

MODELO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE ACP:
AS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO
NO CERNE DE UMA LITERACIA EM SAÚDE TRANSVERSAL,
HOLÍSTICA E PRÁTICA

Cristina Vaz de Almeida

A comunicação é a base estruturante em que a literacia em saúde assenta e que permite estabelecer relações entre as pessoas.

A comunicação em saúde, ao nível interpessoal, grupal, societal e mediático, permite a transmissão de mensagens verbais e não-verbais com vista à sua compreensão pelos envolvidos e a uma consequente

[View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk](#)

brought to you by  CORE

em saúde, as exigências atuais dos profissionais de saúde requerem competências pessoais (Tench & Konczos, 2013) que são transversais aos campos da psicologia, da sociologia, da gestão, da comunicação, entre outras. Atualmente um profissional de saúde deve ter amplas competências técnicas, mas refinadas com conhecimentos e habilidades nas áreas da comunicação em saúde, mediação de conflitos e resolução de problemas, marketing em saúde, criatividade, além de um vasto campo de competências sociais (Sørensen et al., 2012) que tornam o profissional da saúde um ser humano com uma dimensão e visão holística profunda do paciente e do seu contexto. É nesta base relacional entre o profissional e o paciente que assenta uma comunicação interpessoal, que é o coração da qualidade dos cuidados de saúde, embora a evidência científica nos mostre que os *standards* atuais têm de ser melhorados (Cowan et al., 1992; Hargie, Dickson, Boohan, & Hughes, 1998; Numann, 1988). É, por isso, importante atender à dimensão e efeito que produz uma pequena “habilidade de comunicação”, que sendo apenas “uma iteração” (Wouda & van de Wiel, 2012, p. 59), isto é, um momento discreto observável de comportamento verbal e não-verbal, pode contribuir amplamente para alcançar um eficiente resultado (Brown & Bylund, 2008; Woda & van de Wiel, 2012). É importante que os

profissionais de saúde tenham uma adequada consciência, conhecimento, competências e atitudes em relação aos pacientes, sobretudo os que têm uma baixa literacia em saúde (Coleman & Fromen, 2015).

Na relação terapêutica, profissional de saúde e paciente interagem para que se fundamentem as expectativas e se obtenham consequências e resultados que promovam o entendimento para a ação com vista a melhores resultados de saúde.

A comunicação é um fator chave na literacia em saúde para que as pessoas consigam aceder, compreender e usar a informação em saúde, por forma a tomarem as melhores decisões sobre a sua saúde (Sørensen et al., 2012) e dos que dela dependem.

Em 2015 não havia estudos que comparassem a efetividade da formação de literacia em saúde em profissionais médicos e não médicos (Coleman & Fromen, 2015). Porém, os resultados da formação em literacia em saúde e, subjacente a este domínio, a promoção efetiva de competências de comunicação permitem-nos apresentar melhorias na autoperceção de conhecimento, competências e intenção de comportamentos (Coleman & Former, 2015).

Ainda assim, anos atrás, em 1988, Hargie e outros autores conduziram um inquérito postal a vinte e seis escolas de medicina no Reino Unido para avaliar as práticas de formação em competências de comunicação. Um total de dezanove escolas respondeu, das quais quatro foram depois selecionadas para entrevistas em profundidade por telefone. Os investigadores encontraram alguma diversidade nos conteúdos formativos, bem como nos formatos, no tempo organizado para este efeito e na sua duração. A avaliação e as dificuldades encontradas nesta formação foram os recursos físicos e a preparação de profissionais treinados para o efeito (Hargie et al., 1998).

Havendo um papel “pivotal” (Hargie et al., 1998) na interação médico-paciente na prestação de cuidados de saúde, DiMatteo (1994) sublinha que, neste processo, “a comunicação é o instrumento fundamental através do qual o profissional e o paciente se relacionam e tentam alcançar os objetivos terapêuticos” (p. 149). Mas, de acordo com Numann (1988), é preciso “empregar métodos apropriados de ensino para se atingirem objetivos de aprendizagem *standard* na profissão” (p. 26).

De acordo com Sleight (1995), ensinar as competências de comunicação é uma das partes importantes do currículo médico e não é um extra opcional. Há um paralelismo com os domínios da literacia em saúde, o que permite o desenvolvimento das competências cognitivas e sociais dos indivíduos para que ele possa efetivamente aceder, compreender e usar a informação em saúde, no seu dia-a-dia, através de um processo motivacional (Sorensen et al., 2012) ao longo do seu ciclo de vida.

No estudo de Hargie et al. (1998), 89% dos inquiridos (dezanove escolas de medicina no Reino Unido) responderam que “é central para a prática da medicina, a promoção de um conhecimento e compreensão das competências de comunicação apropriadas” (p. 28). Os métodos mais usados nestas formações de desenvolvimento de competências são: o *role playing*, o *feedback* através de vídeos e as discussões de grupo. As abordagens menos comuns são os tutoriais, os seminários, os vídeos interativos, a imitação e a identificação.

Método

No âmbito da Pós-graduação em Literacia em Saúde (PGLS), realizada no ISPA – Instituto Universitário, no ano letivo 2017-2018, foi efetuado um conjunto de avaliações periódicas regulares para aferir o nível de satisfação sobre conteúdos, matérias, programa e docentes com um grupo de dezoito formandos. Estas avaliações foram debatidas em sala de aula pelos diretores da PGLS; para o efeito foi preenchido um questionário de satisfação, cujos resultados estão em edição.

Recolheram-se dados concretos sobre os campos-chave para uma melhor literacia em saúde, estimulada pela técnica de *brainstorming* que permite recolher dados sobre determinado assunto e depois sistematizar e ordenar por campos de interesse.

No âmbito da avaliação da importância da literacia em saúde, das inerentes competências de comunicação em saúde e do teste do Modelo de Comunicação em Saúde ACP (Assertividade, Clareza e Positividade) foram organizados três *focus group* ($N=18$), constituídos por seis

participantes (Bryman, 2012), com seleção de amostra por conveniência entre os profissionais de saúde, numa fase em que já tinham efetuado e finalizado o módulo de literacia em saúde e modelos da PGLS.

Os *focus group* realizaram-se no ISPA, em sala de aula, entre março e junho de 2018, tendo sido assinado pelos participantes um documento de consentimento informado.

Discussão e resultados

Na PGLS os participantes puderam debater as matérias que lhes interessavam e representavam necessidades e atividades quotidianas no âmbito da sua intervenção, isto é, debruçaram-se sobre temáticas do seu próprio interesse e foram avaliados através de trabalhos individuais e em grupo. Estes trabalhos foram selecionados pelos próprios, sempre com a indicação de estarem a construir matérias evidenciadas pelas suas próprias realidades.

Foi-lhes proposto, no âmbito dos *focus group*, para avaliarem o Modelo de Comunicação em Saúde ACP, que integra de uma forma agregada e interdependente a utilização das competências da Assertividade, da Clareza e da Positividade. O Modelo ACP estrutura-se como um guião de competências de comunicação e foi validado por todos os participantes dos *focus group* como “importante”, “útil”, “fundamental” e “simples de usar no decorrer da consulta”, reforçando que o usariam nas suas interações com os seus pacientes, o que ocorreu, através de *feedback* posterior ao término da PGLS. Reforçou-se, assim, o que alguma evidência vem demonstrando (Hulsman, 2009): que o processo de comunicação em saúde é amplamente guiado por guiões cognitivos desenvolvidos pelos profissionais através da educação e da experiência. Sendo o profissional de saúde, à partida, o lado mais forte do “prato da balança” (Almeida, 2018), a existência de guiões prévios reduz o esforço cognitivo no desempenho de tarefas complexas (Hulsman, 2009). Com isto, subentende-se que o profissional de saúde, se tiver um conhecimento e preparação prévia de

modelos de comunicação em saúde que estejam disponíveis de forma transversal em todos os momentos da consulta e em fases distintas, conseguirá encontrar melhores respostas e soluções para lidar com as questões levantadas pelo paciente e também para o fazer participar na sua saúde, de uma forma mais eficaz e motivada. Os guiões permitem, assim, de acordo com Hulsman (2009), “interpretar rapidamente eventos complexos dentro de uma determinada situação e fazer previsões sobre como essas situações se desenvolverão” (p. 305).

Assim, de uma forma pró-ativa e na tentativa de resolver o problema da comunicação frágil, com falhas no entendimento do paciente, o principal objetivo do modelo ACP é desenvolver competências de comunicação, o que inclui o uso interdependente da assertividade, da clareza de linguagem e da positividade (Belim & Almeida, 2017). De seguida, apresentam-se, na Tabela 1, algumas orientações e competências promotoras de uma melhor compreensão do paciente.

Tabela 1

Orientações e competências promotoras de uma melhor compreensão do paciente

-
- 1) Entender que a cura se faz através do cuidado e das relações positivas, simétricas, equilibradas e geradoras de confiança.
 - 2) Integrar nas consultas os pacientes e as suas famílias.
 - 3) Saber lidar com pacientes em conflito, utilizando diversas técnicas da mediação de conflitos.
 - 4) Reconhecer as questões da segurança do doente como essenciais no processo e como requisito de melhoria da relação e da comunicação.
 - 5) Perceber a importância do uso da empatia, em combinação com a assertividade.
 - 6) Dar e receber informação, estimulando a participação, fornecendo as explicações necessárias sobre as dúvidas de forma clara.
 - 7) Desenvolver habilidades de negociação e de resolução de conflitos.
 - 8) Conhecer o poder da comunicação não-verbal.
 - 9) Desenvolver competências da entrevista motivacional.
 - 10) Reconhecer a decisão participativa e focada nos interesses do paciente.
 - 11) Melhorar a criatividade, associada à motivação na passagem da informação ao paciente.
 - 12) Usar desenhos, gráficos, imagens que reforcem a memória visual.
-

Tabela 1 (cont.)

-
- 13) Compreender que uma boa comunicação melhora a segurança do doente.
 - 14) Reforçar a compreensão através de técnicas específicas da literacia em saúde, como sejam o Método *Teach-back*, o Modelo ACP (Assertividade – Clareza – Positividade), o *Chunk & Check*, o *ASK me 3*, saber ouvir sem interrupções, entre outros.
 - 15) Conhecer as crenças e hábitos das diferentes culturas.
 - 16) Considerar e aplicar, de forma inabalável, as questões éticas.
 - 17) Perceber a importância do marketing em saúde e do marketing social aplicados na mudança de comportamentos.
 - 18) Conhecer os modelos comportamentais associados à psicologia da saúde.
 - 19) Reconhecer a importância das métricas e recursos de informação em saúde.
 - 20) Compreender o peso da linguagem (verbal e não-verbal) na relação com o outro.
 - 21) Saber dar más notícias.
-

Fonte: Adaptação de Belim & Almeida, 2017, 2018. Ver também Greenhalgh & Heath, 2010; Hargie et al., 1998; Hulsman, 2009; Ledingham & Bruning, 1998.

Relativamente ao estudo de Hargie et al. (1998), conclui-se que a formação de outras competências, sobretudo as de comunicação, serve para “sancionar”, para dar *feedback* aos estudantes ou, numa dimensão mais alargada, avaliar um conjunto vasto de competências.

Para estímulo e motivação dos participantes, foi-lhes proposta a publicação dos seus trabalhos de grupo através de um *e-book* editado pelo ISPA, promovendo desta forma o saber científico e criando aqui laços evidentes entre os participantes, que desenvolveram uma positiva relação grupal: nas matérias abordadas, na escola e com os docentes que os acolheram. Esta simbiose entre conhecimento e valorização da pessoa permitiu o reforço de relações pessoais e profissionais, numa dinâmica de promoção e partilha de saberes.

A partilha de saberes através da formação formal envolve um conjunto de influências, reconhecidas nos estudos de Hargie et al. (1998), que passam por: (1) cultura, hábitos e crenças dos participantes; (2) a idade dos participantes; (3) a diversidade profissional dos envolvidos; (4) a interligação e a sequência das matérias abordadas durante a formação; (5) os princípios da educação para adultos; (6) a qualidade das fontes e das referências usadas; (7) a qualidade das

dinâmicas cognitivas, emocionais e comportamentais, para motivarem a aprendizagem e a retenção do conhecimento; e (8) a promoção de relações positivas e florescentes entre os participantes e os docentes, que permitem a continuidade no tempo das relações.

Mas existem também vários estudos que apontam para fatores de resistência neste tipo de formação que, à partida, não consta dos currículos académicos (Hargie et al., 1998), havendo quem possa “sabotar” estes programas de formação. Também existem atitudes de cepticismo às abordagens feitas pelas ciências sociais (Mosley, 1988). A hostilidade a este tipo de formação (Hargie et al., 1998) também passa por ser proposta por um grupo que não é da profissão médica, como os cientistas comportamentais, que são vistos por *diminuir e minar* o papel dos médicos na educação e formação. A falta e a limitação dos efeitos de formação em comunicação e de experiência clínica são explicadas através do modelo de Ericsson de aquisição de desempenho de perícia (2008). O desempenho de perícia é definido como o desempenho superior, reproduzido em tarefas que captam a essência da perícia em domínios críticos. O modelo de Ericsson refere que, depois de uma formação e experiência, restrita a um domínio (e.g., comunicação, literacia em saúde, etc.), o desempenho individual é adaptado às exigências situacionais típicas. Assim, o que o modelo refere é que, depois de se chegar a um nível satisfatório, o desempenho torna-se estável e aumenta o automatismo (Wouda & van de Wiel, 2012).

Ericsson (2008) define quais são as condições de aprendizagem que permitem este desempenho de perícia: (1) desempenhar as tarefas de aprendizagem com os objetivos bem definidos; (2) motivação para melhorar; (3) tarefas de aprendizagem de curta duração, com oportunidade de imediato *feedback*, reflexão e correção; e (4) amplas oportunidades para a repetição, refinamento gradual e prática em situações desafiantes. Deve haver, assim, oportunidades para rever, refinar e construir as atuais competências dos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, acrescentar novas competências e aumentar a sua complexidade (ver também Silverman, Kurtz, & Draper, 2005; Wouda & van de Wiel, 2012).

Diversos autores (Aspergren & Lønberg-Madsen, 2005; Fallowfield, Jenkins, Farewell, & Solis-Trapal, 2003; Hobma, Ram, Muijthens, van der Vleuten, & Grol, 2006; Wouda & van de Wiel, 2012) reconhecem a importância dos cursos de formação pós-graduada, realçando o seu efeito positivo nas competências e práticas médicas.

Os resultados da PGLS, assim como dos *focus group* efetuados, mostraram uma clara e total necessidade de formação dos profissionais de saúde nas diversas áreas constituintes da literacia em saúde, em particular o desenvolvimento de competências de comunicação em saúde para melhorar a relação com o paciente, assim como a validação do Modelo ACP – Assertividade, Clareza e Positividade.

Referências

- Almeida, C. V. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33-42). Lisboa: Edições ISPA.
- Aspergren, K., & Lonberg-Madsen, P. (2005). Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and wich need to be taught and trained. *Medical Teach*, 27, 539-543.
- Belim, C., & Almeida, C. V. (2017). Healthy thanks to communication: A model of communication competences to optimize health literacy: Assertiveness, clear language, and positivity. In V. Papalois & M. Theodosopoulous (Eds.), *Optimizing health literacy for improved clinical practices* (pp. 124-152). Hershey, PA: IGI Global. doi:10.4018/978-1-5225-4074-8.ch008
- Belim C., & Almeida C. V. (2018). Communication competences are the key! A model of communication for the health professional to optimize the health literacy: Assertiveness, clear language and positivity. *Journal of Health Communication*, 3(3), 31.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. New York: Oxford University Press.

- Coleman, C. A., & Fromer, A. (2015). A health literacy training intervention for physicians and other health professionals. *Family Medicine, 47*(5), 388-392.
- Cowan, D., Danoff, D., Davis, A., Degner, L., Jerry, M., Kurtz, S., . . . Thomsen, P. (1992). Consensus statement from the workshop on the teaching assessment of communication skills in Canadian medical schools. *Canadian Medical Association Journal, 147*, 1149-1150.
- DiMatteo, M. (1994). The physician-patient relationship: Effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynaecology, 37*, 149-161.
- Ericsson, K. A. (2008). Deliberate practice and acquisition of expert performance: A general overview. *Academy Emergency Medical, 15*, 988-994.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapal, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: Result of a 12-month follow-up. *British Journal Cancer, 89*, 1445-1449.
- Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship: An inquiry into the quality of general practice in England*. London: The King's Fund.
- Hargie, O., Dickson, D., Boohan, M., & Hughes, K. (1998). A survey of communication skills training in UK schools of medicine: Present practices and prospective proposals. *Medical Education, 32*, 25-34.
- Hobma, S., Ram, P., Muijthens, A., van der Vleuten C., Grol, R. (2006). Effective improvement of doctor-patient communication: A randomised controlled trial. *British Journal General Practice, 56*, 580-586.
- Hulsman, R. L. (2009). Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient Education and Counseling, 74*, 302-308.
- Ledingham, J. A., & Bruning, S. D. (1998). Relationship management in public relations: Dimensions of an organization-public relationship. *Public Relations Review, 24*(1), 55-65.
- Mosley, P. (1988). Communication and the education of health professionals: A disciplinary overview. *Medical Teacher, 10*, 323-332.
- Numann, P. (1988). Our greatest failure. *American Journal of Surgery, 155*, 212-214.

- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for communication with patients* (2nd ed.). Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Sleight, P. (1995). Teaching communication skills: Part of medical education. *Journal of Human Hypertension*, 9, 67-69.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners competencies: A review of the European communication professional skills and innovation programme*. London: ECOPSI.
- Wouda, J. C., & van de Wiel, H. B. (2012). The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Education and Counseling*, 86, 57-62.

Como citar?

- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook].