

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**COMUNICAÇÃO E DECISÃO PARTILHADA COM O DOENTE
TESE DE PUBLICAÇÕES**

AMÉRICO JOSÉ FURTADO VARELA

ORIENTADORES:

PROFESSORA GILDA CUNHA

PROFESSOR MANUEL CARRAGETA

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2016

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**COMUNICAÇÃO E DECISÃO PARTILHADA COM O DOENTE
TESE DE PUBLICAÇÕES**

AMÉRICO JOSÉ FURTADO VARELA

ORIENTADORES

PROFESSORA GILDA CUNHA

PROFESSOR MANUEL CARRAGETA

JÚRI

PROFESSORA MARGARIDA EIRAS

PROFESSORA ANA ESCOVAL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2016

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que estejam incluídos neste trabalho.

DEDICATÓRIA

Dedica-se esta tese à esposa Cinda e aos filhos Ana e Daniel, aos quais está profundamente grato pela ajuda, pela quase infinita paciência e pela muita compreensão durante o mestrado Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Américo Varela

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta tese de mestrado não teria sido possível sem o apoio, colaboração e assistência de várias pessoas, durante a elaboração do projeto, nomeadamente dos docentes orientadores Profª Gilda Cunha e Prof. Manuel Carrageta.

Agradece-se as generosas colaborações do Prof. Ezequiel Pinto, do Dr. Alcides Martins, do Dr. Sérgio Figueiredo, do Dr. Pedro Bandeira, da Professora Ana Escoval, da Drª Cristina Vaz de Almeida, da Drª Maria da Luz Antunes, do Dr. Luís Pisco, do Dr. Luís Amaro, do Dr. João Rodrigues, de Emília Pereira e da Assistente Técnica Sílvia Chipelo.

Também às colegas Sílvia Pedroso e Tânia Umbelino pela colaboração e participação, em coautoria, no trabalho “O papel da comunicação na avaliação da satisfação do doente através da aplicação do questionário EUROPEP”.

Finalmente, agradece-se a toda a equipa de docentes da 4ª edição do Mestrado GATS, da Escola Superior de Tecnologia em Saúde de Lisboa e da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, pelo apoio ao longo dos estudos no mestrado.

Américo Varela

RESUMO

A presente tese centra-se em quatro áreas-chave que exigem competências comunicacionais aos profissionais de saúde, a saber, consentimento informado, gestão estratégica dos cuidados de saúde, satisfação do doente e literacia em saúde. **Objetivo** - identificar e analisar as determinantes da comunicação, existentes nessas áreas-chave, que influenciam a decisão partilhada entre o médico e o doente. **Metodologia** – esta tese de publicações inicia com o enquadramento teórico da temática “Comunicação e decisão partilhada com o doente”; depois, apresenta, de forma esquemática, a relação existente entre a comunicação e os modelos conceptuais das ferramentas analisadas em três revisões da literatura e no ensaio crítico. Estes artigos, submetidos para publicação em 2015, estão incluídos no Capítulo 2 – Desenvolvimento. Efetuou-se uma recolha no terreno de depoimentos e comentários de seis peritos de referência nos Cuidados de Saúde Primários e em Direito, e a dois utentes, sobre as três revisões, com base na sua experiência e conhecimentos. Alguns desses comentários foram incluídos no Capítulo 3 – Considerações e Conclusões Finais, servindo de fundamentação, comprovação ou ilustração das determinantes da comunicação entre o médico e o doente que constituem as respostas aos objetivos específicos, e que se encontram identificadas nas revisões da literatura. **Conclusões** – o registo do diagnóstico de preferências do doente é essencial e deverá ser obrigatoriamente integrado no processo clínico. Uma boa relação médico-doente é a condição mais valiosa para uma comunicação eficaz. Apesar da relevância e da influência das determinantes identificadas e analisadas, esta interação resulta numa melhoria da satisfação, e pode evoluir para a construção de decisões partilhadas de elevada qualidade. Desta forma contribuirá para uma renovação na dinâmica da relação médico doente

Palavras-Chave: comunicação, consentimento informado, satisfação do doente, gestão estratégica e decisão partilhada.

ABSTRACT

The present thesis focuses on four key areas requiring communication skills from health professionals, namely, informed consent, strategic healthcare management, patient satisfaction and health literacy. **Purpose** - to identify and study the determinants of communication existing in those key areas that influence the decision share between the physician and the patient. **Method** - This thesis begins with the theoretical framework of the theme "Communication and shared decision with the patient". Then, schematically presents the existing relationship between communication and the conceptual models of the tools discussed in three literature reviews and in the critical essay. These articles, submitted for publication in 2015, are included in Chapter 2 - Development. A collection of statements and comments from six reference experts in Primary Healthcare and in Law, and from two patients, on these reviews, was carried out, based on their experience and knowledge. Some of these comments were included in Chapter 3 – Final Considerations and Conclusions, as grounding, evidence or illustration to communication determinants between doctor and patient, which answer to specific objectives identified in the literature reviews. **Conclusions** – The registration of the diagnosis of the patient's preferences is essential and should be integrated into the clinical process. A good doctor-patient relationship is the most valuable condition for an effective communication. Despite the relevance and influence of the identified and analyzed determinants, this relationship results in improved satisfaction and may evolve to high quality shared decisions making. This way, it will contribute to a dynamics renewal in the doctor-patient relationship.

Keywords: Communication, informed consent, patient satisfaction, strategic management, shared decision.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	V
AGRADECIMENTOS.....	VII
RESUMO	IX
ABSTRACT.....	XI
INDICE DE QUADROS.....	XVII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XXI
LISTA DE TRABALHOS PUBLICADOS OU SUBMETIDOS PARA PUBLICAÇÃO.....	XXII
1 – INTRODUÇÃO.....	1
1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	1
1.2 MODELOS CONCEPTUAIS E DIMENSÃO COMUNICAÇÃO	12
1.3 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	15
1.3.1 Pergunta de investigação	15
1.3.2 Objetivos	16
1.3.2.1 Objetivo geral	16
1.3.2.2 Objetivos específicos.....	16
1.4 METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO E DESENHO DO ESTUDO	16
2 DESENVOLVIMENTO	19
2.1 O BALANCED SCORECARD NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE GESTÃO ESTRATÉGICA. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	19
2.1.1 Resumo.....	19
2.1.2 Introdução	19
2.1.3 Metodologia.....	20
2.1.4 Resultados.....	22
2.1.5 Discussão	29
2.1.6 Conclusões.....	31
2.2 O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA SATISFAÇÃO DO DOENTE ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EUROPEP	33
2.2.1 Resumo.....	33
2.2.2 Introdução	33
2.2.3 Metodologia.....	36
2.2.4 Questionário EUROPEP	40

2.2.5 Resultados.....	41
2.2.6 Discussão	45
2.3 PAPEL DA LITERACIA EM SAÚDE NA DECISÃO PARTILHADA COM O DOENTE.....	49
2.3.1 Resumo	49
2.3.2 Introdução.....	49
2.3.3 Literacia em saúde. Em busca da partilha	51
2.3.4 Considerações finais.....	55
2.4 COMUNICAÇÃO MÉDICO-DOENTE E CONSENTIMENTO INFORMADO EM PORTUGAL	57
2.4.1 Resumo	57
2.4.2 Introdução.....	57
2.4.3 Metodologia	60
2.4.4 Resultados.....	62
2.4.5 Discussão	67
2.4.6 Conclusões	69
3 CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES FINAIS	71
Trabalhos futuros.....	80
REFERÊNCIAS	82
ANEXOS.....	91
Anexo I – Decisão Partilhada: Proposta de Passos na Comunicação Entre o Médico e Doente e Páginas da Internet com Ferramentas para Auxiliar a Tomada de Decisão. Adaptado de (Stiggelbout et al., 2015).....	91
Anexo II– Exemplo de Fluxo de Trabalho mostrando a Integração do Apoio à Decisão Partilhada. Projeto Hip-knee da Tomada de Decisão Partilhada	94
Anexo III – Comentários sobre a publicação “Comunicação Médico-Doente e Consentimento Informado em Portugal.”	95
Dr. Alcides Martins.....	95
Dr. Pedro Caldeira	97
Dr. Sérgio Figueiredo	99
Anexo IV – Comentários sobre a publicação “O Balanced Scorecard nos Cuidados de Saúde Primários: O papel da comunicação no desenvolvimento de um sistema de gestão estratégica. Uma revisão sistemática”	101
Dr. Luís Pisco	101
Dr. Luís Amaro	104
Dr. João Rodrigues	106
Anexo V – Comentários sobre a publicação “O papel da comunicação na satisfação do doente através da aplicação do questionário EUROPEP.” ..	108

Emília Pereira.....	108
Sílvia Chipelo	109
APÊNDICE	111
Apêndice 1 - Questionário a desenvolver em futuro trabalho de investigação	111
na área da Avaliação da Tomada de Decisão Partilhada	111
Apêndice 3 –	117
a) Interligação e sequência metodológica.	117
b) Valor da relação entre doente, médico e organização.	117
c) Diagramas- Comunicação e decisão partilhada com o doente.	117

INDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 – Principais barreiras à decisão partilhada. HLS-EU-PT. (Escoval, A. Pedro, A. 2014).....	2
Quadro 1.2 – Decisão partilhada - principais intervenções para atenuar barreiras.....	2
Quadro 2.1 – Descrição sumária dos resultados dos estudos selecionados	25
Quadro 2.2 – Avaliação global da qualidade dos estudos selecionados.....	44
Quadro 2.3 – Descrição sumária dos resultados dos artigos selecionados	65
Quadro 3.1 – Determinantes externos da comunicação médico-doente e da decisão partilhada estudados nesta tese e por 4 autores autores referenciados.	78
Quadro 3.2 – Determinantes internos da comunicação com o doente e da decisão partilhada estudados nesta tese e por 4 autores autores referenciados.	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1- Domínios de comunicação na relação médico-doente (Cole & Bird, 2013)	4
Figura 1.2- Os estilos de tomada de decisão durante o processo de colaboração do paciente. Adaptado de Barello & Graffigna, 2015.	7
Figura 1.3- Um modelo simplificado de tomada de decisão (Wills & Holmes, 2006).	8
Figura 1.4- Resultados para a saúde dos doentes que se sentem reconhecidos como pessoas com direito à decisão pelo seu médico (Beach et al., 2006).	10
Figura 1.5 - Processos de gestão estratégica do BSC. Adaptado de Kaplan e Norton (1996); Carvalho (2001).....	12
Figura 1.6- Modelo concetual da satisfação dos utilizadores, adaptado de “O valor dos cuidados primários: Perspetiva dos utilizadores das USF” (P. L. Ferreira et al., 2010); (P. Ferreira & Vítor, 2015).	13
Figura 1.7- Modelo concetual da Literacia em Saúde. Adaptado de Mancuso (2008)	14
Figura 1.8- Consentimento informado e o roteiro da melhoria do seu processo informativo. Adaptado de Goldim (2004) e Aldoory (2015).	15
Figura 2.1- Diagrama dos artigos incluídos e excluídos na revisão sistemática	22
Figura 2.2- Diagrama da segunda pesquisa no RCAAP (Continuação).	39
Figura 2.3- Diagrama dos artigos incluídos e excluídos na revisão da literatura	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACP	Assertividade, Clareza e Positividade
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
B-ON	Biblioteca de Conhecimento Online
BSC	Balance Scorecard
CI	Consentimento Informado
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
EUROPEP	European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PF	Planeamento Familiar
Pubmed	“Publicações médicas”
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SI	Sistema de Informação
TARV	Terapêutica Antirretroviral
USF	Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE TRABALHOS PUBLICADOS OU SUBMETIDOS PARA PUBLICAÇÃO

Trabalhos incluídos na tese submetidos e aceites para publicação, em que o candidato é primeiro ou único autor:

Varela, A. Pinto, E. (2016). O Balanced Scorecard nos cuidados de saúde primários: O papel da comunicação no desenvolvimento de um sistema de gestão estratégica. Uma revisão sistemática. Publicado no número 19 da Revista Portuguesa de Gestão & Saúde da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde.

Varela, A. Pedroso, S. Umbelino, T. (2015). O papel da comunicação na satisfação do doente através da aplicação do questionário EUROPEP. Submetido para publicação na Revista Saúde & Tecnologia.

Varela, A. (2016). Papel da literacia em saúde na decisão partilhada. Publicado no número 16 da Revista Saúde & Tecnologia.

Varela, A. Pinto, E. Carrageta, M. (2016). Comunicação médico-doente e Consentimento Informado em Portugal. Publicado no número 15 da Revista Saúde & Tecnologia.

1 – INTRODUÇÃO

1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na cultura médica, no que diz respeito aos papéis a assumir por cada um dos intervenientes, existe a ideia de que o doente deseja que seja o médico a decidir o que fazer. Argumentando a favor desta ideia, invoca-se o exemplo do doente que diz:

- *O Senhor Doutor é que sabe, eu faço o que me disser!*

Contudo, se existem doentes que assim o querem, é também verdade que há muitos outros que não o desejam e, portanto, o problema não está em se assumir, por vezes, uma atitude paternalista, mas sim em assumi-la sempre (Chan et al., 2003).

O maior desafio na inclusão dos doentes nas decisões médicas consiste em operar uma mudança de atitude e de mentalidade que os leve a comprometerem-se com as decisões sobre os seus cuidados de saúde. G. Elwyn definiu a tomada de decisão sensível à colaboração como uma abordagem em que médicos e doentes partilham a melhor evidência disponível, quando confrontados com a tarefa de tomar decisões, e em que os doentes são apoiados na sua autonomia para decidir por preferências informadas (G. Elwyn, Laitner, Coulter, Walker, & Watson, 2010). Este tipo de abordagem exige uma mudança na dinâmica da relação médico-doente para que os clínicos colaborem com os doentes, encorajando a sua maior participação e dando resposta às suas expectativas; por seu lado, os doentes têm de ter uma maior motivação e objetivos em relação à sua saúde.

Em termos genéricos, encontrar terreno comum entre o médico e o doente consiste em alcançar entendimento recíproco, pelo menos, nos seguintes aspetos:

- Definição do problema e dos objetivos a atingir
- Ordenação de prioridades de tratamento e modalidades de abordagem
- Papel a desempenhar pelo médico e pelo doente (Chan et al., 2003)

Um motivo essencial para este desafio da tomada de decisão partilhada é a noção de que o doente tem o direito de ser livre e autónomo nas decisões sobre a sua saúde (Huckman & Kelley, 2013; Sarasohn-Kahn, 2013; Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008).

Os médicos de família e os doentes têm procurado evoluir de uma tendência de prescrição sistemática ou de pedido de medicamentos "por tudo e por nada", e de elevado "consumismo" de cuidados, para uma orientação que vise a promoção da saúde, a inclusão e a responsabilização dos utentes na adoção de comportamentos saudáveis e de mudanças de estilo de vida. Não é adequado os profissionais de saúde adotarem o modelo de tratamento das doenças agudas, segundo o qual, resolvem os problemas pelos utentes quando têm pela frente casos de doentes crónicos, cuja abordagem mais adequada será a de resolver os obstáculos com a sua colaboração. Para tal, as competências comunicacionais são fundamentais. Sem elas, existirão falhas na comunicação que porão em causa a mensagem, a colaboração e a

decisão partilhada. E estas insuficiências na comunicação parecem ser a principal barreira à partilha da decisão, necessitando de intervenção ao nível de profissionais e doentes (ponto 1, quadros 1.1 e 1.2).

Quadro 1.1 – Principais barreiras à decisão partilhada. HLS-EU-PT. (Escoval, A. Pedro, A. 2014)

1.	Insuficientes competências comunicacionais orientadas para a partilha da decisão	38
2.	Insuficiente capacitação dos cidadãos para a saúde / escassa educação de base dos cidadãos	23
3.	Expetativas e crenças / aspetos culturais como condicionantes / auto percepção por parte do utente para fazer parte da negociação / decisão / gestão desintegrada das expetativas, realidades e competências dos utilizadores. Excessiva medicalização no sistema de saúde.	17
4.	Falta de tempo na interação para a decisão partilhada. Dar insuficiente informação clínica ao utente	14

Fonte: Apresentação pública dos resultados preliminares do Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS-EU-PT), na 2ª edição de Educar na Diabetes. (Escoval, A. 2014).

Esta mudança para o modelo de decisão partilhada depara-se também com outras barreiras (quadro 1.1), como por exemplo, a da insuficiente capacitação dos cidadãos para a saúde ou a do pouco tempo disponível para cada consulta, o que limita a interação entre os profissionais de saúde e os doentes (Schwartzstein, 2015). Essa insuficiente capacitação tem um impacto negativo na interação com os cuidados prestados, na capacidade de orientação nas redes do sistema de cuidados e na qualidade de comunicação com os profissionais de saúde, o que pode, em última análise, originar maus resultados em saúde. Por exemplo, alguns estudos apontam a incapacidade dos doentes para entenderem instruções, tais como as relativas à toma de medicação em jejum ou aos formulários normalizados para o consentimento informado (Crip et al., 2014).

Quadro 1.2 – Decisão partilhada - principais intervenções para atenuar barreiras.

1.	(In)formação dos utentes e dos profissionais, aumentando as suas competências comunicacionais	42
2.	Políticas intersectoriais que visem a promoção da saúde, a autonomia, a inclusão, a capacitação e a responsabilização do cidadão na decisão.	38
3.	Desenvolvimento de uma cultura de trabalho em equipa, com alocação adequada de recursos.	25
4.	Reforço da divulgação de informação de saúde credível e atualizada nos meios de comunicação.	18
5.	Participação efetiva dos cidadãos nos órgãos consultivos das instituições de saúde	14

Fonte: Apresentação pública dos resultados preliminares do Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal, na 2ª edição de Educar na Diabetes. (Escoval, A., 2014).

Para atenuar essas barreiras, há que apostar na informação e na formação, as quais aumentarão as competências comunicacionais dos utentes e dos profissionais (quadro 1.2), e o tempo suficiente de consulta, em Medicina Geral e Familiar, para que essa partilha ocorra (Labrie & Schulz, 2015).

A comunicação só se torna eficaz quando há partilha de significados (ato de pôr em comum). Porém, a criação de significados comuns não depende exclusivamente do emissor e do receptor, mas do sistema de troca de mensagens entre ambos (comportamento gera comportamento), em que o comportamento e comunicação (verbal e não verbal) de um é função do comportamento e comunicação (verbal e não verbal) do outro, em que as diferenças individuais (determinantes internas da comunicação) e o contexto em que decorre a relação e comunicação (determinantes externas da comunicação) assumem especial importância, tal como o vão ter nesta tese. A melhor gestão possível destas variáveis (determinantes a identificar e analisar neste trabalho), que influenciam o processo de comunicação, maximiza a partilha de significados comuns entre médico e doente. Porém, deve-se distinguir este processo (bidirecional), da ação de transmissão de informação (unidirecional), permitindo ao doente que assumira um papel indispensável na eficácia da decisão clínica e organizacional, respeitando a sua necessidade natural de comunicar. Desta forma, é em função da experiência de cada um, da relação que existe entre os intervenientes e do contexto que envolve a relação, que o significado é desenvolvido e pode ser partilhado (Camara & Paulo Balreira Guerra, 2010). Para se alcançar os resultados esperados, há que reduzir a discrepância de significados que possa existir entre o doente e o médico, através da educação para a saúde e de conhecimentos e informações cada vez mais partilhados entre o cidadão e o seu médico (Nunes, 2010). O modelo de comunicação e comportamentos descrito por Bird e Cohen-Cole apresenta três funções-chave na interação médico-doente (figura 1.3):

- Recolha de dados para compreender melhor o doente e o problema de saúde e troca de informação (recolha e partilha de informações);
- Desenvolvimento da relação e aceitação pelo médico, que apresenta um comportamento adaptado às emoções do doente (desenvolvimento da relação terapêutica);
- Colaboração e decisão conjunta (tomada de decisão partilhada) (Cole & Bird, 2013).

A Figura 1.1 fornece uma representação esquemática deste modelo.

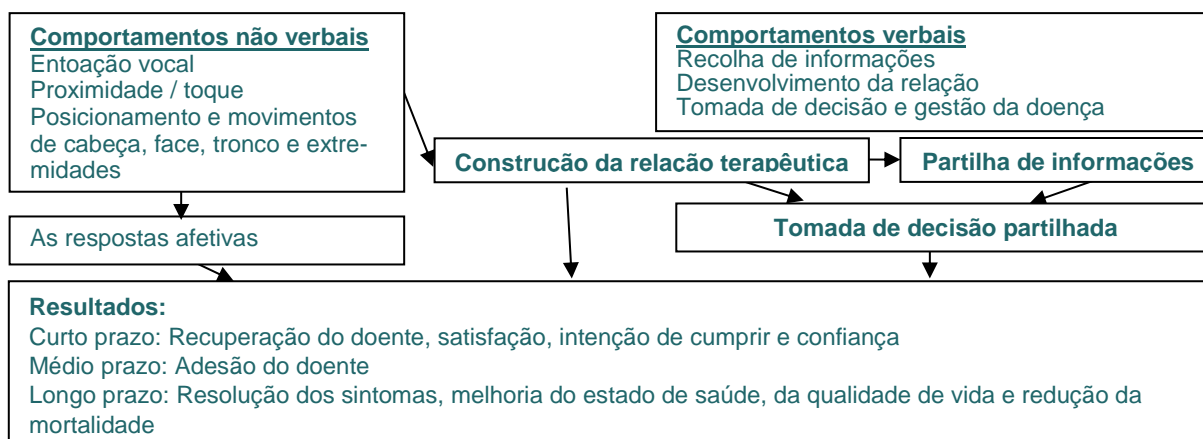


Figura 1.1- Domínios de comunicação na relação médico-doente (Cole & Bird, 2013)

A construção da relação, no sentido em que o doente se deve sentir à vontade a relatar informações necessárias, de maneira a que possa facilitar a intervenção do médico e a troca de dados têm impacto na tomada de decisão partilhada com o doente, e esta influencia os resultados em saúde (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002).

Segundo o conceito de comunicação desenvolvido por Pierre Lévy em 1999: “*comunicar não é apenas transmitir e receber uma mensagem*”. Para este autor, comunicar é partilhar um sentido e um contexto comum, uma cultura, uma história e uma experiência (Lévy, 1999).

A partir deste conceito, Pierre Lévy dá um novo significado à característica classicamente atribuída à comunicação (emissão e receção de mensagens), e desloca o sentido do ato comunicacional para o processo de partilha (de algo em comum) que vai acontecendo no encontro entre o médico e o doente.

Na comunicação centrada na pessoa, os protagonistas encontram um terreno comum para abordar as ideias do doente sobre o que ocorre e o que deve ser feito e as decisões a serem tomadas. Os cuidados centrados na pessoa doente são caracterizados por relações contínuas, compreensão partilhada, apoio emocional, confiança, capacitação e de ativação e escolhas informadas. Isso acontece, quando o médico promove uma relação de cooperação com o doente, que leva em conta as suas expectativas, preocupações, experiências pessoais e culturais em relação à doença, e também as de sua família e comunidade. (Ceron, 2013). Assume-se neste sentido, que as formas de comunicação e interação entre médicos e doentes, estabelecidas a partir do diálogo requerem o exercício da “*arte de conduzir uma verdadeira conversação*.” Que se concretiza na forma de perguntas e respostas (...). Perguntar significa colocar em aberto e delimitar o assunto. A abertura daquilo que se pergunta consiste no facto de não se pretender obter uma resposta fixa ou condicionada. A pergunta deve delimitar o assunto em questão sem, contudo, fechá-lo e decidi-lo de antemão” (Gadamer, 2014).

Com o objetivo de compreender as formas de comunicação e interação entre médicos e doentes, diversos autores construíam modelos comunicacionais, nomeadamente o modelo de atividade-passividade, orientação-cooperação, participação mútua (Szasz & Hollender, 1956), os modelos paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo (Emanuel, 1992) e as relações paternalistas, consumistas, falha de interação e de mutualidade (Roter, et al., 1988).

Porém, em 2009, o Código Australiano de Conduta para Médicos descreve de uma forma pragmática, nove componentes essenciais para uma comunicação eficaz. Este código aponta competências essenciais, tais como, ouvir os doentes, respeitar as suas opiniões, incentivar a comunicação aberta sobre as preferências de tratamento, discutir opções de gestão da doença, refletir e garantir o acordo sobre planos terapêuticos, permitir que os doentes façam perguntas, assegurar a compreensão e estar consciente da linguagem e das questões culturais da comunicação (Australian Medical Council, 2009).

As orientações para melhorar a comunicação enfatizam a importância de aquisição de competências de comunicação verbal e não verbal, para se evoluir para a construção de decisões partilhadas (Usherwood, 1999). Uma postura atenta, contato visual, escuta ativa e encorajar o paciente a falar, oferecendo pistas gestuais para o efeito, são importantes competências de comunicação não verbal. Na verbal, pode-se iniciar a consulta incentivando o doente a contar, sem interrupção, a sua história clínica e, em seguida, deve-se fazer, preferencialmente, perguntas abertas para que o doente continue a trazer questões, ou preocupações adicionais (Billings, 1993). Caso o doente apresente, durante a consulta, queixas múltiplas relatadas de forma desconexa, deve ser orientado com perguntas abertas que delimitem os motivos de preocupação revelados, para se evitar dispersão no diálogo, má gestão do tempo e facilitar o raciocínio clínico. Uma vez todas as questões elucidadas, o médico e/ou o doente devem fazer um resumo e reflexão sobre o que foi ouvido/dito, para garantir um entendimento comum. Ao não se esclarecer todas as questões, a decisão poderá passar por investigações ou meios complementares de diagnóstico desnecessários, e assim o doente não revelará eventuais causas psicológicas para os seus sintomas físicos. Desta forma, o médico também não evitará, que o doente volte desnecessariamente à consulta, com problemas não resolvidos. Davies descreve no “Manual de Cuidados de Saúde Mental na prática de Medicina Geral e Familiar”, a importância que ouvir e não interromper tem na melhoria de deteção da doença mental (Davies, 2003). A empatia é outra competência essencial. A empatia promove a satisfação do médico e do doente, e permite que a consulta seja mais eficaz, pois este tende a ser mais aberto para com um médico que demonstre compreensão (Larson & Yao, 2005). A consideração pela perspectiva do doente, o desenvolvimento da confiança e a garantia de compreensão da história e dos fatores psicossociais do doente, são elementos críticos na prestação de cuidados médicos (Mikesell, 2013).

O processo comunicacional até agora detalhado exigiu reflexão e discussão entre médicos e com outros observadores de outras áreas profissionais, a prática durante as consultas e a análise de vídeo-gravações. Estes contributos permitiram a focalização progressiva em competências de comunicação e sua decomposição em comportamentos elementares. O passo seguinte foi o de sintetizar as referidas habilidades comportamentais em «arte», sistematizando-as de modo a conferirem suficiente sentido, coerência e elegância num modelo teórico-prático em construção «*Arte da comunicação na consulta*» (Carrapiço & Ramos, 2012). Os pilares centrais da comunicação médico-doente, neste modelo, são interpelar, ouvir, perguntar, ouvir a resposta, imaginar-se o outro, interpretar, partilhar as interpretações, voltar a perguntar para confirmar a sintonia de entendimentos, voltar a ouvir, reformular, devolver o resultado desse processo, e assim sucessivamente, formam como que um núcleo, um coração, que anima a vida de todo o processo da comunicação (Carrapiço & Ramos, 2012). Com a implementação na prática destas competências comunicacionais, haverá menos propensão para o doente reagir negativamente em relação aos resultados inesperados do tratamento e, em última instância, diminuirá o risco de litígios desnecessários (Khoury, 2015).

Desenvolver e incorporar essas competências na consulta é um processo contínuo ao longo da vida de um médico, que vai permitindo refinar a arte de comunicar com os seus doentes. O tempo para a tomada de decisão, o desempenho da mensagem, o contexto favorável ou desfavorável da ação, o planeamento inicial como trave mestra de todo o processo de acompanhamento, e os “atores” nomeadamente doentes, profissionais de saúde e gestores, são variáveis que distinguem a comunicação numa situação de crise, dos modelos de comunicação até agora aprofundados nesta tese, e que os responsáveis e profissionais de saúde deverão ter em atenção sempre que tenham de enfrentar uma situação crítica (Camara & Paulo Balreira Guerra, 2010).

A decisão médica partilhada parte do princípio de que a transmissão/troca de informação é um pressuposto, e que o médico entende as necessidades, o contexto e as prioridades de cada doente, personalizando, a partir daí, cada abordagem (Ruiz-Moral, 2010), (Kripalani et al., 2010), (Jagosh et al, 2011), (Bensing et al., 2011). Para a decisão partilhada, é necessário explorar quatro áreas:

- Compreender o diagnóstico e o tratamento;
- Conhecer as dificuldades que se antecipam no cumprimento do plano terapêutico;
- Avaliar os meios práticos de se ajudar o doente a ultrapassar as dificuldades;
- Conhecer as crenças, as preocupações acerca do problema de saúde e as opções de tratamento.(Chan et al., 2003).

Uma compreensão mais aprofundada do papel que se espera dos doentes no processo de decisão, em toda a história natural da sua doença, pode favorecer a aplicação desta prática no dia a dia do médico (Barello & Graffigna, 2015).

Entre o paternalismo, o diálogo ou a parceria na relação médico-paciente, podem encontrar-se estratégias que favoreçam a melhor colaboração possível do doente na tomada de decisão (Graffigna, Barello, & Riva, 2013). Pode-se começar, por exemplo, por uma abordagem paternalista, nas primeiras fases do processo de prestação de cuidados, quando os doentes (na doença crónica) preferem adiar a sua colaboração na tomada de decisões, evitando-se assim o risco de a promoção de uma decisão partilhada se tornar um fardo indesejável (Barello & Graffigna, 2015). Posteriormente, dever-se-á encontrar formas de os envolver, quando e como for aceitável para eles; sugere-se que se tome em consideração a experiência e a vontade dos doentes em colaborar, para se obter compromissos sobre a sua saúde, na relação com o médico, na aliança terapêutica e, globalmente, sobre a prestação de cuidados. Trata-se de um processo interativo de comunicação, através do qual, o médico faz uma parceria com o doente para se assegurar de que o plano de cuidados é o adequado (Lipman, Kalra, & Kirkpatrick, 2015). O processo de colaboração do doente pode evoluir entre a dependência e a autonomia (figura 1.2), e a relação médico-doente pode assumir formas diferentes, o que implica um realinhamento contínuo de papéis e de dinâmicas de poder (Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008).



Figura 1.2- Os estilos de tomada de decisão durante o processo de colaboração do paciente. Adaptado de Barello & Graffigna, 2015.

No entanto, há que ter em conta que os doentes poderão, em qualquer altura da história natural da sua doença, alterar o estilo de tomada de decisão (Benbassat, Pilpel, & Tidhar, 1998) (Glyn Elwyn et al., 2012) (Kasper, Légaré, Scheibler, & Geiger, 2012), em função da gravidade da patologia, das suas flutuações (melhoria ou agravamento dos sintomas e do estado de saúde) e do resultado e impacto dos tratamentos sobre a sua qualidade de vida (Glyn Elwyn et al., 2012).

Uma decisão eficaz depende igualmente da compreensão sobre os valores e objetivos do doente, importantes para a tomada de decisão (figura 1.3). Uma abordagem inicial, na doença crónica, que inclua as questões "Diga-me o que sabe" e "o que é mais importante para si", dá informações importantes sobre os conhecimentos do doente, os objetivos e as áreas que necessitam de esclarecimentos (Stiggelbout, Pieterse, & De Haes, 2015), (Lipman, Kalra, & Kirkpatrick, 2015). As decisões são tomadas em função do contexto que envolve a decisão clínica, das preferências do doente, e em combinação com a informação fornecida e os valores considerados, os quais, por sua vez, influenciam os seus comportamentos (por exemplo, a sua adesão à terapêutica) e os resultados (como o seu estado de saúde ou os custos dos cuidados) (Wills & Holmes, 2006).

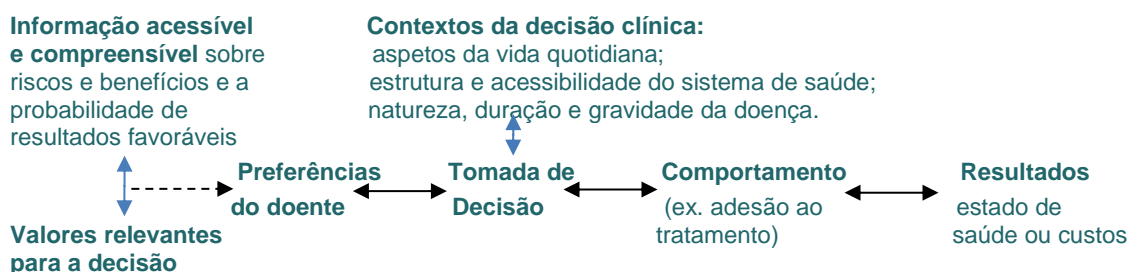


Figura 1.3- Um modelo simplificado de tomada de decisão (Wills & Holmes, 2006).

Encontrar o ponto de equilíbrio para a tomada de decisão partilhada, exige que o médico contrarie o seu impulso natural de dizer o que fazer quando têm certeza de que é o melhor, ou de deixar que o doente decida, quando não tem essa certeza. Na incerteza da decisão, o impulso de dizer, "Não tenho a certeza que a opção x esteja correta, então porque não decide você" deve ser substituído por "trata-se de uma decisão difícil, porque se escolher a opção x não existem certezas do que vai acontecer; deixe-me dizer-lhe o que se sabe sobre esta opção, e depois pode revelar-me se a mesma está de acordo com aquilo que é mais importante para si". Orientar a decisão do doente, sem esclarecimento adicional e respeito pelas suas preferências, dizendo que "Recomendo a opção x, porque permite melhores resultados do que a opção y" deve ser alterado para "deixe-me falar sobre os riscos e os benefícios das opções x e y, para que possa decidir qual delas prefere" (Fried, 2016).

O modelo simplificado, apresentado na figura 1.3, sugere que uma tomada de decisão eficaz depende de informações precisas sobre os riscos, os benefícios e as probabilidades de resultados favoráveis. Para tal, poder-se-á recorrer a árvores de decisão (incluindo o modelo de Markov), um sistema de apoio que, através da estimativa probabilística da ocorrência dos padrões de doença, essencialmente calcula os anos de vida (QALY), ajustados por qualidade. Isso permite perceber que algumas opções podem aumentar a expectativa de vida, mas reduzir

a sua qualidade. Por outro lado, estas árvores de decisão podem permitir, de uma forma mais simples, a utilização, por parte do médico, de uma ilustração eletrónica, em função das características do doente, para comunicar a este o que pode acontecer ao seu estado de saúde (Quaglioni et al., 2013).

As informações precisas sobre saúde poderão ser obtidas/registadas numa plataforma/SI que permita a sua organização, disponibilidade, gestão segura e partilha por parte do cidadão (com literacia digital), o que fomentará o empoderamento do mesmo e facilitará o processo de tomada de decisões informadas no que diz respeito à sua saúde (Pedro, 2008).

Por outro lado, numa organização, a gestão das redes de comunicação ascendente, descendente e horizontal pressupõe a facilitação do desenvolvimento de relações comunicacionais positivas e a presença de contextos de comunicação propícios ao ato de pôr em comum, o que extravasa a gestão pura e simples de um sistema de informação. Assim, essas relações de comunicação, pelo papel específico que cada uma desempenha no ato de pôr em comum o significado dos objetivos, da visão, missão e valores, e conseqüentemente, da identidade organizacional, assumem uma importância crucial para o desenvolvimento organizacional (Camara & Paulo Balreira Guerra, 2010).

Em qualquer contexto organizacional, mais ou menos facilitador do desenvolvimento de relações comunicacionais, em que é tomada a decisão clínica, o médico deve trabalhar em parceria com o seu doente para garantir a melhor qualidade possível na prestação de cuidados e as boas práticas na tomada de decisão em conjunto (Anexo I – Exemplo de Fluxo de Trabalho com Apoio à Decisão Partilhada). Ao fazê-lo, o médico deve (General Medical Council, 2008):

- Ouvir o doente e respeitar os seus pontos de vista sobre a sua saúde;
- Discutir com o doente o diagnóstico, o tratamento e os cuidados necessários;
- Partilhar informação que o doente quer ou precisa, a fim de tomar decisões;
- Maximizar as oportunidades e a capacidade do doente para tomar decisões;
- Respeitar as decisões do doente.

“A interação e comunicação efetiva entre o médico e o doente são centrais para a satisfação de ambos, para a competência do médico e para a recuperação dos doentes” (Bird et al., 1993). Os doentes que relataram que o seu médico os reconhece como “uma pessoa com direito à decisão” estavam mais predispostos a submeterem-se à terapêutica antirretroviral (TARV) (60 % vs. 46%, $P < 0,001$), a aderir à TARV (76% vs. 63%, $P = 0,007$), a ter ARN do VIH-1 indetetável no soro (50% vs. 37%, $P < 0,001$). Referiam igualmente maior qualidade de vida, faltar menos às consultas, convicções mais positivas em relação à terapêutica, menos tensões sociais, menos consumo excessivo de drogas e álcool, e conseqüentemente melhores resultados em saúde (Beach, Keruly, & Moore, 2006), (fig. 1.4).

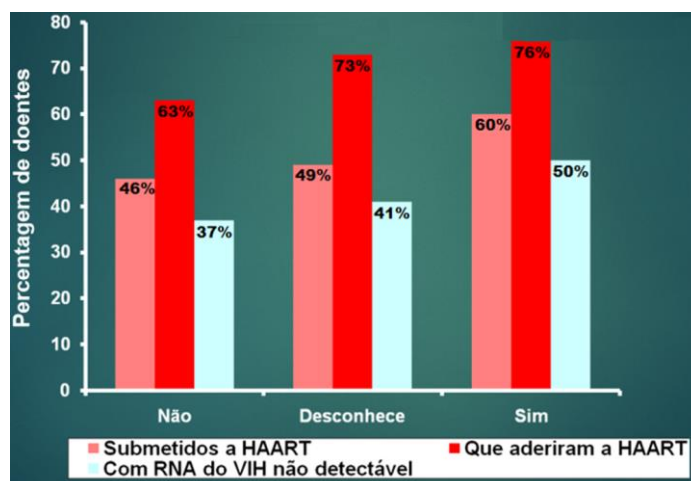


Figura 1.4- Resultados para a saúde dos doentes que se sentem reconhecidos como pessoas com direito à decisão pelo seu médico (Beach et al., 2006).

A tomada de decisão partilhada com o doente é apoiada por evidências de 86 estudos randomizados que mostram melhoria de conhecimento dos doentes, mais confiança nas decisões, participação mais ativa e, em muitas situações, os mais informados optam pelo tratamento mais conservador (Stacey et al., 2014a).

A complexidade do processo assistencial e o custo económico que lhe está associado estão igualmente relacionados com as decisões, os comportamentos e relações de comunicação de utentes, com os profissionais de saúde e os gestores, com a variabilidade na prática clínica, a assistência multidisciplinar e a incorporação de novas tecnologias ("A saúde não tem preço, mas o serviço de saúde tem"). Em 2005/6, o Inquérito Nacional de Saúde concluiu que 52% da população portuguesa tinha, pelo menos, uma doença crónica, e 26% duas ou mais. No global, gasta-se em doença crónica, em Portugal, cerca de 78% da despesa em saúde e 80% do custo da consulta de Medicina Geral e Familiar (Instituto Nacional de Estatística IP e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge IP, 2009).

Na doença crónica, a má adesão à terapêutica, condicionada por uma comunicação, aconselhamento e tomada de decisão pouco eficazes, possui efeitos adversos na qualidade dos cuidados médicos. Interfere com os esforços terapêuticos, reduz os benefícios clínicos da medicação e promove a utilização de meios diagnósticos e de tratamentos desnecessários (Pinheiro, 2008).

Os custos diretos das complicações atribuídas ao mau controlo de qualquer doença crónica são três a quatro vezes superiores, quando comparados com um bom controlo. Também os custos indiretos (diminuição da produtividade, reforma antecipada e morte prematura) apresentam uma mesma magnitude, pelo que o controlo da doença crónica e aumento da adesão à terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde. A comunicação e o aconselhamento

adequado permitem aumentar a adesão ao tratamento. Esta recomendação apresenta o Grau de Evidência A (maior qualidade), em conformidade com a Norma de Orientação Clínica de Adesão Terapêutica, realizada no Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa (Bugalho & Carneiro, 2004):

- Pretende-se uma boa articulação entre os profissionais de saúde e os doentes.
- São fundamentais a perceção do problema de saúde crónico e a empatia pelo doente e o apoio a eventuais dificuldades no decurso do tratamento.
- Este tipo de intervenção pode ser realizado diretamente, na consulta ou contacto telefónico com os doentes e seus familiares, ou indiretamente, através de mensagens automáticas enviadas por via telefónica ou por correio eletrónico.
- As sugestões recomendadas devem ser debatidas com os doentes, de forma a obter-se um consenso que não prejudique o esquema terapêutico.

A investigação demonstra que as pessoas, ao experimentarem a partilha da decisão e a colaboração total com o médico, declaram como positiva esta experiência de parceria, evidenciando-se também uma relação de autonomia e de cooperação mais eficaz, pelo que será fundamental analisar e identificar, nesta tese, as determinantes da comunicação que influenciam uma decisão partilhada percebida como positiva (Shay et al, 2012).

Esta temática reveste-se igualmente de importância pelo facto de se relacionar intrinsecamente com o reforço da cidadania em saúde, através de uma dinâmica contínua, influenciada por determinantes da comunicação e incluída numa relação médico-doente que integre:

- Partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde),
- Cultura de pro-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação),
- Máxima responsabilidade e autonomia individual (empoderamento),
- Colaboração e partilha de informações entre o doente (conhecedor dos seus valores e preferências) e o médico (especialista no diagnóstico, prognóstico e detalhes do tratamento) com o objetivo de tomarem decisões sobre a saúde do cidadão (tomada de decisão partilhada).

Estas perspetivas estratégicas têm impacto auditável e passível de avaliação, nomeadamente a nível de indicadores específicos de doença/saúde, financeiros e aceitabilidade.

A identificação de determinantes comunicacionais na interação médico-doente pode ajudar no desenvolvimento de medidas para a melhoria da qualidade de prestação de cuidados e obtenção de ganhos em saúde. Estas medidas podem igualmente ajudar os médicos a ultrapassar diariamente as dificuldades da tomada de decisão partilhada, eventualmente influenciadas por determinantes da comunicação, existentes no desenvolvimento de um sistema de gestão estratégica, na avaliação da satisfação do doente e na obtenção do CI (Tanco et al.,

2015).

Estas ferramentas, analisadas na presente tese por forma a responder aos objetivos específicos adiante definidos, envolvem a organização e estratégias de gestão, a perceção e satisfação do doente em relação à dimensão comunicação médico-doente, o processo de colaboração e tomadas de decisão no CI. Veja-se, de seguida, os modelos conceituais subjacentes.

1.2 MODELOS CONCEPTUAIS E DIMENSÃO COMUNICAÇÃO

Optou-se por abordar, de forma esquemática e resumida, os modelos conceptuais em análise e estabelecer uma relação, que lhe é intrínseca, com a dimensão Comunicação.

Embora o sistema de gestão estratégica, Balanced Scorecard (BSC), tivesse sido criado e desenvolvido para aplicação nas empresas dos sectores privado e não governamental, o sucesso dos seus resultados não foi ignorado pelas do sector público (Gaspar, 2009).

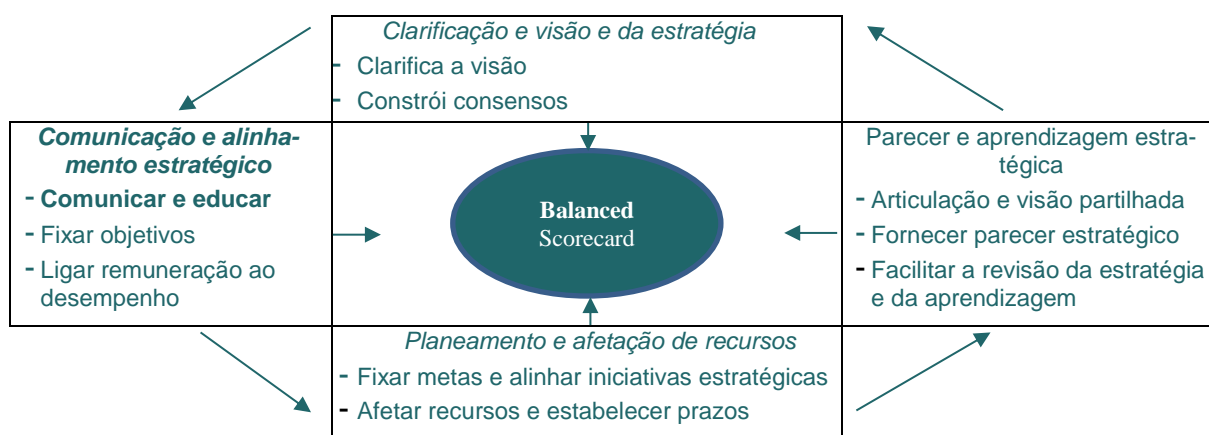


Figura 1.5 - Processos de gestão estratégica do BSC. Adaptado de Kaplan e Norton (1996); Carvalho (2001)

Estas organizações rapidamente se aperceberam de que o BSC, depois de algumas adaptações específicas resultantes, fundamentalmente, das diferenças entre gestão privada e gestão pública (missão, responsabilidade, “stakeholders”, objetivos, estratégia, avaliação de desempenho), continuava a afirmar-se como uma poderosa ferramenta de gestão para comunicar e educar, implementar e avaliar a execução dos processos de gestão estratégica (fig. 1.5) em sectores diferentes do privado (Gaspar, 2009). O facto de estar disponível uma enorme variedade de formas de comunicação entre utilizadores/clientes e organizações fez com que a gestão dos mesmos passasse a constituir a dimensão mais importante da estratégia. Neste sentido, o BSC surge como facilitador da criação de um sistema centrado nos utilizadores,

ao identificar, com grande detalhe, os processos que contribuem para criar valor, e ao desenvolver mecanismos de informação que permitam analisar e equilibrar as diferentes visões do utilizador e em que medida os resultados de uma organização correspondem às suas necessidades: a visão *inside-out* (foco no cliente), referente a métricas de eficácia de processos, nomeadamente em termos de custo e rapidez de implementação (por exemplo, tempos de espera), e a visão *outside-in* (foco do cliente), relacionada com medidas de perceção (por exemplo, avaliação da satisfação dos utilizadores) e atitude do utente (Calhau, 2009).

O modelo conceptual da satisfação dos utilizadores na prática da Medicina Geral e Familiar, esquematizado na figura 1.6, fornece informação útil para a administração, os médicos de família e os cidadãos interessados numa melhor prestação de cuidados (P. L. Ferreira & Raposo, 2006), pois adota uma abordagem totalmente centrada nos utilizadores dos centros de saúde. O seguimento de processos metodológicos rigorosos e aceites internacionalmente permite discutir, de forma atual e garantida, os resultados que ajudam a melhorar a situação existente (P. L. Ferreira, Antunes, & Portugal, 2010).

Este modelo conceptual, subjacente ao inquérito, é composto por dois grandes grupos de indicadores: indicadores – chave EUROPEP e indicadores de áreas específicas de satisfação (P. L. Ferreira et al., 2010). O primeiro grupo mede essencialmente cinco dimensões dos cuidados primários (P. L. Ferreira et al., 2010) - relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação; organização dos serviços.

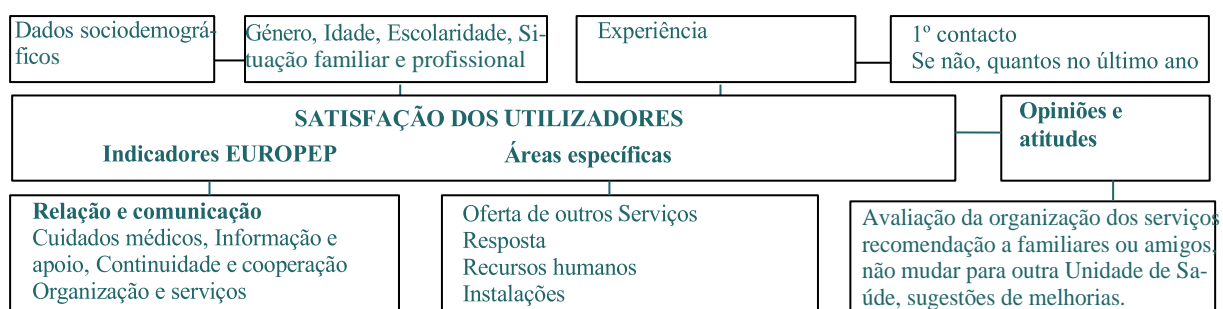


Figura 1.6- Modelo conceptual da satisfação dos utilizadores, adaptado de “O valor dos cuidados primários: Perspetiva dos utilizadores das USF” (P. L. Ferreira et al., 2010); (P. Ferreira & Vítor, 2015).

O questionário EUROPEP é uma ferramenta importante para avaliar a qualidade percebida pelos utentes, nomeadamente sobre a dimensão “Relação e Comunicação com o seu Médico de Família” e para facilitar a sua participação ativa, ou seja, para dar voz às suas opiniões, necessidades e expectativas, atribuindo-lhes também a responsabilidade pela sua saúde, de forma informada e capaz para tomarem as suas próprias decisões. Pretende-se que os utentes sejam

corresponsáveis pelas decisões e pelos serviços que as instituições de saúde proporcionam à comunidade (Ministério da Saúde, 2010).

Pode-se observar, na figura 1.7, os atributos da literacia em saúde (capacidade, compreensão e comunicação) especificados por Josephine Mancuso. Segundo esta autora, aumentar a literacia em saúde influencia não só cada um dos indivíduos, mas também a comunidade em que se inserem (Mancuso, 2008).

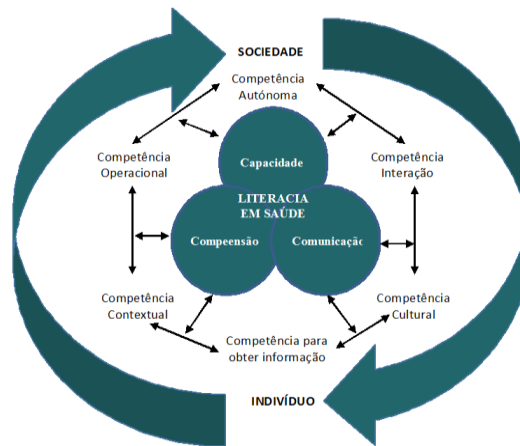


Figura 1.7- Modelo conceitual da Literacia em Saúde. Adaptado de Mancuso (2008)

O atributo Comunicação, definido por Mancuso como inerente à literacia em saúde, aponta para uma troca de mensagens, pensamentos e/ou informações que deve promover a compreensão, a escuta e a reflexão crítica. Embora, na área da saúde, a comunicação se destine, essencialmente, a informar e influenciar decisões, cujo objetivo é a melhoria do estado de saúde, esta troca de informação é, muitas vezes, feita para lá da comunicação entre o médico e o doente, utilizando-se, para tal, materiais audiovisuais, folhetos informativos ou internet, cujos conteúdos, para serem eficazes, deverão ser rigorosos, equilibrados, consistentes, compreensíveis e, sobretudo, seguirem a lógica da competência cultural (L. Loureiro et al., 2012). Com o processo de consentimento informado, o doente participa nas decisões sobre cuidados, tratamentos e serviços, mas isso exige desenvolvimento psicológico, competências interpessoais, envolvimento com o assunto, a compreensão das alternativas e a possibilidade de comunicação de uma preferência do doente ao médico, que remete para outro componente - o processo informativo do consentimento informado (Alves, 2011), incluído no seu roteiro de melhoria (fig. 1.8) (Aldoory, Ryan, & Rouhani, 2015).

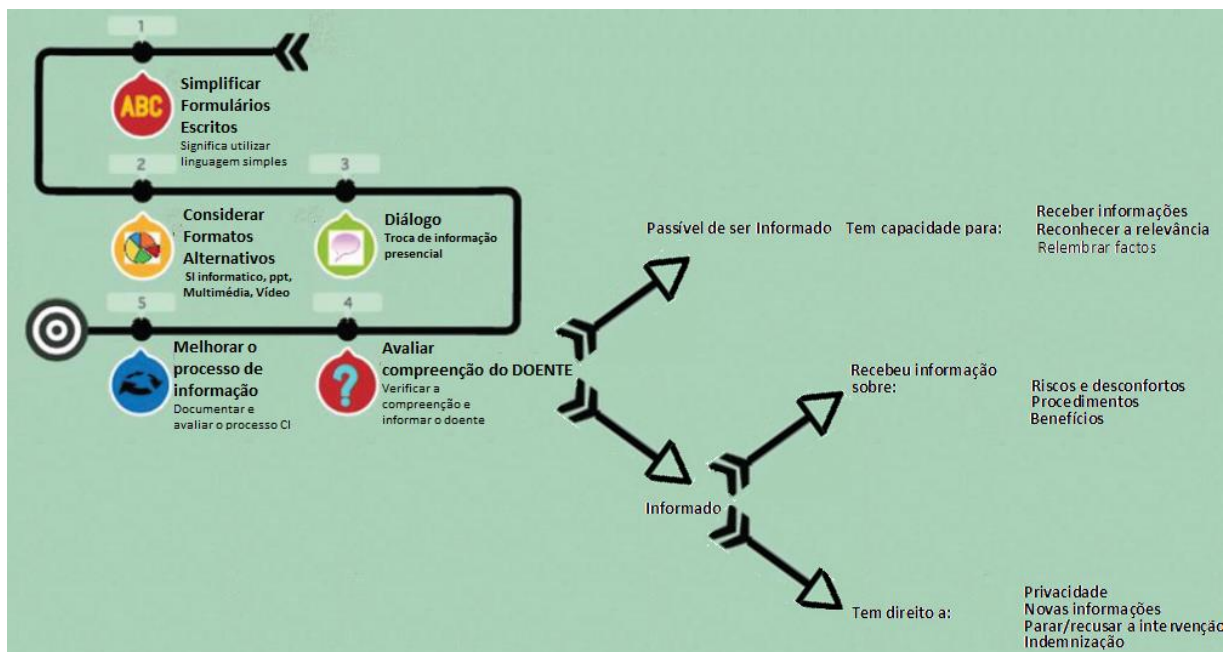


Figura 1.8- Consentimento informado e o roteiro da melhoria do seu processo informativo. Adaptado de Goldim (2004) e Aldoory (2015).

Para que exista, de facto, uma comunicação bem sucedida, com carácter interativo como reforço de normas éticas, é importante que a informação seja adequada, simples, precisa e com relevância contextual. Na sequência da publicação da norma n.º 015/2013, de 03/10/2013, atualizada a 14/10/2014, o consentimento informado deve ser efetuado em formulário eletrónico disponível no sítio da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2014), cujos campos são específicos, editáveis e permitem a inclusão de informação/esclarecimento personalizado. O seu preenchimento deve permitir, por um lado, uma ponderação maior dos riscos, benefícios e consequências da intervenção, e, por outro, deve propiciar aquele nível de comunicação interativa com o doente e de tomada de decisão partilhada (Almeida, 2014).

O aprofundamento dos processos subjacentes a estes modelos conceptuais e a relação com a dimensão comunicação e decisão partilhada têm sequência nos objetivos a seguir definidos, interligação com o capítulo 2 – desenvolvimento, e ao longo da tese.

1.3 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

1.3.1 Pergunta de investigação

A pergunta de investigação subjacente ao trabalho proposto é:

“Quais as determinantes da comunicação entre o médico e o doente que influenciam a decisão partilhada?”

1.3.2 Objetivos

1.3.2.1 Objetivo geral

Esta tese tem como objetivo geral identificar e analisar as determinantes da comunicação, entre o médico e o doente, que influenciam a decisão partilhada. Como objetivos específicos, propõe-se:

1.3.2.2 Objetivos específicos

- Identificar e analisar as determinantes da comunicação entre o médico de família, o utente e a administração no desenvolvimento do sistema de gestão estratégica – “Balanced Scorecard” - como facilitador da criação de um sistema centrado nos doentes nos cuidados de saúde primários.
- Identificar e analisar as determinantes da comunicação do utente com o médico de família que influenciam a satisfação do doente e o seu envolvimento nas decisões sobre os cuidados e os tratamentos.
- Identificar e analisar as determinantes da comunicação entre o médico e o doente, que influenciam o dever ético de informar para um consentimento livre e esclarecido e as preferências do doente em relação à tomada de decisão.

1.4 METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO E DESENHO DO ESTUDO

Levou-se a cabo três revisões da literatura que abordam cada um dos objetivos específicos, anteriormente referidos, relacionados com os instrumentos identificados (BSC, avaliação da satisfação do doente e consentimento informado), e que resultaram em conclusões sobre determinantes da comunicação entre o médico e o doente, que influenciam a tomada de decisão partilhada.

Apresenta-se no diagrama (fig. 1.9) as bases de dados consultadas e os critérios de pesquisa e de seleção utilizados em cada uma das três revisões da literatura efetuadas.

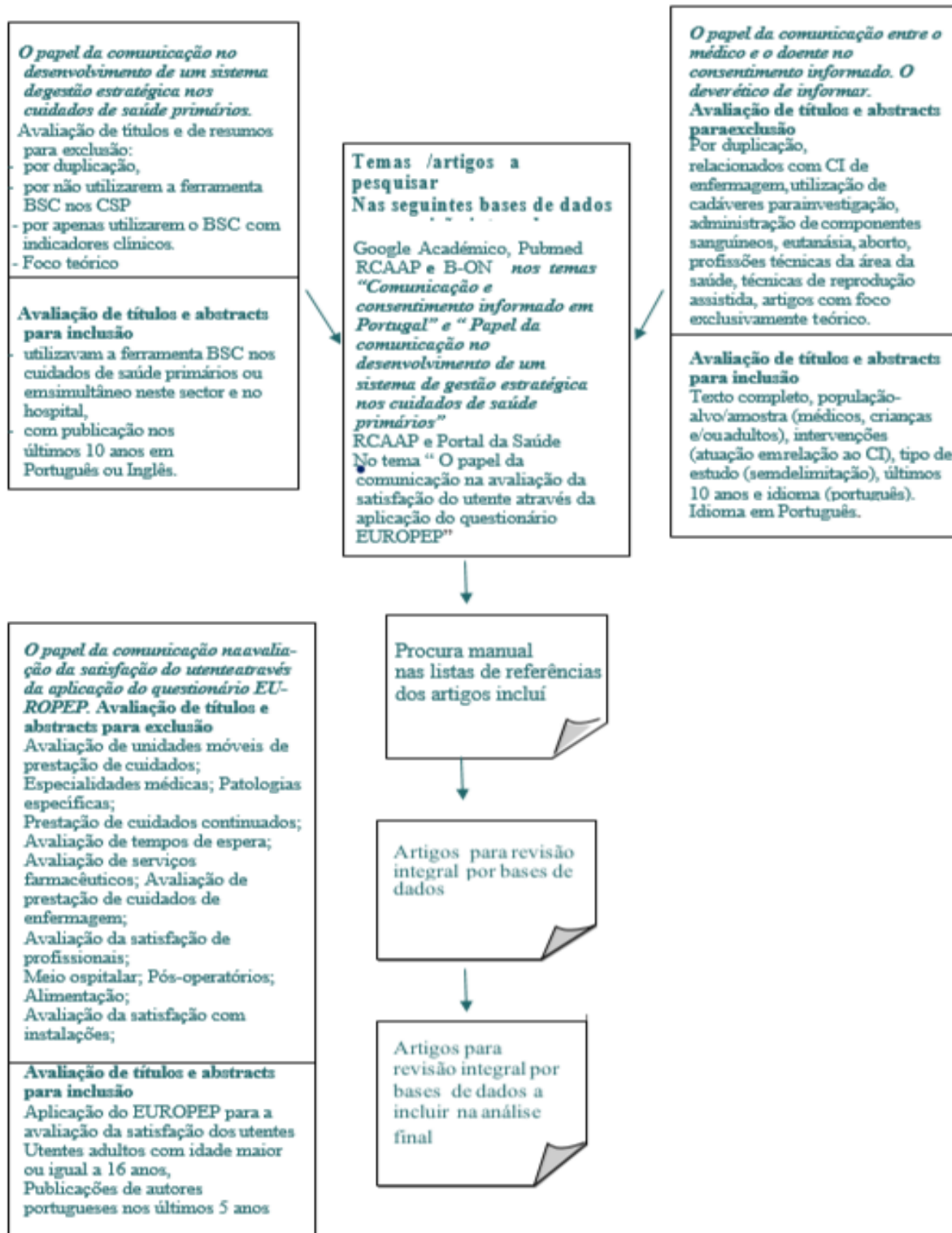


Figura 1.9- Diagrama sobre os critérios de seleção nas revisões da literatura.

Foram pré-selecionados artigos, em língua portuguesa, na revisão sistemática “O papel da comunicação na satisfação do doente através da aplicação do questionário EUROPEP” e, em português e inglês, nas revisões da literatura “Comunicação e consentimento informado em Portugal” e “O Balanced scorecard nos cuidados de saúde primários: O papel da comunicação no desenvolvimento de um sistema de gestão estratégica”, que apresentavam no título/resumo os termos-chave para a pesquisa. Note-se que, após a sua leitura, caso persistissem dúvidas sobre o tema central do estudo, procedia-se à leitura completa do artigo para definir a sua inclusão (ou não) na pesquisa. Concentraram-se esforços na localização de artigos publicados em revistas científicas, teses de doutoramento e de mestrado. Os autores leram, de forma independente, e classificaram as publicações encontradas, catalogando-as por tipo de estudo e identificando as suas limitações. As diferenças foram resolvidas por consenso. Efetuou-se igualmente um ensaio crítico, onde se aprofundou uma reflexão e análise sobre elementos decisivos da comunicação centrada no doente - literacia em saúde e decisão partilhada. Neste ensaio crítico, procurou-se captar a atenção para o objetivo do texto, apresentando-se questões chamativas e relevantes em torno da literacia em saúde e da decisão partilhada, matéria sobre a qual se desenvolveu o conteúdo crítico. Este desenvolvimento constitui a parte mais extensa do ensaio, e procurou-se que fosse organizada com coerência. Transmitiu-se o ponto de vista de vários autores e uma análise crítica. Procurou-se ilustrar essas ideias com exemplos e estudos de investigação, validando, desta forma, os argumentos apresentados. Nas considerações finais deste ensaio crítico, deu-se ênfase ao que se procurou demonstrar e sugeriu-se uma mais ampla exploração do tema.

De acordo com a metodologia de desenvolvimento adotada será efetuado o encadeamento de artigos incluídos no capítulo 2 (Desenvolvimento), o qual apresenta uma sequência perspetivada/pensada do geral para o particular. O primeiro artigo fala da organização, da sua gestão estratégica e do seu impacto na comunicação; no segundo, faz-se a análise da avaliação da satisfação do doente que utiliza os cuidados de Saúde Primários, na dimensão comunicação e relação; depois, um ensaio sobre a partilha de decisão entre médico e doente e a literacia deste em saúde, que tem como atributo intrínseco a comunicação. Por último, inclui-se a revisão da literatura sobre comunicação entre médico e doente no consentimento informado em Portugal. (Apêndice 3 – (a) Interligação e sequência Metodológica).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 O BALANCED SCORECARD NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE GESTÃO ESTRATÉGICA. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

2.1.1 Resumo

Introdução: verifica-se a necessidade de desenvolver um sistema estratégico de gestão nos cuidados de saúde primários, facilitador da comunicação entre médicos de família, doentes e administração. O Balanced Scorecard é um sistema de gestão estratégica que pode ser utilizado neste processo e esta revisão sistemática da literatura pretende verificar a sua aplicação nos cuidados de saúde primários. **Objetivo:** identificar e analisar as determinantes da comunicação entre o médico de família, o utente e a administração no desenvolvimento do sistema de gestão estratégica BSC. **Métodos:** fez-se uma pesquisa nas bases de dados informáticas "Google Académico", "Pubmed", "B-ON" e no Repositório Científico de Acesso Aberto de. Definiu-se, um intervalo temporal entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015 para a pesquisa. **Resultados:** do total de 2 256 artigos resultantes da pesquisa na literatura científica, 7 satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão delineados na metodologia deste artigo. **Conclusões:** confirmou-se que o Balanced Scorecard introduz, ao longo do tempo, mecanismos de melhoria da comunicação entre organizações, administradores de saúde, profissionais da saúde e doentes.

Palavras-chave: Balanced Scorecard, comunicação, cuidados de saúde primários

2.1.2 Introdução

O Balanced Scorecard (BSC), desenvolvido pelos professores da Harvard Business School, Robert Kaplan e David Norton, em 1992, é considerado uma das metodologias mais importantes para avaliação de desempenho e implementação de estratégias, tendo evoluído de um simples sistema de medição de desempenho para um sistema de gestão estratégica, posicionando-se ultimamente como um sistema integrado de medição e de gestão da mudança. Kaplan (2002), na sequência de entrevistas com os gestores de organizações de saúde que aplicam o BSC destaca a motivação como base do sucesso da implementação do BSC nas organizações de saúde e define potenciais benefícios do BSC:

- Fornece mecanismos de comunicação e colaboração com o cliente
- Alinha a tendência da organização numa estratégia focada no cliente,
- Facilita, monitoriza e avalia a implementação da estratégia,
- Atribui responsabilidade pelo desempenho a todos os níveis da organização

- Fornece feedback contínuo sobre a estratégia e promove ajustes para a mudança (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002).

O BSC deve ser utilizado como ferramenta para abrir a organização ao exterior e fornecer uma base para a melhoria do diálogo, o que conseqüentemente aumenta as exigências em matéria de gestão (Kollberg & Elg, 2011).

A comunicação é indispensável ao alinhamento estratégico e deve ser facilitada pela implementação de um sistema de gestão estratégica, definido pela administração, e funcionar como objetivo para os restantes níveis (serviços, equipas de trabalho ou profissionais de saúde) (Galas & Ponte, 2006). Pretende-se que os profissionais de saúde, e restantes colaboradores, reforcem ou coloquem em prática uma estratégia de aproximação com o utente, promovendo a gestão do relacionamento, prestando cuidados de saúde de forma global, integrada e personalizada, desenvolvendo vínculos e laços com os utentes, com a sua família e comunidade onde se inserem (Gaspar, 2009).

A fundamentação para a execução desta revisão sistemática assenta nesta potencial importância de um sistema de gestão estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, apoiado num alinhamento estratégico, como o referido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que se traduz em estratégias para a capacitação do cidadão e incremento da literacia em saúde, de um plano de estudos dos profissionais de saúde que deverá incluir unidades curriculares sobre a avaliação de competências de comunicação pessoal e social, humanização dos cuidados, relação com o doente, bem como em educação e promoção da saúde e, por conseguinte, que inclua estratégias de comunicação que procuram garantir que os agentes assumem direções comuns para a concretização de objetivos, com maior valor em saúde (DGS, 2013) (DGS, 2012).

Assim, este trabalho de revisão sistemática pretende caracterizar a implementação do BSC na área dos cuidados de saúde primários através da identificação e análise das determinantes da comunicação entre o médico de família, o utente e a administração no desenvolvimento do sistema de gestão estratégica BSC. ” - como facilitador da criação de um sistema centrado nos doentes nos cuidados de saúde primários

2.1.3 Metodologia

Fez-se uma pesquisa nas bases de dados informáticas ”Google Académico”, ”Pubmed”, ”B-ON” e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) em duas etapas. A primeira consistiu em utilizar os termos ”Balanced Scorecard” associados, com o descritor ”e”, aos termos ”saúde” ou ”cuidados de saúde primários”. Na segunda etapa, utilizou-se as palavras ”Balanced Scorecard” associadas, com o descritor ”and”, aos termos ”health” or ”primary

care”. Definiu-se, em ambas as etapas, um intervalo temporal para a pesquisa entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015.

Incluíram-se neste estudo todos os artigos publicados em revistas científicas com revisão por pares, teses de mestrado e de doutoramento, em língua portuguesa e inglesa que analisassem ou reportassem a implementação do BSC em unidades de saúde prestadoras de cuidados de saúde primários.

A pesquisa realizada em língua portuguesa resultou em 138 registos no “Google Académico” e 30 registos no RCAAP. Destes foram excluídos, um documento, que consistia numa dissertação de doutoramento, por um autor brasileiro e dois outros, que consistiam em 2 teses de mestrado de autores portugueses. Estes documentos, após a sua revisão integral, foram excluídos por terem um foco exclusivamente teórico. A pesquisa realizada em língua inglesa resultou em 63 registos na “Pubmed”, 365 registos na “B-ON” e 1 620 artigos no “Google Académico”.

Finalmente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, seleccionaram-se, para análise, um total de 7 artigos. Os autores do presente artigo leram, de forma independente, os 7 documentos identificados por esta estratégia de pesquisa (resumida na figura 2.1), que analisaram tendo em conta o tipo de estudo levado a cabo e as suas limitações

Os estudos que apresentaram uma amostra com mais de 100 elementos, um instrumento de inquirição validado externamente e uma análise estatística multivariada, foram considerados de elevada qualidade. Nos casos em que a análise estatística multivariada não estava incluída, mas os restantes critérios estavam cumpridos, os estudos foram considerados de qualidade moderada. Nos casos em que não se verificou a existência de algum destes últimos critérios, os estudos foram considerados como sendo de baixa qualidade. A avaliação global dos estudos seleccionados é apresentada no quadro 2.1.

O facto de os estudos seleccionados apresentarem heterogeneidade e inconsistência nos resultados impediu a sua inclusão sob uma única medida, inviabilizando a realização de uma meta-análise. A figura 2.1 apresenta os passos na seleção de documentos para análise.

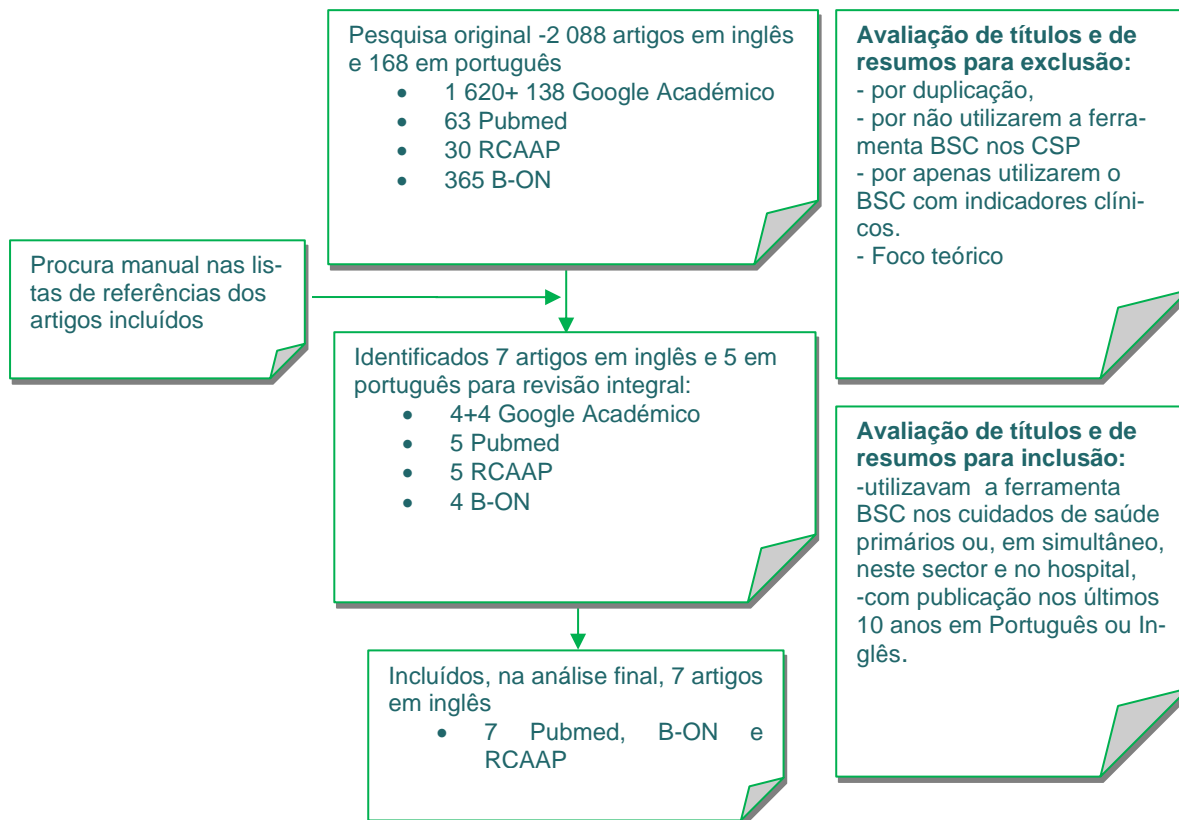


Figura 2.1- Diagrama dos artigos incluídos e excluídos na revisão sistemática

2.1.4 Resultados

Do total de 2 256 artigos resultantes da pesquisa na literatura científica, 7 satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão delineados na metodologia deste artigo. O Quadro 2.1 apresenta informação sobre o título, autores, desenho de estudo, tempo de intervenção, limitações, resultados, e sobre a avaliação global de qualidade dos 7 estudos.

O primeiro país a utilizar a abordagem BSC foi o Afeganistão, tal como reportado por Hansen e col. (2008), teve como objetivo desenvolver um sistema de controlo inovador para monitorizar as perceções de qualidade do cliente. Os resultados indicam elevada consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,84. A correlação entre a escala de qualidade percebida e a satisfação geral do doente é de 0,51, indicando uma validade concorrente razoável. A qualidade percebida do cliente é maior quando os profissionais de saúde aprofundam a histórica clínica e a realização de exame físico (6,31) para o maior quintil quando comparado com o menor, ($P < 0,001$) e a comunicação com os doentes (4,36) para maior quintil em comparação com o menor, ($P < 0,001$). A qualidade percebida do doente também é maior quando o profissional de saúde a prestar cuidados é um médico (4,02, $P < 0,001$).

No trabalho realizado na Indonésia por Chan e col. (2010), o foco essencialmente prático permitiu observar, em cenário de reabilitação de desastre, melhorias nos serviços de saúde após a implementação do BSC, nomeadamente uma maior concentração de profissionais na medicina preventiva e um aumento na realização de eventos, como palestras de promoção da saúde e feiras de saúde (Chan, Parco, Sihombing, Tredwell, & O'Rourke, 2010). Observou-se também uma melhoria da comunicação entre a administração, os profissionais e os utentes residentes no centro de alojamento. A satisfação dos doentes aumentou de 68% para 84%; a percentagem de utentes residentes nos centros de alojamento temporário que tiveram atividades de sensibilização aumentou de 14% para 85%; houve uma redução do número de indicadores do BSC (definição de prioridades) para manter o ritmo adequado das informações prestadas e das intervenções, e fizeram-se reuniões com regularidade para discutir os resultados e decidir prioridades.

No segundo estudo realizado no Afeganistão, por Edward e col. (2011), houve um aumento do tempo médio gasto por doente na consulta, passando de uma duração média de 19,9 minutos em 2004 para 20,3 minutos em 2006 ($p=0,02$). Houve também um aumento progressivo da média mensal de visitas de novos doentes, com um valor máximo de 85 doentes, registado em 2008, bem como no indicador Conselhos de Saúde a Doentes Ativos nas unidades de saúde, passando a pontuação média de 34,1 em 2004 para 49,0 em 2008 ($p < 0,01$). A Satisfação e a Perceção de Qualidade pelo Doente, determinantes críticas da utilização de serviços, obtiveram resultados elevados (> 70 , num máximo de 100 pontos) em todos os anos da intervenção (Edward et al., 2011).

A investigação efetuada por Gauld e col. (2011,) permite obter e comparar resultados do BSC (64 indicadores) na população da Nova Zelândia. O sistema de saúde da Nova Zelândia recebeu uma pontuação de 71 (num máximo de 100 pontos). Destaca-se a pontuação obtida na qualidade das consultas médicas, incentivando-se os doentes a fazer perguntas (92,1), explicando-se as opções de tratamento (94,1) e envolvendo-se os doentes nas decisões (95,9). Dos 17 indicadores relacionados com acesso aos serviços de saúde (pontuação global – 63,9), 11 dizem respeito aos cuidados de saúde primários. Obtiveram-se baixas pontuações no “número de médicos de família por mil habitantes” (51,0) e “populações a mais de 30 minutos em relação às Unidades de prestação de Cuidados de Saúde Primários” (50,0), elevadas pontuações para “número de adultos com médico de família” (93) e no “acesso ao médico de família dentro de 24 horas” (81,6). As crianças têm ainda melhor acesso aos cuidados primários e quase 98% tem médico de família (Gauld et al., 2011).

Na pesquisa realizada por Khan e col. (2013) no Bangladesh, destacam-se os resultados obtidos no indicador Conselhos de Saúde a Doentes Ativos nas unidades de saúde, o qual, em 2009, teve a pontuação média de 53,7 ($p < 0,01$), mais elevada do que em estudos realizados

anteriormente. A Satisfação e a Perceção de Qualidade pelo Doente tiveram resultados muito bons (> 85 pontos num máximo de 100 pontos) em 2009 (Khan, R. Hotchkiss, Dmytraczenko, & Zunaid Ahsan, 2013).

No estudo BHOMA, levado a cabo na Zâmbia (Mutale et al., 2014), a maioria das unidades de saúde foram classificadas como rurais (81% em Chongwe, 71% em Kafue e 57% em Luangwa). Duas delas faziam parte de hospitais missionários (uma em Chongwe e a outra em Luangwa). As principais diferenças nos resultados do BSC entre o grupo da intervenção (I) e o grupo controlo (C), dentro das unidades de saúde, foram registadas nos seguintes domínios:

- Formação (média I/ C: 87,5/61,1; diferença de 23,3; $p = 0,031$),
- Observação clínica de adultos (média I/C: 73,3/58,0; diferença de 10,9; $p = 0,02$)
- Comunicação de informações sobre saúde (média I/C: 63,6/56,1; diferença de 6,8; $p = 0,003$).

A Satisfação do Adulto apresenta uma correlação com as informações sobre saúde, ($r=0,29$; $p=0,02$). Os resultados de Governança e de Motivação dos Profissionais não diferiram entre os locais de controlo e de intervenção (Mutale et al., 2014).

Em novo estudo realizado no Afeganistão por Edward (2015) continua a obter-se, em relação à Satisfação e Perceção de Qualidade pelo Doente, pontuações máximas (10 em todas as avaliações, num máximo de 10 pontos) para as competências e desempenho do Médico de Família; (exame objetivo adequado, cortesia, qualidade do atendimento considerando os recursos disponíveis e aconselhamento ao doente) e pontualidade e disponibilidade da equipa (Edward et al., 2015)

Quadro 2.1 – Descrição sumária dos resultados dos estudos selecionados

Título do Artigo	Tipo de Estudo	1. Geração de BSC utilizada (1ª, 2ª ou 3ª). 2. Tempo da intervenção	População	Variáveis	Resultados	Limitações dos estudos	1- Análise multivariada 2-Instrumento validado externamente 3-Resultado primário pré-especificado 4- Dimensão da amostra
Client perceptions of the quality of primary care services in Afghanistan (2008)	Quantitativo Randomizado	1. 1ª Geração de BSC 2. 12 meses	25 Unidades de saúde em cada província, estratificadas por tipo de unidade de saúde: unidades básicas de saúde, Centros de Saúde e Hospitais Distritais A amostra final incluiu 617 unidades de saúde em 33 províncias, 5719 observações diretas de interações de provedores de pacientes-5597 e entrevistas de saída.	Variável dependente: qualidade percebida cliente A escala de percepção do cliente de qualidade do serviço (8 itens com oito itens que medem características desejáveis dos serviços de saúde: A unidade de saúde está limpa Os profissionais de saúde são corteses e respeitadores, confia nas capacidades e competências dos profissionais. Os médicos fizeram um bom trabalho de explicar a doença, Os Médicos fizeram um bom trabalho de explicar o tratamento É fácil de obter os medicamentos de que os médicos prescrevem, O custo desta visita à unidade de saúde foi razoável Você teve privacidade suficiente durante a visita, A sua visita global foi satisfatória Variáveis independentes: Tipo de unidade de saúde, Organização Governamental ou não), Condição física de instalações, Capacidade técnica observável, Capacidade materna e serviço de saúde da criança, funcional disponibilidade do equipamento, essencial disponibilidade de medicamentos, História e exame físico Aconselhamento do paciente, Tempo disponível para o paciente	A qualidade percebida do cliente é maior quando os profissionais de saúde aprofundam história dos pacientes e a realização de exames físicos (6,31) para o maior quintil comparado com menor, P, 0,001) e comunicação com os pacientes (4,36) para maior com- quintil comparação com menor, P, 0,001). Qualidade percebida do cliente também é maior quando o profissional de saúde a prestação de cuidados é um médico (4,02, P, 0,001)	-	1-Sim 2-Sim 3-Sim 4-Sim

Título do Artigo	Tipo de Estudo	3. Geração de BSC utilizada (1ª, 2ª ou 3ª). 4. Tempo da intervenção	População	Variáveis	Resultados	Limitações dos estudos	1- Análise multivariada 2-Instrumento validado externamente 3-Resultado primário pré-especificado 4- Dimensão da amostra
“Improving health services to displaced persons in Aceh, Indonesia: a balanced scorecard” (2010)	Qualitativo	1. 1ª Geração de BSC 2. 10 meses	7 Unidades de saúde e 9 centros de alojamento temporário associados	Formação dos profissionais; Recursos de instalações; Satisfação e sensibilização da comunidade; Prestação de serviços.	A Satisfação dos Doentes aumentou de 68% para 84%. A % de residentes, nos alojamentos temporários, com atividades de sensibilização aumentou de 14% para 85%.	A amostra não está claramente definida, o que compromete a qualidade do estudo	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Não
“Configuring Balanced Scorecards for Measuring Health System Performance: Evidence from 5 Years Evaluation in Afghanistan” (2011)	Quantitativo Randomizado	1. 3ª Geração de BSC 2. 5 anos	700 Serviços de saúde pertencentes a 3 hospitais distritais; 7 centros de saúde integrais; amostra nacional anual de cerca de 5 000 observações a doentes, 5 000 entrevistas a doentes ou cuidadores de crianças menores de 5 anos	Variável dependente - Observação Clínica do Adulto, Satisfação de Clientes, Observação Clínica de Crianças, Satisfação dos Serviços Variáveis independentes - Motivação dos Trabalhadores da Saúde, Treino, Infraestrutura Básica, Equipamento Básico, Capacidade Laboratorial, Medicamentos Marcadores, Controlo de Infeção, Informações de Saúde, Governança, Finanças, Prontidão, Serviço, Residência Rural	Para as 28 províncias cobertas pela intervenção, no seu todo, a pontuação média global entre os 29 indicadores do BSC aumentou de 52,2% (2004) para 56,5% (2008).	-	1-Sim 2-Sim 3-Sim 4-Sim

Título do Artigo	Tipo de Estudo	1. Geração de BSC utilizada (1ª, 2ª ou 3ª). 2. Tempo da intervenção	População	Variáveis	Resultados	Limitações dos estudos	1- Análise multivariada 2-Instrumento validado externamente 3-Resultado primário pré-especificado 4- Dimensão da amostra
Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example (2011)	Quantitativo	1. 1ª Geração de BSC 2. 12 meses	4,4 milhões (população da Nova Zelândia em 2008)	Vida saudável; Qualidade de acesso; Eficiência; Equidade do sistema de cuidados de saúde; (Estas dimensões incluem 64 indicadores)	O sistema de saúde da Nova Zelândia recebeu uma pontuação de 71 (num máximo de 100 pontos).	Não estavam disponíveis para alguns indicadores, tais como incidência de eventos adversos intra-hospitalares ou acesso a serviços pré-natais e psiquiátricos,	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Sim
“Use of a Balanced Scorecard in strengthening health systems in developing countries: an analysis based on nationally representative Bangladesh Health Facility Survey” (2013)	Quantitativo Randomizado	1. 2ª Geração de BSC 2. 12 meses	637 Serviços de saúde pertencentes a 30 hospitais e 80 centros de saúde	A. Relacionadas com o cliente Satisfação geral do doente, Percepção da qualidade pelo doente B. Perspetiva dos profissionais de saúde Satisfação dos profissionais de saúde satisfeito, Remuneração, Salário atual C. Capacidade para prestação de serviços Índice de Funcionalidade dos Equipamentos, Disponibilidade Drogas, Acessibilidade ao Planeamento Familiar, Funcionalidade do Laboratório Conhecimentos do Médico de Família, os funcionários receberam treino no ano anterior, Normas de Orientação Clínica atualizadas, Infraestrutura D. Prestação de serviço História do paciente e o exame físico, Aconselhamento ao paciente Higiene e Segurança adequadas nos materiais perfuro-cortantes Prestação de cuidados pré-natais Prestação de assistência no parto % de Mulheres doentes	A pontuação média global entre os 19 indicadores do BSC, em 2008, foi de 65%	-	1-Sim 2-Sim 3-Sim 4-Sim

Título do Artigo	Tipo de Estudo	3. Geração de BSC utilizada (1ª, 2ª ou 3ª). 4. Tempo da intervenção	População	Variáveis	Resultados	Limitações dos estudos	1- Análise multivariada 2-Instrumento validado externamente 3-Resultado primário pré-especificado 4- Dimensão da amostra
“Application of balanced scorecard in the evaluation of a complex health system intervention: 12 months post intervention findings from the BHOMA intervention: a cluster randomized trial in Zambia” (2014)	Cluster Randomizado	3. 2ª Geração de BSC 4. 12 meses	42 Unidades de Saúde com uma população total de 306 000	Variável dependente - Observação Clínica do Adulto, Satisfação de Clientes, Observação Clínica de Crianças, Satisfação dos Serviços Variáveis independentes - Motivação dos Trabalhadores da Saúde, Treino, Infraestrutura Básica, Equipamento Básico, Capacidade Laboratorial, Medicamentos Marcadores, Controle de Infecção, Informações de Saúde, Governança, Finanças, Prontidão Serviço, Residência Rural	Resultados preliminares mostram que a abordagem do BSC pode ser útil para avaliar os efeitos de intervenções complexas em saúde pública.	A etapa mais longa da intervenção recebida foi de 12 meses, ao passo que o último local recebeu uma intervenção de apenas 3 meses	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Sim
Enhancing governance and health system accountability for people centered healthcare: an exploratory study of community scorecards in Afghanistan (2015)	Quantitativo Randomizado	1. 1ª Geração de BSC 2. 12 meses	Cinco Unidades de Cuidados de Saúde Primários (população da área de influência 15000-30000)	Estrutura Instalações, Equipamento, Medicamentos essenciais, Tipo de serviços Desempenho Competência do Médico, cortesia e qualidade do atendimento Tempo de espera Gestão clínica Exame clínico e exame objetivo preciso Atitudes / comportamento da equipe, Pontualidade da equipe Comportamento do pessoal Aconselhamento do paciente, Plano de ação, Educação para a Saúde Disponibilidade de pessoal	Indicadores de capacidade estruturais, incluindo o número e quadro de prestadores de serviços, fornecedores particularmente do sexo feminino, água e fonte de alimentação, salas de espera, medicamentos essenciais e equipamentos teve baixa na primeira rodada (30-50%). A cortesia do Médico de Família e a qualidade do atendimento recebido tiveram as pontuações mais elevadas (> 90%) ao longo do estudo. A reunião de interface comum facilitou o diálogo transparente entre a comunidade e os prestadores e resultou em problema criativo e participativo resolver mecanismos e mobilização	-	1-Sim 2-Sim 3-Sim 4-Sim

2.1.5 Discussão

Esta revisão sistemática confirma a existência de poucos estudos sobre a aplicação prática do modelo BSC nos cuidados de saúde primários.

Os resultados mostraram que a intervenção BHOMA (Mutale et al., 2014) levou a diferenças significativas entre os grupos da intervenção e os do controlo, com vantagem para os primeiros. Verificou-se melhorias nos domínios da Observação Clínica dos Adultos, da Formação e Comunicação de Informação e do Aconselhamento sobre Saúde. Essas diferenças permaneceram significativas quando a análise foi estratificada por distrito.

Na pesquisa realizada no Bangladesh (Khan et al., 2013), salienta-se o excelente resultado obtido em relação à Satisfação e Perceção de Qualidade pelo Doente e o facto da comunicação ao nível de Conselhos sobre Saúde a Doentes apresentar igualmente um resultado muito positivo.

Nos estudos efetuados no Afeganistão em 2008 e 2015, os melhores resultados na perceção de qualidade do cliente, explicado pelo modelo estratégico, relacionam-se com a interação entre o doente e o profissional de saúde, e não com as características das instalações. No estudo realizado em 2015, os resultados foram positivos em termos de participação da comunidade, nomeadamente nas oportunidades de partilhar de opiniões e experiências, na capacidade de identificar e enfrentar em conjunto os problemas através do desenvolvimento de planos de ação. Por outro lado, melhorou a utilização dos serviços pelos doentes. O rigor do médico na realização de histórias clínicas, exames objetivo e na comunicação com os doentes foi o mais forte determinante da qualidade percebida pelo doente, o que aliás é em grande parte, mas não completamente, consistente com a literatura existente. Vários estudos concluem que o comportamento do médico, e dos outros profissionais de saúde está associado à qualidade percebida pelo doente. Mas esta qualidade percebida pelo doente está mais ligada a aspetos relacionais e de comunicação do que técnicos (Rao, Peters, & Bandeen-Roche, 2006), (Aldana, Piechulek, & Al-Sabir, 2001), (Ehiri, Oyo-Ita, Anyanwu, Meremikwu, & Ikpeme, 2005), (Hanson, Yip, & Hsiao, 2004), (Haddad, Fournier, Machouf, & Yatara, 1998). Esta distinção, geralmente desenhada na literatura, poderá não ser significativa do ponto de vista dos doentes, dado que estes podem sentir a história e exame objetivo como aspetos da relação, complementares a uma comunicação adequada. No estudo realizado no Afeganistão em 2011 (Edward et al., 2011), o BSC foi fundamental para aumentar a transparência do processo das tomadas de decisão e para a criação de uma cultura de responsabilidade dos líderes políticos para gerir a remuneração baseada no desempenho. A melhoria nas tendências de desempenho ajudou a demonstrar resultados positivos para o público e a reconstruir a confiança no sistema de cuidados de saúde.

Apesar destas melhorias, o tempo médio de consulta por doente diminuiu ao longo dos anos, o que pode ter resultado de maiores níveis de utilização dos serviços, após a retirada das taxas moderadoras e que, como se observou, no estudo efetuado em 2015, acabou por melhorar. O baixo nível de desempenho no estudo de 2011 em Comunicação e no Aconselhamento ao Doente, em comparação com outras dimensões, apontou para a necessidade formativa nesta área e de melhoria na disponibilidade do profissional de saúde. No estudo de 2015, confirmam-se substanciais melhorias nos resultados da perceção dos doentes em relação à simpatia com que foram orientados, existência de planos terapêuticos e disponibilidade e pontualidade de médico e enfermeiros. A diminuição do tempo médio gasto por doente está muitas vezes ligada à pressão existente para ver mais doentes. O baixo nível de desempenho nesta área é um achado consistente noutros lugares. O tempo gasto na consulta e no aconselhamento do doente é um preditor significativo da qualidade dos cuidados e mostrou uma tendência decrescente ao longo dos anos, embora tenha registado uma melhoria em 2008. Existiu uma necessidade de investimento ao nível do trabalho em equipa, o que ficou demonstrado com os resultados obtidos em 2015, e permitiu melhorar a qualidade de aconselhamento em saúde.

Na investigação, efetuada na Nova Zelândia, conduzida por Gauld e col. (2011) a abordagem scorecard revela excelentes resultados na comunicação entre médico e doente. Destaca-se a pontuação obtida nos indicadores de qualidade das consultas médicas, nomeadamente no incentivo aos doentes para fazerem perguntas (92,1) e na explicação das opções de tratamento (94,1).

A comparação direta com outros países não foi possível. No entanto, registaram-se no Estudo de Satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português efetuado pela Direção Geral de Saúde em 2015 resultados positivos com pontuações elevadas em variáveis muito semelhantes. Por exemplo, no estudo realizado na Nova Zelândia os doentes foram envolvidos nas decisões em 95,9 numa pontuação máxima de 100. No estudo realizado pela Direção Geral de Saúde em Portugal, cerca de 87% dos inquiridos consideraram que o médico os envolveu nas decisões sobre os cuidados de saúde e os tratamentos. Este valor situa-se igualmente acima da média da OCDE (86,1%) (Departamento da Qualidade na Saúde, 2015).

Na abordagem scorecard efetuada na Nova Zelândia analisa-se, de uma forma simples, o desempenho global deste país (Gauld et al., 2011). Por exemplo, nos resultados obtidos no BSC, em relação ao acesso a cuidados de saúde primários, existe motivo de preocupação. Estes dados são relevantes e foram considerados nas decisões em política de saúde. O BSC neste país tem sido útil para acompanhar os progressos obtidos.

O estudo efetuado na Indonésia (Chan et al., 2010) sugere que as intervenções estimuladas e acompanhadas pelo BSC mostraram melhorias mensuráveis em Medicina Preventiva, Saúde da Criança, Capacitação Clínica dos Profissionais e Disponibilização de Medicamentos Essenciais. As principais conclusões e recomendações deste trabalho, realizado num terreno pós-catástrofe, são:

- Redução do número de indicadores medidos pelo BSC;
- Colheita de dados a cada dois meses para manter o ritmo das intervenções, tendo a oportunidade de interagir e fazer o ensino a moradores do centro de alojamento, de modo a diminuir o volume e a frequência de novas informações em relação à fase inicial da intervenção;
- Realização de reuniões regulares para discutir os resultados, promover a divulgação de ideias e determinar prioridades clínicas, tendo assim a oportunidade de melhorar a atenção no foco, nas prioridades e na gestão de recursos;

O BSC permitiu melhorar a comunicação entre os moradores do centro de alojamento, o pessoal clínico e o de gestão. Neste caso, o BSC foi um instrumento de gestão eficaz na melhoria rápida da prestação de cuidados de saúde num cenário de reabilitação pós-catástrofe.

Os estudos e revisões da literatura sobre o BSC, realizados até ao momento nos países europeus, analisam a implementação deste método quando aplicado à gestão estratégica de hospitais e outras organizações de saúde privadas e públicas, e não enquanto validado e aplicado em utilizadores e prestadores de cuidados de saúde primários.

2.1.6 Conclusões

Esta revisão sistemática da literatura pode ser útil para aqueles que procuram aprender com as experiências dos outros na implementação do BSC na área da saúde e, em particular, nos cuidados de saúde primários.

Nos estudos analisados, o BSC dá particular atenção à comunicação dentro da organização e com o doente, à melhoria contínua de qualidade e às decisões baseadas em dados quantitativos. Nos casos analisados, uma das principais diferenças (com resultados favoráveis na aplicação do BSC às Unidades de Cuidados de Saúde Primários observadas), em relação aos grupos controlo e de intervenção ao longo do tempo, foi no domínio do aconselhamento sobre saúde, comunicação médico-doente e desempenho da organização.

Embora a situação de cada organização seja única, existem alguns ensinamentos retirados do BSC que podem ser importantes para profissionais de saúde, doentes e gestores. Os

estudos analisados provaram que esta metodologia tem potencial para orientar investimentos destinados à melhoria do sistema de saúde.

Identificaram-se fatores que poderão influenciar a eficácia da comunicação, nomeadamente a pressão efetuada para o médico ver mais doentes, o que leva à redução do tempo de consulta e a um menor desempenho do médico de família no aconselhamento sobre saúde. Por outro lado, as oportunidades de interação pelo médico, integrado numa equipa, associadas à realização da história clínica e exame objetivo, ensino e as informações fornecidas de acordo com o ritmo de intervenções prioritárias podem ter um impacto positivo na comunicação e relação entre doente, médico e restantes profissionais da equipa. São igualmente determinantes da comunicação médico-doente, com resultados excelentes na abordagem scorecard, o incentivo aos doentes para fazerem perguntas, a explicação adequada das opções de tratamento e o envolvimento do doente nas decisões.

Confirmou-se que o BSC introduz, ao longo do tempo, os mecanismos de melhoria da comunicação entre organizações governamentais, administradores de saúde, profissionais da saúde e doentes. Não existindo experiência de aplicação do BSC nos CSP em Portugal e pela existência de inúmeras especificidades no sector público da saúde, e em particular, nos CSP, seria interessante realizar a aplicação BSC adaptado às especificidades, nomeadamente ao nível da missão, visão e objetivos estratégicos das Unidades de Saúde Familiar e também acompanhar a sua utilização ao longo do tempo. Desta forma, poder-se-ia avaliar a mudança nos comportamentos que a adoção do mesmo induz ou não induz e, mais importante, o seu impacto na eficiência e eficácia. Por outro lado, verificou-se que os estudos efetuados em economias que apresentam dificuldades têm demonstrado sucesso no acesso aos cuidados de saúde e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, essencialmente quando as comunidades são envolvidas e participam na avaliação da perceção do desempenho e na avaliação do BSC.

2.2 O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA SATISFAÇÃO DO DOENTE ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EUROPEP

2.2.1 Resumo

Objetivo: Neste trabalho, pretende-se estudar a importância que o indicador-chave EUROPEP “Relação e comunicação” e as suas determinantes têm na satisfação do utente com o seu médico de família em Portugal.

Metodologia: Foi efetuada uma revisão da literatura, sem meta-análise, sobre a “Avaliação da Satisfação dos Utentes na Dimensão Relação e Comunicação, com a Utilização do Questionário EUROPEP” [2009-2015] em Portugal. A estratégia de pesquisa foi realizada de forma a identificar os estudos a incluir, e compreendeu uma pesquisa eletrónica em cinco bases de dados (o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, o Portal da Saúde, Google Académico, Pubmed e B-ON).

Resultados: Dos 949 artigos resultantes da revisão da literatura, foram analisados apenas 6 que satisfaziam os critérios de inclusão e de exclusão delineados na metodologia deste artigo. A sua análise mostrou resultados consistentes, nos diferentes estudos, em relação à dimensão Relação e Comunicação.

Conclusões: Os estudos incluídos permitiram identificar determinantes da comunicação médico-doente que influenciam a satisfação deste, e concluir que os utentes apresentam, um nível mais elevado de satisfação com a Relação e Comunicação, do que nas outras dimensões avaliadas pelo questionário EUROPEP.

Palavras-chave: Comunicação, Satisfação do utente, Questionário EUROPEP.

2.2.2 Introdução

Os cuidados de saúde primários representam, na sociedade portuguesa (à semelhança de muitos outros países, sobretudo europeus), a primeira forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde e o primeiro meio de acesso ao mesmo (Carvalho, 2013).

De entre os vários intervenientes, o utente assume um papel fundamental, visto ser quem recebe diretamente a prestação dos cuidados e quem pode fazer uma avaliação dos mesmos e do seu impacto (P. L. Ferreira, Antunes, & Portugal, 2010). Aliás, é, cada vez mais, considerado um direito e um dever dos cidadãos participar, quer individual quer coletivamente, no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde (Machado, 2012). Atualmente, o utilizador tem maior intervenção em relação à qualidade da sua ligação com o profissional de saúde (Agostinho, Cabanelas, Franco, Jesus, & Martins, 2010). O seu

papel nos cuidados que lhe são prestados tem-se modificado ao longo do tempo, tendo passado de mero espectador para participante ativo, cuja opinião e expectativa devem ser levadas em consideração (Santos et al., 2007).

Paddison et al. (2013) efetuou um estudo com uma amostra de 2 169 718 de cidadãos inquiridos, identificando 8 362 experiências de comunicação dos utentes com o seu médico. Neste estudo, tal como no realizado por Parveen (2015), os resultados demonstraram que a qualidade da comunicação do médico é o fator mais importante na satisfação global dos utentes (Paddison, Abel, Roland, Elliott, & Campbell, 2013), (Parveen, 2015). O processamento de informações durante a consulta é influenciada por determinantes internas da comunicação médico-doente (diferenças individuais que influenciam o processo de comunicação), tais como o sexo, a idade, a escolaridade do doente, comportamento afetivo do médico (expressões verbais e não verbais que revelam empatia, interesse e preocupação), a atitude centrada no utente, a exploração do comportamento instrumental (fazer perguntas, prestar informação e aconselhamento), a proximidade e parceria com o doente e o conhecimento da sua história clínica e de outros dados psicossociais. Por outro lado, existem determinantes externas da comunicação (variáveis do contexto em que decorre a relação e comunicação) que interferem igualmente com a qualidade da comunicação, tais como a organização do sistema de saúde ou o tempo disponibilizado ao doente (van den Brink-Muinen et al., 2006), (Bleich SN, Ozaltin E, Murray CK, 2009). Enquanto os fatores sociais, mais abrangentes, podem em grande medida ser responsáveis pela parte inexplicável da satisfação/insatisfação com o sistema de saúde (Spasojevic, Hrabac, & Huseinagi, 2015)

Um dos fatores que mais contribui para a satisfação do doente com a consulta é a percepção da sua duração, e não tanto o seu tempo real, refletindo, desse modo, uma boa relação entre o médico e o doente. Num estudo quantitativo em que se comparou o tempo real com o tempo percecionado pelos doentes, Ogden e os seus colaboradores (2004) verificaram que aqueles que pediam mais tempo eram os mais desagradados com os aspetos emocionais da consulta e os que apresentavam menor intenção de aderir às recomendações do médico (Ogden et al., 2004), (Schwartzstein, 2015).

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Almeida et al (2014), incluiu Trinta e sete estudos, e quase todos demonstraram que a satisfação é uma combinação multidimensional de elementos suscetíveis de medição. Foram identificados 34 instrumentos diferentes para avaliação da satisfação de utentes de serviços de saúde, e a maioria deles possuía as dimensões de relação interpessoal doente-profissional da saúde, estrutura fi-

sica e processos de gestão (Almeida, 2014). Espiridião e Trad (2006) cita o estudo realizado por Hall & Dornan com uma amostra de 221 estudos em que 97% dos instrumentos utilizados eram elaborados pelo próprio investigador (Espiridião & Trad, 2006). Existem várias fragilidades nesses instrumentos de avaliação da satisfação dos utentes dos serviços de saúde, incluindo a falta de confiança nessa avaliação e a aplicação de instrumentos não validados para medir as opiniões dos utentes, o inevitável viés das não respostas aos questionários, o efeito de índices muito elevados de satisfação do doente pouco sensíveis à mudança, o carácter subjetivo da avaliação da satisfação, a heterogeneidade das avaliações, e a falta de padronização ou quadro de referência (Bensing et al., 2011).

No entanto, a perceção do utente sobre os cuidados de saúde é vista como o mais importante indicador para medir a qualidade dos mesmos, e o componente essencial de melhoria do desempenho e da eficácia clínica (Sahin, B., Yilmaz, F., and Hyung Lee, K., 2007). Os principais instrumentos validados que avaliam os Cuidados de Saúde Primários são WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para os Cuidados de Saúde Primários); PCATools (Primary Care Assessment Tool) e o questionário europeu, EUROPEP (Fracolli et al., 2014). Este último instrumento identifica as prioridades dos utentes em relação à Medicina Geral e Familiar, tendo sido criado com o objetivo principal de facilitar a comparação internacional e melhorar a sensibilidade da Medicina Geral e Familiar às necessidades dos pacientes. Este instrumento inclui, como se observará adiante, entre as dimensões da satisfação do utente, o indicador-chave “relação e comunicação” (Mourad, Shashaa, Markaki, Alegakis, & Lionis, 2007). A satisfação do utente é pois, uma medida útil para avaliação da relação e comunicação médico-doente, assim como o registo de sua opinião pode ser utilizado como importante ferramenta no entendimento e procura de soluções para organizar os serviços e orientar a prestação dos cuidados (Ceron, 2013).

A perceção da qualidade da interação e comunicação entre médico e doente é determinante para a adesão terapêutica e para a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis (Cabral & Silva, 2010). As perceções positivas dos doentes em relação à sua interação com o médico de família foram igualmente associadas com uma melhor recuperação, saúde emocional, menos admissões hospitalares, menos prescrição de exames de diagnóstico e menos referências para o hospital. A investigação confirmou a importância da comunicação ter um estilo de decisão partilhada, na melhoria dos resultados em saúde e da satisfação dos doentes (Holm, Berland, & Severinsson, 2016), (Labrie & Schulz, 2015). Desenvolver as competências de comunicação centrada no doente têm um

impacto positivo na satisfação do doente e na auto-gestão da doença crónica (Levinson, Lesser, & Epstein, 2010). Neste nível de comunicação, médico e doente encontram um terreno comum para abordar as decisões a serem tomadas, que leva em conta as expectativas, preocupações, experiências pessoais e culturais do doente em relação à saúde e doença, e também as de sua família e comunidade (Ceron, 2013).

«O remédio mais utilizado em medicina é o próprio médico» (Turini et al., 2008). Esta afirmação demonstra a enorme importância da relação médico-doente e do processo comunicacional que a veicula.

Por tudo isto, e porque ainda não foi efetuada uma revisão da literatura que integre informações retiradas de um conjunto de estudos realizados em Portugal sobre a avaliação da satisfação do doente, nomeadamente sobre aspetos da relação e da comunicação com o médico de família, surgiu a seguinte pergunta de investigação:

- Qual a importância do indicador-chave EUROPEP “Relação e comunicação”, bem como dos seus determinantes, na satisfação do utente com o seu médico de família em Portugal?

2.2.3 Metodologia

Para dar resposta ao objetivo “determinar a importância do indicador-chave EUROPEP “Relação e comunicação” e seus determinantes na satisfação do utente com o seu médico de família”, foi realizada uma revisão da literatura sobre a aplicação do questionário EUROPEP (European Task Force Evaluation of General Practice) em Portugal. Este questionário, caracterizado mais adiante, foi desenvolvido para identificar as perspetivas, prioridades e satisfação do doente com o seu médico de família, nomeadamente no capítulo da relação e da comunicação médico-doente.

Inicialmente definiu-se a pergunta de investigação de acordo com o processo de elaboração de revisão da literatura adaptado de Domholdt, (Domholdt, 2005) e Cooper, (Cooper, 2009) e, depois, fizeram-se pesquisas em bases de dados nacionais e internacionais, onde se poderiam encontrar artigos de referência sobre o tema “*Avaliação da Satisfação dos Utentes na Dimensão Relação e Comunicação em Portugal, através da aplicação do EUROPEP*”. As bases escolhidas foram o RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (www.rcaap.pt), Google Académico e o Portal da Saúde (www.portal-dasaude.pt), B-ON e Pubmed.

Outro critério selecionado foi a data de publicação, em que se restringiu a pesquisa, ao período de janeiro de 2009 a maio de 2015. Os estudos realizados antes de 2009, nomeadamente por Ferreira et al., tiveram resultados semelhantes no indicador em análise (P.

L. Ferreira, 1995), (P. L. Ferreira, 2000), (P. L. Ferreira & Raposo, 2001), (P. L. Ferreira, 2003), (P. Ferreira, Vítor, & Godinho, 2005), (Lourenço, 2008).

No RCAAP, foram efetuadas duas pesquisas; na primeira (Fig. 1), as palavras-chave utilizadas foram, satisfação e utentes pesquisadas no título e, EUROPEP no assunto. Como resultado, foram obtidos 50 documentos, cujos títulos foram analisados de acordo com os seguintes critérios de exclusão:

Avaliação de unidades móveis de prestação de cuidados, especialidades médicas, patologias específicas, prestação de cuidados continuados, avaliação de tempos de espera, avaliação de serviços farmacêuticos, avaliação de prestação de cuidados de enfermagem, avaliação da satisfação dos profissionais, meio hospitalar, pós-operatórios, alimentação, avaliação da satisfação com as instalações, avaliação da satisfação dos familiares e avaliação de utentes com menos de 16 anos

Estes critérios foram definidos em função das condições que não cumpriam o objetivo desta revisão e que não incluíam o foco da aplicação do questionário EUROPEP (doentes com idade ≥ 16 anos, que tenham tido uma consulta recente com o seu médico de família).

Aplicaram-se, igualmente os seguintes critérios de inclusão:

- Aplicação do EUROPEP para a avaliação da satisfação dos utentes,
- Utentes com idade ≥ 16 anos,
- Publicações de autores portugueses de Janeiro de 2009 a Maio de 2015,
- Idiomas português e inglês.

Assim, após a análise, ficaram 3 artigos resultantes desta primeira pesquisa para inclusão na revisão da literatura.

Conforme mencionado mais atrás, foi igualmente realizada uma segunda pesquisa na base de dados RCAAP (fig. 2.2). Nesta, procurou-se a palavra-chave satisfação no título e EUROPEP e cuidados primários no assunto, também dentro do mesmo período delimitado (2009-2015). O resultado desta segunda pesquisa foram 12 artigos, cujos títulos foram analisados e selecionados de acordo com os critérios de exclusão atrás mencionados. Após a aplicação dos critérios de exclusão, apuraram-se 6 artigos. Mas, apenas, dois cumpriam os requisitos de inclusão. Assim, no total as duas primeiras pesquisas na base de dados RCAAP, permitiu a inclusão de 5 artigos na revisão.

Devido ao tema em análise, considerou-se pertinente pesquisar no Portal da Saúde Português algum estudo de referência que utilizasse o EUROPEP como instrumento para avaliação da satisfação dos utentes. Para isso, foi efetuada uma pesquisa com a palavra EUROPEP e encontrou-se um estudo, publicado, por Ferreira, em maio de 2009 em que foi efetuada uma avaliação da satisfação dos utilizadores das USF (Unidades de Saúde

Familiar) com recurso a esta ferramenta. Foi considerado relevante para esta revisão, tendo sido incluído para análise.

Foi realizada pesquisa no Google Académico com as palavras-chave EUROPEP, satisfação e utentes. Como resultado, foram obtidos 887 documentos, cujos títulos foram analisados de acordo com os critérios de seleção definidos anteriormente, tendo resultado na obtenção de 6 artigos, 5 dos quais identificados nas pesquisas anteriores. O outro trabalho encontrado, foi uma tese de mestrado, efetuada em Portugal em 2014, que não tinha sido identificado nas pesquisas anteriores. No entanto, não foi possível obter e analisar o seu documento integral, apesar de solicitado, por isso não foi incluído nesta revisão da literatura. Foi realizada pesquisa, com as palavras-chave EUROPEP and satisfaction and Portugal, no título e assunto da base de dados B-ON, e no título/resumo da PUBMED, não tendo sido obtido qualquer resultado.

Os três autores leram, de forma independente, e classificaram os 6 estudos selecionados, catalogando-os por tipo de estudo, limitações e qualidade global. As diferenças foram resolvidas por consenso.

Os estudos foram considerados de elevada qualidade, caso cumprissem todos os critérios, nomeadamente tamanho da amostra > 100, taxa de resposta ao questionário EUROPEP $\geq 40\%$, uso de instrumento com validação externa, desempenho de análise multivariada e estudo com resultados primários. Se a análise multivariada estivesse em falta, mas todos os outros critérios estivessem cumpridos, o estudo era considerado de qualidade moderada. Se a análise multivariada estivesse em falta e um ou mais critérios não estivessem cumpridos, o estudo seria considerado de baixa qualidade.

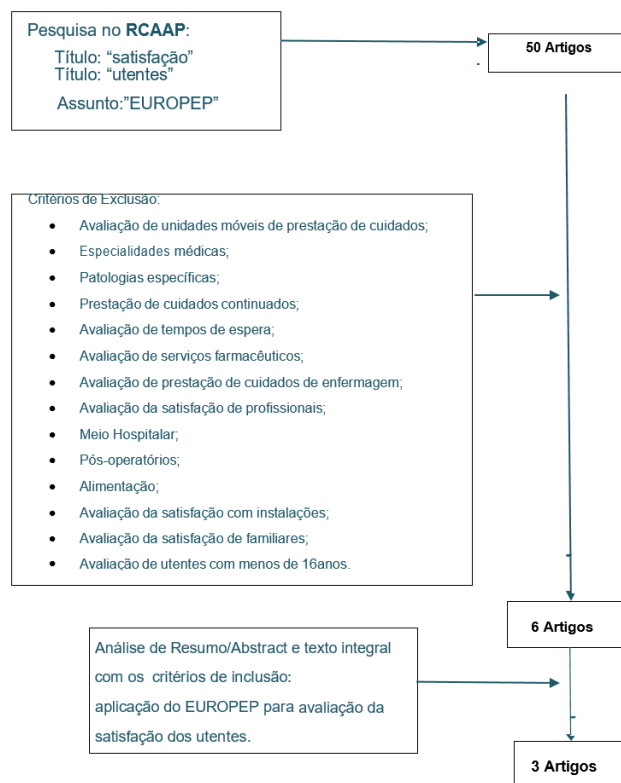


Figura 2.2- Diagrama da primeira pesquisa no RCAAP.

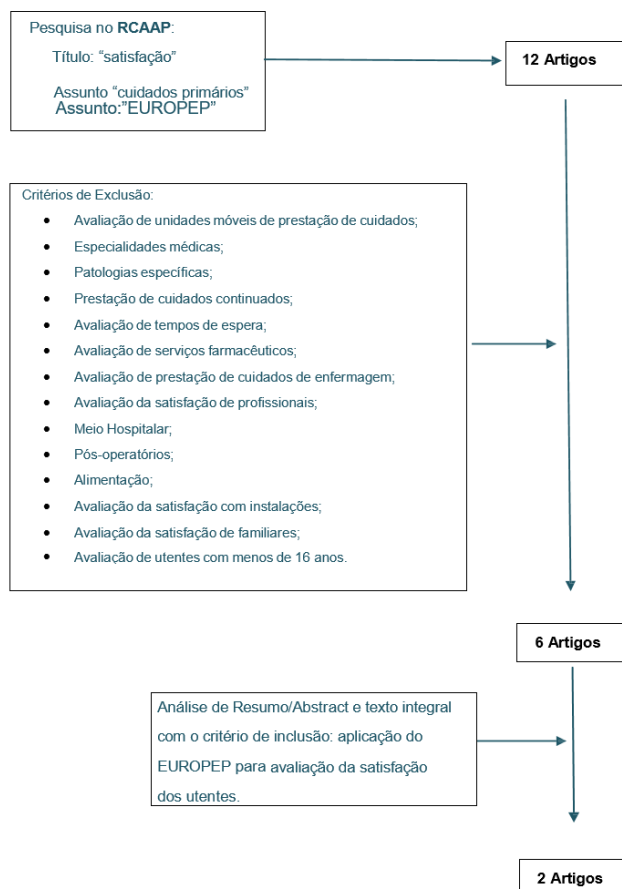


Figura 2.2- Diagrama da segunda pesquisa no RCAAP (Continuação).

2.2.4 Questionário EUROPEP

Os primeiros estudos de investigação na área de satisfação dos utentes datam dos anos 60 do século XX nos Estados Unidos da América. Nos últimos anos, estes trabalhos têm-se multiplicado, debatendo-se em muitos casos, com o problema anteriormente referido da não utilização de um instrumento de colheita de dados validado e padronizado que permita a comparação entre serviços de saúde.

Sentindo-se esta dificuldade a nível dos cuidados de saúde primários, em 1993, foi criado a nível Europeu um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar uma proposta de investigação a apresentar à União Europeia. Desse grupo de trabalho, faziam parte os investigadores portugueses Prof. Pedro Lopes Ferreira e Dr. António Rodrigues, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia de Coimbra.

O questionário EUROPEP começou a ser desenvolvido em 1995 por esse grupo de trabalho, constituído por investigadores de oito países europeus. A sua validação finalizou em 1998, após passar por diversas fases de elaboração, nomeadamente o estudo de prioridades dos utentes e desenvolvimento do instrumento (1996), o estudo piloto qualitativo (1996), o estudo piloto quantitativo (1996), o procedimento formal de tradução (1997), o estudo de validação (1997), a seleção final dos itens (1997), a validação final (1998) e posteriormente foi aplicado em 16 países europeus (Wensing et al., 2000), (Mishima et al., 2010).

Para a aplicação do EUROPEP em Portugal foi estabelecido um protocolo entre o Instituto da Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde e o já referido Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (P. L. Ferreira et al., 2010).

Os indicadores-chave do EUROPEP analisam as seguintes dimensões que se consideram pertinentes para a avaliação da satisfação do doente e, conseqüentemente, da qualidade dos serviços prestados - Relação e Comunicação, Cuidados Médicos, Informação e Apoio, Continuidade e Cooperação, Organização dos Serviços (Machado, 2012). O questionário EUROPEP, apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,953 para estas dimensões e, para responder, basta utilizar a escala de Likert de 1 (má qualidade) a 5 (excelente qualidade), com a opção 6 (não aplicável/não relevante). A dimensão Relação e Comunicação é avaliada através de 6 itens – “tempo disponibilizado na consulta”, “interesse nos problemas de saúde”, “sentido de à-vontade com o médico”, “envolvimento do utente nos cuidados médicos”, “forma como foi ouvido pelo médico” e “confidencialidade da informação” (Machado, 2012).

2.2.5 Resultados

Dos 949 artigos, resultantes da revisão da literatura, foi possível analisar apenas 6, que satisfaziam os critérios de inclusão e de exclusão delineados na metodologia deste artigo (fig. 2.2). Os seus autores optaram, na maior parte dos casos, pela apresentação das médias em detrimento das percentagens de utilizadores satisfeitos. Os resultados destes estudos foram globalmente bons/muito bons, particularmente na dimensão Relação e Comunicação, tendo-se verificado, em geral, grande satisfação com o nível de confidencialidade da informação sobre o processo do utente.

Os resultados, referentes ao indicador-chave EUROPEP “comunicação e relação”, dos 6 estudos analisados, de acordo com o objetivo delineado serão apresentados em seguida. São igualmente apresentados outros dados, nomeadamente resultados do indicador-chave EUROPEP “Organização dos Serviços” que poderão igualmente ser determinantes da comunicação e relação com o utente (quadro 2.2).

O estudo de "Satisfação de Utentes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega" (Machado, 2012) apresenta resultados que demonstram diferenças estatisticamente significativas entre grupos com níveis de formação escolar diferentes no que se refere à média de satisfação nos cuidados médicos ($p < 0,05$) e à distribuição da mesma na Relação e Comunicação ($p < 0,001$). Os indivíduos com formação superior foram os que se mostraram mais satisfeitos (média - 85,55, desvio-padrão - 16,10) em relação às referidas dimensões, ao passo que os que completaram o ensino secundário/médio foram os menos agradados. Ainda na dimensão Relação e Comunicação, foi percecionada uma maior satisfação no item "confidencialidade da informação" constante no processo (média - 82,54, desvio-padrão - 20,24) e menor satisfação na forma como foi "envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou" (média - 76,89, desvio-padrão - 21,99). Esta satisfação na comunicação e relação verificou-se em 82,68% dos participantes nas USF e em 79,13% dos das UCSP. No que diz respeito à Organização dos Serviços, os utentes das USF apresentaram médias de satisfação de 78,44% e os das UCSP de 68,05%.

No estudo "O valor dos cuidados de saúde primários: Perspectiva dos utilizadores das USF" (P. L. Ferreira et al., 2010), a "confidencialidade da informação" constante no processo (média - 81,8, desvio-padrão - 21,4) e a "forma como foi ouvido pelo médico" (média - 80,6, desvio-padrão - 22,4) foram os itens da dimensão Relação e Comunicação que receberam as avaliações mais positivas dos utilizadores, ao passo que o "tempo disponibilizado pelo médico durante a consulta" obteve uma menor satisfação (média - 70,4, desvio-padrão - 23,6). Os resultados globais nesta dimensão, para as 146 USF,

foram de 76,5%, ao passo que a dimensão "Organização dos Serviços" registou uma menor satisfação (69,2%).

No estudo "Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela" (Chaves et al., 2012), observou-se uma média de 23,84 e um desvio-padrão de 4,10 na dimensão Relação e Comunicação, tendo os utentes classificados como "Muito Boa" todos os itens incluídos neste indicador – "tempo disponibilizado na consulta" (57,2%), "confidencialidade da informação" constante no seu processo (56,1%), "envolvimento dos utentes nos cuidados médicos" (55,7%), "forma como o médico o ouviu" (55,4%), "interesse nos seus problemas de saúde" (54,6%) e "sentir-se à vontade com o médico" (53,0%)..

No artigo sobre a "Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior" (A. J. E. De Oliveira, 2012), foi determinada uma média de 63,2 na dimensão Relação e Comunicação, de acordo com a avaliação da opinião dos utentes sobre vários parâmetros, nomeadamente, "a confidencialidade da informação" (considerada "Excelente", média 68,8), "o sentir-se à vontade com o médico" (considerado "Excelente", média 66,3), "o interesse do médico nos problemas de saúde" (considerado "Bom", média 63,6), "o envolvimento do utente nos cuidados médicos" (considerado "Bom", média 62,5), e "o tempo disponibilizado na consulta" (considerado "Bom", média 51,6). A dimensão Relação e Comunicação apresenta diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos de utentes que percecionam ter uma saúde "muito boa" (M=71,88) e as dos que percecionam a sua saúde como "razoável" (M=59,89; Tukey=.0,34).

Na estudo de "Satisfação dos imigrantes chineses com os Cuidados de Saúde Primários" (Carvalho, 2013), foi determinada uma menor percentagem de "pouco satisfeitos" (11,4%) em relação à dimensão Relação e Comunicação, com uma maior satisfação na "confidencialidade da informação" constante no processo (média - 4,00, desvio-padrão - 0,98) e uma menor satisfação no "sentir-se à vontade para contar os problemas ao médico" (média - 3,31, desvio-padrão - 1,30).

No primeiro "Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português" (Departamento da Qualidade na Saúde. DGS, 2015), foi determinado que 94% referiram que as indicações dadas foram claras, que 89% consideraram que o médico lhes deu a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas, o tempo despendido pelo médico satisfaz 87,4% dos inquiridos e que cerca de 87% dos inquiridos consideraram que o médico os envolveu nas decisões sobre os cuidados de saúde e os tratamentos.

Título do Artigo	Tipo de Estudo	Tempo (Transversal / Longitudinal)	População (inscrita) */ Amostra**	Variáveis	Resultados do indicador "Relação e Comunicação" (indicador-chave EUROPEP)	Conclusões	Limitações dos estudos	1- Análise multivariada 2- Instrumento validado 3- Outcomes primário pré-especificado 4- Dimensão da mostra	Avaliação de Qualidade Global
Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela (2012)	Quantitativo, descritivo-correlacional	Transversal	27 788* Questionários Distribuídos e Respostas: 1343**	Variável dependente: Satisfação dos Uten-tes da Unidade de Tondela Variáveis independentes: Dados de saúde e sociodemográficos.	O mínimo observado é de 6, apresenta um valor de 30 e uma média de 23,84 e um desvio-padrão de 4,10.	Os utentes classificaram como "Muito Boa" todos os itens deste indicador.	Não existe referência aos questionários distribuídos, nem à taxa de resposta global.	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Sim	Moderada
Satisfação de Utentes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega (2012)	Misto, Descritivo	Transversal	189 069* Questionários Distribuídos: 1065 Respostas: 924**	Variável dependente: Satisfação dos Utentes do ACES Tâmega I Variáveis independentes: Dados de saúde e sociodemográficos.	O valor mínimo observado é de 7, apresenta um valor máximo de 100 e uma média de 80,47 e um desvio-padrão de 17,59.	As dimensões que mais contribuem para a satisfação global do utente são a "relação e comunicação" e "cuidados médicos".	Não tem o compromisso de explicar os fenómenos que descreve, embora sirva de base para algumas explicações incluídas nesta revisão.	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Sim	Moderada
Satisfação dos imigrantes chineses com os Cuidados de Saúde Primários (2013)	Quantitativo, descritivo-correlacional	Transversal, retrospectivo	82* Questionários Distribuídos: 35 Respostas: 35**	Variável dependente: Satisfação dos Utentes imigrantes chineses Variáveis independentes: Dados de saúde e sociodemográficos.	O valor mínimo observado é de 1,83, apresenta um valor máximo de 5,00 e uma média de 3,69 e um desvio-padrão de 0,90.	É na dimensão "Relação e Comunicação" onde os indivíduos se encontram mais satisfeitos, seguindo-se as dimensões Informação e apoio e Continuidade e cooperação, com o valor	Amostragem não probabilística, acidental e Intencional	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Não	Baixa

O valor dos cuidados primários: Perspetiva dos utilizadores das USF (2009)	Quantitativo, descritivo-correlacional	Transversal	Questionários Distribuídos: 16.768 Respostas: 12.713**	Variável dependente: Satisfação dos Utentes Variáveis independentes: Dados de saúde e sociodemográficos.	O valor mínimo observado é de 65,3, apresenta um valor máximo de 91,4 e uma média de 76,5 e um desvio-padrão de 17,4.	É na dimensão "Relação e Comunicação" onde os indivíduos se encontram mais satisfeitos, seguindo-se as dimensões "cuidados médicos e "informação e apoio".	O pessoal administrativo de cada USF entregou o questionário a todos os utilizadores. (amostra de conveniência)	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Sim	Moderada
Satisfação dos utentes numa Unidade de Saúde do interior (2012)	Quantitativo não experimental, descritivo correlacional	Transversal	População inscrita: 8400 Amostra: 419, o que corresponde a 5% da população.	Variável Dependente: Satisfação dos utentes Variáveis Independentes: Dados Sociodemográficos e percepção do estado de saúde.	Média da Satisfação com a "Relação e Comunicação" é 63,2 e o desvio padrão deste indicador é de 24,3.	O parâmetro "Relação e Comunicação" é o parâmetro que os utentes mais valorizam para a sua satisfação global.	Nem todos os questionários foram preenchidos pelos utentes, 10,5% dos questionários foram preenchidos por outro ou com auxílio.	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Sim	Moderada
Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema Nacional de Saúde (2015)	Quantitativo, descritivo-correlacional	Transversal	População residente em Portugal Continental ≥ 16 anos. Amostra: constituída por 2.300 entrevistas válidas, distribuídas pelas Regiões NUTS II em quotas proporcionais à população residente	Variável dependente: Satisfação dos Utentes Variáveis independentes: Dados de saúde e sociodemográficos.	Média da Satisfação com a "Relação e Comunicação" em Portugal é de 89,4% ; nos países da OCDE é 88,4% A maioria dos (75%) recorreu, nos últimos 12 meses, ao Serviço Público e destes 56,2% aos Centros de Saúde e apenas 18,8% aos hospitais públicos	A dimensão "Relação e Comunicação" é o parâmetro que os utentes mais valorizam apresentando valores superiores à média dos países da OCDE	Não existe referência à taxa de resposta global.	1-Não 2-Sim 3-Sim 4-Sim	Moderada

Quadro 2.2 – Avaliação global da qualidade dos estudos selecionados. Os estudos foram considerados de elevada qualidade, por todos os seguintes critérios terem sido cumpridos: tamanho da amostra > 100, fluxo dos participantes, taxa de resposta ao questionário EUROPEP ≥ 40%, uso de instrumento com validação externa, desempenho de análise multivariada e estudo com resultados primários. Se a análise multivariada estivesse em falta, mas todos os outros critérios estivessem cumpridos, o estudo era considerado de qualidade moderada. A análise simultânea de mais de duas variáveis pode ser, de certo modo, considerada uma análise multivariada. Muitas das técnicas multivariadas são simplesmente extensões de análises univariadas (análise da distribuição de uma única variável) e bivariadas (classificação cruzada, correlação, análise de variância e regressão simples).

2.2.6 Discussão

A “*confidencialidade da informação do processo*” foi o item do indicador-Chave EURO-PEP “comunicação e relação” que recebeu a avaliação mais positiva dos utentes nos estudos analisados. Trata-se de um resultado significativo de satisfação com a confidencialidade, que cria condições favoráveis para o doente descrever todos os seus problemas de saúde e circunstâncias da sua vida, premissa essencial para aumentar a capacidade de o médico efetuar diagnósticos mais precisos.

Nas USF, os utentes mostraram-se especialmente satisfeitos com a Relação e Comunicação e obtiveram-se resultados inferiores na avaliação da satisfação na dimensão Organização dos Serviços. Nas UCSP, os níveis mais baixos de satisfação diziam respeito à Organização dos Serviços e os de maior satisfação, tal como verificado para as USF, à Relação e Comunicação. Esta diferença encontrada entre modelos de Unidades Funcionais (UCSP e USF), pode estar relacionada com um maior desenvolvimento e grau de maturidade organizacional das USF e com a melhoria gradual dos indicadores de acessibilidade, qualidade e boas práticas no desempenho, comparativamente com a forma tradicional de prestação de cuidados (UCSP) (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2013).

No estudo “Satisfação de Utesntes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega” (Machado, 2012), constata-se uma menor satisfação dos indivíduos com formação secundária/média. Perante este dado, não se pode concluir que o baixo nível de escolaridade está associado a insatisfação do utente com a comunicação. Embora, os utentes com baixo nível de escolaridade possam ter baixa eficácia no que diz respeito à comunicação com os profissionais de saúde e à interação com a organização, porém isto não significa que a satisfação com a relação médico-doente seja afetada (Wynia & Osborn, 2010).

No estudo “Satisfação dos Imigrantes Chineses com os Cuidados de Saúde Primários” (Carvalho, 2013), e no que diz respeito à dimensão Relação e Comunicação, o item com menor satisfação foi o da facilidade com que “*se sentiu à vontade para contar os seus problemas*”. Este resultado poderá ser entendido como consequência da dificuldade de compreensão entre as duas línguas e das próprias diferenças culturais. Uma boa informação fornecida a estes utentes e às suas famílias ajuda a atenuar a ansiedade que habitualmente sentem, quando recorrem aos serviços de saúde, fragilizados pela sua condição de imigrantes, e que pode ser determinante na sua satisfação. A forma como se transmite a informação ao utente imigrante merece uma reflexão profunda, pois é essencial que se encontrem os termos certos para que ele compreenda, e de acordo com os seus valores culturais.

No artigo sobre a “Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do Interior” (Oliveira, 2012), mais especificamente na dimensão Relação e Comunicação, foram assinaladas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos de utentes que percecionaram ter uma saúde “muito boa” e as dos que percecionaram a sua saúde como “razoável”. Estes dados revelam que os utentes que percecionaram ter uma saúde “muito boa” estavam mais satisfeitos com a facilidade com que *“se sentiram à vontade para contar os seus problemas ao médico”*, com a *“forma como o médico os ouviu e teve interesse nos seus problemas de saúde”*, a *“forma como os fez sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas”* e como foram *“envolvidos nas decisões sobre os cuidados”* prestados pelo médico. O resultado encontrado na dimensão Relação e Comunicação, no estudo de Oliveira (2012) apresenta-se concordante com o de Ferreira (2009), pois os utentes incluídos neste último estudo também estavam, na generalidade, satisfeitos com o seu médico de família e, em especial, com a mesma dimensão. De facto, nestes estudos os utilizadores mostraram-se muito satisfeitos com o à-vontade que sentiram, durante a consulta, para contar os seus problemas ao médico, e com a forma como este os ouviu; contudo, sentiram também que, durante estas consultas, não tiveram tempo suficiente; ou seja, a qualidade do tempo passado com o médico foi boa, mas a sua quantidade escassa. Esta análise parece entrar em contradição com os resultados obtidos no estudo realizado por Ogden (2004), em que os utentes que pediam mais tempo eram os mais desagradados com a qualidade do tempo passado com o médico e com os aspetos emocionais da consulta. No entanto, também se sabe que entre outros, os fatores sociais, e possivelmente os emocionais, podem, em grande parte, ser responsáveis pela parte inexplicável da insatisfação/satisfação do utente (10), (11), (12).

No primeiro “Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português” realizado pela Direção Geral de Saúde (Departamento da Qualidade na Saúde, 2015), a satisfação na Relação e Comunicação, em Portugal, é globalmente superior à apresentada nos países da OCDE (Departamento da Qualidade na Saúde. DGS, 2015). Um relatório preliminar (e que por esse motivo não foi incluído na presente revisão da literatura), da responsabilidade de Angel Gurría, secretário Geral da OCDE, em 2015 atualizou os dados do indicador-chave EUROPEP “Relação e comunicação” para 18 países da OCDE. Estes resultados são ainda mais favoráveis a Portugal (OCDE, 2015).

No estudo QUALICOPC (Qualidade e Custos dos Cuidados de Saúde Primários na Europa) realizado por Schäferet et al., em 2015, não se aplicou o questionário EUROPEP. Foram agregados dados sobre o potencial de melhoria percebida por 69 201 doentes,

em 34 países. Nove dos países avaliados, entre os quais Portugal, registaram um potencial médio de melhoria no envolvimento do doente na tomada de decisão sobre o plano terapêutico, o que indica um nível médio de desempenho. Os restantes países, têm pior desempenho. Os resultados obtidos no indicador-chave EUROPEP “Relação e comunicação” sintetizados na presente revisão da literatura, são corroborados pelo estudo QUALICOPC, já que Portugal, bem como os outros países avaliados, apresentam um bom desempenho em aspetos gerais da comunicação, atendendo às expectativas de seus utentes neste domínio. Uma explicação dada para estes resultados, foi o relacionamento contínuo entre os profissionais de saúde e seus doentes, nos cuidados de saúde primários (Schäfer W, Boerma W, Murante A, Sixma H, Schellevis F, 2015).

No entanto, as consequências que as informações recebidas terão nos seus destinatários constituem sempre uma incógnita, pois determinantes da comunicação, como a falta de domínio da língua portuguesa, a baixa escolaridade, a ansiedade, o tempo insuficiente disponibilizado na consulta e o insuficiente desenvolvimento organizacional podem tornar-se obstáculos para uma comunicação eficaz, para a compreensão da informação e para a decisão partilhada com o utente.

2.2.7 Conclusões

Atualmente, a qualidade, na sua dimensão “satisfação do utente”, é um desafio para qualquer profissional saúde que queira de prestar cuidados centrados no utente, com uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.

Assim, e procurando responder à pergunta colocada inicialmente, pretendeu-se, através desta revisão da literatura, conhecer melhor a importância dessa relação e comunicação, bem como dos seus determinantes, na satisfação do utente.

Foram identificados, nos estudos analisados, determinantes externas da comunicação tais como, o tempo disponibilizado na consulta e o desenvolvimento organizacional do serviço de saúde.

As determinantes internas da comunicação médico-doente analisados nos estudos incluídos nesta revisão da literatura, foram a confidencialidade da informação sobre o seu processo, a facilidade com que se sentiram à vontade para contar os seus problemas ao médico, a forma como o médico os ouviu e teve interesse nos seus problemas de saúde, a forma como foram envolvidos nas decisões sobre os cuidados que o médico lhes prestou, o domínio da língua portuguesa, a escolaridade e o estado emocional do doente na consulta.

O item “confidencialidade da informação” do indicador-chave EUROPEP “Relação e comunicação” surgiu, em todos os estudos analisados, com um elevado nível de satisfação. O médico de família estimula e mantém, desta forma, um diálogo de confiança e confiança, com os doentes e familiares, propiciador de uma melhor acuidade do diagnóstico e de uma relação centrada no respeito pela autonomia e dignidade do doente, reconhecendo a prioridade ética das expectativas e preferências deste. Os outros itens, incluídos nesse indicador-chave, tiveram um resultado variável de estudo para estudo.

Apesar da existência, nestes estudos, de determinantes da comunicação, que se podem tornar obstáculos, na interação entre médico e doente, verificámos que, de uma forma geral, os utentes, em Portugal, apresentam o nível mais elevado de satisfação na Relação e Comunicação, do que nas outras dimensões avaliadas pelo questionário EUROPEP. A satisfação do utente com a comunicação e relação, em Portugal, é globalmente superior à apresentada nos países da OCDE. Este bom desempenho é igualmente comprovado pelos resultados obtidos no estudo QUALICOPC.

Esta revisão da literatura aponta para a perceção do utente da adequação da relação, da comunicação e da informação prestada pelos médicos de família portugueses às suas necessidades e expectativas, o que contribui, de forma evidente, para aumentar a satisfação deste, criando-se, assim, condições para a sua adesão ao pretendido e para a redução da ansiedade que os utentes sentem quando recorrem ao Centro de Saúde.

2.3 PAPEL DA LITERACIA EM SAÚDE NA DECISÃO PARTILHADA COM O DOENTE

2.3.1 Resumo

Alguns estudos têm demonstrado a relação existente entre uma maior e mais estruturada participação do doente na tomada de decisão clínica, a melhoria da literacia em saúde e a obtenção de ganhos em saúde. Porém, a existência de equívocos por parte de médicos e de outros profissionais de saúde, poderá contribuir para a fraca adesão destes em relação à decisão clínica partilhada e à discussão das opções terapêuticas, sobretudo com doentes de baixo nível de literacia.

Com este ensaio crítico, pretende-se esclarecer estes equívocos, tendo, para tal, aprofundado uma reflexão e uma análise sobre elementos decisivos da comunicação centrada no utente - literacia em saúde e decisão partilhada. Apresentaram-se questões relevantes em torno da literacia e da decisão partilhada, matéria sobre a qual se desenvolveu o conteúdo crítico. Este desenvolvimento constitui a parte mais extensa do ensaio. Transmitiu-se o ponto de vista de vários autores e uma análise crítica, e ilustrou-se essas ideias com exemplos e estudos de investigação, validando, desta forma, os argumentos apresentados, e respondendo às questões suscitadas durante a análise.

Nas considerações finais deste ensaio crítico, salienta-se que, promovendo uma maior participação do utente na tomada de decisão clínica, se melhora o nível da literacia em saúde, através de uma comunicação centrada no doente efetuada por profissionais qualificados que tenham em consideração as determinantes sociais, e se obtêm ganhos em saúde.

Palavras-chave: Decisão partilhada, literacia em saúde, ganhos em saúde, doente, profissionais de saúde

2.3.2 Introdução

As definições de literacia em saúde mais citadas provêm da Associação Médica Americana, do Instituto Americano de Medicina e da Organização Mundial da Saúde (OMS), e incidem sobre as competências que um indivíduo necessita para obter, processar e compreender a informação e os serviços de saúde e, assim, facilitar a sua tomada de decisão sobre a sua saúde (Guzys, Kenny, Dickson-Swift, & Threlkeld, 2015).

Na comunicação centrada na pessoa, o profissional de saúde e o utente partilham um contexto comum, um sentido, uma cultura, uma história e uma experiência. Encontram um

terreno comum para abordar as decisões a serem tomadas, que leva em conta as expectativas, preocupações, experiências pessoais e culturais em relação à saúde e doença do utente, e também as de sua família e comunidade (Ceron, 2013).

A comunicação em saúde, termo mais abrangente, "(...) diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (...). Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante" (L. Loureiro et al., 2012).

Stewart (1995) organizou uma revisão da literatura, de modo a analisar a qualidade da comunicação nas duas fases da consulta – recolha da informação e discussão do plano de tratamento. A autora concluiu que quatro dimensões-chave da comunicação centrada no doente tinham um impacto positivo em vários aspetos da sua saúde – fornecimento de informação clara, colocação de questões por parte do doente, acordo entre utente e profissional de saúde sobre o problema e o seu tratamento e a vontade de partilhar (discutir) decisões (Stewart, 1995).

A tomada de decisão partilhada entre profissional de saúde e doente foi definida como um processo em que ambos os elementos partilham informações e preferências de tratamento, e concordam com um plano terapêutico (Peek et al., 2009).

Gravel et al. (2006) fez uma revisão sistemática de 28 estudos originais, com o objetivo de identificar barreiras e fatores facilitadores percebidos pelos profissionais de saúde durante a implementação da decisão partilhada na prática clínica. Os três fatores facilitadores mais frequentemente relatados foram a motivação do profissional, o impacto positivo sobre o processo clínico e o impacto positivo sobre os resultados dos doentes. As três barreiras mais frequentemente registadas foram as limitações de tempo, a falta de aplicabilidade devido às características dos utentes e a falta de aplicabilidade devido à sua situação clínica (Gravel, Légaré, & Graham, 2006).

De facto, alguns profissionais de saúde expressaram dúvidas, dizendo que há doentes que não querem ser envolvidos nas decisões, ou que não têm a capacidade necessária para tal, devido ao seu baixo nível de literacia, o que poderia contribuir para uma má decisão; referiram também que, embora exista essa preocupação, a limitação imposta pela pressão do tempo não deixa espaço para que se torne uma prática corrente (Glyn Elwyn et al., 2012).

Será que os fatores que permitem a decisão partilhada, nomeadamente as competências dos profissionais, apesar de essenciais, continuam a ser alvo de abordagem superficial?

A partilha da tomada de decisão clínica entre profissionais de saúde e doentes, implica tantas barreiras a ponto de não poderem existir compromissos e soluções?

Será por causa dessas barreiras que os doentes com baixo nível de literacia são excluídos sistematicamente das tomadas de decisão sobre a sua saúde?

Outra questão, não menos importante, é saber se os utentes que inicialmente têm preferência por um papel mais passivo nas tomadas de decisão (por exemplo, devido ao seu baixo nível de literacia), ao mudarem de atitude terão melhores resultados em relação à sua saúde (Naik, Street, Castillo, & Abraham, 2011).

Será importante saber mais, sobretudo conhecer que outros desafios são colocados ao sistema de saúde, ao profissional de saúde e ao doente perante essa partilha de decisão.

2.3.3 Literacia em saúde. Em busca da partilha

A qualificação dos profissionais (valorização da doença crónica e competências comunicacionais), fator essencial na decisão partilhada, continua a ter uma abordagem superficial, dada a inexistência, a nível local e nacional, de programas de formação e educação para profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, médicos de família e gestores (Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousson V, 2013). Será decisivo dinamizar, com igual profundidade, outros fatores que facilitam a decisão partilhada, nomeadamente a educação para a saúde e cidadania de cidadãos/profissionais de saúde/doentes, os cuidados centrados nas necessidades, expectativas, crenças e opções dos doentes, a informação isenta, honesta, adequada, acessível e disponível, a motivação dos profissionais e a atitude dos profissionais de saúde para a promoção da capacitação dos cidadãos/família/cuidadores (Monteiro, 2009).

As evidências indicam que a implementação de uma decisão partilhada não resulta num aumento sistemático da duração da consulta e que, independentemente da educação e da literacia funcional em saúde, todos os utentes querem ser envolvidos nas tomadas de decisão, embora com diferentes níveis de empenho ou de compromisso (Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousson V, 2013).

No entanto, a tentação dos profissionais de saúde, perante alguém com poucos conhecimentos sobre questões de saúde e pouca confiança para afirmar os seus pontos de vista, é de tomar as decisões por ele, o que reforça ainda mais o papel passivo do doente e a tendência para a sua saúde piorar a longo prazo (Monteiro, 2009). O profissional de saúde não deve supor que um utente não tem capacidade para tomar uma decisão devido à sua

idade, deficiência, iliteracia, aparência, comportamento, condição de saúde (incluindo doenças mentais), crenças ou aparente incapacidade de comunicação, ou pelo facto de ele optar passivamente por uma decisão do profissional de saúde (Szekeres, Peinado, Patrício, & Metz, 1999).

A evidência em cuidados de saúde primários sugere que os doentes com baixo nível de literacia fazem menos perguntas e têm dificuldade em discutir aspetos técnicos ou informativos das decisões médicas (Gazzinelli, F, Reis, C., Marques, 2006). No entanto, demonstrou-se, que mesmo entre utentes que preferem um papel mais passivo, estes acabam por retirar o máximo de benefícios clínicos quando optam por um envolvimento mais ativo na tomada de decisão, pelo que os princípios éticos e de equidade requerem que se procurem novas maneiras de empenhar esses doentes relutantes na tomada de decisão (Légaré & Thompson-Leduc, 2014). É um grande desafio incentivar doentes com baixa literacia em saúde a sentirem-se capazes de fazer perguntas, de expressar preferências e de participar nas decisões com o profissional de saúde, porque, regra geral, não expressam esse desejo; e, no entanto, a sua participação, mesmo quando não é explicitamente desejada, além dos referidos benefícios para a sua saúde, tem sido associada a maiores níveis de satisfação (Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousson V, 2013).

O nível de conhecimentos necessários para maximizar a adoção de comportamentos saudáveis (nomeadamente, o da adesão à terapêutica e a hábitos alimentares saudáveis e de exercício físico) é amplo e complexo. Para além dos conhecimentos factuais (por exemplo, o que faz mal ou bem à saúde, o que nem sempre é consensual, mesmo no meio científico), a adoção de orientações implica também um conjunto de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam a utilização desses conhecimentos nos contextos em que importa serem aplicados (Santos, 2010).

Sykes et al. relatam que o compromisso dos profissionais de saúde em fornecer informações acessíveis, e do doente em se envolver no processo de tomada de decisão partilhada, são uma parcela importante para a literacia em saúde (Sykes, Wills, Rowlands, & Popple, 2013). Esta estratégia, que possibilita a colaboração total do doente, ajuda a melhorar a qualidade dos cuidados, os conhecimentos e a experiência dos utentes, dos profissionais de saúde e dos financiadores do sistema de saúde. No entanto, estes últimos necessitam de provas de que esse modelo emergente é eficaz em termos de custo. Um ensaio randomizado, realizado durante um ano por Veroff et al. (2013), comparou os efeitos sobre os doentes que receberam o habitual apoio na decisão sobre o tratamento clínico com os dos que receberam um suporte avançado de apoio à decisão partilhada, o qual incluía contacto

por telefone, correio, e-mail e internet, com profissionais de saúde treinados. Concluiu-se que os doentes que receberam este suporte avançado apresentavam custos globais inferiores em 5,3% do que os que receberam o nível habitual de apoio - menos 12,5 % de admissões hospitalares, menos 9,9 % cirurgias gerais e menos 20,9 % cirurgias cardíacas do que o grupo que recebeu o apoio habitual (Gravel et al., 2006). De facto, a tomada de decisão partilhada entre profissional de saúde e doente pode estar associada a esses e outros resultados significativos em saúde como, por exemplo, um melhor controlo de doenças crónicas e uma maior e mais continuada utilização de cuidados preventivos (Légaré & Thompson-Leduc, 2014), (Santos, 2010).

Em 2014, uma revisão Cochrane de 115 ensaios randomizados, concluiu que, em comparação com os utentes que recebem os cuidados habituais, a utilização de apoios à decisão pode levá-los a aprimorar os conhecimentos e a compreensão dos danos e dos benefícios das várias opções, por estarem melhor informados, e conduzir a percepções mais exatas do risco, a maior à-vontade nas decisões, a um melhor alinhamento com os objetivos e as preferências do doente, e a uma menor propensão para a indecisão (Glyn Elwyn et al., 2012), (Stacey et al., 2014b).

Para ter confiança e capacidade de controlo sobre a sua saúde, os indivíduos necessitam de informação, conhecimento e compreensão; precisam de ser capazes de identificar as suas necessidades, de conhecer as fontes de informação relevante, de conseguir lê-la e compreendê-la e de avaliar as opções. É uma questão complexa, devido aos vários fatores a ter em conta (incluindo o estado psicológico e emocional), os quais estão ligados à gravidade e ao estadió da doença, e que facilmente podem afetar a capacidade de perceção da informação. Por isso, deve ser criado um ambiente favorável para que o doente possa sentir-se confortável para explorar informações e expressar opiniões. Este é, um dos principais desafios para os profissionais de saúde que querem praticar uma abordagem partilhada. Os outros desafios para os profissionais estão relacionados com a melhoria das suas competências comunicacionais, o desenvolvimento de uma cultura de trabalho em equipa, a divulgação de informação credível e atualizada, a promoção da saúde, da autonomia, da capacitação e do envolvimento na decisão por parte dos doentes (Escoval & Pedro, 2014).

O envolvimento do doente deve ser alcançado através de formas mais personalizadas de comunicação, ou de intervenção educacional em grupos populacionais, nomeadamente através do desenvolvimento de programas de educação para a saúde em grupo (Gazzinelli,

F, Reis, C., Marques, 2006), (Filipe, 2011), (Leng, 2015). Quanto aos profissionais de saúde, e apesar de a maior parte deles não terem tido formação a este nível, têm a obrigação de se empenhar em ajudar a desenvolver a confiança do utente na sua participação, e devem trabalhar na presunção de que cada um tem capacidade para tomar decisões sobre os seus cuidados e decidir se concorda, ou não, com o exame, a investigação ou o tratamento. Para tal, devem dar ao doente o tempo e o apoio necessários para maximizar a sua capacidade na tomada de decisões. Por exemplo, o profissional de saúde terá que pensar cuidadosamente sobre o apoio adicional necessário para doentes (e respetivas famílias) com demência ou com deficiências na aprendizagem (General Medical Council, 2008). A importância de uma maior compreensão, por parte dos doentes, da extensão das opções de tratamento e das suas consequências foi demonstrada em estudos que evidenciaram que a maioria deles prefere a decisão partilhada em vez da decisão estritamente médica (Monteiro, 2009), (Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, 2012), (Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousson V, 2013).

Desde sempre que uma boa relação profissional de saúde-doente é condição básica para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Hoje como no passado, os utentes valorizam tanto a competência técnica como uma comunicação satisfatória por parte do profissional de saúde (Szekeres et al., 1999), (Macedo & Azevedo., 2011).

No contexto da relação com o doente, a literacia em saúde poderá melhorar, se o profissional de saúde promover o diálogo, a confiança e a comunicação entre profissional de saúde/doente, comunicar de forma simples, sem abreviaturas e isenta da terminologia médica, usar imagens para o esclarecimento de conceitos e de riscos para a saúde, promover a adesão à terapêutica através de várias opções de tratamento e tomar consciência sobre as várias componentes da literacia em saúde durante o atendimento ao doente através do uso do SPEAK (Speech, Perception, Education, Access, and Knowledge) (Kobylarz FA, Pomidor A, 2006).

Os Determinantes Sociais da Saúde, nomeadamente associados à justiça social e ao exercício dos direitos humanos, são, segundo alguns autores, as condições em que as pessoas vivem e trabalham, e às quais é atribuída a maior quota-parte do estado de saúde (Tarlov, 1996), (I. Loureiro & Miranda, 2010), (George, 2011). Contudo, no modelo de Dahlgren e Whitehead, esses determinantes estão todos interrelacionados, pelo que só fazem sentido intervenções que integrem articuladamente todos ou o maior número possível desses fatores (I. Loureiro & Miranda, 2010). A educação e a comunicação eficaz em saúde permitem o desenvolvimento do nível de literacia em saúde, através de diferentes formas de

intervenção em saúde, e a literacia é vista como um meio para as pessoas poderem exercer um maior controlo sobre a sua saúde, a nível individual, social e ambiental (26)

As pessoas com baixa literacia e com doenças crónicas são as que têm mais a ganhar com o seu envolvimento nas decisões clínicas (Hibbard, Greene, & Tusler, 2009), (Sykes et al., 2013), (King, Eckman, & Moulton, 2011), (Gionfriddo et al., 2013). No outro extremo do espetro, estão os doentes bem informados sobre a sua doença e as várias opções de tratamento, e que não têm dificuldade em expressar as suas preferências, tendo alguns deles uma decisão já tomada sobre o tratamento, ainda antes de entrarem no gabinete profissional de saúde. Se a preferência do doente for clinicamente inaceitável, ou mesmo desfavorável para ele, e se o profissional de saúde não for capaz de a alterar, a interação torna-se indesejavelmente conflituosa (Guadagnoli & Ward, 1998).

Um maior envolvimento do doente no processo de tomada de decisão partilhada exige competências de literacia em saúde, por forma a compreender a informação, por vezes bastante complexa, e, assim, comunicar as suas preferências ao profissional de saúde. As pessoas que tem menos habilitações literárias e literacia mais baixa podem sentir maior dificuldade em participar nesse processo, já que esse nível baixo de literacia pode afetar a comunicação profissional de saúde-doente. Sabe-se também que esta comunicação é mais efetiva quando os seus conteúdos, influenciados pelos referidos determinantes sociais da saúde, são adaptados especificamente para cada pessoa, seja qual for o seu nível de literacia, e quando a mensagem é bem delimitada – enfatizando os benefícios/ganhos e os custos/perdas associados a determinada decisão partilhada (Santos, 2010).

2.3.4 Considerações finais

Pelo exposto, fica claro que este ensaio defende que uma melhor literacia em saúde, seja do indivíduo ou da população, envolve mais do que a mera transmissão de informações, embora esta seja uma tarefa fundamental.

Na abordagem às questões colocadas sobre a participação do utente na tomada de decisão partilhada, e dos obstáculos existentes, salienta-se o seguinte:

- A qualificação dos profissionais de saúde na aplicação prática da decisão partilhada com o doente, continua a ter uma abordagem superficial, já que a formação de base, ou mesmo a pós-graduada, da maior parte deles não inclui treino a este nível e não existem, a nível local e nacional, programas de formação e educação para esses profissionais.

- Ficou demonstrado que existem barreiras, à decisão partilhada, percecionadas pelos profissionais que poderão representar equívocos, já que é comprovadamente possível informar e envolver os doentes em todas as esferas da sua saúde, qualquer que seja a sua literacia, se lhe for fornecida, por profissionais bem treinados, uma informação bem concebida e dados de apoio apropriados à tomada de decisão.
- Esses equívocos realmente poderão estar a excluir os doentes com baixo nível de literacia em saúde das tomadas de decisão sobre a sua saúde.
- Demonstrou-se, que mesmo entre utentes que preferem um papel mais passivo, ou com baixo nível de literacia em saúde, estes acabam por retirar o máximo de benefícios clínicos quando optam por um envolvimento mais ativo na tomada de decisão.

A capacidade do doente se envolver no processo de tomada de decisão partilhada é determinada não só pelo seu nível de literacia e de competências em saúde, mas também pela qualidade e adequação das ferramentas e técnicas disponíveis para apoio. Presentemente, tais recursos são escassos, e as desigualdades sociais e a não partilha de decisões são um risco acrescido para a saúde dos utentes, particularmente para os que são menos saudáveis, têm menos literacia em saúde e menos empenho.

É necessário que a promoção da literacia vise melhorar a saúde e reduzir assimetrias na capacitação dos indivíduos e das comunidades em fazer escolhas informadas e em tomar decisões (Peerson & Saunders, 2009).

Devem ser implementadas estratégias rigorosas para promover e melhorar a decisão partilhada e uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e utentes, a fim de se estabelecer um sistema de saúde que realmente valorize os doentes, enquanto indivíduos, transforme a retórica dos cuidados centrados no doente em realidade e ofereça a este uma caixa de ferramentas com práticas destinadas à gestão diária da sua saúde (Lim, Kurniasanti, & Osler, 2015), (Graffigna, 2015).

Só promovendo uma maior participação do utente na tomada de decisão clínica e garantindo que o conteúdo da comunicação não incide apenas sobre a saúde de cada indivíduo mas também sobre os seus determinantes ambientais e sociais, é que se obtêm ganhos em saúde. E assim, será interessante navegar noutros desafios e aprofundar a influência destes determinantes na comunicação e na decisão partilhada através da realização de novos estudos.

2.4 COMUNICAÇÃO MÉDICO-DOENTE E CONSENTIMENTO INFORMADO EM PORTUGAL

2.4.1 Resumo

Introdução: o consentimento informado (CI) para a realização de procedimentos médicos é influenciado pela comunicação entre o médico e o doente, ainda que se desconheça o impacto de algumas das determinantes da comunicação entre estes dois intervenientes.

Objetivo: identificar e analisar as determinantes da comunicação entre o médico e o doente que influenciam o dever ético de informar para obter um consentimento informado.

Metodologia: pesquisaram-se artigos de investigação originais, escritos em Portugal entre janeiro de 2005 e março de 2015, nas bases de dados eletrónicas "Google Académico", "Pubmed", "B-ON" e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, utilizando as palavras-chave "consentimento informado", "médico" e "doente" ou "informed consent" "doctor" e "patient". **Resultados:** identificaram-se cinco artigos que obedeciam aos critérios de inclusão e verificou-se a existência de determinantes da comunicação na relação médico-doente que influenciam o CI livre e esclarecido. **Conclusão:** o conhecimento da importância das determinantes da comunicação que influenciem o CI pode ajudar na interação médico-doente e no desenvolvimento de medidas para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Palavras-chave: Consentimento informado, comunicação, médico e doente.

2.4.2 Introdução

Pretende-se ao longo deste artigo abordar, num período definido, os resultados de uma revisão da literatura sobre o consentimento informado, no âmbito da relação e da comunicação médico-doente, em Portugal, e não no contexto da tomada de decisão livre, por parte do doente, em participar ou não num projeto de investigação (Sprumont et al., 2009).

Neste trabalho, o consentimento informado (CI) centra-se no processo contínuo de fornecimento e partilha de informação sobre o diagnóstico, a descrição da condição clínica, o tratamento proposto pelo médico ao doente (incluindo os benefícios e os riscos), os tratamentos alternativos e o direito da recusa (Oliveira, 2006), (Oliveira et al., 2009). O processo que envolve o consentimento de um doente para um procedimento médico é, sem dúvida, uma das competências mais importantes que qualquer médico deve aprender, pois a própria ideia de que os profissionais de saúde podem impor processos de diagnóstico ou de tratamento de qualquer tipo, sem o consentimento do doente, opõe-se totalmente a uma

prática moderna da medicina (Bowman, Spicer, & Iqbal, 2012). O processo de consentimento informado é influenciado pela relação entre os dois intervenientes. A relação paternalista tradicional, em que as decisões são tomadas pelo médico, já não é adequada, sendo fundamental a utilização de um modelo que permita um maior envolvimento do doente no processo de tomada de decisão. Esta abordagem permite um impacto mais evidente das expectativas, preocupações, experiências pessoais e culturais do doente, as quais, combinadas com o conhecimento técnico e científico do médico, são a base de um processo de tomada de decisão partilhada, em que o doente está ativamente envolvido (Giampieri, 2012). Esta mudança de uma atitude paternalista para uma ação de decisão médica partilhada marca a atualidade no foro da ética médica, pois prevê a transmissão de informação como um pressuposto, e não como um privilégio, e implica que o médico perceba as necessidades, contexto e prioridades do doente, particularizando, a partir daí, cada abordagem (Costa, 2012).

O envolvimento dos doentes nas tomadas de decisão não se aplica da mesma forma a todos, especialmente aos mais idosos, doentes terminais ou em grande sofrimento físico e/ou psicológico. Estes doentes devem também ser questionados se estão dispostos ou se se sentem capazes de serem envolvidos e, em caso afirmativo, como poderiam ser incentivados e/ou apoiados (van den Brink-Muinen et al., 2006), pelo que é igualmente importante que o médico examine e avalie a capacidade real do doente para processar e compreender tanto a situação clínica como o procedimento proposto (Botturi et al., 2011). A transmissão de uma informação clara e o processo de diálogo inerente ao CI pressupõem a abertura do médico para responder a quaisquer questões colocadas pelo doente (Rosa, 2013). Um bom CI não é sinónimo de decisão médica partilhada, mas um elemento estruturante desta (Mayberry & Mayberry, 2002).

A capacidade de decisão autónoma do doente baseia-se em diversas aptidões tais como o desenvolvimento psicológico, o envolvimento com o assunto, a compreensão das alternativas e a possibilidade de comunicação de uma preferência (Vaz & Reis, 2007).

No âmbito da saúde, o CI emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos; implica a sua integração no processo de decisão quanto aos atos/intervenções de saúde que lhe são propostos, numa partilha de conhecimentos e aptidões que a tornem competente para essa decisão de aceitação ou recusa dos mesmos.

Mais do que uma formalidade tendente à obtenção de uma assinatura, na forma escrita, deve ser um momento de comunicação efetiva, numa lógica de aumento da capacitação da pessoa, através do fornecimento de ferramentas necessárias à tomada de decisão sobre uma intervenção médica, partindo dos princípios basilares da beneficência, em que a proposta do ato surge a bem do doente, e da não-maleficência, o que implica a ponderação dos riscos e dos benefícios (DGS, 2013).

No século XXI, a medicina parece estar dominada por três paradigmas - baseados na evidência, na experiência e na preferência. Na Medicina baseada na experiência, o perito possui reconhecidas habilidades e conhecimentos científicos específicos sobre determinado campo do saber. Estas prerrogativas atribuíram-lhe autoridade para tomar decisões numa prática nomeada de medicina baseada em experiência. Nesta perspetiva, o perito une de forma harmoniosa a prática e a teoria. A prática conhecida como medicina baseada em preferências ou decisão partilhada exige competências interpessoais e de comunicação e ocorre quando o médico explica as probabilidades diagnósticas e terapêuticas ao doente e a decisão passa a ser tomada em conjunto. (Silva, 2013). Na perspetiva de Rosenberg e Donald, a medicina baseada em evidências (como o nome sugere) tem como base a melhor evidência médica analisada e utilizada racionalmente para a tomada de decisão do doente (Rosenberg & Donald, 1995).

O processo de CI facilita a participação deste nessa tomada de decisão sobre cuidados, tratamentos e serviços, mas também exige competências interpessoais e de comunicação adequadas por parte dele (Alves, 2011). A apresentação de informações escritas, diagramas e gráficos, informação complementar fornecida por outros profissionais da equipa, nomeadamente enfermagem, ao doente e a sua discussão para verificar se foi compreendida, será provavelmente mais eficaz. Aprofundar esta investigação sobre a comunicação do risco do procedimento em amostras de grandes dimensões de doentes, poderá resultar em conclusões que ajudem os médicos na obtenção de um consentimento plenamente informado dos seus doentes (Gett, Cooray, Gold, & Danta, 2014).

O facto de o processo assentar numa boa comunicação faz do consentimento informado um procedimento que pode ser modificado e evoluir ao longo do tratamento. As limitações colocadas têm origem nas interferências internas aos comunicadores, que se dividem em três classes: as interferências cognitivas, as interferências emocionais e as interferências socioculturais (Ceron, 2013). Esses obstáculos, por outro lado, resultam de “ruídos” externos que podem igualmente influenciar a comunicação. Estas barreiras podem resultar da falta de tempo para discutir a doença com o utente (face à pressão da produtividade nas

estruturas de saúde), da relação de autoridade estabelecida pelo médico ao doente, face a contextos sociais que sobrevalorizam o papel dos médicos na sociedade e que podem ser transferidos para a relação clínica, do insuficiente desenvolvimento da capacidade de comunicação ao longo do processo de formação dos médicos, da existência de barreiras linguísticas entre médicos e doentes e da existência de situações de stress que dificultam a comunicação e que podem estar presentes em ambos os lados (Oliveira et al., 2009). Com o presente trabalho, pretendeu-se levar a cabo uma revisão dos artigos de investigação, realizados em Portugal, cujo foco tem a seguinte pergunta de partida - qual o papel e a importância da relação e da comunicação entre o médico e o doente, bem como dos seus determinantes, no dever ético de informar para a obtenção de CI?

2.4.3 Metodologia

Para levar a cabo esta revisão da literatura, realizou-se uma pesquisa avançada nas bases de dados eletrónicas "Google Académico", "Pubmed", "B-ON" e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com as palavras-chave "consentimento informado", "médico", "doente" ou "informed consent", "doctor", "patient". Considerou-se como intervalo temporal para a pesquisa o período entre Janeiro de 2005 e Março de 2015. Este intervalo é justificado pelo facto de, antes de 2005, existir apenas um estudo numa tese de mestrado realizada em Portugal, encontrada nas bases de dados pesquisadas, que cumpre os critérios de seleção da presente revisão da literatura. Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos com base na pergunta acima referida, norteadora desta revisão. Consideraram-se, a priori, como critérios de inclusão neste estudo, todos os artigos publicados em revistas científicas, em língua portuguesa e inglesa e com revisão pelos pares, teses de mestrado e de doutoramento, em língua portuguesa, que representassem investigações quantitativas e originais sobre o consentimento informado, com população-alvo composta por médicos, doentes adultos ou representantes legais. Foram excluídos os estudos relacionados com CI em enfermagem, com profissões técnicas na área da saúde, com utilização de cadáveres para investigação, com administração de componentes sanguíneos, com eutanásia, aborto e técnicas de reprodução assistida, e artigos com um foco exclusivamente teórico.

Os artigos identificados por esta estratégia de pesquisa (resumida na figura 2.3) foram avaliados quanto à sua qualidade, por dois autores médicos, pertencentes a especialidades e grupos etários diferentes, que obedeceram rigorosamente aos critérios de seleção definidos. Foram também considerados como indicadores de boa qualidade metodológica

(como se pode observar no quadro 2.3) a existência de uma amostra com dimensão estimada de acordo com pressupostos estatísticos, por forma a alcançar diferenças significativas entre grupos. O quadro 2.3 inclui também o tipo de estudo, a intervenção, as variáveis, os resultados estatisticamente significativos e as limitações metodológicas dos estudos selecionados. Os estudos selecionados apresentarem heterogeneidade e inconsistência nos resultados o que impediu a sua inclusão sob uma única medida, inviabilizando a realização de meta-análise.

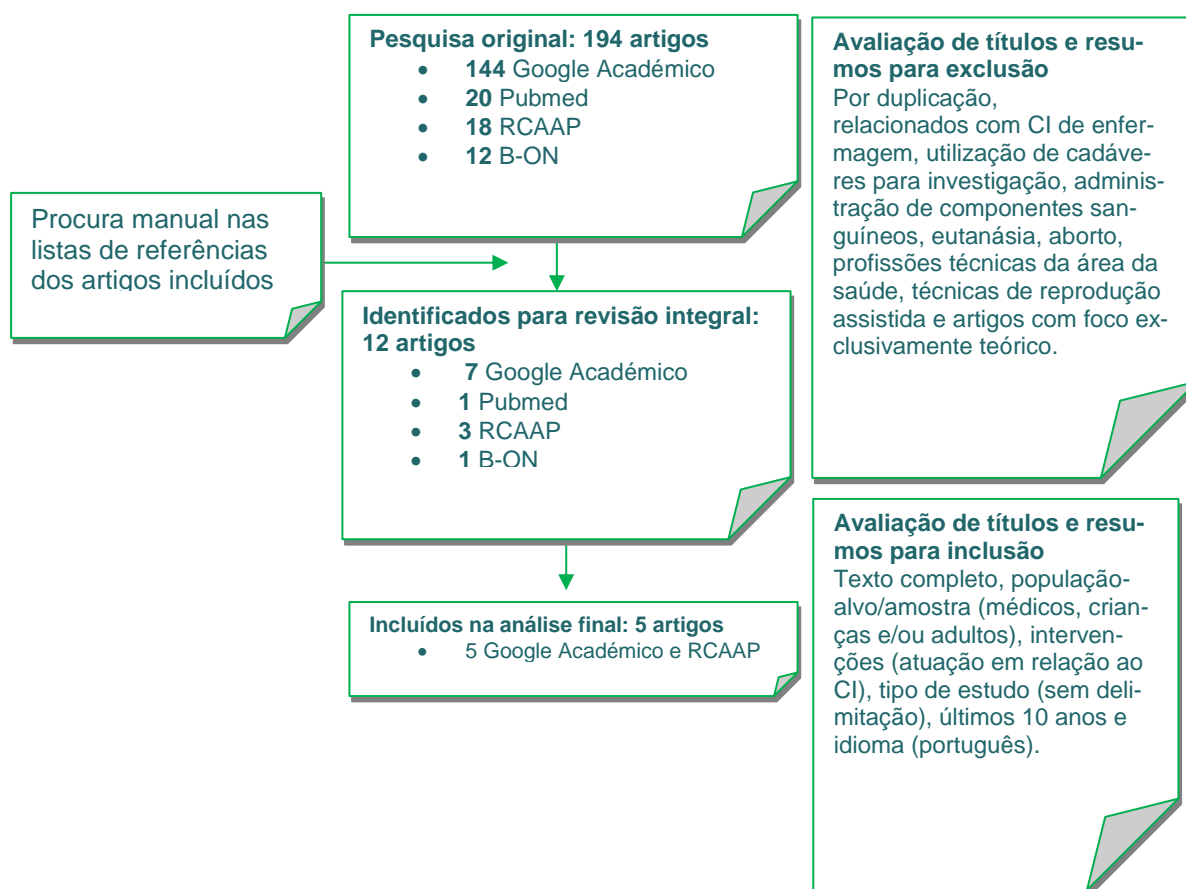


Figura 2.3- Diagrama dos artigos incluídos e excluídos na revisão da literatura

2.4.4 Resultados

Com a palavra-chave “consentimento informado”, foram recuperadas sete publicações científicas no Google Académico, três (repetidas) no RCAAP e uma nas bases PubMed e B-On. Dos estudos selecionados nas bases Google Académico e RCAAP, foram utilizados cinco; das bases PubMed e B-On, não se utilizou nenhum por não obedecerem aos critérios de inclusão.

Após a eliminação das duplicações, dos artigos não apresentados na íntegra ou cuja temática não contemplava o objetivo deste trabalho, restaram cinco artigos relacionados com a comunicação entre médico e doente e a sua associação no CI, realizados em Portugal, publicados entre 2005 e 2015 e descritos no quadro 2.3.

Almeida (2010), no estudo “Atitude médica e autonomia do doente vulnerável”, ao comparar três grupos etários de médicos com recurso ao teste do qui-quadrado, sugere a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre idades na resposta aos seguintes itens:

- *“Como recebe o doente, depois de este ouvir a opinião de outro profissional?”* ($p=0,029$); os médicos pertencentes ao grupo com média de idades de 30,7 anos afirmam que a boa receptividade dependerá de o médico ser ou não informado. Os do grupo com média de idades de 49,1 anos, pelo contrário, recebem bem essa atitude, e os do grupo com média de idades de 60,7 anos aceitam mal o recurso à segunda opinião, afirmando que, mesmo aceitando o doente, consideram ter havido quebra de confiança ao procurar uma segunda opinião profissional sobre o problema de saúde.
- *“Esclarecimento do doente”* ($p=0,030$); para o grupo com média de idades de 30,7 anos, tal atitude faz parte de um método de trabalho como qualquer outro; para o grupo com média de idades de 49,1 anos, é essencialmente uma questão de respeito pelo doente; para o grupo com média de idades de 60,7 anos, esse procedimento é encarado como uma questão de educação (Almeida, 2010).

Costa (2012), no estudo “Avaliação do uso do consentimento informado num hospital universitário”, inquiriu 81 doentes, dos quais 49% com mais de 65 anos e 54% do sexo feminino. Apenas a associação entre o grupo etário mais novo (16-34 anos) e a existência de explicação médica do procedimento se revelou estatisticamente significativa, com respostas afirmativas em 88% dos casos ($p=0,02$).

Este trabalho inquiriu também 108 médicos, cuja opinião, foi estudada através de regressão logística multivariada com o intuito de analisar os fatores, *“tempo despendido pelo médico na aplicação do CI, facilitação de questões do doente, tempo concedido ao doente para decidir e explicação ao doente das vertentes relevantes do procedimento”*. De acordo com o resultado desta análise é este último fator que melhor explica o contributo do CI na decisão informada. A maioria dos médicos (56%) considerou que o CI é importante para a sua proteção legal e apenas 34% assinalou como “boa” ou “muito boa” a sua importância para o reforço da relação médico-doente (Costa, 2012).

Maia (2012), no estudo “Avaliação do uso do consentimento informado em pediatria”, refere que foram explicadas a 72,4% dos 105 pais as vantagens do tratamento a que o doente ia ser submetido e que 81% assinou o documento de CI. Contudo, apenas 16,2% dos pais (n=17) afirmou ter recebido um folheto informativo relacionado com o procedimento/tratamento em causa. Participaram neste estudo 52 médicos com funções na área pediátrica do Centro Hospitalar do Porto, com idade média de 34,19±10,43 anos. Verificou-se a existência de associações estatisticamente significativas entre o grau de formação acerca do processo de CI e a idade (p=0,002), com os médicos mais velhos a registar menor formação recebida (Maia, 2012).

Góis & Silva (2011), no estudo “Qualidade do Consentimento Informado no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto”, mostram que cerca de 86,1% (n=118) dos doentes inquiridos admite ter recebido explicação sobre a cirurgia antes da sua realização. Cerca de 35,2% (n=43) diz ter recebido informação sobre os riscos do procedimento e 64,8% (n=79) afirma não ter recebido. Dos doentes que consideram ter participado adequadamente (53,3%) na decisão de realizar a cirurgia, 97,3% recebeu explicação quanto aos aspetos relacionados com a cirurgia antes de assinar o CI. Dos doentes “muito satisfeitos/satisfeitos”, 57,7% recebeu informação acerca dos riscos da cirurgia. Dos doentes que não receberam esta informação, apenas 15,5% se consideraram como “muito satisfeito/satisfeito” (Góis, 2011).

Dias (2014), no estudo “Ciclo de melhoria de qualidade para aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimentos de planeamento familiar”, refere que a taxa de obtenção de consentimento informado na fase pré-intervenção foi de 62,5%. A taxa dos períodos pós-intervenção imediato e tardio (100% nos dois períodos) foi comparada com o período pré-intervenção, tendo sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa em ambos os períodos (p <0,001) (Dias et al., 2014). Os quadros 2.3 apresen-

tam as principais características e resultados dos estudos utilizados nesta revisão da literatura (Dias et al., 2014).

Quadro 2.3 – Descrição sumária dos resultados dos artigos seleccionados

Título do Artigo	Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Intervenção	Variáveis	Resultados (estatisticamente significativos*; **; ***)	Limitações
“Atitude médica e autonomia do doente vulnerável” (2010)	Quantitativo Sem grupo controlo	42 médicos selecionados aleatoriamente (dos 80 médicos existentes no serviço)	Questionário validado por 2 especialistas em bioética	Atuação em relação ao CI no Serviço de Oftalmologia	Idade; Género Como recebe o doente depois de ele ouvir a opinião de outro profissional; Atitude no esclarecimento do doente; Como reage em face da recusa terapêutica; Teve aulas de deontologia médica	O esclarecimento e a atitude variam com a faixa etária dos médicos com formação e sob influências diferenciadas*	Amostra de médicos com pequena dimensão
“Avaliação do uso do consentimento informado num hospital universitário” (2012)	Quantitativo Sem grupo controlo	81 doentes 108 médicos	Dois questionários não validados	Atuação em relação ao CI no internamento hospitalar	Doentes: Grupo etário, sexo, área de residência, situação profissional, escolaridade/literacia. Médicos: Grupo etário, sexo, faculdade, categoria profissional; Tempo despendido pelo médico na aplicação do CI; Facilitação de questões do doente; Tempo concedido ao doente para decidir; Explicação ao doente das vertentes relevantes do procedimento.	Para os médicos, o fator que mais influencia o contributo do CI na decisão informada é a explicação das vertentes relevantes do procedimento, e para os doentes mais novos, na maioria dos casos, existiu explicação médica do procedimento**	Reduzida dimensão da amostra de doentes e ausência de aleatoriedade na seleção da amostra
“Avaliação do uso do consentimento informado em Pediatria” (2012)	Quantitativo Sem grupo controlo	105 pais 52 médicos	Dois questionários não validados	Atuação em relação ao CI no internamento em Pediatria	Pais: Relação com a criança, sexo, área de residência, habilitações literárias, informação acerca dos tratamentos alternativos, se receberam o folheto informativo, informação sobre direito de recusa, tipo de informação transmitida. Médicos: Sexo, escola de formação, categoria profissional, informação complementar nos serviços, informação aos pais sobre alternativas terapêuticas, informação aos pais sobre direito de recusa, CI importante para a decisão do doente, proteção legal, reforço da relação, explicação de todas as vertentes.	Os médicos mais novos receberam mais formação sobre CI***. O número de pais que diz ter recebido informações acerca do direito de recusa é muito menor do que o número de médicos que refere ter como hábito na sua prática, informar os pais acerca desse aspeto, tendo-se constatado o mesmo em relação à informação sobre as alternativas terapêuticas.	Amostra de médicos com pequena dimensão e ausência de aleatoriedade na seleção da amostra

*p<0,05; **p=0,02; ***p=0,006.

Quadro 2.3 – Descrição sumária dos resultados dos artigos seleccionados (continuação)

Título do Artigo	Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Intervenção	Variáveis	Resultados (estatisticamente significativos*,**)	Limitações
“Ciclo de melhoria de qualidade para aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimentos de planeamento familiar” (2014)	Pré-experimental, tipo pré- e pós-intervenção, sem grupo controlo	15 dos 24 profissionais da USF 20 utentes (40 procedimentos pré-intervenção, 20 pós- imediata e 25 pós-tardia)	Monitorização das estratégias: caixa colorida, <i>dossier</i> , cópias do CI, recordatório.	Aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimentos de Planeamento Familiar	Procedimentos de PF realizados com obtenção de consentimento informado	Melhoria na observação do consentimento informado nos procedimentos de Planeamento Familiar*	Amostra de pequena dimensão Registo foi efetuado numa matriz de dados sem consulta dos processos clínicos
“Qualidade do Consentimento Informado no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António” (2011).	Quantitativo Sem grupo controlo	137 doentes	Questionário não validado	Atuação em relação ao CI no internamento para cirurgia	Satisfação do doente com o processo de decisão, sexo idade, escolaridade, nº de dias pós-operatório, fornecimento de informação, fontes de informação, tempo que decorreu entre a explicação dos factos inerentes à cirurgia e a realização da mesma, tempo de reflexão entre a explicação e a assinatura do consentimento informado, quantidade de informação fornecida, quantidade de informação desejada caso o doente tivesse de ser intervencionado novamente, O grau de à-vontade para questionar o cirurgião acerca de aspetos relacionados com a cirurgia, informação respeitante aos riscos, receção de informação acerca de outras opções de tratamento, desejo de saber os resultados e taxa de complicações associados ao cirurgião que os operou antes de concordar em realizar a cirurgia, participação dos doentes na decisão de realizar a cirurgia	A análise demonstrou que a satisfação dos doentes em relação ao processo de consentimento informado está associada à receção de informação sobre os riscos da cirurgia, à participação adequada na decisão de realizar a cirurgia, ao facto da maior quantidade de informação ser dada pelo cirurgião e à decisão partilhada entre médico e doente.**	A prestação do CI não foi diretamente observada; A informação baseia-se apenas na perceção subjetiva e na evocação por parte dos doentes. O grau de satisfação referido por estes pode ter sido enviesado por estarem satisfeitos com os bons resultados da cirurgia.

*p < 0,001; **p < 0,05;

2.4.5 Discussão

Conforme referido anteriormente, os autores do presente trabalho optaram por um processo de extração de dados estatisticamente significativos e, embora se possa salientar a importância das conclusões sobre esses resultados, este método criou um viés assumido na análise, por incidir apenas sobre esses dados.

Mesmo assim, não deixou de ser interessante constatar e analisar, no estudo de Almeida (2010), a comparação entre três grupos etários de médicos (avaliados em função do processo de CI), com formação e influências diferentes e com um perfil de respostas que traduzem uma evolução da ética médica nas três faixas etárias, e chegar à conclusão que a medicina moderna, para ser humanizada, deve ser pautada não só pela ética, mas também pela capacidade de comunicação (Mendonça, 2015).

O direito de os indivíduos tomarem decisões sobre a sua própria saúde vem consagrado no Código Penal Português, onde se afirma que " o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, (Artigo 157º) (Código Penal Português, 1998); também a Direção Geral de Saúde tem uma norma, emitida a 03/10/2013 e atualizada em 14/10/2014, sobre consentimento informado esclarecido e livre dado por escrito, que refere que "Para além da comunicação verbal e, sempre que possível, a informação e o esclarecimento deve ser acompanhado de folheto explicativo da responsabilidade da unidade de saúde e/ou dos profissionais de saúde" (DGS, 2013); em termos éticos, a Carta Europeia dos Direitos do Doente consigna o direito deste ao CI e a ser informado sobre o estado da sua saúde, e a inoportunidade de lhe ser ocultada informação (Active Citizenship Network, 2010). Contudo, a nossa pesquisa deixou ver que a informação relevante sobre os riscos e as alternativas de tratamento nem sempre é abordada pelos médicos, que ainda há uma tendência para poucos doentes receberem os folhetos informativos, existentes nos serviços, sobre alguns dos procedimentos e que muitos deles têm dificuldade em compreender as vantagens e desvantagens dos tratamentos propostos. Também permitiu verificar que a satisfação dos doentes em relação ao processo de CI está diretamente ligada à disponibilização de informação sobre os riscos e as alternativas de tratamento, ao facto de a maior quantidade de informação ser dada pelo médico, ao maior grau de à-vontade para questionar sobre os tratamentos e procedimentos cirúrgicos e à preferência por um modelo de decisão partilhada entre médico e doente. Apesar

disso, e de quase metade dos doentes preferir uma decisão partilhada, também se verificou, simultaneamente, uma proporção cada vez maior de utentes que prefere ter mais autonomia e um número ainda significativo que prefere a abordagem paternalista.

Todas estas abordagens, segundo alguns autores, são perfeitamente aceitáveis, desde que o CI seja específico para cada um dos doentes, a fim de permitir que eles possam alternar entre uma e outra abordagem, de acordo com as circunstâncias clínicas. Neste caso, o consentimento clínico deve ser orientado quer em função do doente quer pelas circunstâncias. Segundo o Código de Conduta Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), publicado em fevereiro de 2015, as informações e os esclarecimentos devem ser prestados “de modo a assegurar que o cidadão está consciente dos seus direitos e deveres, tendo sempre presente as suas circunstâncias individuais, como designadamente, a capacidade para compreender a informação que lhe é prestada e os esclarecimentos para consentir ou aceitar qualquer proposta de intervenção de saúde, quando aplicável” (ARSLVT, 2015), pelo que o documento do CI não substitui a informação oral; esta é, e deve ser, dada em função de cada doente e do seu respetivo problema, mesmo nos casos em que se apresente um protocolo específico de informação.

Outra conclusão retirada foi o facto de o número de pais, com filhos internados, que diz ter recebido informações acerca do direito de recusa, ser muito menor do que o número de médicos que diz ter como hábito, na sua prática, de informar os pais, sendo o mesmo constatado em relação à informação sobre as alternativas terapêuticas. Ora, o artigo 38º do Código Penal Português (1998) diz que “O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta” e o artigo 6º da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina afirma que, se o indivíduo não tiver capacidade para prestar o seu consentimento, a intervenção “não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.” (Assembleia da República, 2001). O fornecimento de informação sobre as várias opções terapêuticas e/ou de atuação médica promove a discussão entre as três partes envolvidas, fomenta o conceito de decisão médica partilhada e respeita a autonomia do doente e o dever de beneficência do profissional médico. A opinião do menor deverá ser tida em conta, em função da sua idade e do seu grau de maturidade, tal como estipulado pelo artigo 1878º do Código Civil (2001) - os pais, “de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização

da própria vida.”. Curiosamente, detetou-se uma forte associação entre as habilitações literárias dos pais, a informação prestada sobre o motivo do internamento do filho e o nome do procedimento a que o menor foi sujeito.

Há uma relação estabelecida entre o conhecimento do nome do procedimento/tratamento e o tempo de internamento, que permite deduzir que os pais têm cada vez mais conhecimentos sobre a situação em questão, quer pelo maior contacto com o médico, quer pelas informações complementares prestadas pela equipa de enfermagem. Porém, a maioria dos médicos chama a atenção para o facto de tanto a informação prestada como a probabilidade de a decisão ser esclarecida saírem prejudicadas, devido, muitas vezes, à pressão e ao excesso de trabalho, deixando-lhes pouco tempo para cada doente e transformando-se num dos obstáculos à generalização das boas práticas relativamente ao CI. O aumento desproporcionado do número de doentes/médico e das tarefas burocráticas atribuídas a estes prejudica grandemente a qualidade desta informação e dificulta a discussão atempada da boa prática. Estas dificuldades podem ser ultrapassadas através da implementação de medidas seleccionadas e adaptadas a cada caso, do reforço de cuidados de saúde que respeitem a autonomia dos doentes, do consequente reforço da relação médico-doente e do investimento no processo comunicacional contínuo e participado. Será recomendável que o médico tenha um conhecimento razoável do paciente, para que possa encontrar a melhor maneira de o informar sobre o que lhe pertence saber, para que a comunicação seja bem sucedida e a informação bem compreendida (Lúcia & Laranjeira, 2012)

2.4.6 Conclusões

Esta revisão da literatura permitiu identificar e analisar determinantes, relacionados com a comunicação entre o médico e o doente, que influenciam o consentimento informado, nomeadamente, a existência ou não de informação escrita que complementa a informação oral, a idade e formação do médico, e a idade do doente, e que podem limitar a reprodução e compreensão da informação. Salienta-se ainda a importância de outras determinantes que influenciam igualmente o CI, tais como o tempo investido pelo médico, o tempo de internamento do doente, as habilitações literárias dos pais das crianças internadas, o interesse da informação para o doente (por exemplo, os riscos e alternativas terapêuticas), a quantidade de informação prestada pelo médico e sua equipa, o grau de à-vontade que o doente tem para questionar o médico ou as preferências do doente pela decisão partilhada ou pelo modelo paternalista.

O conhecimento da importância destes fatores comunicacionais pode ajudar na interação médico-doente e no desenvolvimento de medidas para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Uma boa comunicação interativa médico-doente reforça e satisfaz as normas éticas. A informação prestada pelo médico, durante o processo do CI, deve ser precisa e contextualizada, tendo por base a disposição do médico em respeitar as necessidades particulares de cada um dos seus doentes e em seguir as normas que respeitam a medicina baseada na evidência.

Uma das principais barreiras a um bom processo de consentimento informado é a insuficiente competência comunicacional orientada para a partilha de decisão, pelo que se deve incrementar a educação e formação de médicos sobre esta temática (sobretudo dos que apresentam essa necessidade formativa), e dos doentes (ou seus representantes legais), para que melhorem as suas competências comunicacionais. O conhecimento da importância das determinantes da comunicação que influenciem o CI pode ajudar na interação médico-doente e no desenvolvimento de medidas para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

3 CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES FINAIS

Após a análise das três revisões da literatura e do ensaio crítico incluídos nesta tese de publicações, e respondendo diretamente à pergunta de investigação e aos objetivos específicos pode-se ponderar e concluir sobre as seguintes determinantes da comunicação que poderão influenciar a decisão partilhada:

Determinantes externas da comunicação médico-doente, que são influenciados pelo BSC como facilitador da criação de um sistema centrado nos doentes nos CSP:

- (i) A duração da consulta médica. A pressão sobre o médico para que este veja mais doentes leva à redução do tempo de consulta, podendo dificultar o seu desempenho no aconselhamento e na partilha de informação sobre a saúde;
- (ii) A abrangência do BSC e o seu tempo de implementação, durante o qual são introduzidos mecanismos de melhoria da comunicação no maior número possível de serviços de saúde públicos, organizações não governamentais, administradores, profissionais da saúde e doentes;
- (iii) O ritmo/periodicidade das consultas médicas associadas a programas de saúde prioritários. As oportunidades de interação associadas ao ensino e as informações fornecidas de acordo com o ritmo das intervenções prioritárias podem ter impacto na comunicação e na capacitação;
- (iv) Intervenções relacionadas com promoção da saúde, medicina preventiva e outras atividades de sensibilização para desenvolver hábitos e estilos de vida saudáveis. As estratégias dos serviços de saúde que capacitem os doentes a se envolverem no processo de tomada de decisão e gestão de sua saúde de acordo com a sua preferência, permitem aumentar a consciência sobre os seus direitos e responsabilidades;

Determinantes internas da comunicação médico-doente, que são influenciados pelo BSC como facilitador da criação de um sistema centrado nos doentes nos CSP:

- (v) O incentivo do doente em fazer perguntas;
- (vi) A explicação das opções de tratamento. O conhecimento dos riscos e das consequências de cada opção é um pré-requisito essencial para uma tomada de decisão eficaz. A comunicação baseada nos riscos e nas consequências das escolhas efetuadas pode estimular um papel mais ativo por parte dos doentes nas tomadas de decisão e minimizar os conflitos, ainda que se possa estar perante desfechos incertos;
- (vii) O interesse da informação para os doentes. A partilha de informação com interesse para os doentes, nomeadamente informação e aconselhamento sobre saúde, pode ter valor terapêutico e trazer soluções;

- (viii) A história clínica aprofundada e a realização de um exame objetivo. Esta colheita de dados clínicos tem impacto positivo na satisfação do doente no que diz respeito à relação e à comunicação com o médico;
- (ix) O comportamento do médico e da equipa na relação com o doente. Durante a comunicação com este último, há atitudes a evitar e outras a cultivar ao longo dos anos. A evitar temos, a não abordagem do tema, a "palestra" com muita informação sem permitir que o doente faça perguntas e sem verificar se ele percebe, a transmissão de uma falsa tranquilidade e a "conspiração do silêncio", em que nem o médico nem o doente fazem perguntas sobre o assunto. A cultivar temos a comunicação ativa e bem delimitada, evitando a dispersão, e a avaliação do nível de informação que o doente apresenta, e qual está preparado, necessita e quer receber. Na maior parte das vezes, se o médico ouvir o doente de forma ativa, olhos nos olhos, obtém e transmite mais informação, facilitando a decisão partilhada;
- (x) A formação dos profissionais de saúde. Uma formação humanista, crítica e reflexiva do médico, valoriza o desenvolvimento da sua capacidade em comunicar adequadamente com os doentes e seus familiares, a partilha de informação e a decisão conjunta;
- (xi) O profissional de saúde que partilha informação (médico, enfermeiro e outros). Uma maior confiança no médico e nos outros profissionais de saúde favorece a decisão partilhada. O processo comunicativo pode ser melhorado, quando o profissional de saúde adota uma postura de partilha, centrada no doente, promovendo um maior empenhamento, uma melhor adesão ao tratamento ou terapêutica e maior nível de satisfação;
- (xii) A forma como o doente foi envolvido nas decisões sobre os cuidados.

“Em que medida a comunicação adequada entre médicos e doentes é estratégica, no sentido em que se assume o BSC? Verificamos que o empoderamento dos doentes é essencial para que estes assumam um papel cada vez mais relevante na gestão da sua saúde. Nessa medida, esta é uma das matérias presentes na qualidade dos cuidados de saúde e, por esta via, matéria claramente estratégica. Em segundo lugar, resta saber se o BSC, de facto, é um instrumento de melhoria comunicacional entre médicos e doentes. Uma boa comunicação entre médicos e doentes é um fator essencial para a tomada de decisões e também para a adesão terapêutica (entre outras). O envolvimento dos doentes no processo de decisão requer que os profissionais de saúde respeitem as perspetivas dos doentes acerca dos seus estados de saúde” (Anexo B – Pisco, L. 2015).

Será essencial facultar oportunidades e um ambiente propício aos doentes para que desenvolvam as competências, a confiança e o conhecimento necessários à evolução de um paciente passivo e recetor de cuidados de saúde para um parceiro ativo nos próprios cuidados de saúde. Reforçar a literacia em saúde, proteger e promover os direitos dos doentes, assegurar a sua participação nos processos de tomada de decisão e prestar apoio para o autocuidado são formas de o conseguir. Os doentes bem informados, apoiados e capacitados servem os objetivos estratégicos do sistema de saúde e os deles próprios.

Apesar de o BSC ter potencial para melhorar a comunicação nas instituições, fornecer aos profissionais a informação para ligar o seu desempenho aos resultados desejados e facilitar a partilha de conhecimento e de decisão, é uma ferramenta pouco usada e investigada nos cuidados de saúde primários.

Determinantes externas da comunicação entre o médico e o doente que influenciam a satisfação deste e o seu envolvimento nas decisões sobre os tratamentos:

- (i) O tempo disponibilizado na consulta médica. Apesar da necessidade de tempo suficiente para apoiar os doentes nas suas decisões, a tomada de decisão partilhada não resulta sempre num aumento da duração da consulta médica;
- (ii) O desenvolvimento organizacional da unidade de cuidados de saúde primários, o qual implica uma evolução para uma cultura de rigor, de responsabilidade e de avaliação e melhoria contínua de qualidade. Por exemplo, a prática regular de deteção de pontos fortes e fracos, como uma oportunidade para melhorar os serviços e a educação contínua dos profissionais de saúde, deve basear-se na análise periódica, em equipa, quer dos resultados obtidos na avaliação da satisfação dos doentes, quer das reclamações existentes nas unidades de saúde, as quais incidem, na maioria dos casos, sobre problemas de comunicação relacionados com dificuldades organizacionais;

Determinantes internas da comunicação entre o médico e o doente que influenciam a satisfação deste e o seu envolvimento nas decisões sobre os tratamentos:

- (iii) O interesse do médico nos problemas de saúde do seu doente;
- (iv) Oportunidade oferecida para esclarecer as suas dúvidas;
- (v) Indicações/esclarecimentos claros;
- (vi) A forma como o médico ouviu o doente;
- (vii) A facilidade com que o doente se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao médico;
- (viii) O estado emocional (por exemplo, ansiedade) do doente na consulta, devido ao maior ou menor tempo de espera ou à sua experiência com os vários aspetos do tratamento e

da consulta. A satisfação dos doentes baseia-se igualmente na relação entre as suas experiências e as suas expectativas. A insuficiente gestão da incerteza tem sido correlacionada com uma maior ansiedade e insatisfação na comunicação. Ao discuti-la com o doente, sobretudo em casos que exigem decisões mais complexas, o médico pode aumentar a satisfação na comunicação e a adesão, e reduzir a ansiedade;

- (ix) A confidencialidade da informação na relação e comunicação com o doente. O Médico deve estimular e manter um diálogo aberto e contínuo, de confiança e confidência, com doentes e familiares, propiciador de uma relação centrada no respeito pela autonomia e dignidade do doente, reconhecendo a prioridade ética das expectativas e preferências dos doentes;
- (x) O domínio da língua portuguesa por parte do doente, o que permite ultrapassar as dificuldades e barreiras linguísticas e conduz a uma maior compreensão, partilha de informação e satisfação;
- (xi) O nível de escolaridade; também os conhecimentos e o contexto sociocultural do doente, as ideias, os preconceitos, os estereótipos e as crenças dos profissionais de saúde e dos doentes podem influenciar dimensões da comunicação médico-doente, como a escuta ativa, a disponibilidade, o conselho, a troca de informação, o respeito e a parceria;
- (xii) A forma como o doente foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados e os tratamentos que o médico lhe prestou.

Nos estudos analisados, verifica-se que, de uma forma geral, em Portugal, os utentes apresentam o nível mais elevado de satisfação com a prestação dos cuidados de saúde na dimensão "Relação e Comunicação" com o médico de família (questionário EUROPEP), inclusive nos itens "Sentir que o médico tinha tempo durante as consultas" e "Considerar que o médico o envolveu nas decisões sobre os cuidados de saúde", mesmo quando comparado com os resultados verificados nos outros países da OCDE.

O modelo concetual da satisfação dos utilizadores (questionário EUROPEP), adaptado de "O valor dos cuidados primários: perspetiva dos utilizadores das USF" - 2009", inclui opiniões e atitudes dos utentes (fig. 1.3). Vejamos algumas que são exemplos do referido nível de satisfação com o médico de família, na dimensão "Relação e Comunicação":

"... Finalmente é desta que dizem que a minha consulta será em tal dia a tal hora, sem sequer lhe ver a cor dos olhos, e lá vou eu embora e quando me viro para me dirigir á saída, oiço o meu nome, estranho, alguém a chamar por mim? Ao virar-me deparo-me com o meu médico de família, que me pergunta como estou, como está a minha família... então cá nos encontramos no dia da sua consulta, foi um gosto vê-la. Por cada inquérito de satisfação

realizado, mediante os resultados, deveria haver uma reflexão, onde e como melhorar e a partir daí seguir para uma mudança” (Anexo C – Chipelo, S. 2015).

Os sentimentos negativos desencadeados por falhas de comunicação podem resultar numa troca limitada de informação, em insatisfação e decisões inapropriadas. Se houver coerência entre as palavras, a voz e as atitudes corporais, o doente tende a confiar mais. O facto de o médico ter “preparado o terreno” é fundamental para o sucesso da comunicação. Por outro lado, como refere esta utente, os resultados obtidos na avaliação da satisfação devem traduzir-se na melhoria dos aspetos identificados como menos satisfatórios, o que, em muitas situações, pode não implicar um acréscimo de custos para a organização, apelando apenas a mudanças na referida cultura organizacional.

“Às vezes não faço tudo o que a minha médica de família diz por achar que já não vale a pena ..., mas ela sabe! Também sabe que a minha família me ajuda muito. Por exemplo, são as minha filhas que me dão a insulina e assim mantenho a diabetes bem. Por vezes, a Doutora olha para mim e diz “parece mesmo a minha Mãe!” Gosto muito dela e sinto que ela também gosta de mim e é muito bom na minha idade, pois já fiz 80 anos e preciso dos cuidados dela.” (Anexo C – Pereira, E. 2015). Conseguir, em relação ao tratamento e seus objetivos, uma tomada de decisão partilhada, extensível à família, tal como se sugere no depoimento, depende da construção de um bom relacionamento e da empatia. Neste caso, está implícito, por parte da médica, um estilo comunicacional de carácter mais instrumental com a família, orientado para o tratamento e para a adesão ao mesmo, beneficiado pelo suporte familiar, e conjugado com um estilo afetivo que favorece a comunicação, a satisfação, a recordação e a compreensão da informação.

Determinantes externas da comunicação entre o médico e o doente que influenciam o dever ético de informar para obter um consentimento livre e esclarecido e as preferências do doente em relação à tomada de decisão:

- (i) O tempo disponibilizado pelo médico, na sua consulta, para transmitir ao utente informação relevante sobre o procedimento, e que é da maior importância, bem como o seu dever em participar neste processo, extensível aos outros profissionais de saúde. Conclui-se que esta determinante da comunicação é transversal às áreas-chave analisadas nesta tese;
- (ii) O tempo de internamento do doente, o qual permite aos pais um conhecimento crescente sobre a situação em questão, quer por maior contacto com o médico, quer pelas informações complementares fornecidas pela equipa de enfermagem ao longo do mesmo;

- (iii) A informação escrita que complementa a informação oral, a fim de reforçar esta última; quando adequado, pode-se recorrer a ilustrações, fotografias, folhetos, gráficos e tabelas, complementando assim a mensagem oral, para que o doente a compreenda melhor;
- (iv) A segunda opinião. Depois de consideradas todas as opções, se o médico e o doente não partilham a mesma opinião sobre o benefício global de um tratamento, pode ser considerada pelo paciente e aceite pelo médico a opção absolutamente livre e autónoma de uma segunda opinião;
- (v) Os ciclos de melhoria de qualidade e a monitorização do cumprimento das estratégias de melhoria.

O reforço de cuidados de saúde que respeitem a autonomia das utentes tem como consequência a melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente a melhoria da relação médico-doente, o investimento no processo comunicacional, contínuo e participado e a importância da decisão livre e esclarecida.

Determinantes internas da comunicação entre o médico e o doente que influenciam o dever ético de informar para obter um consentimento livre e esclarecido e as preferências do doente em relação à tomada de decisão:

- (vi) O interesse da informação para o utente (por exemplo, a informação dos riscos, benefícios e alternativas ao procedimento) antes de assinar o consentimento. A discussão do procedimento deve incluir as alternativas, os riscos e os benefícios do mesmo;
- (vii) O grau de à-vontade que o doente tem para questionar o médico, nomeadamente, sobre tratamentos e procedimentos cirúrgicos;
- (viii) A idade e a formação do médico, as quais remetem para uma geração de profissionais cuja formação e cultura podem influenciar o desenvolvimento da relação clínica, com maior ou menor respeito pelo direito dos utentes à sua autonomia;
- (ix) A idade do doente, pois o eventual défice cognitivo associado ao envelhecimento pode limitar a reprodução da informação. Por outro lado, dever-se-á ter em conta a opinião de um menor, dependendo da sua idade e do seu grau de maturidade; fornecer a informação das várias opções terapêuticas e/ou de atuação e promover a discussão entre os intervenientes aptos a colaborar, fomenta a decisão médica partilhada como pré-requisito de um consentimento livre e esclarecido;
- (x) As preferências do doente pelo tipo de decisão - partilhada ou paternalista. Apesar de quase metade dos doentes preferir uma decisão partilhada e apoio à sua decisão,

há um número significativo que prefere a abordagem paternalista, na qual o médico decide por eles.

“No caso do consentimento informado, o doente tem de ter informação detalhada sobre o diagnóstico, o procedimento terapêutico e as suas consequências, positivas e negativas. O esclarecimento deve garantir a autodeterminação do doente. Só desta forma poderá este prestar um consentimento informado”. (Anexo A – Figueiredo, S. 2015). “Ou seja, este consentimento obriga todos os intervenientes no processo clínico ao respeito por um requisito ético – a obtenção de uma autorização livre e esclarecida do doente como resultado de um processo informativo acessível, claro, transparente e cognoscível, capaz de contribuir para o desejável envolvimento do doente no ato médico, de investigação ou ensaio visados. E não se trata apenas de um dever de informação balizado no tempo. Pelo contrário, o processo informativo de partilha a que se alude deve ser contínuo e participado, de modo ir aquilatando da necessária atualização, mesmo que implícita, pelo doente, da autorização esclarecida expressamente prestada em momento anterior” (Anexo A – Bandeira, P. 2015).

Será necessário garantir que a comunicação continua após a tomada de decisão sobre a terapêutica. Para tal, é necessário constatar o que acontece entre duas consultas de vigilância e falar sobre eventuais alterações que tenham ocorrido no estado de saúde do doente. Essas mudanças poderão implicar a reconsideração da decisão sobre o tratamento. Fornecer informação sobre várias opções terapêuticas e/ou de atuação ao longo da “linha do tempo” promove a partilha atualizada e a colaboração entre as partes envolvidas. Conhecer e incorporar as preferências e os valores do doente nas tomadas de decisão representa um exercício ético e responsável que caracteriza a prática da decisão partilhada com o doente. *“Neste contexto, a audição atenta do doente (ou utente) é primordial para o próprio doente. Mas não basta ouvir, pois a descrição pelo próprio poucas vezes será objetiva e isenta da influência de diversos fatores (idade, família, sociedade, leituras, comunicação social e constituição psicológica...). Assim, depois de ter em conta o grau cultural, de inteligência e da circunstância em que se encontra o consulente, haverá que lhe fazer as perguntas adequadas. Em grande parte, a ponderação das respostas deve ser calibrada pois, podem ser distorcidas. A comunicação inteligente do médico com o doente, quer no processo de diagnóstico, de tratamento ou do consentimento livre e esclarecido é deveras relevante. As consultas rápidas são frustrantes e deviam ser proibidas e sempre justificadas perante o utente”. (Anexo A – Martins, A. 2015).*

No quadro 3.1, apresentam-se determinantes externos da comunicação com o doente e da decisão partilhada, analisados nesta tese e estudados por quatro investigadores e seus

colaboradores referenciados no desenvolvimento da mesma. Esses determinantes, barreiras/facilitadores da comunicação e decisão partilhada com o doente, são analisados nos estudos de Oliveira, em 2009 (comunicação médico-doente no processo de obtenção do consentimento informado), de Spasojevic, et al em 2015 (satisfação do doente na comunicação com o médico), de (Gravel et al., 2006) (revisão sistemática de 28 estudos originais sobre a percepção dos profissionais de saúde na implementação da decisão partilhada) e de Escoval & Pedro, 2014 (resultados obtidos sobre decisão partilhada na aplicação do Questionário Europeu de Literacia em Saúde).

No essencial, o fator “tempo disponibilizado na consulta” é identificado e considerado relevante tanto nesta tese como pelos quatro autores anteriormente referenciados. Trata-se de um determinante muito forte da comunicação médico-doente que influencia e tem impacto na decisão partilhada.

Quadro 3.1 – Determinantes externos da comunicação médico-doente e da decisão partilhada estudados nesta tese e por 4 autores referenciados.

Determinantes externos da comunicação		Gravel et al., 2006	Oliveira, (2009)	Escoval, et al, (2014)	Spasojevic, et al, (2015)	Tese Varela, (2016)
Determinantes externos da tomada de decisão partilhada						
Tempo disponibilizado na consulta		X	X	X	X	X
Organização / Sistema de Saúde	Desenvolvimento organizacional do Serviço de Saúde	X			X	X
	Cuidados centrados na pessoa	X		X		X
	Informação escrita complementar à informação oral			X		X
	Abrangência do Sistema de gestão estratégica e tempo de implementação			X		X
	Intervenções relacionadas com promoção da saúde e medicina preventiva			X		X
	Os ciclos de melhoria de qualidade e a monitorização do cumprimento das estratégias de melhoria.					X
	Educação para a saúde e cidadania para doentes e profissionais de saúde			X		X
	Periodicidade das consultas associadas a programas de saúde prioritários					X
	Tempo aguardado na sala de espera				X	
	Recursos materiais e humanos	X		X		
	Remuneração pelo desempenho	X				
Outras	Contexto social do doente		X	X	X	X
	Duração do tratamento				X	
	Tempo de internamento					X

O quadro 3.2 relaciona, de igual forma, os determinantes internos estudados nesta tese e pelos mesmos autores já referenciados.

“O contexto social do doente” (quadro 3.1), “os aspetos linguísticos e culturais do doente”, “o nível de conhecimentos, formação contínua e qualificação dos médicos/profissionais de saúde, nomeadamente em técnicas de comunicação, marketing, decisão médica partilhada, literacia em saúde e relação custo-benefício” (quadro 3.2) são considerados relevantes nesta tese e por 3 dos autores atrás referenciados. Assim, considera-se que esses

itens são fortes determinantes da comunicação médico-doente que influenciam e têm impacto na decisão partilhada.

Quadro 3.2 – Determinantes internos da comunicação com o doente e da decisão partilhada estudados nesta tese e por 4 autores referenciados.

Determinantes internas da comunicação médico-doente		Gravel et al., 2006	Oliveira, (2009)	Escoval, et al, (2014)	Spasojevic, et al, (2015)	Tese Varela, (2016)
Doente	Determinantes internas da tomada de decisão partilhada					
	Aspetos linguísticos e culturais	X	X	X		X
	Idade	X			X	X
	Maturidade, função cognitiva e outras características individuais	X	X			X
	Escolaridade	X			X	X
	Estado emocional na consulta e situação clínica	X	X			X
	Perceções, motivação, expetativas e crenças			X	X	X
	Sexo	X			X	
	Segunda Opinião					X
	Nível de literacia em saúde			X		X
Nível de conhecimentos (literacia digital, competências comunicacionais e outras)			X		X	
Médico / Profissionais de saúde	Nível de conhecimentos, formação contínua e qualificação <small>(técnica ACP, Marketing, Decisão Médica Partilhada, Literacia em Saúde, relação custo-benefício e outras)</small>	X	X	X		X
	Comportamento não verbal			X	X	X
	Comportamento verbal			X	X	X
	Execução de história clínica, exame objetivo e colheita de dados psicossociais	X			X	X
	Tipo de relação (Proximidade e parceria, autoridade e instrumental)		X		X	X
	Perceções, motivação e crenças	X		X		X
	Atitude dos profissionais da equipa <small>(promoção da capacitação dos cidadãos/ família/cuidadores)</small>			X	X	X
	Envolvimento dos doentes nas decisões	X		X		X
	Estado emocional na consulta		X			
	Confidencialidade da informação clínica					X
Idade					X	

Um passo nos esforços da melhoria contínua da qualidade assistencial será a orientação e formação dos profissionais de saúde sobre o modo como se conduz o diálogo com o doente para se chegar a uma partilha de informação que permita ver as questões dos doentes abordadas, que incorpore os riscos e os benefícios, a medicina baseada na evidência e o consentimento informado interativo.

O médico deve demonstrar, na sua prática clínica, que comunicar, ensinar e promover a saúde do seu doente é uma paixão e uma missão que lhe dá prazer. Se o doente e a sua família perceberem isso, o seu interesse aumentará, tal como a confiança no médico, e sentir-se-ão mais à vontade para questioná-lo, pois querem saber as respostas e colaborar. Este sentido exploratório, por sua vez, pode conduzir ao desenvolvimento de preferências informadas, que o médico deve promover através da participação do seu doente na tomada de decisões. O registo do diagnóstico de preferências do doente é essencial, deverá ser obrigatório, e integrado no processo clínico. Observou-se, no desenvolvimento desta tese,

que esse envolvimento tem uma importante justificação digna e ética, para além da melhoria da satisfação do doente, dos resultados em saúde e da qualidade do desempenho dos profissionais e das organizações de saúde.

Verificou-se igualmente, nesta tese, que a tomada de decisão partilhada é determinada pela autonomia, influenciada por componentes que envolvem a comunicação e a relação entre médico e doente, guiada pela individualidade bio-psico-social deste, tendo em conta as suas preferências, expectativas, competências, pro-atividade, responsabilidade, contexto sociocultural, escolaridade, processo de envelhecimento, crenças, maturidade, doença e qualidade de vida.

A decisão partilhada entre o médico, o doente e sua família requer um compromisso e uma colaboração interpessoal, uma boa relação e uma comunicação o mais eficaz possível, influenciada, em grande medida, por determinantes da comunicação identificados e analisados nesta tese. As determinantes “tempo disponibilizado pelo médico” e “envolver o doente na decisão sobre os cuidados” foram identificados em todas as análises efetuadas, nomeadamente na abordagem BSC, obtenção de CI, avaliação da satisfação do doente e literacia em saúde e o desafio da partilha. De facto, a partilha de decisão é igualmente influenciada pelo nível de literacia e competências em saúde e pela qualidade e adequação de ferramentas e tecnologias de apoio à informação, capacitação e participação ativa do doente. Salienta-se a necessidade de se integrar e complementar as competências de comunicação do médico, na sua prática clínica, com ferramentas de apoio à decisão.

Uma boa relação entre o médico e o doente é a condição mais valiosa para a comunicação, que será sempre influenciada por determinantes analisadas nesta tese, resultando numa mútua melhoria da satisfação e na decisão partilhada. Desta forma contribuirá para uma renovação na dinâmica da relação médico-doente. A organização e o seu sistema de gestão deverão ser facilitadores dessa interação (Apêndice 3 – b) Valor da relação entre doente, médico e organização; c) Diagramas - Comunicação e decisão partilhada).

Trabalhos futuros

Um dos objetivos do sistema de saúde poderá ser a promoção de uma estratégia de comunicação com o doente para uma maior participação deste na sua tomada de decisão e para obtenção de ganhos em saúde. Por outro, sabe-se que a maior parte da carga das doenças, assim como as iniquidades em saúde, acontecem por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado

“determinantes sociais da saúde”, um termo que resume as determinantes sociais, económicas, políticas, culturais e ambientais da saúde. Então, será igualmente interessante aprofundar a influência do conteúdo da comunicação com o doente nestas determinantes (e vice-versa), através da realização de novos estudos e outras análises.

Um gestor, com larga experiência na administração hospitalar e nos Agrupamentos de Centros de Saúde em Portugal, dá a sua perspetiva da possível implementação no terreno do BSC, referindo que a *“Administração pública (nos cuidados de saúde primários), a perspetiva financeira do BSC concretiza-se se o orçamentado for respeitado e o contratualizado atingido, consideramos que as restantes perspetivas assumem uma importância acrescida, isto porque se formos efetivos e atuarmos com qualidade, envolvermos o cidadão (na dupla função de cliente e financiador) e sempre que necessário melhorarmos os processos (com desenvolvimento e investigação) seremos necessariamente eficientes, logo respeitaremos os pressupostos financeiros, fechando desta maneira o ciclo do BSC (Anexo B – Amaro, L. 2015). Não existindo essa experiência de aplicação do BSC nos CSP e pela existência de inúmeras especificidades no sector público da saúde, e em particular, nos CSP e nas USF, seria interessante realizar a aplicação BSC adaptado às especificidades, nomeadamente ao nível da missão, visão e objetivos estratégicos das USF e também acompanhar a sua utilização ao longo do tempo. Desta forma, poder-se-ia avaliar a mudança nos comportamentos que a adoção do mesmo induz ou não induz e, mais importante, o seu impacto na eficiência das USF”* (Anexo B – Rodrigues, J. 2015).

O modelo de tomada de decisão partilhada poderá expressar e preservar o seu maior potencial, quando combinado com o modelo de gestão estratégica das instituições de saúde e/ou sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e avaliação da satisfação do doente e/ou adequação e utilização continuada de uma comunicação estruturada, ferramentas (Anexo I – Decisão Partilhada: Proposta de Passos na Comunicação Entre o Médico e Doente e Páginas da Internet com Ferramentas para Auxiliar a Tomada de Decisão) e tecnologias de gestão de informação e comunicação para apoio à capacitação e decisões informadas em saúde, nomeadamente um SI eletrónico, organizado e gerido por cada doente e utilizador, árvores de decisão, com modelo de Markov integrado, capazes de destacar, de forma clara e simples, os principais resultados de uma decisão do doente e transpondo os parâmetros críticos para esta. Estas árvores poderão ser complementadas com imagens escolhidas, de acordo com as características do doente, ilustrando o que poderá acontecer ao seu estado de saúde. Tais associações poderão vir a ser testadas, aprofundadas e estudadas no futuro.

Porém, para se estudar com profundidade o comportamento do médico e perceber se ele envolve os doentes na decisão a um nível adequado, deve-se levar em consideração os fatores presentes na relação médico-doente, bem como os associados com as características dos próprios utentes, o tipo de problema de saúde que têm e o sistema organizativo de prestação de cuidados. Esta escala/questionário para avaliar a tomada de decisão partilhada ainda não foi desenvolvida (ver em Apêndice 1 - Questionário a desenvolver em futuro trabalho de investigação na área da Avaliação da Tomada de Decisão Partilhada). Deverá correlacionar-se os dados obtidos, com resultados de indicadores de doença/saúde. Poder-se-á igualmente auditar o processo de obtenção de CI (ver em Apêndice 2 - Plano de Auditoria e Lista de Verificação ao processo de obtenção do CI). Desta forma, é possível perceber-se o grau de responsabilidade e de ética assumido pelo médico quando envolve (ou não) os seus doentes nas decisões.

Finaliza-se com a seguinte pergunta para futura investigação:

- Qual o tempo mínimo para consulta, no sentido do doente se sentir satisfeito?

REFERÊNCIAS

- Active Citizenship Network. (2010). Carta europeia dos direitos dos doentes, 7–8.
- Agostinho, C., Cabanelas, M., Franco, D., Jesus, J., & Martins, H. (2010). Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 2(26), 150–157.
- Aldoory, L., Ryan, K., & Rouhani, A. (2015). *Informed Consent and Health Literacy*. Washington, D.C.: National Academies Press. <http://doi.org/10.17226/19019>
- Almeida, L. D. (2010). Atitude médica e autonomia do doente vulnerável. *Revista Bioética*, 18(1), 165–183.
- Almeida, L. D. (2014). Efeito nocebo e consentimento informado contextualizado : reflexões sobre aplicação em oftalmologia. *Revista de Bioética*, 22(3), 22 (3)427-33.
- ARSLVT. (2015). Código de Conduta Ética da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo.
- Barello, S., & Graffigna, G. (2015). Patient engagement in healthcare: pathways for effective medical decision making. *Neuropsychological Trends*, (17), 53–65. <http://doi.org/10.7358/neur-2015-017-bare>
- Beach, M. C., Keruly, J., & Moore, R. D. (2006). Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 661–665. <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00399.x>
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of*

- Family Practice / American Board of Family Practice*, 15(1), 25–38. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841136>
- Benbassat, J., Pilpel, D., & Tidhar, M. (1998). Patients' Preferences for Participation in Clinical Decision Making: A Review of Published Surveys. *Behavioral Medicine*, 24(2), 81–88. <http://doi.org/10.1080/08964289809596384>
- Bensing, J. M., Deveugele, M., Moretti, F., Fletcher, I., van Vliet, L., Van Bogaert, M., & Rimondini, M. (2011). How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 287–293. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2011.06.008>
- Billings, J. A. (1993). How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. *New England Journal of Medicine*, 329(11), 815–815. <http://doi.org/10.1056/NEJM199309093291120>
- Bird, J., Evsegneev, R., Hobbs, F., John, K., Laurinaitis, E., Maparutsa, C., ... Tsutsumi, S. (1993). Doctor-Patient Interaction and Communication. Geneva: Division of Mental Health World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60263/1/WHO_MNH_PSF_93.11.pdf
- Bleich SN, Ozaltin E, Murray CK. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ.*, 87(4), 271–8.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas. NOC de Adesão Terapêutica - CEMBE da FML (1ª)*. Lisboa.
- Calhau, A. (2009). *Concepção de um Sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta*. Universidade Técnica de Lisboa.
- Camara, P. B. da, & Paulo Balreira Guerra, J. V. R. (2010). *Novo Humanator - Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. (D. Quixote, Ed.) (4ª Edição). Lisboa.
- Ceron, M. (2013). Habilidades de comunicação: Abordagem centrada na pessoa, 42.
- Chan, C. S. Y., Wun, Y. T., Cheung, A., Dickinson, J. A., Chan, K. W., Lee, H. C., & Yung, Y. M. (2003). Communication skill of general practitioners: any room for improvement? How much can it be improved? *Medical Education*, 37(6), 514–26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12787374>
- Chaves, C., João, D., Silva, R., Castro, C., Marques, C., Costa, C., ... Santos, V. (2012). Satisfação dos utentes da unidade de saúde de tondela. *Millenium*, 43, 47–77. <http://doi.org/http://www.ipv.pt/millenium/Millenium43/4.pdf>
- Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA. (2012). Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns.*, 86(1), 9–18.
- Cole, S. A., & Bird, J. (2013). *The Medical Interview: The Three Function Approach* (3ª Edição). London.
- Cooper, A. (2009). Evidence-Based Rehabilitation: A Guide to Practice by Mary Law and Joy MacDermid, Eds. *Activities, Adaptation & Aging*, 33(3), 210–211. <http://doi.org/10.1080/01924780903148227>
- Costa, M. I. A. (2012). *Avaliação do consentimento informado num hospital universitário*. Universidade do Porto.
- Crip, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bas, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares., J.

- (2014). Relatório - Um futuro para a Saúde FCG 2014 – Todos temos um papel a desempenhar., (Edição Fundação Calouste Gulbenkian). Retrieved from http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html
- Davies, J. (2003). *A manual of mental health care in general practice* (Department). Canberra.
- Departamento da Qualidade na Saúde. DGS. (2015). *Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/...saude/.../estudo-de-satisfacao-dos-utentes-do-sistem>
- DGS. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados de saúde. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>.
- Dias, M. P., Shinn, C., Amaral, L., Pinto, A., Gonzalez, P., Pinto, D., ... Familiar, P. (2014). Ciclo de melhoria de qualidade para aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimento de planeamento familiar. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 30(3), 168–173.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Consentimento informado, esclarecido e livre par atos/intervenções de saúde nos termos da norma nº 015/2013, da Direção -Geral da Saúde. Retrieved November 13, 2015, from https://www.dgs.pt/aplicacoes-e-formularios/consentimento-informado/solicita_form_ci.aspx
- Domholdt, E. (2005). *Rehabilitation research: principles and applications*. (E. Saunders, Ed.). Missouri. Retrieved from <http://elibrary.wayne.edu/record=b2932381~S47>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <http://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., & Watson, P. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341(oct14 2), c5146–c5146. <http://doi.org/10.1136/bmj.c5146>
- Emanuel, E. J. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221. <http://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Escoval, A., & Pedro, A. R. (2014). Literacia em saúde. O papel da literacia em saúde na gestão da diabetes. Monte Real. Leiria.
- Esperidião, M., & Trad, L. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teóricoconceituais. Cadernos de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1267–1276.
- Ferreira, P. L. (1995). Satisfação dos utilizadores dos cuidados primários.
- Ferreira, P. L. (2000). Europep 2000 LVT Estudo de satisfação dos utentes dos centros de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo.
- Ferreira, P. L. (2003). *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Lisboa: Instituto do Consumidor,.
- Ferreira, P. L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF – 2009. *Missão Para Os Cuidados de Saúde Primários*, 1(1ª Edição, Lisboa, Abril 2010), 1–101.

- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2001). Europep 2001/2002 Projecto de avaliação da satisfação dos utentes dos centros de saúde.
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 285–296. Retrieved from <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200601.pdf>
- Ferreira, P., & Vítor, R. (2015). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP - Relatório Final*. Coimbra. Retrieved from [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015.08.24-Relat%25C3%25B3rio Final-VF.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015.08.24-Relat%25C3%25B3rio%20Final-VF.pdf)
- Ferreira, P., Vítor, R., & Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos centros de saúde* (Ministério). Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde.
- Filipe, G. F. (2011). *Educação para a saúde em grupo*. Universidade Estadual Ceará.
- Fracolli, L., Gomes, M., Nabão, F., Santos, M., Cappellini, V., & Almeida, A. (2014). Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. São Paulo. <http://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
- Fried, T. R. (2016). Shared Decision Making — Finding the Sweet Spot. *New England Journal of Medicine*, 374(2), 104–106. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1510020>
- Gadamer, H. G. (2014). *Verdade e Método - Traços Fundamentais de Uma Hermenêutica Filosófica*. (Vozes, Ed.) (14th ed.).
- Gazzinelli, F., Reis, C., Marques, C. (2006). *Educação em saúde: teoria, método e imaginação*. (UFMG, Ed.). Belo Horizonte.
- General Medical Council. (2008). *Consent: patients and doctors making decisions together*. Manchester.
- George, F. (2011). Sobre Determinantes da Saúde. Retrieved May 8, 2016, from www.dgs.pt
- Gionfriddo, M. R., Leppin, A. L., Brito, J. P., LeBlanc, A., Shah, N. D., & Montori, V. M. (2013). Shared decision-making and comparative effectiveness research for patients with chronic conditions: an urgent synergy for better health. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 2(6), 595–603. <http://doi.org/10.2217/ce.13.69>
- Góis, L. (2011). *Qualidade do Consentimento Informado no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António*. Universidade do Porto.
- Graffigna, G. (2015). Measuring patient activation in Italy: Translation, adaptation and validation of the Italian version of the patient activation measure 13 (PAM13-I). *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(109).
- Graffigna, G., Barelo, S., & Riva, G. (2013). How to Make Health Information Technology Effective: The Challenge of Patient Engagement. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(10), 2034–2035. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.04.024>
- Gravel, K., Légaré, F., & Graham, I. D. (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*, 1(1), 16. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-1-16>
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., ... Szecsenyi, J. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison.

- The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 50(460), 882–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11141874>
- Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine*, 47(3), 329–339. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00059-8](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00059-8)
- Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*, 15(1). <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6>
- Health Quality Council. (2009). *Shared decision making: Helping the system and patients make quality health care decisions*. Saskatoon.
- Hibbard, J. H., Greene, J., & Tusler, M. (2009). Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *The American Journal of Managed Care*, 15(6), 353–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19514801>
- Holm, L., Berland, A., & Severinsson, E. (2016). Older Patients' Involvement in Shared Decision-Making - A Systematic Review Anne. *Open Journal of Nursing*, 6(3), 16.
- Huckman, R. S., & Kelley, M. A. (2013). Public Reporting, Consumerism, and Patient Empowerment. *New England Journal of Medicine*, 369(20), 1875–1877. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1310419>
- Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Bower, M. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 47(3), 179-95–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12055900>
- Jagosh, J., Boudreau, J., Ingram, L., MacDonald, M., & Ingram, L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 369–374. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>
- Kasper, J., Légaré, F., Scheibler, F., & Geiger, F. (2012). Turning signals into meaning--'shared decision making' meets communication theory. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 15(1), 3–11. <http://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00657.x>
- Khoury, B. (2015). Consent: a practical guide. *Australian Dental Journal*, 60(2), 138–142. <http://doi.org/10.1111/adj.12301>
- King, J. S., Eckman, M. H., & Moulton, B. W. (2011). The Potential of Shared Decision Making to Reduce Health Disparities. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 39, 30–33. <http://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2011.00561.x>
- Kobylarz FA, Pomidor A. (2006). SPEAK. A mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics*, 61(7), 20–6.
- Kollberg, B., & Elg, M. (2011). The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(5), 427–445. <http://doi.org/10.1108/17410401111140374>
- Kripalani, S., Jacobson, T. a., Mugalla, I. C., Cawthon, C. R., Niesner, K. J., & Vaccarino, V. (2010). Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 5(5), 269–275.

<http://doi.org/10.1002/jhm.667>

- Labrie, N. H. M., & Schulz, P. J. (2015). Exploring the relationships between participatory decision-making, visit duration, and general practitioners' provision of argumentation to support their medical advice: results from a content analysis. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 572–7. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.01.017>
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293(9), 1100–6. <http://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Légaré, F., & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 96, 281–286. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.014>
- Leng, G. (2015). Shared Decision Making. NICE. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/11/4-nqb-160915.pdf>
- Levinson, W., Lesser, C., & Epstein, R. (2010). Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *Health Aff (Millwood)*, 29(7), 1310–8. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0450>
- Lévy, P. (1999). Árvores de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 3(4), 143–156. <http://doi.org/10.1590/S1414-32831999000100012>
- Lim, H. M., Kurniasanti, K. S., & Osler, S. W. (2015). Shared Decision Making and Effective Physician-Patient Communication : The Quintessence of Patient-Centered Care. *The International of Medical Students*, 3(6), 2014–2016.
- Lipman, H. I., Kalra, A., & Kirkpatrick, J. N. (2015). Foundations of medical decision-making for older adults with cardiovascular disease. *Journal of Geriatric Cardiology : JGC*, 12(4), 335–9. <http://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2015.04.004>
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde - Dos Fundamentos à Acção*. (Almedina, Ed.).
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 157–166. <http://doi.org/10.12707/RIII11112>
- Lourenço, B. M. M. (2008). *A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários*. Universidade Fernando Pessoa.
- Lúcia, A., & Laranjeira, A. (2012). O Dever De Informação Na Relação Médico-Paciente e a Responsabilidade Médica. *Revista Científica Orbis*, 3(1), 395–417.
- Macedo, A. F. de, & Azevedo., M. H. P. de. (2011). Relação médico-doente, 79. Retrieved from http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_04.pdf
- Maia, C. (2012). *Avaliação do uso do consentimento informado em Pediatria*. Universidade do Porto, Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Centro Hospitalar do Porto.
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248–255. <http://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Martinho, M. J. C. M., Da Silva Martins, M. M. F. P., & Angelo, M. (2013). Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: Instrumento adaptado e validado para língua portuguesa. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(3), 576–583. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300008>
- Mendonça, A. M. M. C. de. (2015). *O consentimento livre e esclarecido e a humanização*

- no atendimento médico: uma explicação pautada em valores humanos e atitudes.* Retrieved from <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio-aberto.up.pt:10216/78233>
- Mikesell, L. (2013). Medicinal relationships: caring conversation. *Medical Education*, 47(5), 443–52. <http://doi.org/10.1111/medu.12104>
- Mishima, S., Pereira, F., Matumoto, S., Fortuna, C., Pereira, M., Campos, A., ... Domingos, M. (2010). A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos utentes. *Rev Lat Am Enfermagem*, 18(3), 148–155.
- Monteiro, M. M. M. D. C. F. (2009). *A literacia em saúde*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Mourad, T., Shashaa, S., Markaki, A., Alegakis, A., & Lionis, C. (2007). An Evaluation of Patients' Opinions of Primary Care Physicians: the Use of EUROPEP in Gaza Strip-Palestine. *J Med Syst*, 31, 497–503. <http://doi.org/DOI 10.1007/s10916-007-9090-z>
- Naik, A. D., Street, R. L., Castillo, D., & Abraham, N. S. (2011). Health literacy and decision making styles for complex antithrombotic therapy among older multimorbid adults. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 499–504. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.015>
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care. Retrieved from [file:///C:/Users/Americo Varella/Downloads/comunicacao_contexto_clinico \(3\).pdf](file:///C:/Users/Americo Varella/Downloads/comunicacao_contexto_clinico (3).pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2013). *Relatório de Primavera 2013. Duas faces da Saúde*. Lisboa.
- OCDE. (2015). Patient experience with ambulatory care. *HEALTH AT A GLANCE: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/888933281241>
- Oliveira, G., Pereira, A. S., Carvalho, L., Moniz, H., Martins, R., Vale, M. do C., ... Santos, M. A. A. (2009). Consentimento informado – Relatório final RELATÓRIO FINAL, In: Entidade Reguladora da Saúde. Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
- Oliveira, A. J. E. De. (2012). *Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior*. Instituto Universitário de Lisboa ISCTE Business School.
- Paddison, C., Abel, G., Roland, M., Elliott, M., & Campbell, J. (2013). Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. <http://doi.org/10.1111/hex.12081>
- Pedro, A. R. S. (2008). *Personal health records system no contexto de saúde português*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.5/3026>
- Peek, M. E., Wilson, S. C., Gorawara-Bhat, R., Odoms-Young, A., Quinn, M. T., & Chin, M. H. (2009). Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1135–1139. <http://doi.org/10.1007/s11606-009-1047-0>
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285–296. <http://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Pinheiro, C. T. M. (2008). *A gestão das doenças crónicas: implicações na prática nos*

cuidados de saúde primários. Universidade Aberta. Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/1233>

- Puschner, B., Neumann, P., Jordan, H., Slade, M., & Fiorillo, A. (2013). Development and psychometric properties of a five-language multiperspective instrument to assess clinical decision making style in the treatment of people with severe mental illness (CDMS). *BMC Psychiatry*, *13*(1), 48. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-48>
- Quaglioni, S., Shahar, Y., Peleg, M., Miksch, S., Napolitano, C., Rigla, M., ... Sacchi, L. (2013). Supporting shared decision making within the MobiGuide project. *AMIA ... Annual Symposium Proceedings / AMIA Symposium. AMIA Symposium, 2013*, 1175–84. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24551401>
- Rodriguez-Osorio, C. A., & Dominguez-Cherit, G. (2008). Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. *Current Opinion in Critical Care*, *14*(6), 708–713. <http://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328315a611>
- Roter, D. L., Hall, J. a., & Katz, N. R. (1988). Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, *12*(2), 99–119. [http://doi.org/10.1016/0738-3991\(88\)90057-2](http://doi.org/10.1016/0738-3991(88)90057-2)
- Ruiz-Moral, R. (2010). The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making: Viewpoint. *Health Expectations*, *13*(1), 33–44. <http://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00578.x>
- Sahin, B., Yilmaz, F., and Hyung Lee, K. (2007). Factors affecting inpatient satisfaction: structural equation modeling. *J. Med. Sys.*, *31*, 9–16.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes E Obesidade*, *4*(3). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10174/2320>
- Sarasohn-Kahn, J. (2013). A Role for Patients. *American Journal of Preventive Medicine*, *44*(1), S16–S18. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.09.019>
- Schäfer W, Boerma W, Murante A, Sixma H, Schellevis F. (2015). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, *93*, 161–168. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140368>
- Schwartzstein, R. M. (2015). Getting the Right Medical Students — Nature versus Nurture. *New England Journal of Medicine*, *372*(17), 1586–1587. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1501440>
- Spasojevic, N., Hrabac, B., & Huseinagi, S. (2015). Patient's Satisfaction with Health Care: a Questionnaire Study of Different Aspects of Care, *27*(4), 220–224.
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., ... Wu, J. H. (2014a). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In D. Stacey (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., ... Wu, J. H. C. (2014b). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*, CD001431. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a

- review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 152(9), 1423–33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7728691>
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. J. M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172–1179. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>
- Sung, V. W., Raker, C. A., Myers, D. L., & Clark, M. A. (2010). Treatment decision-making and information-seeking preferences in women with pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*, 21(9), 1071–1078. <http://doi.org/10.1007/s00192-010-1155-8>
- Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G., & Popple, K. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*, 13(FEBRUARY), 150. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-150>
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585–92. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13312700>
- Szekeres, P., Peinado, J. M., Patrício, M., & Metz, J. (1999). *Medical skills resource book for teachers*. Pécs Medical University. Hungary.
- Tarlov, A. (1996). Social determinants of health: The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson (Eds.). *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*.
- Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousson V. (2013). Patients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery. *World J Surg.*, 37(9), 2162–71.
- Usherwood, T. (1999). *Understanding the consultation: evidence, theory, and practice*. Open Univ Pr.
- Wensing, R., Ferreira, P., Rodriguez, A., Olesen, F., Mainz, J., Vedstedt, P., ... Jung, H. (2000). *Patients Evaluated General/Family Practice. The EUROPEP instrument*.
- Wills, C. E., & Holmes, M. (2006). Integrating Decision Making and Mental Health Interventions Research: Research Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(1), 9–25. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00002.x>
- Wynia, M., & Osborn, C. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations. *J Health Commun*, 15(2), 102–115. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3086818/>

ANEXOS

Anexo I – Decisão Partilhada: Proposta de Passos na Comunicação Entre o Médico e Doente e Páginas da Internet com Ferramentas para Auxiliar a Tomada de Decisão. Adaptado de (Stiggelbout et al., 2015)

1º Passo:

Após o estabelecimento do diagnóstico, discussão de opções alternativas antes da tomada de decisão partilhada.

"- Agora que sabemos o que tem, devo dizer-lhe que existem várias opções de tratamento. Cada uma delas tem as suas vantagens e desvantagens. Portanto, vamos ter que ver o que é melhor para si e, em seguida, decidir sobre os passos a dar."

"- Existem diferentes abordagens para tratar o seu problema de saúde, mas os resultados diferem uns dos outros. Como não temos a certeza qual será a melhor para si, preciso de falar consigo sobre o que considera mais importante, a fim de optarmos pela melhor abordagem."

"- Infelizmente, tem um problema de saúde sobre o qual, nós, médicos, ainda não sabemos tudo. Por isso, é muito importante que esta decisão seja tomada em conjunto, com base no que se sabe."

2º Passo:

Explicar, de uma forma isenta, as opções e os prós e contras das mesmas. Para tal, é importante considerar uma série de questões:

(1) Qual é a informação relevante?

(2) Qual é o conhecimento prévio que o doente tem?

(2) Essa informação é completa?

(3) Como deve ser transmitida a informação sobre o risco associado ao tratamento?

(4) O doente compreende a informação transmitida? [46]

- Falar separadamente das opções

"- Existem duas opções de tratamento para o seu problema de saúde. Uma é ... (X), a outra é ... (Y). Deixe-me primeiro explicar-lhe as vantagens e as desvantagens do tratamento X."

- Para explicar os riscos e as vantagens

"- As duas opções que podem ser aplicáveis a si são X e Y. Já alguma vez ouviu falar delas? Se sim, vamos então ver o que sabe, e em seguida vamos falar sobre os seus riscos, bem como sobre os efeitos secundários"

- Falar em números e não em percentagens

"- Em cada 10 pessoas na mesma situação que você, 3 têm por ex., vómitos, edema no tornozelo, etc. Não acontece necessariamente a todas as pessoas que se submetem a este tratamento."

"- Por aquilo que sabemos, em cada 100 pessoas que tomam este medicamento, 2 podem sofrer hemorragia. Infelizmente, não podemos dizer antecipadamente se você é um(a) dos(as) que vai estar entre aqueles que têm esse efeito secundário."

- Para que as informações sobre os riscos sejam isentas, deve-se usar um quadro positivo e um negativo:

"- As probabilidades de sobrevivência durante cinco anos, com este tratamento, é de 4 em 5, ou seja, 1 de 5 doentes como você não sobreviverá após os cinco anos."

"- Devo dizer-lhe que, infelizmente, existem alguns riscos graves ligados a esta cirurgia. 2 em cada 100 doentes submetidos a este procedimento morrerão em resultado desse risco. Mas, isso significa também que os restantes 98 vão sobreviver."
Deve-se verificar se o doente percebeu:

"- Para que possa ter certeza de que compreendeu tudo o que lhe expliquei, pode dizer-me o que retirou desta conversa? Eu compreendo que lhe dei muita informação de uma só vez, mas é importante que se sinta esclarecido(a)."

3º Passo:

Discussão sobre as preferências do doente e apoio na sua análise. Muitas vezes, os doentes não têm preferências claras; as seguintes mensagens podem ajudá-los na discussão de valores e apoiá-los na decisão:

"- Depois de ouvir o que acabei de lhe dizer, que pensamentos ou preocupações vêm de imediato à sua mente?"

"- Que outros aspetos considera importantes para a tomada de decisão?"

"- O que pesa mais para si nesta tomada de decisão?"

"- Como é que compara os benefícios das opções? E os danos?"

4º Passo:

Estabelecer preferências e o papel do paciente na decisão; estabelecer a necessidade de reavaliação - rever ou adiar a decisão. As seguintes mensagens podem ajudar a discutir o estilo de tomada de decisão de doente:

"- Depois de vermos o que é importante para si, como gostaria de tomar a decisão?"

"- Algumas pessoas gostam de tomar a decisão por elas próprias, após terem pesado e considerado todas as vantagens e desvantagens. Outras preferem que seja o médico a fazê-lo. Outras ainda preferem decidir em conjunto com o médico. E você? O que prefere?"

"- Podemos decidir agora, em conjunto, mas, se preferir, pode ter mais algum tempo para pensar ou para falar com outras pessoas ou com a sua família, e decidi-lo por si mesmo(a). Ou podemos voltar a falar numa próxima consulta. O que prefere?"

Se a posição do doente for clara, pode-se passar para a decisão final.

"- Ora bem, já sabe a decisão que quer tomar?"

"- Se entendi bem, prefere ... "

Caso contrário, o desejo de envolvimento, ou não, pode precisar de ser discutido novamente. Se, depois de se passar pelas etapas 1, 2 e 3, o doente preferir entregar a decisão ao médico, este já sabe quais são as preferências que devem ser tidas em conta ao optar por uma das abordagens discutidas, e, neste caso, podemos continuar a falar de tomada de decisão partilhada.

E o que o utente deseja, e por vezes não tem?

"- Eu escolho o meu nível de participação na tomada de decisões."

"- Quero que respondam às minhas perguntas numa linguagem que possa entender."

"- Quero ver e utilizar a minha História Clínica da maneira que achar melhor."

"- Quero pedir uma segunda opinião sem que isso tenha um efeito negativo sobre os cuidados que recebo."

"- Quero comunicar com os profissionais de saúde que acompanham a minha saúde de outras formas, além do contacto direto (telefone / internet)"

E qual é o dia a dia do médico?

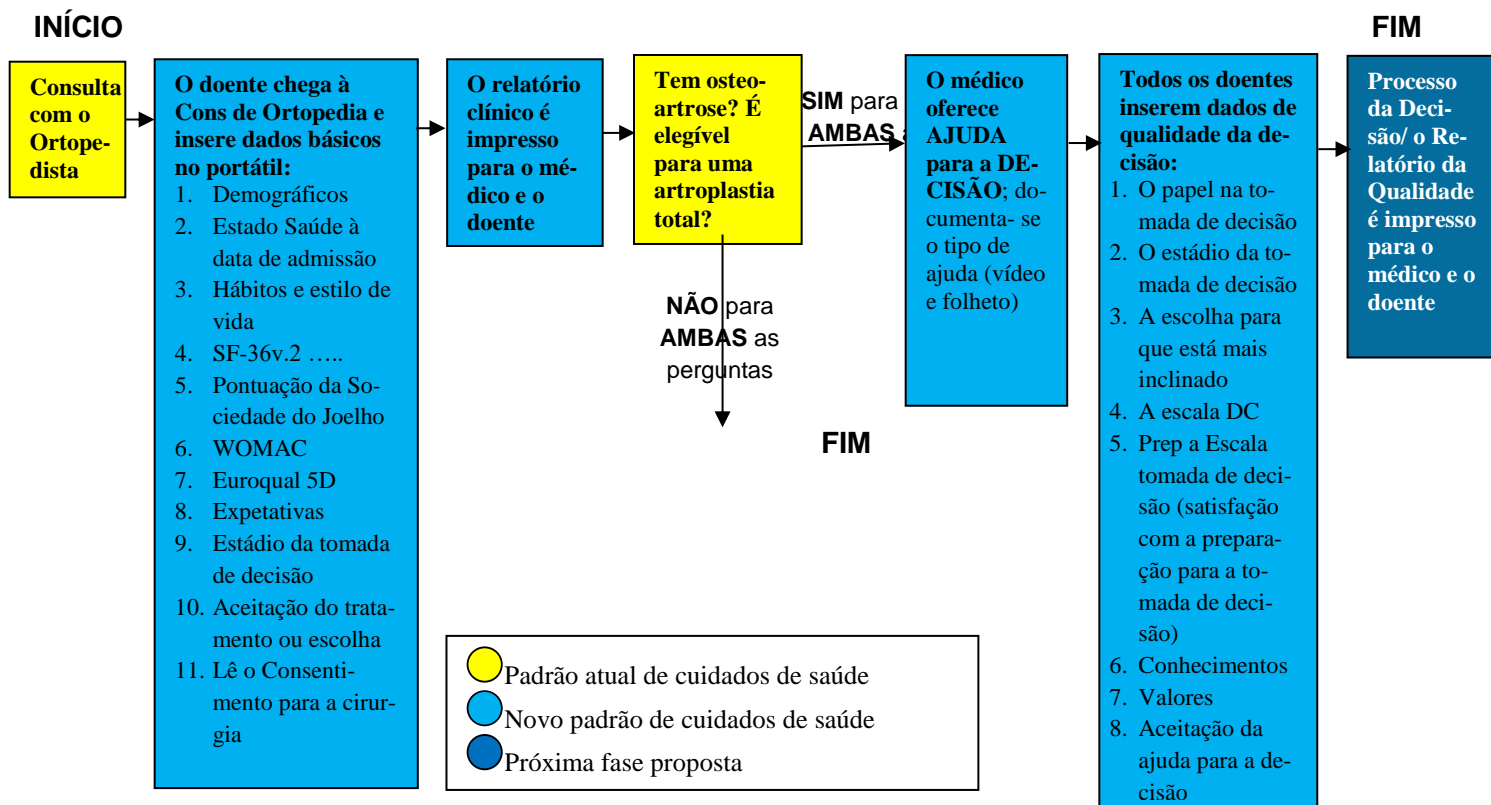
"- Todos os dias e a qualquer momento serve doentes em situações muito difíceis, às vezes em condições precárias e com meios limitados."

"- Os doentes têm, em muitos casos expectativas irrealistas, constantemente inflacionadas pelos governos, meios de comunicação social e sociedade de consumo."

Links para páginas da internet com ferramentas para auxiliar a tomada de decisão

- Ottawa Hospital Research Institute: <http://decisionaid.ohri.ca>
- Mayo Clinic Knowledge and Evaluation Unit: <http://shareddecisions.mayoclinic.org>
- Aplicação da Clínica Mayo de ajuda para a tomada de decisão sobre medicação para doentes com diabetes, de uso exclusivo durante a consulta: <http://diabetesdecisionaid.mayoclinic.org/>
- Option Grids: www.optiongrid.org
- MED-DECS: <http://med-decs.org/en>
- Health Dialog/Informed Medical Decisions Foundation: <http://imdfoundation.org>
- NHS. Shared Decision Making: <http://sdm.rightcare.nhs.uk/shared-decision-making-sheets/>
- Healthwise: <http://healthwise.org>
- Universidad de los pacientes: <http://www.universidadpacientes.org/>

Anexo II– Exemplo de Fluxo de Trabalho mostrando a Integração do Apoio à Decisão Partilhada. Projeto Hip-knee da Tomada de Decisão Partilhada



O Instituto de Investigação do Hospital de Ottawa, no Canadá, levou à prática um projeto piloto de apoio à decisão do doente na cirurgia do Joelho (Projeto Hip-knee da Tomada de Decisão Partilhada). O primeiro passo para a tomada de decisão partilhada, envolveu uma orientação para a prestação de cuidados mais eficiente que usa uma avaliação padronizada do doente para determinar a sua elegibilidade para a cirurgia (apenas 50% dos pacientes se qualificaram para a cirurgia após esta avaliação). Se o doente tivesse indicação para cirurgia, era-lhe dada uma ajuda na decisão (DVD e folheto). Os pacientes que utilizaram um apoio à decisão estiveram mais inclinados a tomar uma decisão de elevada qualidade, tiveram uma pontuação maior na avaliação de conhecimentos, e os tempos de espera em geral permaneceram idênticos (Health Quality Council, 2009).

Anexo III – Comentários sobre a publicação “Comunicação Médico-Doente e Consentimento Informado em Portugal.”

Dr. Alcides Martins

*“Advogado e Professor convidado de Direito do Trabalho e de Direito do Processo Laboral,
na Universidade Europeia*

Lendo, atentamente, o texto do alto dos meus 70 anos de vida e de 45 de advocacia, permito-me alinhar os seguintes comentários:

1.1. A audição atenta do doente (ou utente) é primordial para o diagnóstico e para o próprio doente;

1.2. Mas não basta ouvir, pois a descrição pelo próprio poucas vezes será objetiva e isenta da influência de diversos fatores (idade, família, sociedade, leituras, comunicação social e constituição psicológica...);

1.3. Assim, depois de ter em conta o grau cultural, de inteligência e da circunstância em que se encontra o consulente, haverá que lhe fazer as perguntas adequadas;

1.4. Em grande parte, a ponderação das respostas deve ser calibrada pois, podem ser distorcidas;

1.5. Ainda será correto o médico informar dos meios auxiliares do diagnóstico que devem ser utilizados.

1.6. Concluir por diagnóstico rápido e perentório poderá fazer desconfiar o doente normal.

1.7. As consultas rápidas são frustrantes e deviam ser proibidas e sempre justificadas perante o utente;

1.8. Cada vez mais, o médico tem de aceitar como legítimo que o doente procure uma ou mais opiniões de outros médicos (ou até de curandeiros...),

1.9. E em tal caso deve procurar saber a opinião do colega e fazer a sua ponderação.

2.1. Naturalmente, a colaboração do doente no processo de tratamento da doença é fundamental, desde logo, pelo lado psicológico;

2.2. Mas em caso de doenças incuráveis apenas se deve revelar ao doente o diagnóstico quando ele expressa e conscientemente o desejar;

2.3. O doente não tem que aprovar o procedimento terapêutico, apenas tem que confiar no médico que o estabelecer e que lhe deve explicitar o essencial, de modo compreensível por ele.

2.4. Contudo, o doente em situação de pleno esclarecimento poderá opor-se ao tratamento, sendo, em tal caso, fundamental o conselho dos familiares de confiança dele;

2.5. Todas as espécies de vontade, de fé e de vontade devem ser sugeridas e não limitadas.

2.6. Naturalmente, em doenças de foro mental não há esclarecimento do doente e a sua colaboração será improvável. Quase o mesmo acontecerá com pessoas de muito avançada idade e em situações de incapacidade.

Em conclusão

Excetuando as doenças mentais, a informação obtida do doente é fundamental para o diagnóstico, mas tem de ser devidamente ponderada.

Também a colaboração do doente no tratamento deverá ser potenciada.

A comunicação inteligente do médico com o doente, quer no processo de diagnóstico, quer no de tratamento, é deveras relevante. Portanto a informação a prestar pode não ser plena.”

Dr. Pedro Caldeira

Advogado e Mestre em Direito Administrativo, na Faculdade de Direito de Lisboa, com dissertação subordinada ao tema “Concorrência de culpas na responsabilidade civil extracontratual de entidades públicas”.

“O consentimento informado para a prática de atos médicos, de investigação e ensaios clínicos, constitui uma questão presente no quotidiano de todos os intervenientes no processo de prevenção, tratamento ou minimização de doenças.

É, pois, de toda a evidência a importância de aprofundados estudos numa matéria tão sensível e árida, como aquela a que nos reportamos, denominado “Comunicação e Consentimento Informado em Portugal – Uma Revisão Sistemática”.

Abandonada a cultura da irresponsabilidade médica e, mais recentemente, própria ideia da limitação da sua responsabilidade apenas aos casos de omissão ou má prática médica, vem-se abrindo toda uma intensa discussão em torno do fim do paternalismo clínico e da delimitação razoável da responsabilidade por ação não consentida ou, o mesmo é dizer, sobre o âmbito e extensão do direito subjetivo de cada paciente ao conhecimento prévio de informação precisa e adequada sobre a sua doença e respetivo tratamento, consequências e riscos envolvidos, de tal sorte que seja respeitada a integridade física e psicológica do mesmo.

O direito de autodeterminação da pessoa humana, consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada pela Organização das Nações Unidas em 1948, reiterado na Carta Social Europeia de 1961 e esmiuçado na Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, ratificada por Portugal em 2001, constitui o âmago e o propósito do direito instrumental ao consentimento informado, como corolário do princípio fundamental do Primado do Ser Humano. E o enquadramento e importância do tema não se aquietam pelo direito internacional, existindo no Ordenamento Jurídico Português um amplo apoio legal deste tema, com destaque para a Lei de Bases da Saúde e para o Código Penal Português. De uma forma porventura excessivamente simplista e sintética pode afirmar-se que o instituto do Consentimento Informado obriga todos os intervenientes no processo clínico ao respeito por um requisito ético – a obtenção de uma autorização livre e esclarecida do paciente como resultado de um processo informativo acessível, claro, transparente e cognoscível, capaz de contribuir para o desejável envolvimento do paciente no ato médico, de investigação ou ensaio visados. E não se trata apenas de um dever de informação balizado

no tempo. Pelo contrário, o processo informativo de partilha a que se alude deve ser contínuo e participado, de modo ir aquilatando da necessária atualização, mesmo que implícita, pelo paciente, da autorização esclarecida expressamente prestada em momento anterior.

Aos médicos e profissionais de saúde envolvidos, é exigida uma especial sensibilidade para a prestação ao paciente de informação precisa e completa, que deverão dosear em função do critério legal do paciente concreto, ou seja, é um dever cuja intensidade e extensão varia em função do doente, já que se encontra relacionada com a necessidade e capacidade de entendimento e partilha do próprio.

É fundamental, todavia, que no cumprimento deste dever de informação seja sempre respeitada a integridade psicológica do doente, o seu equilíbrio. Ao profissional de saúde exige-se, assim, não só a capacidade de esclarecer exhaustivamente o doente sobre o seu mal, o tratamento proposto, possíveis reações ou riscos e métodos alternativos, como o discernimento para não o fazer, respeitando a vontade do paciente, sempre que lhe for expressa ou implicitamente manifestado esse desejo.

É na sistematização esperada pela dissertação em recensão que reside todo o interesse do tema, pois é verdadeiramente complexo, mas essencial, extrair de um instituto ético-jurídico baseado na autodeterminação de cada pessoa humana concreta e, por isso, em conceitos vagos e imprecisos, uma orientação segura para o equilibrado doseamento do dever de informar, como pressuposto de cada ação consentida.”

Dr. Sérgio Figueiredo

Advogado, Pós-graduação em Direito Fiscal das Empresas

“A exigência do consentimento informado na relação médico – paciente e a punição penal da sua ausência, conforme resulta do disposto nos artigos 15º e 157º do Código Penal, resulta da necessidade de proteção do direito à autodeterminação da pessoa ou, seguindo as doutas palavras de Figueiredo Dias, protegeu-se “a liberdade de dispor do corpo e da própria vida”.

O dever de informação que se impõe aos médicos é, desta forma, mais do que um dever ético ou moral, é um dever legal, cuja não verificação implica responsabilidade disciplinar, civil e, em último caso, até penal.

Atente-se no facto do legislador penal ter onerado o profissional de saúde com um dever de esclarecimento superior a uma mera comunicação do procedimento.

Nos termos do artigo 157º do Código Penal, “o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grande dano a saúde, física ou psíquica”.

O médico tem de ser capaz de dotar o seu paciente de informação suficiente para que este possa “ponderar corretamente os prós e os contras da intervenção”. O paciente tem de ter informação detalhada sobre o diagnóstico, o procedimento terapêutico e as suas consequências, positivas e negativas. O esclarecimento deve garantir a autodeterminação do paciente. Só desta forma poderá este prestar um consentimento informado.

Excluem-se apenas o privilégio terapêutico, a renúncia do próprio paciente, os tratamentos de rotina e os estádios terminais.

Ressalva-se ainda o seguinte aspeto, fundamental, na ótica jurídica. A eficácia do consentimento prestado pelo paciente, logo, do esclarecimento que o antecede, quando avaliado em juízo, não o é pelos olhos do médico. É o aos olhos do homem médio, sem especiais conhecimentos técnicos. Torna-se, portanto, fundamental que o médico se assegure que a comunicação entre ele e o seu paciente seja, conforme bem referido na presente tese e daí a importância do presente estudo, bem-sucedida e com carácter interativo. O médico tem também o dever de perceber a compreensão pelo paciente daquilo que lhe transmite.

Por último, uma nota crítica, o Código Penal, bem como todo o direito sancionatório, apesar de ser a salvaguarda de ultima ratio dos bens jurídicos fundamentais, não consagra direitos dos cidadãos, limita-se a concretizar e a positivizar as condutas cuja prática, por ofenderem os tais bens jurídicos fundamentais, é expressamente proibida e punida. O direito ao consentimento decorre do artigo 25º, n.º da Constituição da República Portuguesa que consagra o direito à integridade pessoal, afirmando que “a integridade moral e física das pessoas é inviolável.”

Anexo IV – Comentários sobre a publicação “O Balanced Scorecard nos Cuidados de Saúde Primários: O papel da comunicação no desenvolvimento de um sistema de gestão estratégica. Uma revisão sistemática”

Dr. Luís Pisco

Vice-presidente da ARS e Médico de Família

“Habitualmente as empresas usam dois métodos estratégicos distintos para comunicarem: o planeamento estratégico e orçamental. Os planos estratégicos constituem um modo deliberativo e consciente de formulação e articulação de ações ou atividades. Contudo, isto não ocorre em todos os contextos, como é o caso de unidades de saúde subordinadas, cujas dependências e articulações acabam por limitar a sua autonomia administrativa e capacidade estratégica, estando principalmente focadas em indicadores quantificados de produção. Mesmo que estas questões sejam minimizadas, a sua gestão estratégica pode ser mais efetiva se melhorados os fluxos intra-organizacionais de informação ou se for reduzido o volume ou a frequência do tráfego informativo (sobretudo em organizações de maior porte) (Lawrie et al, 2015).

Os orçamentos constituem um instrumento racionalizador, porém acelerador da comunicação estratégica. Os orçamentos podem ser vistos como articulações ou proxies do plano estratégico, mas revelar-se dispositivos de limitada capacidade comunicacional, na medida em que excluem aspetos estratégicos não quantitativos de elevada importância (Kaplan e Norton, 1992). São muitos os autores de acordo com esta afirmação, reforçando a tendência da função controlo e mensuração para se concentrarem numa estreita faixa de indicadores quantificáveis, como é o caso dos custos e da produtividade, negligenciando outros fatores de monta para o sucesso competitivo (Sink, 1985). Para além disso, a focalização empresarial sobre a informação orçamental cria dificuldades, na medida em que origina uma ênfase excessiva sobre questões financeiras de curto prazo (Kaplan e Norton, 1996). Embora o Balanced Scorecard (BSC) tenha sido muito conotado com a mensuração de performance empresarial, o seu quadro conceptual e os processos associados com a sua produção estão fundamentalmente preocupados com a articulação e comunicação estratégica. Nesse sentido, a sua utilização tem demonstrado benefícios, mas também algumas dificuldades (Malina, 2001). Quando os elementos do BSC são bem desenhados e comunicados, parece funcionar como fator motivador, sobretudo ao nível das chefias intermédias, produzindo conformidade entre ações desencadeadas e estratégias da empresa. O

resultado será uma melhoria na performance das subunidades. Pelo contrário, existe também evidência de que quando se tende a encurtar o planejamento e a comunicação, o resultado obtido será um aumento de tensão relacional entre níveis de comando que se irá repercutir nos resultados. Neste caso, a tendência será a exacerbação de diferenças entre as subunidades e nas suas perspectivas de futuro. Resumidamente poderia dizer-se que a comunicação organizacional se caracteriza pelos seguintes atributos: processos e mensagens; apoio da cultura organizacional; criação e troca de conhecimentos. Resta debater duas questões fundamentais: em primeiro lugar em que medida a comunicação adequada entre médicos e doentes é estratégica, no sentido em que se assume o BSC; em segundo lugar, se o BSC é um instrumento de melhoria comunicacional entre médicos e doentes. Quanto à primeira, verificamos que o empowerment dos doentes é essencial para que estes assumam um papel cada vez mais relevante na gestão da sua saúde. Nessa medida, esta é uma das matérias presentes na qualidade dos cuidados de saúde e, por esta via, matéria claramente estratégica. Quanto a segunda questão, uma boa comunicação entre médicos e doentes é um fator essencial para a tomada de decisões e também para a adesão terapêutica (entre outras). O envolvimento dos doentes no processo de decisão requer que os profissionais de saúde respeitem as perspectivas dos doentes acerca dos seus estados de saúde. Este respeito não resulta necessariamente num aumento dos tempos de consulta e pode ser justificado pelos benefícios que produz, sobretudo quando se trata de doenças crónicas.

Habitualmente os doentes são cuidados por profissionais de diferentes áreas e especialidades ao mesmo tempo. Nessa medida também, uma comunicação eficaz é importante, de modo a evitar-se a fragmentação dos cuidados. Neste sentido, a compreensão da importância estratégica da comunicação entre doentes e profissionais é muito importante, como o são todas as iniciativas que possam ser desencadeadas para a melhorar. Naturalmente que as iniciativas na área da qualidade em saúde estão muito preocupadas com estas matérias e que, para a implementação desses processos, tende-se habitualmente ao envolvimento de todos os profissionais, no sentido de se mudarem culturas organizacionais e de incrementarem modelos de comunicação que desmontem as referências da burocracia institucional. É neste sentido que a utilização do BSC pode ser uma referência a seguir, desde que demonstrados os seus benefícios nas organizações de saúde. Sabemos que escasseiam as partilhas de experiências. Mas isso não quer dizer que não haja referências de integração do BSC, quer nos cuidados de saúde primários, quer mesmo em serviços

hospitalares. Mas esta realidade só poderia estar retratada neste debate se feito um levantamento de experiências no terreno, seguida de entrevistas aos técnicos que possuem experiência de aplicação destes modelos aos seus casos concretos. Tal como referido de início, o BSC possui a vantagem de não de centrar exclusivamente nas questões quantificáveis, dando por isso importância a outras dimensões qualitativas (comunicação, conhecimento, por exemplo).

Referencias

Kaplan, R. & Norton, D., "The Balanced Scorecard - Measures that drive performance". *Harvard Business Review*, Jan-Feb, (1992)

Kaplan, R. & Norton, D., "Using the balanced scorecard as a strategic management systems". *Harvard Business Review*, Jan-Feb (1996)

Lawrie, G., Culver, M. & Antarkar, N., "The balanced scorecard as a communication protocol for managing across intraorganisational borders". *2GC Active Management*, (2015). Disponível em: <http://2gc.eu/resources/research/the-bsc-as-a-communication-protocol-in-organisations>. Acedido a 29/9/2015.

Malina, M.A., "Management control and the balanced scorecard: na empirical test of causal relations. University of Melbourne working paper, (2001)

Sink, D.S., *Productivity Management: planning, measurement and evaluation, control and improvement*. John Wiley (1985)"

Dr. Luís Amaro

Diretor Executivo do ACES, Gestor Hospitalar e dos CSP e Enfermeiro

“O Balanced Scorecard é uma ferramenta empresarial que traduz a missão e a estratégia de uma organização num conjunto coerente de medidas de desempenho, que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica e é organizado em torno de quatro perspectivas distintas – financeira, dos clientes/cidadãos, dos processos internos e do desenvolvimento e inovação. O BSC utiliza assim uma metodologia que interliga objetivos de curto e longo prazo, entre medidas financeiras e não-financeiras, entre indicadores de tendências e ocorrências e entre as perspectivas interna e externa de desempenho, estabelecendo metas mensuráveis. De acordo com Galas (2005) citando Kaplan e Norton (1994), uma organização para implementar o BSC, deve passar por sete etapas,

- 1. Identificar a visão (Para onde vamos?)*
- 2. Identificar a estratégia (Como?)*
- 3. Identificar os fatores Críticos de Sucesso (Onde devemos procurar a excelência?)*
- 4. Selecionar indicadores*
- 5. Avaliar*
- 6. Criar Planos de Ação*
- 7. Acompanhar e gerir*

Os mesmos autores defendem que após a implantação do BSC seguindo as etapas propostas acima, alguns benefícios serão alcançados, tais como:

- A estratégia passa a gerir ações corretas*
- Aplicação dos indicadores estratégicos nos processos organizacionais*
- Proporciona uma visão sistematizada do desempenho organizacional*
- Desenvolve uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua*
- Atribui incentivo para o desempenho individual contribuindo com os resultados obtidos pela organização*

Em suma, O Balanced Scorecard sumariza a informação empresarial num conjunto de indicadores vitais e críticos para a obtenção da análise de desempenho de uma organização.

As várias perspetivas desta ferramenta (financeira, do cliente, dos processos internos e aprendizagem e crescimento) remeteu-nos para um olhar pelas vertentes financeira e não financeira, contrariando a visão tradicional que habitualmente era adotada quando se avaliava o desempenho de uma organização. Face às atuais contingências financeiras

com que se deparam as instituições de saúde, esta ferramenta possibilita não só uma análise financeira, como uma análise global, concretamente aos recursos técnicos e humanos. Uma das vantagens que gostaríamos de realçar na aplicação desta ferramenta é o facto de, ao mesmo tempo que permite uma monitorização do desempenho organizacional, remete para um ajustamento contínuo das áreas de atuação aos objetivos estratégicos, culminando-se assim num processo de aprendizagem.

Particularmente na Administração pública (nos cuidados de saúde primários), a perspectiva financeira do BSC concretiza-se se o orçamentado for respeitado e o contratualizado atingido, consideramos que as restantes perspectivas assumem uma importância acrescida, isto porque se formos efectivos e atuarmos com qualidade, envolvermos o cidadão (na dupla função de cliente e financiador) e sempre que necessário melhorarmos os processos (com desenvolvimento e investigação) seremos necessariamente eficientes, logo respeitaremos os pressupostos financeiros, fechando desta maneira o ciclo do BSC.

Para terminar, considero que a sua ideia é interessante e relativamente inovadora, mas importaria centrar a investigação em países mais desenvolvidos.

Referencias

CABANA et al. (2008). Balanced Scorecard (BSC) e Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) para o Instituto Superior Técnico (IST). Curso de estudos avançados em gestão pública, 8ª edição

GALAS, E., & Forte, S. (2005). Fatores que interferem na implantação de um modelo de gestão estratégica baseado no balanced scorecard: estudo de um caso em uma instituição pública. In Revista de administração Mackenzie, ano 6, nº2, pag. 87-111."

Dr. João Rodrigues

Presidente da Associação Nacional das USF (USF-AN), Vice-presidente do Sindicato Médico Federação Nacional dos Médicos (FNAM), Coordenador de USF e Médico de Família

“A leitura crítica da literatura científica, tendo em conta a abundância de artigos, é crucial que aconteça para podermos mais facilmente selecionar o que nos interessa em prol da necessária contínua aprendizagem e melhoria das competências.

Torna-se por isso, positivo e inovador que um artigo aceite para publicação e incluído numa tese de dissertação, contenha logo deste o início uma leitura crítica de vários peritos voluntários.

Em relação aos diversos itens do artigo, é positivo seguir de forma geral, os padrões já consagrados na literatura.

*Começando pelo **título**, saliento que ele é informativo, pertinente e atrativo. Contudo, não transmite na totalidade o conteúdo do trabalho, visto que não consta nenhuma referência ao instrumento avaliado, o BSC.*

*Sobre o **resumo** apresentado, saliento que se apresenta discursivo e conciso, revelando-se uma boa síntese da totalidade do artigo.*

*Em relação à **introdução**, apresenta-se de forma breve e clara a fundamentação e o propósito do estudo, fornecendo no geral elementos necessários para a compreensão do trabalho. Em termos de melhoria, sugere-se que se focalize a terminologia utilizada nos cuidados de saúde primários e não generalizar aos “serviços e cuidados de saúde”. Ainda na introdução, o autor faz a ligação entre o tema central “comunicação” e “(..) a capacitação do cidadão e incremento da literacia em saúde”, podendo levar a alguma confusão, visto que o instrumento estudado, BSC, dificilmente irá sozinho contribuir para a capacitação do cidadão, tendo em conta que o que nesta área nobre necessitamos é estimular um programa nacional para a literacia em saúde, com participação dos utentes e suas forças representativas, que permita uma efetiva capacitação/empoderamento da comunidade e a reforma do paradigma da prevenção em saúde. **Metodologia:** o autor descreveu claramente como, quando e em que condições os respetivos procedimentos foram realizados e quais os diversos passos que foram seguidos, tendo enquadrado corretamente o BSC, salientando mesmo a especificidade do enfoque do Centro de Saúde. **Resultados:** estão apresentados de forma objetiva, precisa e em sequência lógica. **Discussão:** realça e bem, os achados importantes da revisão e as conclusões pertinentes, faltando reforçar a proposição de como colmatar a ausência de estudos*

sobre o BSC aplicado aos cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de saúde familiar. **As conclusões** retiradas estão fundamentadas nos resultados da revisão, contendo deduções lógicas que correspondem no geral, aos objetivos do tema proposto. As **referências bibliográficas** estão atuais, enquadram bem a matéria, faltando só referência aos artigos mais importantes existentes em relação à aplicação do BSC à Administração Pública portuguesa, tendo em conta que a maioria das referências bibliográficas citadas, se referem ao sector privado. **Em conclusão:** o estudo torna-se original, pela tentativa de ligação de um instrumento de gestão estratégica como é o BSC, à área da comunicação nos cuidados de saúde primários.

Sugestão final: não existindo experiência de aplicação do BSC nos CSP e pela existência de inúmeras especificidades no sector público da saúde, e em particular em, nos CSP e nas USF, seria interessante realizar a aplicação BSC adaptado às especificidades, nomeadamente ao nível da missão, visão e objetivos estratégicos das USF e também acompanhar a sua utilização ao longo do tempo. Desta forma, poder-se-ia avaliar a mudança nos comportamentos que a adoção do mesmo induz ou não induz e, mais importante, o seu impacto na eficiência e eficácia das USF.

Sendo já as USF, organizações com gestão partilhada, onde todos os envolvidos devem conhecer exatamente que objetivos tem de atingir, que indicadores são usados para os medir e quais as ações estratégicas que devem levar a cabo, parecem estar criados os ingredientes chave de sucesso na implementação de um modelo deste tipo.”

Anexo V – Comentários sobre a publicação “O papel da comunicação na satisfação do doente através da aplicação do questionário EUROPEP.”

Emília Pereira

Utente do SNS, Reformada com a 4ª Classe

“A minha médica de família é a Dra. M. C. É muito querida e comunicamos muito bem. Às vezes não faço tudo o que ela diz por achar que já não vale a pena ... mas ela sabe! Também sabe que a minha família me ajuda muito. Por exemplo, são as minhas filhas que me dão a insulina e assim mantenho a diabetes bem. Por vezes, a Doutora. olha para mim e diz “parece mesmo a minha Mãe!” Gosto muito dela e sinto que ela também gosta de mim e é muito bom na minha idade, pois já fiz 80 anos e preciso dos cuidados dela. Não tenho nada a dizer se não bem. Deus lhe dê muitos anos de vida e saúde.”

Sílvia Chipelo

Utente do SNS, responsável administrativa numa USF com o 3º ano em Direito

“Sou uma utente de uma Unidade de Saúde Familiar, onde tenho um médico de família atribuído a todo o meu agregado familiar. Nesta Unidade existem, como em todo o lado, coisas boas e coisas más, sendo que as más são as que me deixam mais marcas e com receio de ter de lá voltar.

Não gosto de ter de esperar por uma senha para ser atendida aqui ou afinal não é aqui mas sim ali e lá vem mais uma senha e mais um tempo de espera.

Não gosto de ver os funcionários a falarem da sua vida pessoal uns com os outros enquanto eu espero.

Não gosto de ver discussões entre profissionais á minha frente tanto da vida pessoal como profissional, enquanto eu pacientemente continuo á espera.

Enquanto espero vou pensando, no que se poderia melhorar mas chegou a minha vez de finalmente ser atendida. Preciso de uma consulta e preciso que quem está sentado a atender-me me olhe nos olhos com simpatia e não com um ar carrancudo que me “diga”.

Começo a ficar irritada primeiro pelo jogo de empurra, depois porque espero e desespero pela minha vez, quando percebo que essa espera se deve às constantes interrupções de quem me atende, porque se levantam e vão fazer seja o que for, depois voltam, depois voltam a sentar-se, enfim, não sei o que andam eles a fazer pois não tiveram uma palavra amável solicitando-me que aguardasse um pouco.

Bom finalmente é desta que dizem que a minha consulta será em tal dia a tal hora, sem sequer lhe ver a cor dos olhos, e lá vou eu embora e quando me viro para me dirigir á saída, oiço o meu nome, estranho, alguém a chamar por mim? Ao virar-me deparo-me com o meu médico, que me pergunta como estou, como está a minha família e ainda me deu um beijinho e um abraço, despedindo-se de mim dizendo:” Então cá nos encontramos no dia da sua consulta, foi um gosto vê-la”. Saindo de lá parto com a sensação de que sou apenas mais um número, algo que é contabilizado no final do dia de quem atendeu mais ou menos pessoas.

Positivo neste dia existiu apenas no final quando o meu médico me chama pelo nome, porque me conhece pelo meu nome e isso teve um impacto importante na forma como me senti pois de resto não houve contacto visual, não houve um sorriso, não houve uma amabilidade para comigo enquanto utente, como referi, sou apenas mais uma a ser contabilizada.

Enquanto Interlocutora Administrativa de uma Unidade de Saúde Familiar, cabe-me a mim inculcar na equipa que comigo trabalha bons princípios, boas práticas, o respeito e a resolução dos vários problemas com que diariamente me deparo.

As reclamações dos utentes, o prestar o auxílio logístico às outras Equipas, Enfermagem e Médica, cabe-me a mim acalmar situações potencialmente complicadas, situação extremamente ingrata porque não é reconhecida de forma e de parte nenhuma.

Mas a minha maior satisfação é conversar com os utentes que me procuram, me pedem ajuda e ver o brilho em cada olhar, em cada problema solucionado, isso é quanto basta para que eu me sinta realizada profissionalmente.

São estes momentos que devem ser transportados para cada profissional, esta alegria que eu sinto, que o médico sente quando vê o seu paciente melhorar do seu problema, do Enfermeiro, de pesar um recém-nascido, de uma gravidez que acompanhou desde o seu início. Por isso quando se fala em Satisfação do Doente, devemos ter em conta o que sente o doente, devemos inverter os papéis e sabermos o que eles pretendem de nós, e garanto que além da sua saúde e da sua ligação com o médico de família, enfermeiro de família, quer também um sorriso, um ouvido capaz de lhe dar, ainda que por breves momentos, para um desabafo, e até um abraço, um aperto de mão, um “gostei de o/a ver assim animado/a”, gostarão acima de tudo de ouvir “estamos ao seu dispor, conte connosco para o que precisar”.

Só assim faz sentido fazerem-se inquéritos de satisfação, quando antes de olharmos para o utente como um número a melhorar e sim olhar para ele como um ser humano que precisa de nós.

É por isso que a cada inquérito realizado, mediante os resultados, deveria haver uma reflexão, onde e como melhorar e a partir daí seguir para uma mudança.”

APÊNDICE

Apêndice 1 - Questionário a desenvolver em futuro trabalho de investigação na área da Avaliação da Tomada de Decisão Partilhada

QUESTIONÁRIO/ITENS

DOENTE

Ano de nascimento: _____

Sexo

1. Feminino
2. Masculino

Qual o maior grau de escolaridade que completou?

1. Não sabe ler nem escrever
2. Sabe ler e escrever
3. Ensino básico (9º ano de escolaridade)
4. Ensino secundário (12º ano de escolaridade)
5. Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)
6. Outro _____

Situação perante o trabalho

1. Estudante
2. Trabalhador por conta própria
3. Trabalhador por conta de outrem
4. Reformado
5. Desempregado
6. Trabalha e estuda
7. Incapacitado permanente
8. Trabalho doméstico

Nacionalidade

1. Portuguesa
2. Outra _____

Qual o seu estado civil?

1. Casado/a com registo
2. Casado/a sem registo
3. Solteiro/a
4. Viúvo/a
5. Separado/a
6. Outro _____

Com quem vive?

1. Sozinho
2. Cônjuge
3. Cônjuge e filho(s)
4. Filho(s)
5. Pais
6. Pais e avós
7. Outros _____

ORGANIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA PROCURA

Esta é a sua primeira consulta nesta Unidade de Saúde?

1. Feminino
2. Masculino

Em que unidade funcional do centro de saúde está inscrito?

1. Nenhuma
2. Unidade de Saúde Familiar
3. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Com que frequência costuma ir ao centro de saúde?

1. Menos de 1 vez por ano
2. 1 vez por ano
3. 2 vezes por ano
4. 3-6 vezes por ano
5. 6-12 vezes por ano
6. 1 vez por mês
7. Mais de uma vez por mês

Porque motivo costuma ir ao centro de saúde?

1. Vigilância de doença crónica
2. Doença aguda/súbita
3. Exames/medicamentos
4. Vigilância de saúde
5. Cuidados de enfermagem
6. Outra situação _____

No último ano, procurou consultas com o seu médico para

1. Vigilância de saúde
2. Vigilância de doença crónica
3. Receitas
4. Doença aguda/súbita
5. Não procurei

Outra situação _____

DECISÃO PARTILHADA	Competências avaliadas*****:
1. O seu médico mostra-se interessado em saber o tratamento que prefere? 2. O seu médico mostra-se interessado quando lhe pergunta sobre o objetivo dos exames e dos tratamentos prescritos? 3. Considera importante o seu envolvimento e participação na decisão sobre o seu tratamento? 4. O seu médico mostra interesse em relação às suas preocupações e problemas? 5. O seu médico encoraja-o a fazer perguntas? 6. É fácil sentir-se à-vontade com o seu médico para lhe contar os seus problemas? 7. Respeita o conselho do médico, mesmo que este tenha uma opinião diferente da sua?***	Desenvolver parceria com o utente;
8. O seu médico fornece-lhe a informação necessária para que seja capaz de decidir e dar o seu consentimento oral, para situações simples, ou por escrito, em caso de exames, procedimentos ou tratamentos de maior risco? 9. Tem aconselhamento suficiente do médico para fazer essas escolhas?* 10. Sente que tem informação suficiente, quando faz as escolhas sobre a sua saúde?* 11. O seu médico fornece-lhe informação selecionada sobre o medicamento, o exame ou outro procedimento e eventuais efeitos? 12. Prefere tomar a decisão final sobre a sua saúde sem influência dos outros?** 13. Prefere tomar a decisão final, depois de considerar a opinião do seu médico?** 14. Prefere partilhar com o seu médico a responsabilidade pela decisão?** 15. Prefere que o seu médico tome a decisão, depois de considerar a sua opinião?** 16. Prefere que seja o seu médico a tomar a decisão por si?** 17. As decisões importantes sobre o tratamento devem ser feitas exclusivamente pelo seu médico?*** 18. Os médicos devem ter mais controlo, quando uma doença se agrava?*** 19. Está satisfeito por o seu médico o ter envolvido nas decisões sobre os seus cuidados de saúde?**** 20. Está satisfeito/a com o tempo que o seu médico lhe dispensa durante as consultas?**** 21. Está satisfeito/a com a forma como o médico se interessa pelos seus problemas de saúde?**** 22. Está satisfeito/a com a ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais e físicos relacionados com os seus problemas de saúde?**** 23. Está satisfeito/a com a atenção dispensada em relação a problemas que exigem o seu encaminhamento para outros especialistas e cuidados hospitalares?**** 24. O seu médico já o encorajou a pedir o parecer de outro(s) médico(s) sobre a sua situação de saúde, dando-lhe a possibilidade de decidir, de forma mais esclarecida, acerca do tratamento a prosseguir?	Estabelecer ou rever as preferências do utente, no que respeita à informação;
25. Procura obter informação, de forma a poder decidir, com a ajuda do seu médico, sobre as melhores opções para a sua saúde e qualidade de vida? 26. Sente-se seguro acerca das opções a seguir sobre a sua saúde?*	Identificar escolhas e avaliar a evidência das mesmas;

27. Procura obter mais informações atualizadas sobre exames complementares ou outro procedimento e sobre a segurança do mesmo?	
28. O seu médico informa-o sobre as formas de diminuir o risco de complicações da doença crónica (se aplicável)?	Apresentar as evidências, tendo em conta os passos anteriores, ajudando o utente a refletir e avaliar o impacto das decisões alternativas com atenção e de acordo com os seus valores e estilo de vida;
29. O seu médico informa-o sobre as formas de diminuir o risco de futuras doenças e de melhorar a sua saúde?	
30. O seu médico informa-o sobre as consequências dos seus comportamentos na sua saúde?	
31. Toma a iniciativa de comunicar ao seu médico o que sabe para melhorar a sua saúde?	
32. Ouve com atenção os conselhos do seu médico sobre a sua saúde?	
33. O seu médico dá informação explícita sobre eventuais efeitos secundários resultantes do medicamento, do exame ou de outro procedimento?	
34. Conhece os riscos e os efeitos secundários de cada opção?*	
35. Fica esclarecido acerca dos riscos e dos efeitos secundários que são mais importantes?*	
36. Conhece os benefícios de cada opção?*	
37. Fica esclarecido acerca dos benefícios das opções?*	
38. As escolhas sobre a sua saúde são efetuadas sem pressão do médico ou de outra pessoa?*	Efetuar ou negociar uma decisão em partilha, gerindo os conflitos;
a) Antes de qualquer decisão, certifique-me de que o médico escutou e de que eu também escutei?	
b) Concordo imediatamente com o médico antes que haja reflexão conjunta ou discussão?	
c) Para si, as decisões sobre a sua saúde são fáceis de tomar?*	Concordar com um plano de ação e estabelecer um “follow-up”
d) Toma as suas próprias decisões em matéria de problemas do quotidiano relacionado com a sua doença crónica (se aplicável)?***	
e) Decide, de forma informada, quantas vezes deve ir ao médico?***	
39. Nos últimos 12 meses, foi convidado a falar sobre seus objetivos a ter no seu problema de saúde crónico?	Qualidade técnica dos cuidados (no cuidados de longa duração por exemplo DM e HTA)
40. Nos últimos 12 meses, foi-lhe dada uma lista escrita de informações uteis, acompanhada de aconselhamento oral, do que deve fazer para melhorar a sua saúde?	Qualidade técnica dos cuidados
41. Quando vai ao seu Centro de saúde, é atendido na maior parte das vezes (>90 %) pelo seu médico ou enfermeiro?	Continuidade da relação

CT – concordo totalmente, C – concordo, N/NC – neutro/ não concordo

*Adaptado da Escala *Conflito em tomadas de decisão em saúde*: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa (Martinho, Da Silva Martins, & Angelo, 2013)

**Adaptado da Escala *Autonomy Preference Index*. Escala de avaliação das preferências (Sung, & Clark, 2010)

***Adaptado da *Clinical Decision Making Style – Staff Questionnaire (CDMS-S)* (Slade, & Fiorillo, 2013)

**** Adaptado do Questionário EUROPEP (Grol et al., 2000)

***** Algumas competências que favorecem o envolvimento dos utentes foram propostas, não se encontrando contudo investigadas. G. Elwyn inclui as seguintes competências no processo de envolvimento dos utentes num modelo de decisão partilhada(G. Elwyn et al., 2010):

1. Desenvolver parceria com o utente;
 2. Estabelecer ou rever as preferências do utente, no que respeita à informação;
 3. Estabelecer ou rever as preferências do utente no processo de partilha de decisão;
 4. Assegurar escolhas e responder às ideias, expectativas e preocupações dos utentes;
 5. Identificar escolhas e avaliar a evidência das mesmas;
 6. Apresentar as evidências, tendo em conta os passos anteriores, ajudando o utente a refletir e avaliar o impacto das decisões alternativas com atenção e de acordo com os seus valores e estilo de vida;
 7. Efetuar ou negociar uma decisão em partilha, gerindo os conflitos;
 8. Concordar com um plano de ação e estabelecer um “follow-up”
- pêndice 2 - Plano de auditoria interna e lista de verificação ao processo de obtenção do consentimento informado**

PLANO DE AUDITORIA

1. Objetivo da auditoria

Pretende-se verificar o processo de obtenção de consentimento informado (CI) com base em documentos e a sua conformidade face ao definido no Referencial/norma da DGS nº15/2013

2. Âmbito da Auditoria

A ação a efetuar incide sobre o processo de obtenção de CI realizado na USF

3. Documento de referência

Norma DGS nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 14/10/2014

4. Identificação dos documentos de suporte ao processo

- Impressos utilizados para CI
- Fluxograma do processo a auditar
- Dossiê com os duplicados do CI assinados pelos profissionais (médicos e enfermeiros) e pelos utentes
- Outros documentos que permitam o melhor conhecimento do processo em auditoria

5. Auditor

6. Data e local da auditoria

7. Duração estimada da auditoria

4h

8. Método da auditoria

A lista de verificação será aplicada, no local, a ____ impressos de CI (escolhidos de forma aleatória de um total de ____) preenchidos e assinados no primeiro semestre do ano ____, e existentes nos dossiês de duplicados.

9. Calendário da auditoria

- 09h - 09h30 - Reunião de abertura - Apresentação do auditor. Revisão do plano e método. Canais de comunicação (sala de reuniões da USF)
- 09h45 - 12h30 - Realização da auditoria. Análise documental (sala de reuniões da USF)
- 13h - 13h30 - Reunião de encerramento. Entrega do relatório (sala de reuniões da USF)

10. Observações

Para a reunião de abertura e de encerramento, o gestor da auditoria solicitará a presença do Coordenador e do Concelho Técnico da USF (o enfermeiro e o médico)

11. Requisitos especiais de confidencialidade

Não efetuar cópias ou outras imagens dos duplicados do CI assinado

12. Assinatura do auditor

13. Data

14. Distribuição do relatório

Equipa auditora, Coordenador e Concelho Técnico da USF

LISTA DE VERIFICAÇÃO						
Unidade funcional a auditor - USF						
Equipa auditora -						
Documentos de referência - Norma DGS nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada						
1	O consentimento informado, dado por escrito, foi obtido na(s) seguinte(s) situação(ões) / Procedimento:	Nº do caso				
1.1	Interrupção voluntária					
1.2	Colocação de dispositivos anticoncetivos subcutâneos intrauterinos;					
1.3	Administração de gamaglobulina anti-D					
1.4	Investigação em pessoas					-
1.5	Gravação de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual					-
			N/A	C	NC	Ob-
2	O duplicado do CI esclarecido, livre e assinado	Nº de Casos				
2.1	Foi efetuado a partir do formulário existente no sítio da Direção-Geral da Sa-					
2.2	Foi feito em duplicado, para que um dos exemplares possa ficar na posse do					
2.3	Apresenta a identificação da Unidade de Saúde					
2.4	Apresenta o contacto do profissional que dá a informação sobre o procedi-					
2.5	Apresenta, de forma legível, o profissional que dá a informação sobre o procedi-					
2.6	Apresenta a assinatura do profissional que dá a informação sobre o procedi-					
2.7	Apresenta, de forma legível, o profissional que recolhe o CI					
2.8	Apresenta a assinatura do profissional que recolhe o CI					
2.9	Apresenta o nº de cédula profissional ou o nº mecanográfico do profissional que dá a informação sobre a intervenção					
2.10	Apresenta o nº de cédula profissional ou o nº mecanográfico do profissional que recolhe o CI					
2.11	Identifica o procedimento proposto					
2.12	Descreve o procedimento					
2.13	Descreve os objetivos que se pretendem alcançar com o procedimento					
2.14	Identifica os potenciais benefícios associados ao procedimento					
2.15	Identifica os potenciais riscos frequentes e associados ao procedimento					
2.16	Identifica os potenciais riscos graves associados ao procedimento					
2.17	Identifica as eventuais alternativas viáveis					
2.18	Identifica as eventuais alternativas ao procedimento, cientificamente reco-					
2.19	Identifica os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção, em caso de dissentimento					
2.20	Tem campos específicos, editáveis, que permitem a inclusão de esclarecimento personalizado.					
3	Formulário e documentos/informações complementares					
3.1	O formulário está escrito de acordo com o modelo-tipo anexo à Norma DGS nº 15/2015					
3.2	No CI, consta a declaração da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita					
3.3	Para além da comunicação verbal, o esclarecimento é acompanhado de folheto explicativo da responsabilidade da USF e/ou dos profissionais de sa-					Exige ob- servação
4	Registos					
4.1	O processo de informação e consentimento informado fica registado e fundamentado no processo clínico.					Exige acesso a registos informáticos
4.2	A renúncia à informação fica registada no processo clínico (direito a não saber).					Exige acesso a registos informáticos
	Data:					
	Rubrica do Auditor:					

Apêndice 3 –

a) Interligação e sequência metodológica.



b) Valor da relação entre doente, médico e organização.



c) Diagramas- Comunicação e decisão partilhada com o doente.

