista, Técnico Especialista de 1ª Classe e Técnico-Diretor (Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro do Ministério da Saúde, 1999). Os critérios considerados para a ascensão de carreira incluem o número de anos, a qualidade do serviço prestado, a avaliação curricular e a prestação de provas públicas (Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear- SPRMN, n.d.).

1.4.3.3 Assistentes Operacionais.

Os auxiliares de ação médica desempenham funções que incidem: no respeito pelo regulamento interno da unidade e colaboração com o responsável e restantes elementos do serviço; na regulação e flexibilização do seu horário de trabalho para o atendimento de situações imprevistas ou urgentes; na aplicação rigorosa das normas de proteção e segurança adequadas à manipulação de resíduos e materiais perigosos em toda a unidade; no apoio aos utentes na preparação para os exames em situações de troca de vestuário ou no esclarecimento de dúvidas; e na gestão de conflito em situações ocorridas, solicitando ajuda sempre que seja pertinente (Manual de Boas Práticas em Radiologia, n.d.).

O Pessoal auxiliar é obrigado a respeitar o sigilo e a privacidade da situação clínica dos doentes sujeitos a exames na unidade (Manual de Boas Práticas em Radiologia, n.d.).

1.4.3.4 O Doente no Exame Complementar de Diagnóstico.

Os exames de avaliação complementar de diagnóstico inserem-se num contexto imagiológico que procura identificar indícios de alterações patológicas de órgãos ou sistemas (Frank, Levitsky, Richardson & Shneidman, 1993).

De acordo com Ostrom (1969) ao nível das atitudes tomadas pelo doente, face a um exame complementar de diagnóstico, pode considerar-se o Modelo Tripartido Clássico, descrito por Rosenberg e Hovland em 1960, em que as atitudes são abrangidas por três componentes:

- cognitiva, que incide nas crenças e pensamentos que sustentam a atitude;
- afetiva, que se refere aos sentimentos e respostas fisiológicas;
- comportamental, que analisa a resposta comportamental de acordo com o processo mental e físico experienciado.

Em algumas situações, o exame complementar de diagnóstico pode desencadear estados de ansiedade, *stress*, desconfiança e medo, provocados pela representação do exame como sendo de grande complexidade e utilizado exclusivamente no diagnóstico de patologias graves (Frank, Levitsky, Richardson & Shneidman, 1993). Na base destas respostas encontra-se a falta de informação sobre os exames.

Segundo Corney (1993) o técnico deve diminuir o mal-estar do doente informando-o sobre:

- nome, objetivo e duração do exame;
- altura em que deve ser realizado;
- preparação necessária (ex: não comer, preparar os intestinos);
- descrição do exame, incluindo pormenores sobre os anestésicos e analgésicos;
- sensações possíveis (opressão);
- orientação para lidar com as sensações;
- efeitos secundários (se houver);
- data em que os resultados estão disponíveis.

Nesta linha de pensamento, o principal objetivo que está por detrás da informação é permitir que o doente consiga desenvolver um “mapa cognitivo” do processo, pelo que a informação deve ser disponibilizada antes de se realizar o exame (Corney, 1993).

Parte II- Estudo Empírico

2. Método

2.1 Objetivos do Estudo

O presente estudo preliminar teve como finalidade analisar a qualidade da comunicação dos técnicos e auxiliares nos exames de Ressonância Magnética, partindo da análise da linguagem verbal e não-verbal.

Por analogia com outros domínios, desenvolveu-se um programa de intervenção que incidiu na formação profissional dos técnicos e auxiliares de ação médica do Serviço de Radiologia do Hospital, cujos objetivos específicos se centraram:

1. na identificação das componentes essenciais da comunicação que poderão ter efeito na qualidade das técnicas de diagnóstico da Ressonância Magnética e invalidam a sua observação;
2. no treino de competências com vista ao aumento do número de comportamentos adequados ao processo de comunicação entre os profissionais de saúde e doentes submetidos a Ressonância Magnética;
3. na avaliação dos resultados obtidos na sequência da formação construída com base nos comportamentos desejados durante a realização dos exames de ressonância magnética;

Por ser um estudo preliminar, a amostra é de dimensão reduzida. Todavia, é do interesse futuro alargar esta intervenção a outros contextos clínicos e instituições.

3.2 Desenho do Estudo

Para o desenvolvimento do estudo recorreu-se a uma abordagem quantitativa (Cassell & Symon, 1994) que procurou identificar e medir os princípios básicos do comportamento individual dos Técnicos e Auxiliares nas Ressonâncias Magnéticas.

Utilizando um *design* experimental- clínico (Campbell & Stanley, 1963), optou-se por um estudo único, com um grupo único e com dois momentos de observação, uma vez que se pretendeu analisar as alterações da comunicação dos técnicos e auxiliares de ação médica, após a sua participação na formação construída com base nas lacunas comunicacionais observadas na avaliação inicial.

A unidade de análise recaiu sobre o número de comportamentos realizados nas observações das ressonâncias magnéticas.

2.3 Variáveis em Estudo

O presente estudo teve como variável Independente a formação aos técnicos e aos Auxiliares do serviço de Radiologia do hospital. Como variáveis dependentes consideram-se as componentes da comunicação avaliadas na grelha de observação (anexo A).

Utilizou-se como variável de atributo, a categoria profissional na análise dos resultados do estudo.

2.4 Hipóteses de Estudo

Hipótese 1: O Treino de competências aumenta o número de comportamentos adequados no processo de comunicação dos técnicos e auxiliares de ação médica com os doentes;

2.5 Participantes

O universo conceptual do estudo foi constituído por quatro técnicos e cinco auxiliares de ação médica de um serviço de Radiologia, selecionados a partir de um processo de amostragem não probabilístico de conveniência (Garson, 2012).

A escolha da amostra do estudo estruturou-se através da organização do serviço de Radiologia do hospital, tendo em conta a disponibilidade dos elementos.

Inicialmente, a amostra era constituída por sete técnicos e dez auxiliares. Contudo, devido a alterações na dinâmica do serviço, três técnicos deixaram o serviço e cinco auxiliares mudaram para outras áreas de intervenção no Hospital, sendo os dados apresentados correspondentes aos elementos da amostra que permaneceram no serviço.

Na tabela 1 apresentam-se, de forma resumida, os resultados obtidos referentes à caracterização da amostra.

No que concerne ao género da amostra foi possível constatar que 88.9% dos técnicos e dos auxiliares são do sexo feminino, correspondendo a 8 mulheres.

Relativamente à idade da amostra, foi possível verificar que as idades estão compreendidas entre os 32 e os 60 anos de idade, sendo a média de idades igual a 44.11 ($\bar{x} = 44.11$), a moda 32 ($M_o = 32$), mediana 45 ($M_d = 45$) e o desvio padrão igual a 11.41 ($SD = 11,41$).

Tabela 1

Caracterização da Amostra

Género	
Feminino	88.9%
Masculino	11.1%
Idade	
Média	44.11
Mediana	45
Moda	32
Desvio Padrão	11.41
Mínimo	32
Máximo	60
Habilitações Literárias	
Ensino Secundário	44.4%
Licenciatura em Radiologia	33.3%
Licenciatura em Enfermagem	11.1%
Bacharelato em Radiologia	11.1%
Anos de Serviço	
Média	16.67
Mediana	13
Moda	7
Desvio- Padrão	8.31
Mínimo	7
Máximo	28
Nacionalidade	
Portuguesa	100%
Estado Civil	
Solteiro(a)	22.2%
Casado(a)	44.4%
Divorciado(a)	22.2%
União de Facto	11.1%

No que respeita às habilitações literárias, pode-se verificar na Figura 1 que a maioria dos auxiliares (44.4%) têm o ensino secundário, seguindo-se dos técnicos com a Licenciatura em Radiologia (33.3%).

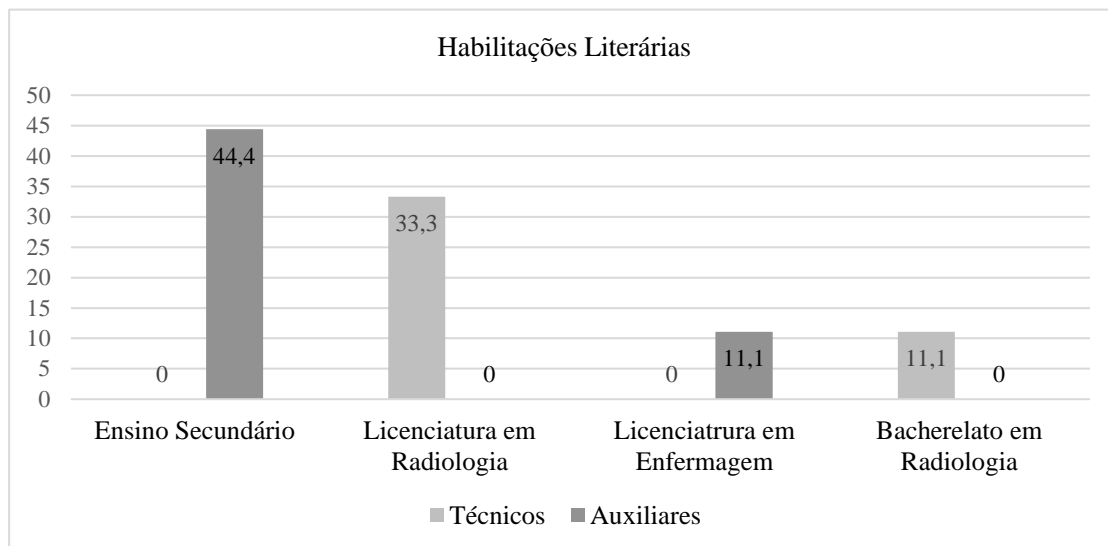


Figura 1 Habilitações Literárias dos Técnicos e dos Auxiliares

Ao nível do estado civil da amostra, constata-se na Figura 2 que a maioria dos técnicos e dos auxiliares são casados (22.2%)

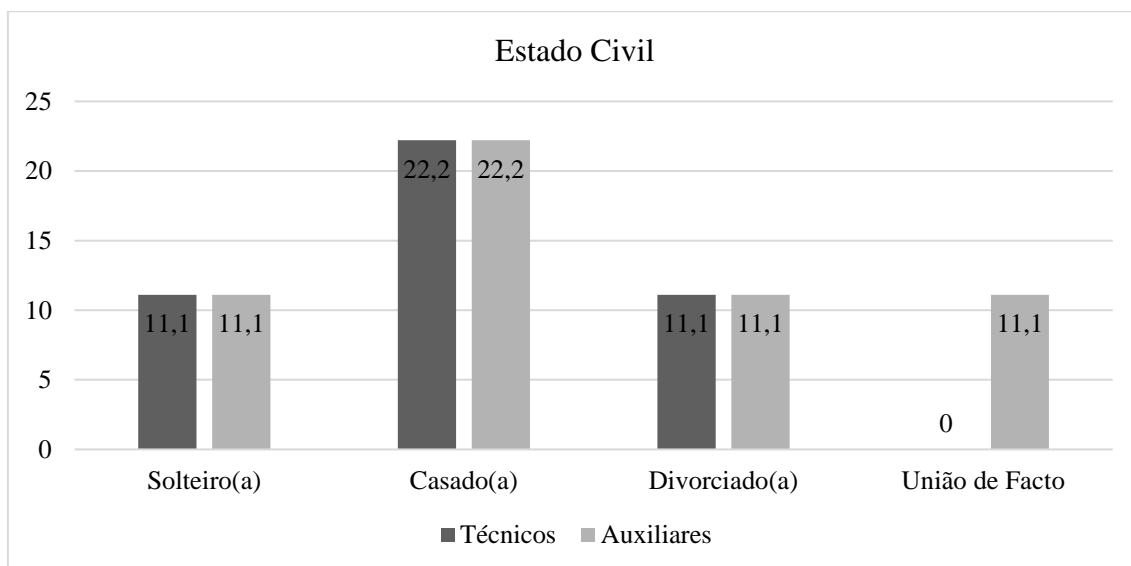


Figura 2 Estado Civil da Amostra

2.6 Instrumento

A seleção do instrumento de recolha de dados foi feita por recurso à primeira tese de mestrado desenvolvida no âmbito do projeto, denominada “Características da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes como indicador de qualidade do exame de Ressonância Magnética, num Serviço de Radiologia” (Leitão, 2015).

Na altura, recorreu-se a dois procedimentos distintos de investigação para identificar os instrumentos a serem utilizados. Inicialmente, explorou-se através de uma pesquisa sistemática de literatura, um instrumento utilizado na avaliação da comunicação em contextos de saúde que se ajustasse aos objetivos do estudo. Contudo, por ser um tema muito específico, com pouca fundamentação teórica sustentada, não foi possível encontrar um instrumento com as características desejadas.

A operacionalização das variáveis para a obtenção dos dados necessários à realização do estudo adveio então da utilização de uma grelha de observação construída através da articulação entre a pesquisa sistemática de literatura sobre comunicação, com informação desenvolvida pelo The Royal College of Radiologists (2000) e elementos destacados por um médico radiologista que colaborou na conceção do instrumento.

A elaboração deste instrumento procurou enquadrar itens que permitissem analisar:

- as informações que deveriam ser transmitidas ao utente, antes, durante e após o exame;
- as estilos comunicacionais utilizados pelo técnico e pelo auxiliar na dinâmica profissional de saúde-doente;
- a rotina profissional do técnico e do auxiliar;
- os momentos do processo em que o técnico e o auxiliar deveriam estar com o utente;
- a existência de outros mediadores importantes para o estudo.

A validade da grelha foi analisada no âmbito da mesma tese.

Neste sentido, o estudo atual parte de um procedimento fechado, com um quadro teórico e categorias pré-definidas (Ghiglione & Matalon, 1992). A grelha de observação (anexo A) é constituída por seis categorias de domínio técnico e comportamental que se centram sobre: o acolhimento/apresentação, explicação do exame, comunicação, início do exame, interrupções no decurso do exame e no momento após o exame.

As categorias são compostas por diversos itens que analisam os comportamentos que se pretendem verificar durante os ensaios, assinalando na grelha com “sim” ou “não”, a presença ou ausência do comportamento enunciado.

O primeiro grupo “Acolhimento/ Apresentação” destina-se à apresentação e ao acolhimento do doente por parte do técnico e do auxiliar. O segundo grupo “Explicação do Exame” procura compreender se, desde que o doente é chamado para o vestiário até iniciar o exame, lhe é explicado de forma detalhada como é realizado o exame, nomeadamente:

- se lhe é dito o tempo do exame;
- se é referido a necessidade de permanecer imóvel durante algumas sequências;
- se é feito o treino de apneia;
- se é referida a possibilidade de comunicar com o técnico durante o exame;
- se são explicadas as sequências dos exames;
- se o utente compreendeu as explicações que recebeu;
- se é disponibilizado tempo para que possa colocar algumas questões.

O terceiro grupo “Comunicação” incide nas características verbais e não-verbais da comunicação dos técnicos e dos auxiliares. Esta categoria pretende apurar:

- se existe uma adequação da linguagem às características do doente, tendo em consideração aspetos idiossincráticos como a idade, as limitações físicas, cognitivas, estado emocional;
- se o técnico ou o auxiliar de ação médica escutam ativamente e empaticamente o doente
- se o profissional, no decurso da comunicação recorre a um tom tranquilizador ou agressivo.

Os itens latentes da grelha como “escuta empática”, “escuta ativa”, “comunicação agressiva” e “comunicação tranquilizadora” foram operacionalizados de acordo com o que a literatura pressupõe.

O quarto grupo “Início do Exame” foca-se na preparação do exame, em que se verificam o conforto e posicionamento do doente para um maior rigor na execução do exame, tendo como preocupação a recetividade do utente para iniciar o mesmo.

O quinto grupo “Interrupções no decurso do Exame” direciona-se para as eventuais desistências ou interrupções que possam existir durante o exame, examinando as causas e os motivos subjacentes.

No último grupo “Após exame” explora-se a presença ou ausência do técnico ou do auxiliar após o exame terminar, tentando compreender se é explicado o que irá acontecer com o exame no futuro ou se é colocada alguma questão pelo doente.

2.7 Procedimentos

Qualquer técnica de investigação engloba um conjunto de procedimentos bem delineados e transmissíveis que pretendem produzir resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela atividade de pesquisa (Almeida & Pinto, 1995).

As estratégias estabelecidas para a conceção do estudo, centradas numa abordagem quantitativa, incidiram na análise da qualidade da comunicação entre os técnicos/auxiliares e os doentes do Serviço de Radiologia, tendo o trabalho de campo decorrido entre Outubro de 2015 a Agosto de 2016.

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa sistemática de literatura para analisar o que era postulado empiricamente sobre o tema e desenvolveu-se o projeto de tese (anexo B) para submeter à aprovação do Conselho Científico da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora.

Após a aprovação do projeto, definiram-se os constructos latentes presentes na grelha de informação de acordo com o que era postulado pela literatura, procurando criar consenso na observação individual das unidades de registo e iniciou-se a primeira recolha de dados até ao mês de Dezembro de 2015.

2.7.1 Breve Descrição do Local de Investigação.

A recolha de dados para elaboração do estudo decorreu no Hospital Espírito Santo de Évora.

O Serviço de Imagiologia estrutura-se em quatro áreas de incidência, designadamente a Radiologia Convencional, Ultrassonografia, Mamografia e Tomografia Axial Computorizada (TAC) Hospital Espírito Santo Évora, n.d.).

A Radiologia Convencional efetua ressonâncias magnéticas com e sem administração de contraste, sendo categorizadas como Neurológicas, Músculo-esqueléticas, abdominais, pélvicas, mamárias e torácicas.

Recorrendo ao uso de imagens obtidas com recurso a radiações ou ultrassons a unidade incide o seu foco:

- no rastreio e diagnóstico;
- no estadiamento e controlo evolutivo;
- nas técnicas de intervenção diagnósticas e ou terapêuticas.

A equipa da unidade é formada por sete médicos especialistas, dezoito técnicos de radiodiagnóstico, uma enfermeira, sete administrativos e dez auxiliares de ação médica Hospital Espírito Santo Évora, n.d.).

Os técnicos e os auxiliares são organizados por horários semanais rotativos com dois turnos diários em duas especialidades divergentes Hospital Espírito Santo Évora, n.d.).

2.7.2 Procedimentos para a recolha de dados.

A recolha de dados foi dividida pelas três discentes que estavam a desenvolver as suas teses no âmbito do projeto, ficando as observações de cada dia destinadas a uma discente responsável pela recolha. A primeira recolha de dados decorreu entre o mês de outubro de 2015 até dezembro de 2015. A segunda recolha de dados decorreu entre o mês de maio de 2016 até agosto de 2016.

Cada observação era composta por três momentos distintos: o momento inicial, que se inicia na aplicação, no vestiário, do questionário de Stress, e Ansiedade (Lopes, 2016), antes do doente ser chamado para fazer o exame (instrumento não utilizado nesta investigação); o segundo momento, que se centrava na comunicação do auxiliar e do técnico com o doente antes, durante e no final do exame, operacionalizada através do registo dos comportamentos presentes e ausentes e, o terceiro momento que pretendia analisar os conhecimentos dos doentes face ao exame e reavaliar os níveis de ansiedade e *stress* após a realização do mesmo, aplicando o questionário de Stress e Ansiedade (Lopes, 2016). As observações dos ensaios estruturaram-se de acordo com a disponibilidade das discentes responsáveis pela recolha de dados, não tendo sido considerado os horários individuais dos Técnicos e Auxiliares pelo serviço, o que levou

a alguma discrepância no número absoluto de observações de cada participante, descrito na tabela 2.

Tabela 2

Número Absoluto de Observações de Cada Participante nos Dois Momentos de Recolha de Dados

Participante	1ª Recolha de dados	2ª Recolha de dados
Técnico 1	14	14
Técnico 2	16	16
Técnico 3	23	23
Técnico 4	11	11
Auxiliar 1	14	14
Auxiliar 2	9	9
Auxiliar 3	14	14
Auxiliar 4	7	7
Auxiliar 5	12	12

2.7.3 Procedimentos Estatísticos.

Terminada a primeira fase de recolha, construiu-se a base de dados recorrendo ao programa de análise estatística *IBM SPSS Statistics 22 para Windows10*. As observações de cada técnico e de cada auxiliar foram analisadas individualmente, sendo apenas contabilizado o número dos comportamentos descritos na grelha de observação que estiveram presentes no decorrer das mesmas. Devido às discrepâncias no número de observações de cada técnico e auxiliar, transformaram-se as frequências absolutas das variáveis em frequências relativas para normalizar as mesmas.

Posteriormente, recorrendo ao método do consenso entre juízes (Weiss & Shantel, 2004) com reflexão falada, quatro especialistas da área de Psicologia e o médico Radiologista do serviço agregaram parcialmente as variáveis de acordo com a sua adequabilidade na estrutura da observação dos ensaios. Criaram-se quatro novas variáveis: “Explicação geral do Exame” (Figura 4), “Comunicação Geral” (Figura 5), “Início Geral de Exame” (Figura 6) e “Após Geral do Exame” (Figura 6) para os dois momentos da recolha de dados, apresentadas de forma esquemática seguidamente.

A variável “Comunicação Total” emergiu da agregação das novas variáveis criadas (Figura 3).

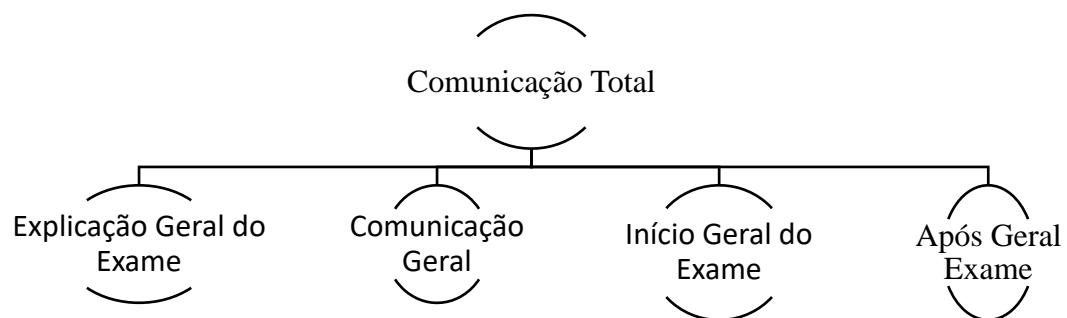


Figura 3 Composição da Variável Comunicação Total

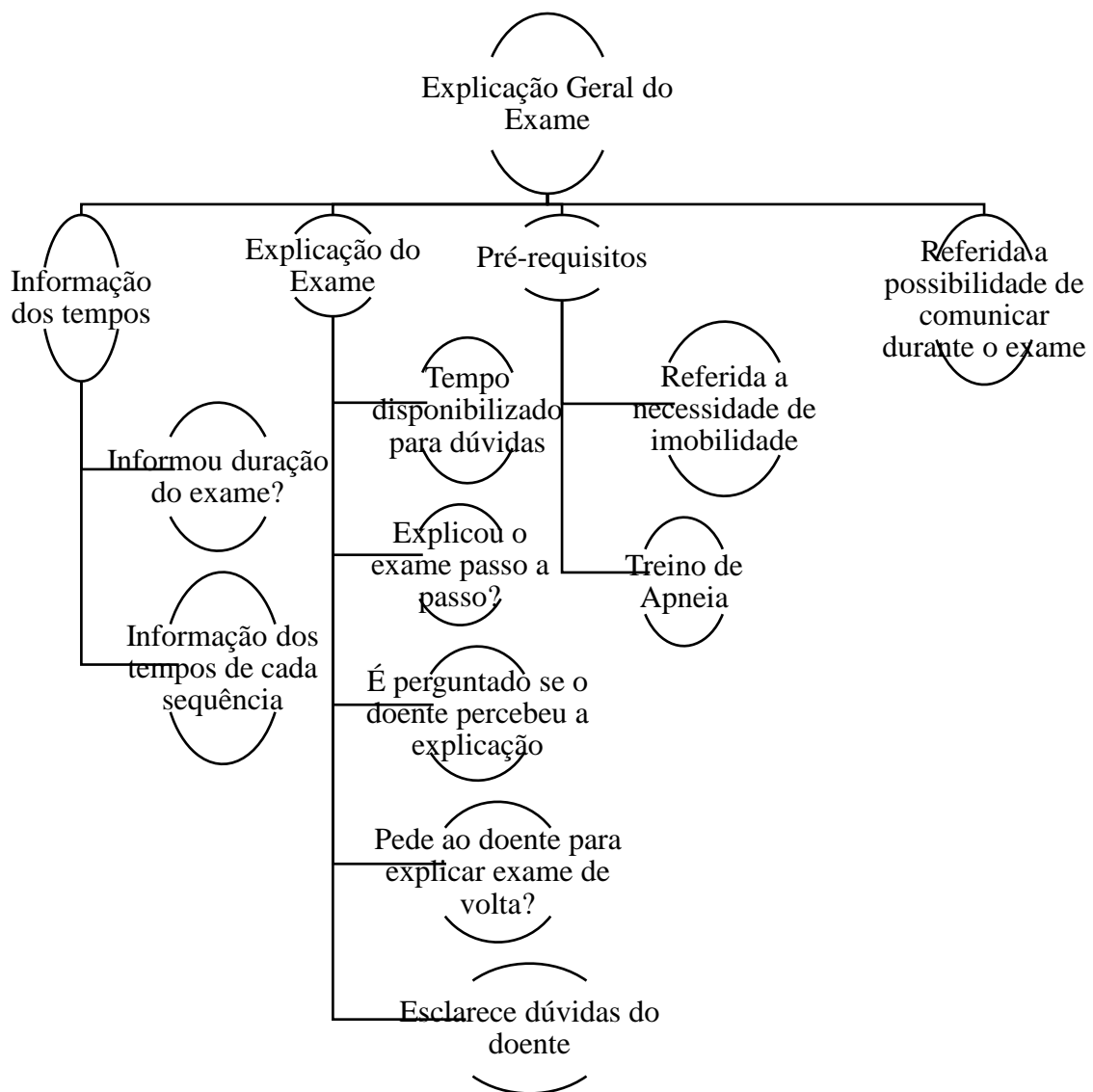


Figura 4 Composição Esquemática da variável Explicação Geral do Exame

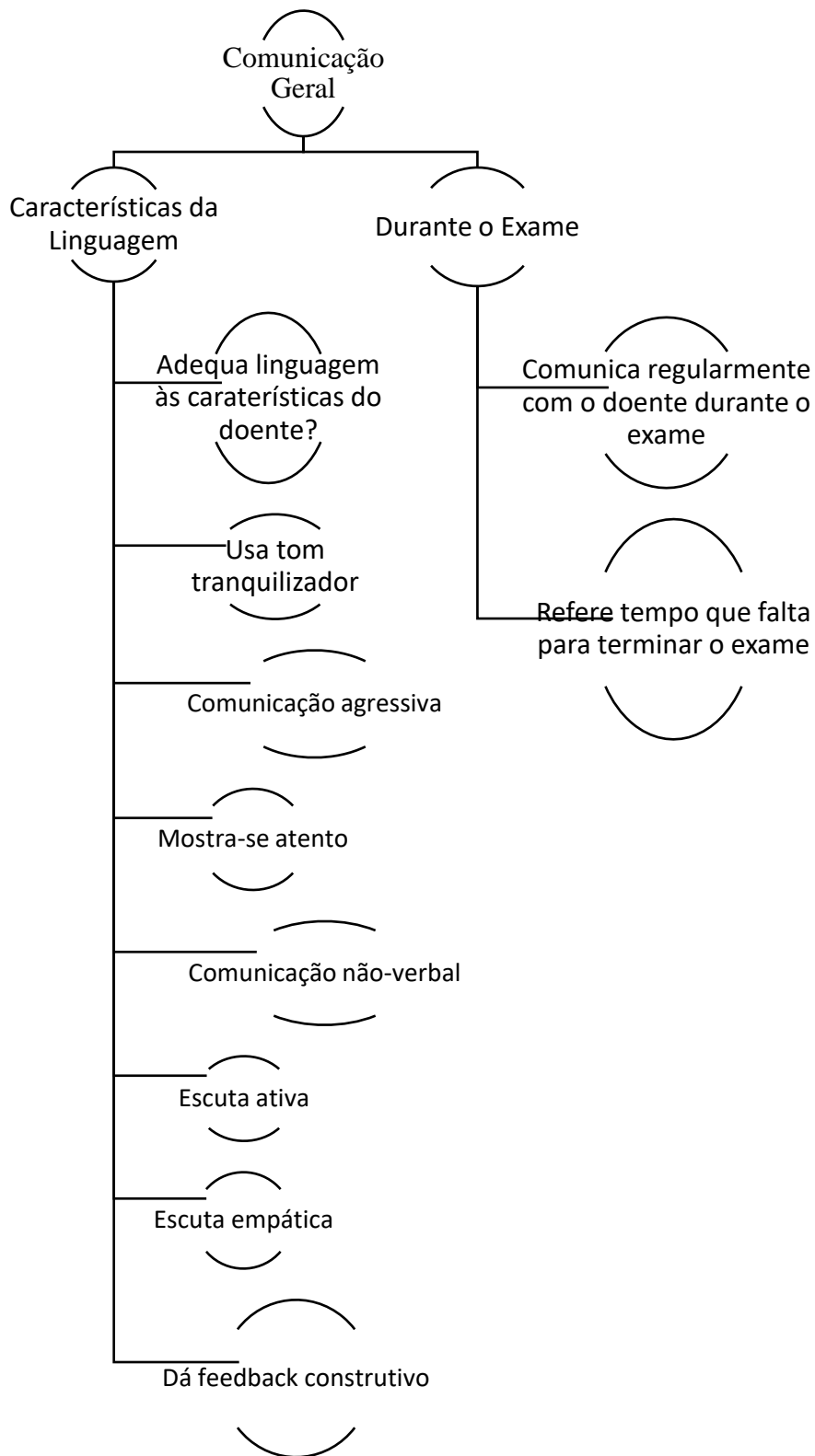


Figura 5 Composição Esquemática da variável Comunicação Geral

O grupo Comunicação da grelha perdeu para o grupo “Explicação do Exame” os itens “Pede ao doente para explicar exame de volta?” e “Esclarece dúvidas do doente”;

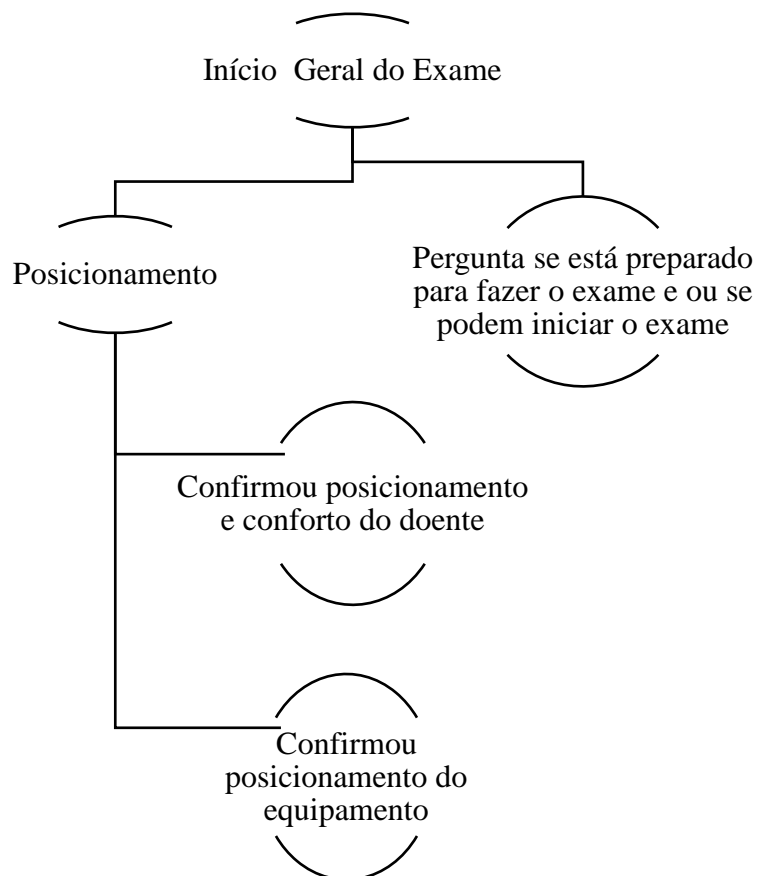


Figura 6 Composição Esquemática da variável Início Geral do Exame

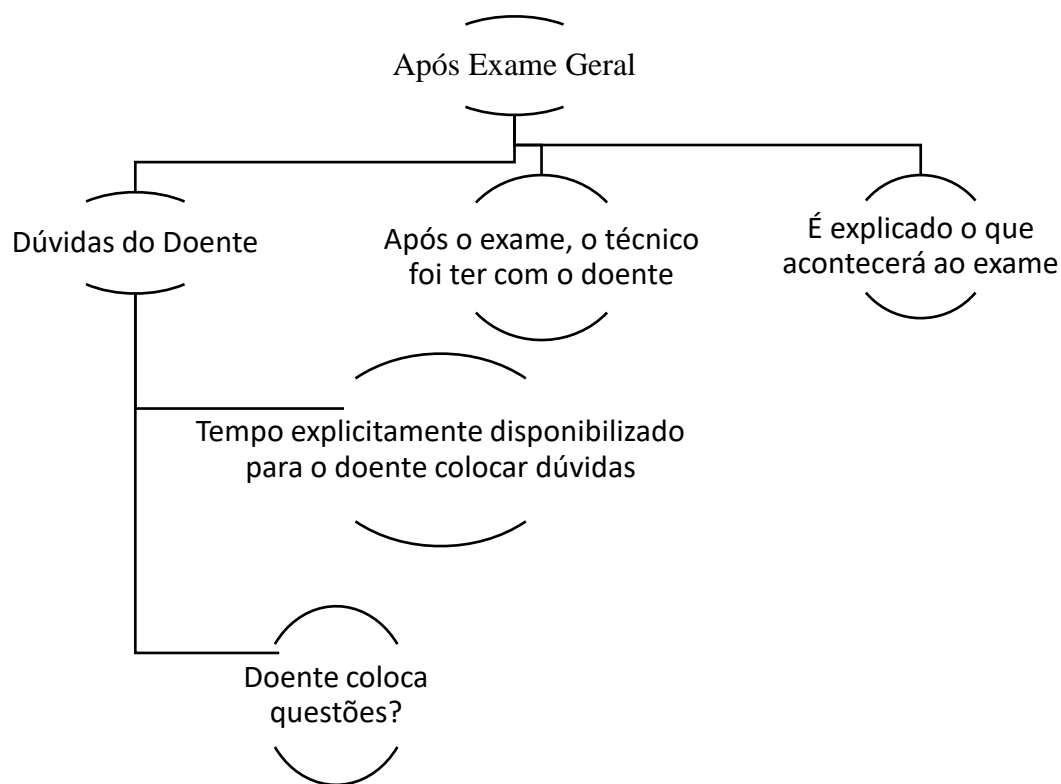


Figura 7 Composição Esquemática da variável Após Exame Geral

Os dados recolhidos no segundo momento de recolha foram operacionalizados de igual modo.

Para garantir o consenso na recolha de dados entre as discentes, foram observados 20 exames em conjunto, tendo sido classificado individualmente os comportamentos dos auxiliares e dos técnicos. As classificações independentes foram introduzidas num ficheiro SPSS e considerou-se o método do consenso (Weiss & Shantel, 2004), utilizando-se a técnica do consenso para estimar a concordância inter-juízes através do *Kappa* de Cohen (Stemler, 2001, 2004), cujo detalhe pode ser consultado no anexo C.

A eficácia da formação sobre o aumento significativo do número de comportamentos desejados nos auxiliares e nos técnicos, do primeiro momento de medição para o segundo momento de medição, foi avaliada com uma ANOVA de medições repetidas mista para amostras emparelhadas (*IBM SPSS Statistics 22 para Windows 10*). Recorreu-se a este procedimento de análise estatística por ser o mais robusto

a controlar possíveis fontes de variabilidade que poderiam mascarar o efeito da formação devido ao tamanho reduzido da amostra.

Os pressupostos do método foram avaliados recorrendo ao teste *M* de *Box* para a homogeneidade da matriz de covariâncias. A esfericidade do modelo não foi suscetível de observação no teste de Esfericidade de *Mauchly*, sendo os graus de liberdade da estatística *F* corrigidos pelo fator de *Épsilon* de *Greenhouse-Geisser*, por ser particularmente conservativo e o mais adequado para amostras de pequena dimensão (Maroco, 2010).

Para identificar quais os pares de médias que diferiam entre si nos dois níveis de observação, procedeu-se à comparação múltipla de médias com a correção de Bonferroni. Para além de se analisar o efeito principal da formação, avaliou-se os efeitos da interação da formação com a categoria profissional.

A magnitude do efeito da formação foi analisada de acordo com a Taxonomia de Cohen (1988) considerando-se: um efeito pequeno para um $F=.10$, $\eta^2_p=.01$; um efeito médio para um $F=.25$, $\eta^2_p=.06$; um efeito grande para um $F=.40$, $\eta^2_p=.14$ (Cohen, 1988). Todos os testes estatísticos foram efetuados considerando-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de .05.

Por fim salienta-se a salvaguarda dos princípios éticos e formais do estudo, realizada no seguimento da primeira tese de mestrado do projeto.

2.7.4 Formação.

Depois da primeira fase da recolha de dados e da análise dos resultados, desenvolveu-se uma formação intensiva para os técnicos e para os auxiliares, com uma componente teórico-prática. A formação, construída com base nas lacunas comunicacionais observadas, teve como conteúdos programáticos:

1. Introdução e Fundamentação da Ação de Formação
2. O Doente no Exame Complementar de Diagnóstico
 - 2.1 Características do Equipamento de RM potenciadoras de mal-estar no utente
 - 2.2 Expectativas e atitudes do doente face ao exame de RM
3. Comunicação
 - 3.1 Comunicação em saúde
 - 3.2 Comunicação efetiva
 - 3.3 Comunicação entre o profissional de saúde e o doente

3.4 Qualidades comunicacionais

3.4.1 Empatia

3.4.2 Escuta Ativa

3.4.3 Feedback construtivo

3.4.4 Assertividade

3.5 Gestos na comunicação

3.6 Expressão facial

3.7 Treino Integrado de competências

3.7.1 *Roleplay*

A formação decorreu durante o mês de maio de 2016 e teve a duração de 15 horas.

Constituída por dois grupos, um corresponde aos técnicos e outro aos auxiliares, teve uma componente teórica e uma prática em contexto de trabalho que possibilitou a avaliação individual de cada elemento.

As duas sessões teóricas, com duração de 8 horas, foram adaptadas a cada grupo, procurando enquadrar as funções de cada categoria profissional as necessidades dos pacientes.

Nas sessões práticas em contexto de trabalho, cada um dos participantes, técnicos e auxiliares, teve formação prática em contexto de trabalho, com follow-up individual sobre o seu desempenho, referindo o formador as componentes comportamentais que precisavam de ser alteradas ou melhoradas e reformulando com o participante o treino desse comportamento. Terminada a intervenção, procedeu-se à segunda fase de recolha de dados.

4. Resultados

O processo de controlo da codificação partiu da verificação da fiabilidade através da técnica do consenso, o *Kappa* de Cohen (Stemler, 2004). A avaliação do consenso entre as discentes na recolha de dados obteve o seguinte resultado: Juiz 1 vs. Juiz 2, $K = 0,905$ ($p < 0,0001$), IC 95% (0,891; 0,919); Juiz 1 vs. Juiz 3, $K = 0,904$ ($p < 0,0001$), IC 95% (0,89; 0,918); Juiz 2 vs. Juiz 3, $K = 0,925$ ($p < 0,000$), IC 95% (0,912; 0,938) (Landis & Koch, 1977). A média entre os *Kappas* foi de 91,133%, demonstrando uma força substancial (Landis & Koch, 1977).

Os pressupostos do método foram avaliados recorrendo ao teste *M* de *Box* para a homogeneidade da matriz de covariâncias e ao Teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade, sendo a dimensão “Comunicação” a única a não preencher o critério de homogeneidade com um *M* de *Box* = 13.93; $F(3, 5353.967) = 3.164$; $p = .024$.

As dimensões da grelha de observação “Acolhimento”, “Explicação Exame”, “Início Exame” e “Após Exame” obtiveram, respetivamente, o seguinte resultado: *M* de *Box* = 6.475; $F(3, 5353.967) = 1.470$; $p = .220$; *M* de *Box* = 4.408; $F(3, 5353.967) = 1.001$; $p = .391$; *M* de *Box* = 3.463; $F(3, 5353.967) = .786$; $p = .501$; *M* de *Box* = 1.323; $F(3, 5353.967) = .300$; $p = .825$.

O pressuposto da normalidade não foi assegurado na variável “Início do Exame” do segundo momento de observação e na variável “Comunicação” do primeiro momento de observação. Contudo, de acordo com Anderson (2001), apesar do pressuposto da normalidade ter sido violado, foi possível utilizar uma ANOVA de medidas repetidas por ser um teste muito robusto, afetando minimamente os erros de tipo I e tipo II na decisão estatística, mesmo em amostras de pequena dimensão.

Na sua generalidade, a esfericidade da matriz de variância-covariância da grelha de observação obteve um resultado de *M* de *Box* = 8.774; $F(3, 5353.967) = 1.993$; $p = .113$.

Como a esfericidade do modelo não foi suscetível de observação no teste de Esfericidade de *Mauchly*, os graus de liberdade da estatística *F* foram corrigidos pelo fator de *Épsilon* de *Greenhouse-Geisser* ($\epsilon = 1.000$).

Na tabela 2, apresentam-se os resultados de todos os efeitos significativos da formação. Na sua globalidade, observou-se um aumento no número de comportamentos realizados pelos técnicos e auxiliares durante a execução das ressonâncias magnéticas (Tabela 3).

Tabela 3

ANOVA de Medidas Repetidas: Resultados do efeito da Formação nos dois momentos de observação dos técnicos e Auxiliares das Ressonâncias Magnéticas

Formação	Categoria	Efeito	Erro	Média	F	η^2_p	P
Comunicação Total	Técnico	1.00	7.00	2638.66	44.17*	.86	1.00
	Auxiliar	1.00	7.00	2638.66	44.17*	.86	1.00
Acolhimento	Técnico	1.00	7.00	4426.75	7.63*	.52	.66
	Auxiliar	1.00	7.00	4426.75	7.63*	.52	.66
Explicação do Exame	Técnico	1.00	7.00	2110.06	39.24*	.85	1.00
	Auxiliar	1.00	7.00	2110.06	39.24*	.85	1.00
Início do Exame	Técnico	1.00	7.00	5548.93	38.40*	.85	.99
	Auxiliar	1.00	7.00	5548.93	38.40*	.85	.99
Após Exame	Técnico	1.00	7.00	2511.17	13.37*	.66	.88
	Auxiliar	1.00	7.00	2511.17	13.37*	.66	.88

* $p < .05$, η^2_p eta dos quadrados parciais, P potência de teste observada, Todos os valores da tabela foram arredondados a duas casas decimais

Tabela 4

*Médias Totais do Número de Comportamentos Observados nos Técnicos e nos Auxiliares
Antes e Depois da Formação*

Variável	Categoria	Antes da Formação	Pós-Formação
Comunicação Total	Técnico	20.69*	53.04*
	Auxiliar	37.11*	53.49*
Acolhimento	Técnico	28.22*	77.47*
	Auxiliar	54.92*	68.78*
Explicação do Exame	Técnico	13.64*	48.00*
	Auxiliar	31.30*	40.52*
Início do Exame	Técnico	22.47*	67.25*
	Auxiliar	64.56*	90.45*
Após Exame	Técnico	13.79*	43.11*
	Auxiliar	30.81*	49.02*
Comunicação	Técnico	26.56*	37.31*
	Auxiliar	24.47*	38.10*

*valores arredondados a duas casas decimais

Como se pode observar na Figura 8, os resultados revelaram diferenças de magnitude elevada (Cohen, 1988) e estatisticamente significativa entre os 2 momentos de observação (antes da formação e após a formação), $F(1.00,7.00) = 44.17$; $p < .0001$; $\eta^2_p = .86$; $P = 1.00$, tendo maior expressão no aumento do número de comportamentos desejados nos técnicos.

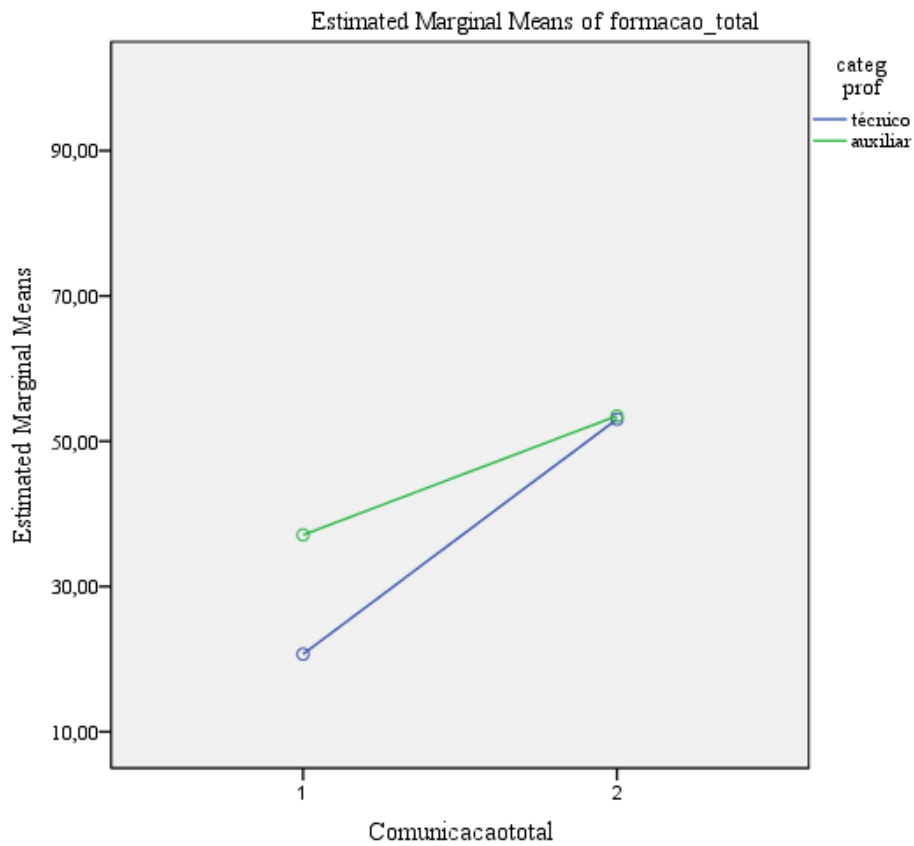


Figura 8 Efeito Geral da Formação

A dimensão “Acolhimento” (Figura 9), que compreendia a apresentação individual dos técnicos e dos auxiliares, expressou um efeito significativo da formação ($F(1,00,7,00) = 7.63$; $p = .028$; $\eta^2_p = .52$; $P = .66$), embora a magnitude desse efeito seja de pequena dimensão, de acordo com a Taxonomia de Cohen (1988).

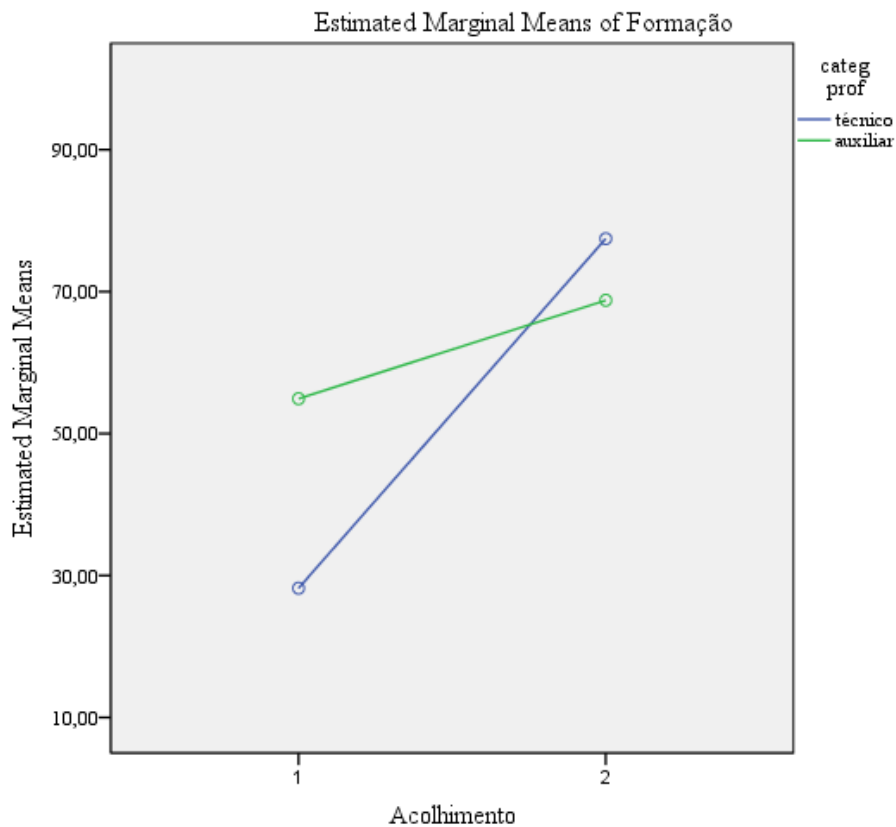


Figura 9 Efeito da Formação na Dimensão Acolhimento

A dimensão “Explicação do Exame” (Figura 10) obteve uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988), tendo um ($F(1,00,7,00) = 39.24; p = .0001; \eta^2_p = .85; P = 1.00$).

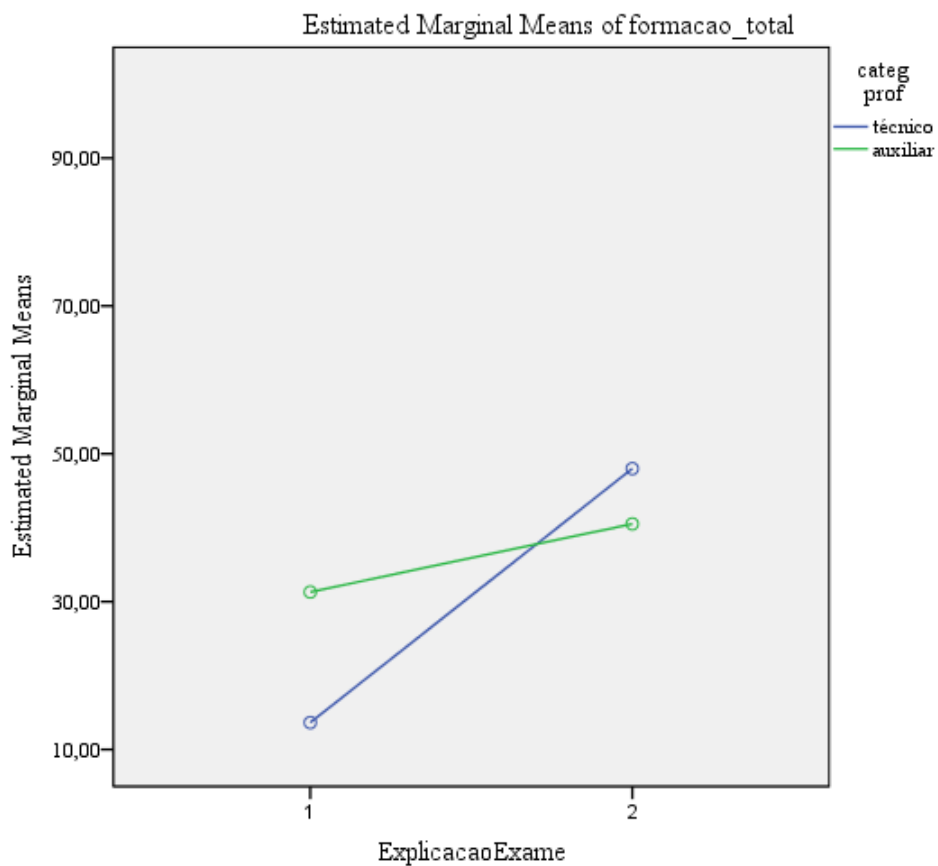


Figura 10 Efeito da Formação na dimensão Explicação do Exame

A Figura 11 representa a dimensão “Início do Exame”. Esta variável expressou um efeito significativo da formação ($F(1.00,7.00) = 38.40$; $p = .0001$; $\eta^2_p = .85$; $P = .99$) com uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988).

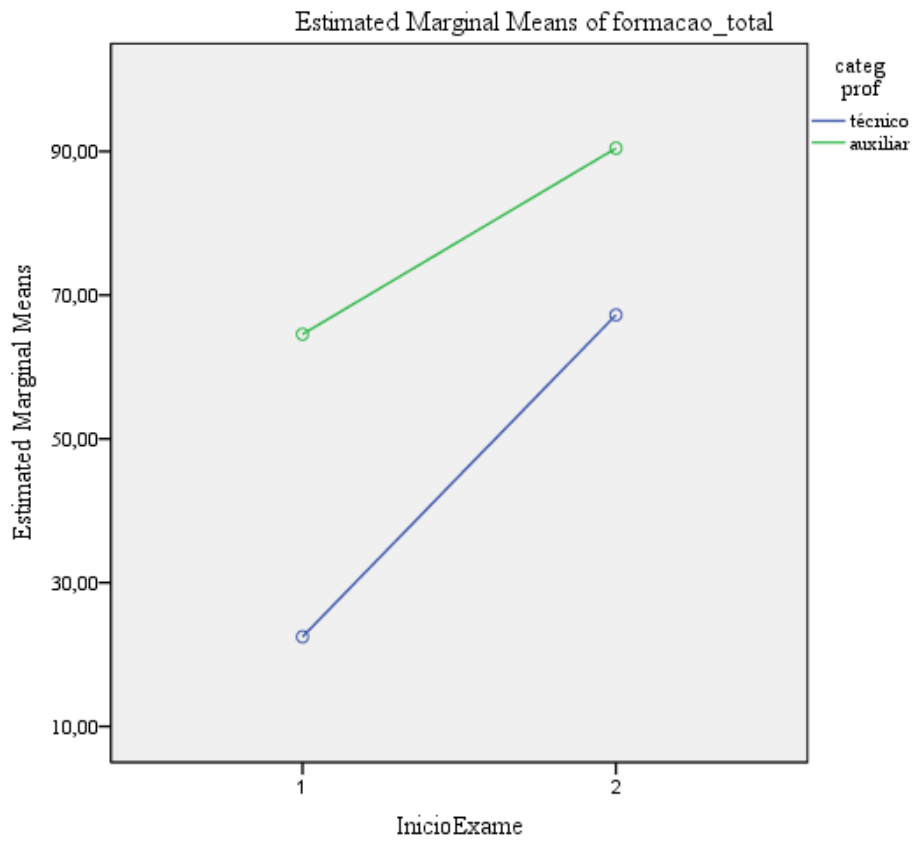


Figura 11 Efeito da Formação na dimensão Início do Exame

A formação alcançou uma magnitude de médio efeito (Cohen, 1988) na dimensão “Após Exame” ($F(1.00,7.00) = 13.370$; $p = .008$; $\eta^2_p = .656$; $P = .878$), tal como é passível de análise na Figura 12.

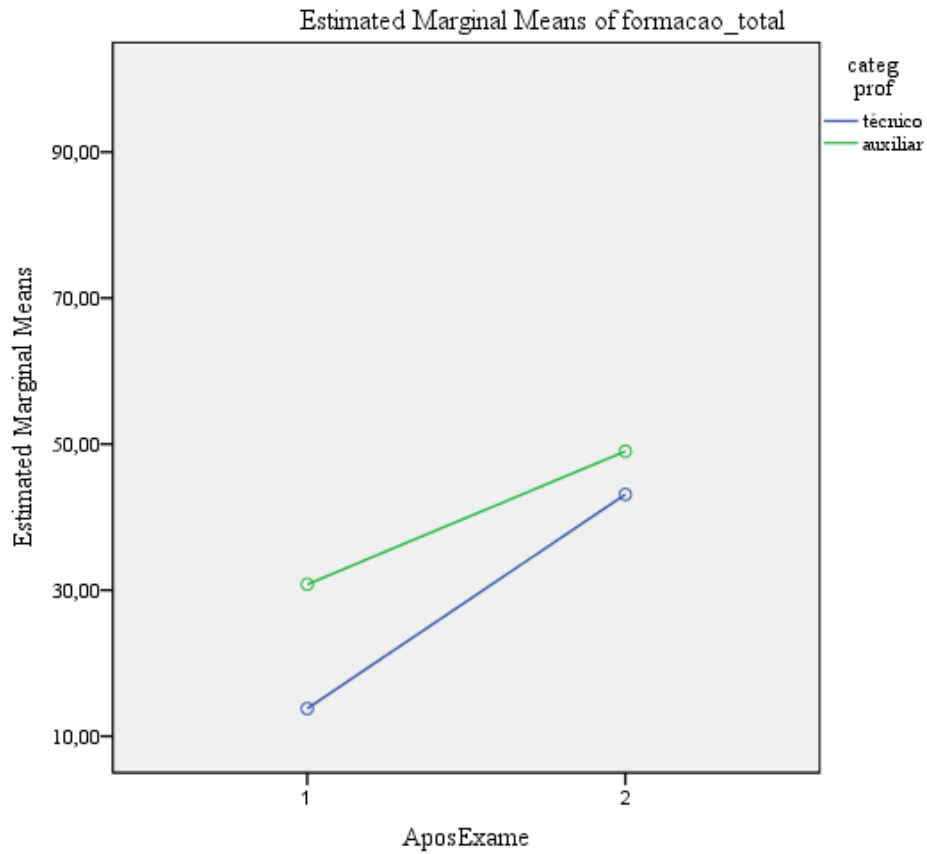


Figura 12 Efeito da Formação na dimensão Após Exame

Das dimensões em análise da grelha de observação, a dimensão “Comunicação” (Figura 13) foi a única que não relevou existir diferenças significativas entre os dois momentos de observação ($F(1.00,7.00) = 3.88$; $p = .089$; $\eta^2_p = .36$; $P = .40$).

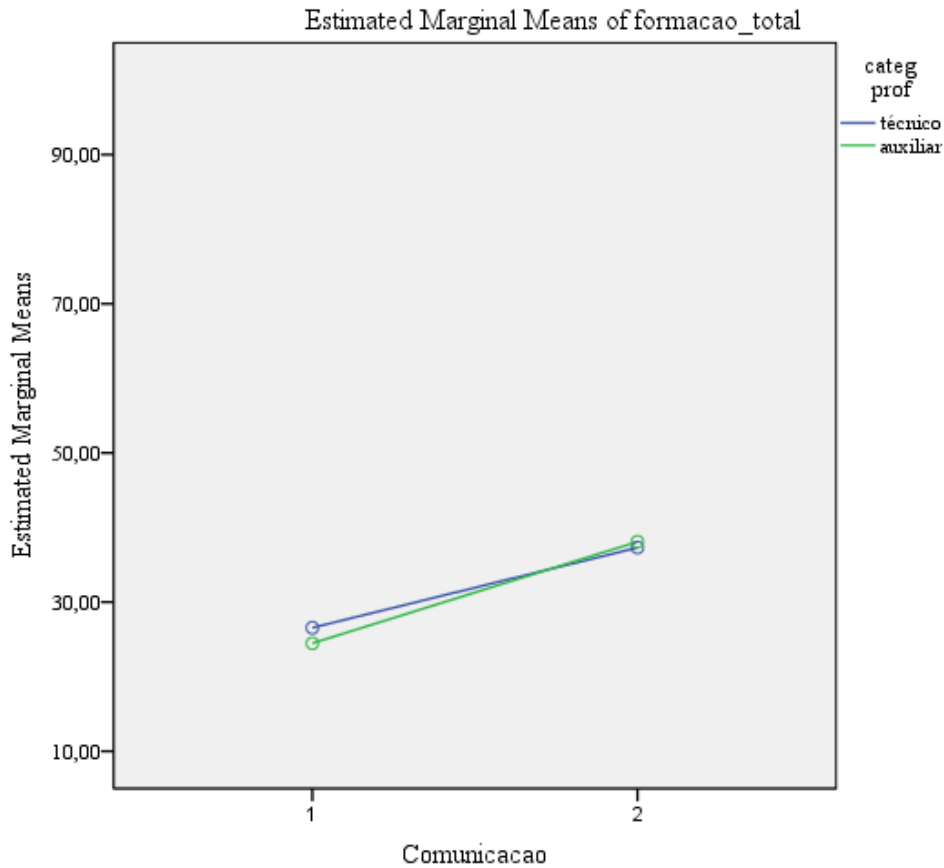


Figura 13 Efeito da Formação na dimensão Comunicação

O efeito da interação da formação com a categoria profissional não revelou diferenças significativas entre os dois momentos de observação em nenhuma das dimensões em análise na grelha.

Os resultados foram congruentes e corroborados pela comparação múltipla de médias com a correção de Bonferroni que exibiu um p -value $< .05$ para o efeito principal da formação nos dois momentos de observação, excluído a dimensão “comunicação”, e um p -value $> .05$ para o efeito da interação da formação com a categoria profissional.

5. Discussão

Por ser um estudo preliminar, o primeiro grande objetivo incidia sobre a identificação das componentes essenciais da comunicação durante a realização dos exames de ressonância magnética. As cinco dimensões da grelha de observação foram construídas de forma a englobar todos os passos para a realização do exame, desde que o doente entra no serviço de radiologia até à sua saída.

De uma forma geral, os resultados analisados demonstraram que a formação teve um efeito significativo nos técnicos e nos auxiliares das ressonâncias magnéticas, originando mudanças positivas no local de trabalho, tal como o desenvolvimento de uma relação adequada com os doentes que potencie o sucesso do diagnóstico.

O aumento do número de comportamentos desejados nos profissionais de saúde durante a realização dos exames de ressonância magnética revela a existência de um consenso entre os conteúdos abordados durante o treino de competências individuais e as dimensões avaliadas na grelha de observação, remetendo para a adequabilidade das variáveis operacionalizadas ao contexto estudado.

Adotar práticas que garantam a qualidade da prestação de cuidados de saúde e que mobilizem os profissionais a desempenhar com mais eficácia o seu trabalho é uma das consequências do desenvolvimento de treinos de competências comunicacionais (Benda & Bendová, 2013).

Antes de se iniciar o exame, os auxiliares tinham a função de ir buscar os doentes à sala de espera do serviço e encaminhá-los para o vestiário, enquanto o técnico responsável pelo exame ficava no seu gabinete, sem se apresentar ao doente. A falta de apresentação do técnico de saúde criava desde o momento inicial uma quebra na relação profissional. O doente ao ser submetido a um exame médico encontrava-se mais vulnerável e ansioso (Corney, 1993), por associar a sua realização a uma condição grave de saúde. O que se observou no segundo momento de recolha de dados na dimensão “acolhimento” foi um aumento acentuado do número de comportamentos dos técnicos que passaram a dirigir-se ao doente antes de iniciar o exame, apresentando-se. Este contacto inicial permitiu, por um lado, ao técnico explicar e tirar as dúvidas do doente e, por outro diminuiu o risco de o doente obter informações distorcidas por parte dos auxiliares, que devido à ausência de conhecimentos aprofundados sobre algumas questões técnicas, não conseguiam responder de forma adequada aos mesmos.

Neste sentido, a integração do técnico na fase inicial de acolhimento conduziu a um aumento do número de comportamentos na dimensão “Explicação do Exame”. A construção desta dimensão direcionou-se mais para o técnico uma vez que compreendia ações informativas específicas do exame como “informar os tempos das sequências” ou “esclarecer as dúvidas do doente”. Nesta fase, o doente era direcionado para a sala de ressonância e durante o seu posicionamento no equipamento, o técnico dava todas as explicações importantes para a realização do exame. O auxiliar garantia o posicionamento do material necessário para a realização do exame, passando a ser um “apoio” para o técnico e não o principal elemento de ligação entre o técnico e o doente.

A dimensão “Início do Exame” direcionou-se para o conforto e para o posicionamento do doente. Antes da formação, o auxiliar era responsável pela confirmação do conforto e do posicionamento do equipamento. Ao reforçar a necessidade de incluir o técnico no pré-exame, estes comportamentos passaram a ser divididos pelo técnico e pelo auxiliar, deixando de estar unicamente subjacente à disponibilidade/motivação do técnico para o fazer.

No “Após Exame” a grande mudança incidiu no acompanhamento do técnico, que passou a dirigir-se ao doente para o informar do que iria ser feito ao relatório do seu exame ou para clarificar algumas questões que eventualmente este lhe pudesse colocar. O auxiliar manteve, na sua maioria, a mesma sequência de comportamentos, ao dirigir o doente até ao vestiário, devendo-se o aumento do número de comportamentos ao acompanhamento dos doentes até à saída do serviço e à clarificação de algumas questões que lhes eram colocadas neste momento.

A dimensão “Comunicação” foi a única que não obteve resultados significativos com a formação, apesar de se verificar um aumento do número de comportamentos desejados. Este resultado demonstrou que o efeito da formação não recaiu sobre a forma como os auxiliares e os técnicos comunicavam (agressivo, empático, tranquilizador) refletindo-se na dinâmica funcional do serviço, modificando as funções dos intervenientes (Ajaz, Ascoli, Bhui, Jongh, Palinski & Owiti, 2014), ao introduzir e redefinir os comportamentos.

Todavia, apesar de o impacto da formação não ter sido significativo, observou-se um aumento do número de comportamentos associados a esta dimensão. Este aumento poderá refletir a crescente preocupação dos serviços de saúde em desenvolver formas de

comunicação que potenciem a compreensão dos doentes sobre o seu estado geral de saúde (Heaven, Maguire & Parle, 1997).

A adaptação constante a mudanças nas estruturas de saúde (Morais, 2013) torna emergente a implementação de estratégias que permitam, por um lado manter ou melhorar a qualidade dos serviços e, por outro minimizem os efeitos negativos que tornam a prestação de serviços ineficaz (Melo, 2005).

A literatura indica como elementos essenciais da comunicação efetiva (Burnard, 1992): a empatia (Rogers, 1957), a escuta empática, a escuta ativa (Alemany, 2000), o feedback construtivo e a assertividade (Dumitriu, Dumitriu & Timofti, 2014). No decorrer da recolha de dados estiveram presentes estes elementos basilares da comunicação.

A escuta ativa e a empática pressupõem um conjunto de ações que mostrem o interesse e preocupação do profissional de saúde para com o bem-estar do doente, sendo, consequentemente, um elemento de elevada importância nos contextos de saúde (Benda & Bendová, 2013).

Na relação entre os profissionais de saúde e o doente, importa compreender que a interação é afetada pela forma como a troca de informação é transmitida e recebida (Cushing, 2015). O recetor tem um papel ativo na comunicação interpessoal com o doente, pois a qualidade da escuta depende da atenção e interesse do mesmo ao longo da interação. A escuta ativa centra-se em dois grandes objetivos: o primeiro incide na compreensão do que é pedido pelo doente (por exemplo, as dúvidas colocadas), o segundo na disponibilidade e motivação para clarificar o que que lhe é pedido (Aguar, 2001).

A empatia, que envolve a escuta empática (Beckman, Frankel, Markakis & Suchman, 1997), pretende ser uma forma de conhecimento a partir da escuta do doente (Bohart & Greenberg, 1999). Sabe-se que as relações entre os profissionais de saúde e os doentes que se regem pela ausência de apoio emocional, menor empatia e orientação terapêutica têm um impacto negativo no doente, refletindo-se na aliança terapêutica (Andrade, Gomes, Guimarães, Grilo & Santos, 2010).

A ausência do controlo das características idiossincráticas dos técnicos e dos auxiliares (Chagnon & Spitzberg, 2009) e o impacto negativo e limitador do aumento das horas de trabalho (Antón, Baleriola-Júlvez, Braš, Đorđević, & Ferreira-Padilla, 2015), poderão ter contribuído para a reduzida manifestação destas componentes

comunicacionais por diminuírem a motivação dos profissionais de saúde que, apesar de eficientes, sentem-se exaustos e vêm os seus recursos a esgotarem-se (Kreps, 1988).

Para além disso, os diferentes fluxos de comunicação entre os profissionais de saúde poderão ter sido um fator que contribuiu para a instabilidade do processo de comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde (Rodrigues & Silva, 2011), pois a incongruência nas trocas de informações entre profissionais poderá ser um indiciador da presença de um ambiente frágil e limitador para o envolvimento dos doentes no seu processo clínico, expresso pelo decréscimo do encorajamento dos profissionais de saúde para o desenvolvimento da participação ativa nos doentes.

Por sua vez, a literatura indica que a relação entre o profissional de saúde e o doente é dinâmica, ou seja, que ambos influenciam os estilos de comunicação um do outro. Empiricamente, verifica-se que o estilo comunicacional do profissional de saúde é afetado pelos padrões comunicacionais do doente, existindo uma correlação positiva entre o nível socioeconómico do doente e a qualidade da relação. Este indicador poderá demonstrar que as características idiossincráticas do doente são um forte determinante para a receptividade do profissional de saúde em envolvê-lo no processo terapêutico, sendo um reflexo negativo do impacto do estatuto social (Bensing, Dulmen & Verhaak, 1998).

Para finalizar, não se manifestou, em nenhuma das dimensões da grelha, o efeito da categoria profissional, mostrando que não existiram diferenças significativas entre os técnicos e os auxiliares no decorrer das observações. Este resultado pode ser um indicador de que em futuros estudos, com amostras de maior dimensão, não se iria verificar a influência da categoria profissional, uma vez que, ao serem definidos e redefinidos os papéis individuais dos técnicos e dos auxiliares de acordo com a grelha de observação, poderá ser observada uma tendência para os comportamentos dos participantes se distribuírem em conformidade com o que é esperado em cada item, construindo-se um padrão comportamental das suas funções.

Em forma de conclusão, seria importante salientar que embora o estudo se tenha desenvolvido no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a Psicologia do Trabalho e das Organizações também teve uma grande importância no mesmo. A Psicologia do Trabalho e das Organizações contribuiu para o desenvolvimento sustentável da relação entre os profissionais de saúde e o doente, ao estudar a estrutura organizacional dos serviços de saúde e a sua dinâmica.

6. Limitações e Implicações Futuras do Estudo

Desenvolver intervenções em organizações de saúde que promovam a qualidade dos cuidados torna-se um desafio. O clima de constante mudança nos serviços de saúde cria, em alguns momentos, dificuldades que conduzem à ineficácia dos mesmos.

Como em qualquer estudo preliminar, no presente existe um conjunto de abordagens e conceitos que ficaram por operacionalizar e que poderão ser foco de análise em futuros estudos.

A reduzida amostra do estudo é uma das grandes limitações identificadas neste percurso. O tamanho da amostra impossibilitou a divisão dos elementos em grupos, não existindo um grupo de controlo para comparar os resultados obtidos. O uso de um processo de amostragem não probabilístico não permitiu a generalização dos resultados, cingindo-os apenas a estes elementos e a este contexto organizacional.

Devido às especificidades médicas existentes nas ressonâncias magnéticas, não foi possível controlar algumas variáveis que poderão ter tido influência na comunicação durante o exame, nomeadamente, a discrepância dos tempos de realização do exame conforme a sua tipologia, a necessidade de comunicar durante o exame com o doente e a disponibilidade-motivação do técnico para realizar os exames e para a mudança comportamental.

No entanto, não deve deixar de ser ressaltado o efeito positivo da formação no serviço que reflete um grande empenho e dedicação dos intervenientes (participantes, formador, investigadores e médicos) durante todo o processo. Cada observação individual dos exames demorava aproximadamente uma hora, exigindo uma grande concentração das observadoras no contexto e uma adaptação dos participantes à presença das mesmas.

A mortalidade da amostra ao longo do percurso foi outro obstáculo ao estudo ao dificultar e atrasar todo o processo de recolha de dados, obrigando as observadoras a fazerem a recolha durante mais tempo, perpetuando a sua presença no serviço.

Futuramente, seria interessante alargar esta intervenção a outros contextos clínicos e instituições, desenvolvendo intervenções que permitam estudar outras especificidades dos serviços, como por exemplo: o *Burnout* e o *Engagement* dos profissionais de saúde, os fluxos de comunicação entre os elementos, as políticas organizacionais e as estruturas hierárquicas de poder. Tais estudos, serão uma mais-valia para criar relações sustentáveis e benéficas para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

Referências

- Aguiar, A. H. (2001). *Gerir a Farmácia do próximo milénio*. (2ª ed). AJE.
- Alemaný, C. (2000). *Aprender a Escuchar Bien. 14 aprendizajes Vitales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Almeida, J., & Pinto, J. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Ajaz, A., Ascoli, M., Bhui, K. S., Jongh, B., Palinski, A., & Owiti, J. A. (2014). Cultural consultation as a model for training multidisciplinary mental healthcare professionals in cultural competence skills: preliminary results. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 21, 814-828. Doi: 10.1111/jpm.12124.
- Anderson, D. A., Gillies, R. R., Mitchell, J. B., Morgan, K. L. & Shortell, S. M. (1993). Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital and Health services Administration*; 38, 447-466.
- Anderson, N. H (2001). *Empirical Direction in Design and Analysis*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Andrade, G., Gomes, A., Guimarães, T., Grilo, A. & Santos, M. C. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*; 10, 47-57. Obtido de: www.elsevier.pt/psp.
- Antón, T. F., Baleriola-Júlvez, J., Braš, M., Đorđevi, V., & Ferreira-Padilla, G. (2015). Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going? *Croatian Medical Journal*; 56, 311-314. Doi:10.3325/cmj.2015.56.311
- Argyle, M. (1972). *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. England: Pelican Original

- Argyle, M. (2002). The role of non-verbal communication in relationships, happiness and religion. Em *Aquém e Além do Cérebro*, Porto (7387). 4º Simpósio da Fundação Bial: Fundação Bial.
- Argyle, M. & Dean, J. (1965). Eye-Contact, Distance and Affiliation. *Sociometry*; 28, 289-304. Obtido de: <https://www.jstor.org/stable/2786340>.
- ATARP- Associação Portuguesa dos Técnicos de Radioterapia (n.d). *Código Deontológico (online)* . Obtido de <http://www.atarp.pt/index.php/home/codigo-deontologico> (acedido a 18 de Março de 2016)
- Barbero, J. (2006). The patient's right to information: the art of communicating. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 29, 21-27. Obtido de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17308536.
- Balint, M (1984). The doctor, the patient, the illness. London: Priman Medical Publishing. Doi: 10.1136/bmj.39384.467928.94.
- Batista, V. L., Duarte, J. C., Santos, P. M., & Santos, R. M. (2010). Nurse Satisfaction: comparative study on two Models of Hospital Management. *Revista Referência, II Série*;12, 57-69. Obtido de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26014618.
- Beavin, J. H., Jackson, D.D. & Watzlawick, P (1967). *Pragmatics of human communications*. New York: Norton & Co.
- Beckman, H. B., Frankel, R., Markakis, K. & Suchman, A. L. (1997). A Model of Empathic Communication in the Medical Interview. *The Patient-Physician Relationship*; 277, 678-682. Doi: 10.1001/jama.1997.03540320082047.
- Benda, K. & Bendová, M. (2013). Psychological Aspects in Communication with Patients on Departments of Medical Radiology. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 84, 679-681. Doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.625.

- Bensing, J. M., Dulmen, A. M. & Verhaak, P. F. (1998). Communication in health care. *Patient Education and Counseling*; 34, 81-84. Obtido de: www.sciencedirect.com/science/journal/07383991.
- Bensing, J. (2000). The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Conselling*; 39, 17-25. Doi: 10.1016/S0738-3991(99)00087-7.
- Bihilm, J. A (2001). *Teoria Organizacional: estruturas e pessoas* (2ª ed). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas Universidade Técnica de Lisboa.
- Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bohart, A & Greenberg, L. (1999). Empathy and Psychotherapy: an introductory overview. Em A. Bohart & L. Greenberg (eds), *Empathy reconsidered- - new directions in psychotherapy* (pp.3-31). Washington: American Psychological Association.
- Boreham, P., & Gibson, D. (1978). The Informative Process in Private Medical Consultations: a preliminar investigation. *Social Sicence and Medicine*; 12, 409-416. Doi: 10.1016/0271-7123(78)90096-2.
- Bozarth, J. (1999). Empathy from the frameworkof client-centered theory and the rogerian hipótesis. In A. Bohart e L. Greenberg (eds), *Empathy reconsidered- - new directions in psychotherapy* (pp.81-102).Washington: American Psychological Association.
- Bower, P., Hann, J. A., & Mead, N. (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science Medicine*; 55, 283-299. Doi: 10.1016/S0277-9536(01)00171-X.

- Burnard, P. (1992). *Effective Communication Skills for Health Professionals* (1^aed). United Kingdom: Springer Science Business Media, B. V.
- Brown, J. B., Donner, A., Jordan, J., Oates, J., Stewart, M. & Weston, W. W. (2000). The Impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*; 49, 796-804. Doi: 10.12968/bjon.2015.24.7.394.
- Byne, P. & Long, B. (1976). *Doctors Talking to Patients*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi experimental designs for resarch (47-53)*. Boston: Houghtan Mifflin.
- Campos, J. R. (2007). *A Imagiologia no Serviço Nacional de Saúde* . Lisboa : Direção Geral de Saúde.
- Cardella, J. F., Lewis, C. A., McClenny, T. E. & Sacks, D. (2003). Society of Interventional Radiology Clinical Practice Guidelines. *SIR Clinical Practice Guidelines*. 199-202. Doi: 10.1097/01.RVI.0000094584.83406.3e.
- Cassell, C., & Symon, G. (1994). Qualitative research in work contexts. Em C. Cassell & G. Symon (eds). *Qualitative methods in organizational research, a practical guide* (pp 1-13). London: Sage.
- Cavanagh, P. (2012). *Good practice guide for clinical radiologists*. London: The Royal College of Radiologists.
- Chagnon, G. & Spitzberg, B. H. (2009). Conceptualizing intercultural communication competence (2-53). Em: D. K. Deardorff, (ed). *The SAGE handbook of intercultural competence*. Thousand Oaks: Sage.
- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoria general de la administración* (7ed). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Clarke, D. D. (1983). *Language and action: a Structural Model of Behaviour*. Oxford: Pergamon Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, L. & Frenkel, M. (2014). Effective Communication About the Use of Complementary and Integrative Medicine in Cancer Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*; 20, 12-18. Doi: 10.1089/acm.2012.0533.
- Cook, V., Cushing, A., Harrison, G. & Hayden, S. (2012). Improving health care professionals' feedback on communication skills: development of an on-line resource. *Patient Education Counselling*; 88, 424-429. doi: 10.1016/j.pec.2012.06.025.
- Corney, R. (1993). Evaluating counsellor placements. Em R. Corney & R. Jenkins (eds). *Counselling in general practice* (pp. 89-97). London and New York: Routledge.
- Corney, R., & Jenkins, R. (1993). Counselling in general practice today. Em R. Corney & R. Jenkins (eds). *Counselling in general practice* (pp.1-7). London and New York: Routledge.
- Cupach, W. R. & Spitzberg, B. H. (1989). *Handbook of interpersonal competence research*. New York: Springer Verlag
- Cushing, A. M. (2015). Learning patient-centred communication: The journey and the territory. *Patient Education and Counseling*; 98, 1236-1242. Doi: 10.1016/j.pec.2015.07.024.

- Daducci, A. (s.d.). *Advanced image-processing techniques in magnetic resonance imaging for the investigation of brain pathologies and tumour angiogenesis*. (Tese publicada de Doutoramento em Imaging Multimodale in Medicina). Università degli Studi di VERONA, Itália.
- Dalen, J. V., Kropmans, T., Setynugroho, W. & Stewart, B. (2016). Calibration of communication skills items in OSCE checklists according to the MAAS-Global. *Patient Education and Counselling*; 99, 139-146. Doi: 10.1016/j.pec.2015.08.001.
- Decreto-Lei nº 384-B/85, de 30 de setembro do Ministério da Saúde, 1985.
- Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de dezembro do Ministério da Saúde, 1999.
- Diário da República_ 2.^a série — N.º 105 — 31 de Maio de 2010. 30079-30081.
- Directorate-General of Health and Consumer Protection. (2007) *Health in Europe: A Strategic Approach Discussion Document for a Health Strategy*. Bruxelles: European Commission.
- Dumitriu, C., Dumitriu, G. & Timofti, I. (2014). Communicative Skill And/Or Communication Competence? *Social and Behavioral Sciences*; 141, 489-493. Doi: 10.1016/j.sbspro.2014.05.085.
- Duran, R. L. & Spitzberg, B. H. (1995). Toward the development and validation of a measure of cognitive communication competence. *Communication Quarterly*; 43, 259-75. Doi: 10.1080/01463379509369976.
- Draper, J., Kurtz, S. & Silverman, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients* (2ed). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Drucker, P. (2011). *People and Performance: The Best of Peter Drucker on Management*. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*; 196, 129-136. Doi:10.1126/science.847460.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*; 9, 100-103. Doi: 10.1370/afm.1239.
- Evans, P., & Wurster, T. S. (1999). *Blown to Bits: How the New Economics of Information Transforms Strategy*. Harvard Business School Press.
- Frank, M.S., Levitsky, D. B., Richardson, M. L. & Shneidman, R. J. (1993). How should radiologists reply when patients ask about their diagnosis? A survey of radiologists' and clinicians' preferences. *American Journal of Roentgenology*; 161, 433-436. Doi: 10.1148/radiol.10101045.
- Gadecka, W., Kowalski, I. M., Piskorz-Ogórek, K. & Regin, K. J. (2015). Social competence of mental health nurses. *Polish Annals of Medicine*; 22, 105-109. Doi: 10.1016/j.poamed.2015.03.014.
- Gallagher, T. Gregory, S. & Hartung, P. (2001). Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. *Patient Education Counselling*; 45, 211-218.
- Garson, G. D. (2012). *Sampling Retrieved*. Obtido de: //www.statisticalassociates.com/sampling.Pdf
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *Inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Godfried, M. H, Haes, H. C., Oort, F. J., Smets, E. M. & Zandbelt, L. C. (2007). Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Medical Care*; 45, 330-339. Doi: 10.1177/1077558712465774.

- Grenny, J. Groah, L., Lavandero, R. & Maxfield, D. (2011). The silent treatment: why safety tools and checklists aren't enough to save lives. *American Association of Critical-Care Nurses (AACN)*, the Association of periOperative Registered Nurses (AORN), VitalSmarts.
- Hartley, P. (1993). *Interpersonal Communication*. London and New York: Routledge.
- Harvard Medical School Program (2011, Abril 19). *Ressonância magnética nuclear (online)* . Obtido de <https://hmsportugal.wordpress.com/2011/04/19/ressonancia-magnetica-nuclear-rmn/>.
- Hatala, A. R. (2012). The Status of the “Biopsychosocial” Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions. *Journal of Medical Psychology; 1*, 51-62. Doi: 10.4236/ojmp.2012.14009.
- Havelock, P., Pendleton, D., Schofield T. & Tate, P. (2003). *The New Consultation: Developing doctor–patient communication*. Oxford: Oxford University Press.
- Heaven, C., Maguire, P. & Parle, M. (1997). The Development of a Training Model to Improve Health Professionals' Skills, Self-Efficacy and Outcome Expectancies When Communicating with Cancer Patients. *Social Science & Medicine; 44*, 231-240. Doi: 10.1016/S0277-9536(96)00148-7.
- Hospital Espírito Santo de Évora (n.d). *Imagiologia*. (online). Obtido de <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/exames-e-analises/imagiologia/> (acedido a 14 de Janeiro de 2016).
- Jorge, F. (2011). *Sobre o Conceito de Saúde Pública*. Lisboa. Obtido de www.franciscojorge.pt.
- Kreps, G. L. (1988). Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal; 53*, 344-359. Doi: 10.1080/10417948809372736.

- Kuehl, S. P. (2011). Communication Tools for the Modern Doctor Bag. Physician Patient Communication Part 1: Beginning of a medical interview. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*; 1, 1-3. DOI: 10.3402/jchimp.v1i3.8428
- Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*;33,159-174. Doi: 10.2307/2529310.
- Langewitz, W., Jünger, J., Maatouk-Bürmann, B., Möltner, A., Riemann, U., Ringel, N., Spang, J. & Weiss, C. (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*; 99, 117-124. Doi: 10.1016/j.pec.2015.08.012.
- Leitão, P. (2015). *Características da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes como indicador de qualidade do exame de Ressonância Magnética, num Serviço de Radiologia*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações)- Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Portugal.
- Ley, P. (1976). Towards better doctor-patient communication: Contributions from social and experimental psychology. Em A. E. Bennett (ed.), *Communication between doctors and patients* (pp.75-98) Oxford: Oxford University Press.
- Ley, P. (1977). *Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance* (2ª ed). Cheltenham: Stanley Thornes Publishers.
- Lopes, J. (2016). *Avaliação da eficácia da formação em desenvolvimento de competências relacionais em técnicos de saúde*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não Publicada) - Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Portugal.
- Mahon, M. M., Nicotera, A. M. & Zhao, X. (2010) Conceptualization and measurement of structural divergence in the healthcare setting. *Journal of Applied Communication Research*;38, 362-385. Doi: 10.1080/00909882.2010.514001.

- Manual de Boas Práticas em Radiologia. (n.d). Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear. Obtido de:
www.sprmn.pt/pdf/MBPVERSAOFINALCOLEGIOOM.pdf.
- Marco, M. A. (2006). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projecto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 30, 60-72. Doi: 10.1590/S0100-55022006000100010.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ªed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Mazzola, A. A. (2009). Ressonância magnética: princípios de formação da imagem e aplicações em imagem funcional. *Revista Brasileira de Física Médica*; 1, 117-129.
- Mehrabian, A. (1981) *Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o Doente certezas e incógnitas* (1ª ed.). Loures: Lusociência.
- Moore, L. G. & Wasson, J. H. (2007). Improving Efficiency, Quality and the doctor-Patient Relationship. *Ideal Medical Practice Series American- Academy of Family Physicians*; 14(8), 21-24. Obtido de:
<http://www.aafp.org/fpm/2007/0900/p20.html>.
- Morais, L. (2013). *Comunicação Em Saúde e Processo de Mudança*. Lisboa: Escolar Editora.
- Morreale, S. P. (2007). *Assessing motivation to communicate*. (2ªed). Washington DC: National Communication Association
- Nunes, J. M., (2010). Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa. Obtido de:
www.mgfamiliar.net/_literature.../comunicacao-em-contexto-clinico

- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration . Em R. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1-48). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Ostrom, T. M. (1969). The Relationship between the Affective, Behavioral, and Cognitive Components of Attitude. *Journal of Experimental Social Psychology*; 5, 12-30. Doi: 10.1016/j.jesp.2005.04.009.
- Phaneuf, M (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rimala, R. N., & Lapinskib, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bull World Health Organ*; 87-247. doi:10.2471/BLT.08.056713
- Rodrigues, V. M. & Silva, C. R. (2011). O que Dizem os Doentes dos Serviços Privados de Radiologia, Portugal. *Saúde e Sociedade São Paulo*; 20, 425-435. Doi: 10.1590/0100-3984.2013.1677.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*; 21, 95-103. Doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240.
- Rogers, C. (1961). How can I help? . Em *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Royal College of Radiologists. Faculty of Clinical Radiology. Board & Royal College of Radiologists. The Clinical Radiology Patients' Liaison Group (2000). *Making your radiology services more patient-friendly*. Board of the Faculty of Clinical Radiology, Royal College of Radiologists, London. Obtido de : <http://nla.gov.au/anbd.bib-an24892723>

- Sacks, D., McClenny, T. E., Cardella, J. F., & Lewis, C. A. (2013). Society of Interventional Radiology Clinical Practice Guidelines. *Journal of Vascular Interventional Radiology*; 14; 199-202. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.RVI.0000094584.83406.3e>
- Seago, J. A. (2008). Professional Communication. Em R. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp.1-23). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Serra, J. P. (2007). *Manual de Teoria da Comunicação*. Covilhã: Livros Labcom.
- Silva, M. J. (2002). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*; 10, 73-88.
- Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear- SPRMN (n.d.) Obtido em: <http://www.sprmn.pt/legislacao.html> (acedido a 26 de Fevereiro de 2016).
- Spitzberg, B. H. (2003). Methods of skill assessment. In: Greene, J. O. & Burleson, B. R. eds. *Handbook of communication and social interaction skills*. Mahwah: Erlbaum.
- Spitzberg, B. H. (2007). *CSRS: the conversational skills rating scale: an instructional assessment of interpersonal competence* (2ªed). Annandale: National Communication Association.
- Stewart, M. A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal*; 9, 1423-1433. Doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02143.x.
- Stemler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*; 7 (17). Obtido de <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=7&n=17>.

Stemler, S. E. (2004). A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical, Assessment, Research & Evaluation*; 9 (4). Obtido de <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=9&n=4>.

Taylor, S. E. (2015). *Health Psychology* (9ª ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Teixeira, J. A. (1961). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*; 14, 135-139. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10400.12/3541>.

Trigo, M. (2000). Modelos em Saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 18, 5-22.

Weiss, D. J., & Shantel, J. (2004). The vice of consensus and the virtue of consistency. In K. Smith, J. Shanteau, & P. Johnson (Eds.), *Psychological investigations of competent decision making* (pp. 226-240). Cambridge, UK: Cambridge University Press

Anexos

Anexo A- Grelha de Observação

Paciente _____ Data ___/___/___ Turno: Manhã ___ Tarde ___ Hora do Exame ___:___ Tipo de exame: Neuro, MSK, Abdómen, Pélvis,
 Idade do Paciente ___ Género _____ Nacionalidade _____

Acolhimento/Apresentação	SIM	NÃO
Apresentou-se/cumprimentou o doente?		
Explicação do exame	SIM	NÃO
Explicou o exame passo a passo (o que vai acontecer:		
Informa duração do exame?		
Refere necessidade de permanecer imóvel?		
Faz treino da apneia?		
Refere possibilidade de comunicar com técnico durante o exame?		
Informa os tempos aproximados de cada sequência?		
Pergunta se o doente percebeu a explicação?		
Disponibiliza tempo para dúvidas?		

3. Comunicação	Sim	Não	D
Pede para explicar exame de volta?			
Adequa linguagem às características do doente?			
Usa tom tranquilizador?			
Comunicação agressiva?			
Mostra-se atento?			
Comunicação não-verbal?			
Escuta ativa?			
Escuta empática?			
Comunica regularmente com o doente durante o exame?			
Dá feedback construtivo?			
Esclarece dúvidas do doente?			
Refere tempo que falta para terminar o exame?			

4. Início do exame	SIM	NÃO
Confirmou posicionamento e conforto do doente?		
Confirmou posicionamento do equipamento?		
Pergunta se está preparado para fazer o exame e/ou se podem iniciar o exame?		

Interrupções no decurso do exame	SIM	NÃO
Há interrupções por parte do doente?		
• Quantas?		
Há desistência?		
Porque motivo?		

5. Após o exame	SIM	NÃO
Após o exame, o técnico foi ter com o doente?		
É explicado o que acontecerá ao exame?		
Tempo explicitamente disponibilizado para o doente colocar dúvidas?		

Anexo B- Projeto Tese



Universidade de Évora- Escola de Ciências Sociais

Departamento de Psicologia

Mestrado em Psicologia

Especialização em Clínica e da Saúde

Edição 2014-2016

Análise da Qualidade da Comunicação dos Técnicos e Auxiliares de Ressonância Magnética num Serviço de Radiologia

Orientanda: Catarina Rebeca Barroso Moniz

Orientadora: Professora Doutora Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo

Coorientador: Vasco Andresen Guimarães de Herédia

Enquadramento Teórico

Na sociedade contemporânea as interações entre a saúde e o bem-estar individual são inquestionáveis para um desenvolvimento saudável. Ao longo dos anos, a emergência de divergentes pensamentos, com impacto grandioso, produziram mudanças nas estruturas públicas e privadas que visavam melhorar a qualidade dos serviços.

Num mundo cada vez mais globalizado as mudanças tornaram-se uma constante, gerando momentos de insegurança e risco que colocam em causa o equilíbrio dos serviços de saúde públicos e privados prestados. De facto, para as organizações de saúde sobreviverem ao processo de mudança, é necessário implementar um conjunto de estratégias que permitam a adaptação a novos desafios (Morais, 2013). As estruturas que não visam a melhoria dos cuidados de saúde prestados, quer ao nível dos recursos materiais, quer ao nível dos recursos humanos, desvalorizam a qualidade do atendimento e sobrevalorizam os resultados quantitativos, tornando a prestação de serviços ineficaz perante as necessidades dos cidadãos atuais (Melo, 2005).

A implementação do modelo de saúde Biopsicossocial, que engloba uma visão integrada do Ser Humano, tornou-se uma mais-valia ao tentar incorporar uma dimensão relacional no modelo Biomédico, que incidia o seu foco nos aspetos biológicos e físicos (Marco, 2006). A construção de um vínculo relacional na análise individual do utente, através de uma comunicação efetiva, permitiu ao mesmo tornar-se responsável pelo seu estado de saúde e, conseqüentemente ser participante ativo na manutenção do seu bem-estar (Taylor, 2015).

De acordo com a perspetiva biopsicossocial a comunicação é um instrumento imprescindível para a construção de um vínculo adequado, permitindo o sucesso do processo de mudança e a diminuição da resistência às alterações que emergem das intervenções (Marco, 2006).

A comunicação é a chave central do desenvolvimento das interações humanas. Incidindo-se sobre a transmissão de informação, requer a compreensão e análise do conteúdo transmitido num ambiente de partilha e confiança.

A qualidade dos serviços de saúde encontra-se intimamente ligada à qualidade da comunicação e, conseqüentemente à capacidade dos elementos integrados no sistema de adequarem a sua linguagem e postura perante as necessidades dos utentes, definindo os níveis de participação e intervenção dos cuidados de saúde (Silva, 2002).

Neste sentido, os recursos humanos das unidades de saúde são os participantes ativos que potenciam a qualidade e a eficiência dos serviços prestados (Batista, Duarte, Santos & Santos, 2010).

Objetivo Geral do Estudo

De carácter quantitativo, o presente estudo procura compreender, num primeiro momento, a qualidade da comunicação nos profissionais de saúde. Partindo da análise da linguagem verbal e não-verbal dos técnicos e auxiliares pretende-se identificar as componentes essenciais da comunicação que influenciam a qualidade das técnicas de diagnóstico das Ressonâncias Magnéticas e invalidam a sua observação.

Num segundo momento pretende observar o processo de mudança da comunicação dos técnicos e auxiliares, após a participação numa ação de formação construída com base nas lacunas comunicacionais observadas.

A unidade de análise irá recair sobre o número de ensaios realizados por cada técnico em conjunto com o auxiliar. Os ensaios correspondem aos exames elaborados por cada técnico e auxiliar.

Plano Metodológico

Participantes

O universo conceptual será constituído por Técnicos e Auxiliares do serviço de Radiologia do Hospital Espírito Santo em Évora, seleccionados a partir de um processo de amostragem não probabilístico de conveniência (Garson, 2012).

Procedimentos de Recolha de Dados

Partindo de um procedimento fechado, com um quadro teórico e categorias pré-definidas (Ghiglione & Matalon, 1992), a recolha de dados far-se-á com recurso ao uso de uma grelha de observação construída através da articulação entre a pesquisa sistemática de literatura sobre o tema, com adaptações de *check list* (Amstrong et al., 2000) e os aspetos destacados pelo responsável do Serviço de Radiologia e as psicólogas durante a visita inicial ao serviço.

A grelha de observação é constituída por seis categorias de domínio técnico e comportamental que incidem sobre: o acolhimento/apresentação, explicação do exame, comunicação, início do exame, interrupções no decurso do exame e após o exame.

Os dados recolhidos serão introduzidos no programa de análise estatística *IBM SPSS Statistics*, versão 22, que servirá também para a posterior análise.

Bibliografia

Armstrong, P., *et al* (2000). The Clinical Radiology Patients' Liaison Group. *The Royal College of Radiologists*, 9, pp. 1-23.

Batista, V. L., Duarte, J. C., Santos, P. M., & Santos, R. M. (2010). Nurse Satisfaction: comparative study on two Models of Hospital Management. *Revista Referência, II Série*(12), 57-69.

Garson, G. D. (2012). *Sampling*. Retrieved. Fonte: [//www.statisticalassociates.com/sampling.Pdf](http://www.statisticalassociates.com/sampling.Pdf)

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *Inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.

Marco, M. A. (2006). Do Modelo Biómédico ao Modelo Biopsicossocial: um projecto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60-72.

Mazzola, A. A. (2009). Ressonância magnética: princípios de formação da imagem e aplicações em imagem funcional. *Revista Brasileira de Física Médica*, 1, pp. 117-129.

Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o Doente certezas e incógnitas* (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Morais, L. (2013). *Comunicação Em Saúde e Processo de Mudança*. Lisboa: Escolar Editora.

O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration . Em R. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1-48). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality .

Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editora .

Rimala, R. N., & Lapinskib, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bull World Health Organ*, pp. 87-247. doi:10.2471/BLT.08.056713

Rogers, C. (1961). How can I help? . Em *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* (pp. 35-58). Boston: Houghton Mifflin Company.

Seago, J. A. (2008). Professional Communication. Em R. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1-23). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Silva, M. J. (2002). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*, 10(2), 73-88.

Taylor, S. E. (2015). *Health Psychology* (9ª ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Teixeira, J. A. (1961). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica* , 14(1), 135-139.

Cronograma

Data	Procedimentos de Investigação
Setembro a Outubro 2015	Definição do tema da tese; contacto com a instituição; elaboração do projeto de dissertação; delineamento dos procedimentos de recolha
Outubro a Dezembro 2015	Pesquisa e leitura de bibliografia; definição de objetivo 1ª Fase recolha de dados, elaboração da base de dados.

Dezembro 2015	Escrita (parte teórica e objetivos do trabalho) Introdução dos dados da 1ª fase Estruturação da ação de formação com os técnicos e auxiliares
Janeiro 2016	Implementação da ação de formação com os técnicos e auxiliares
Fevereiro a Abril 2016	2ª Fase de recolha e introdução dos dados na base de dados
Mai 2016	Análise de dados e escrita dos capítulos método, resultados e discussão
Junho 2016	Rever o trabalho escrito na íntegra

Anexo C- Outputs do Cálculo do Consenso Inter-juizes

Outputs do Cálculo do Consenso inter-juizes

Quadro 1- Juiz 1 e Juiz 3

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	,904	,014	29,997	,000
N of Valid Cases		1100			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Quadro 2- Juiz 1 e Juiz 2

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	,905	,014	30,011	,000
N of Valid Cases		1100			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Quadro 3- Juiz 2 e Juiz 3

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	,925	,013	30,673	,000
N of Valid Cases		1100			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.