

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO COM VISTA Á ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE**

**MESTRE EM CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS**

**Paula Rita Alves de Matos**

***“PERSONALIDADE E PREFERÊNCIAS DOS DOENTES EM***

***RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS”***

**PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA,**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:**

**Doutora Ana Telma Pereira**

**Professora Doutora Marília Dourado**

**JUNHO DE 2016**

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

***PERSONALIDADE E PREFERÊNCIAS DOS DOENTES EM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Paula Rita Alves de Matos\***

\*Endereço eletrónico do autor: paula.rita.matos@gmail.com

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer á Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra por me ter dado a oportunidade de poder frequentar este Mestrado.

Agradeço também às minhas orientadoras, Professora Doutora Ana Telma Pereira, do serviço de Psicologia Médica da mesma instituição e Professora Doutora Marília Dourado, coordenadora do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos por toda a ajuda prestada.

Uma palavra muito especial de gratidão á minha família pela ajuda ao longo de todo este processo.

Por fim deixar aos meus amigos e colegas um obrigada, especialmente á Cláudia Carvalho, Fernanda Lopes e Ana Lúcia Simões pela amizade, companheirismo e apoio dispensado

**ÍNDICE**

Agradecimentos 4

Resumo 6

Abstract 7

Introdução 9

Materiais e Métodos 18

Resultados 23

Discussão 33

Bibliografia 35

Anexo - Inquérito para o estudo PERSPREF 38

**Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Resmo do Modelo SPIKES 12

Tabela 2-Estado civil 20

Tabela 3- Classificação das Profissões 21

Tabela 4- Saúde física e psicológica 22

Tabela 4.1- Pesos fatoriais e validade interna dos itens: fator 1 25

Tabela 4.2- Pesos fatoriais e validade interna dos itens: fator 2 26

Tabela 4.3- Pesos fatoriais e validade interna dos itens: fator 3 27

Tabela 5- Coeficiiente de correlação de Pearson enttre as dimensões das PD e as variáveis demográficas, de saúde e da personalidade 30

Tabela 5.1 Coeficientes de correlação de Pearson entre as PD (pontuação total) e variáveis demográficas, de saúde e da personalidade 31

**Índice de Figuras**

Figura 1 – Scree test 24

RESUMO

Nos últimos anos tem sido desenvolvida alguma investigação com o intuito de diminuir o impacto negativo que a comunicação de más notícias inevitavelmente gera nos doentes e seus familiares. Os estudos mostram que a satisfação com a informação e com o estilo de comunicação associa-se à adesão aos tratamentos e à adaptação psicológica à doença.

O Measure of Patients’ Preferences (MPP; Parker et al. 2001) foi desenvolvido para avaliação das preferências do doente (PD) em relação à comunicação de más notícias e tem revelado boas propriedades psicométricas em contexto oncológico (Fujimori et al., 2007; Parker et al. 2001; Sánchez et al., 2009).

As PD têm sido estudadas em relação com variáveis sócio-demográficas e clínicas (Covinsky et al. 2000; Jenkins et al., 2001). O estudo da sua relação com os traços de personalidade, apesar de ainda escasso (Sánchez et al., 2009), é muito relevante, pois ao influenciar o modo como os doentes interpretam, reagem e lidam com a informação, a personalidade pode influenciar enormemente as PD.

Os objetivos deste estudo foram: 1. Adaptar e validar a versão portuguesa experimental da Escala de Preferências dos Doentes (Parker et al., 2001), de modo a que se aplique não apenas ao contexto oncológico; 2. Analisar, pela primeira vez em Portugal, a relação entre as preferências dos doentes acerca da comunicação e os principais traços de personalidade.

Foi realizado um estudo observacional e correlacional, a partir dos dados de uma amostra de conveniência, composta por 254 participantes com idade superior a 50 anos, que responderam a um inquérito em papel, contendo um breve questionário de auto-resposta para avaliação de traços de personalidade (FFI-20; Pais Ribeiro) e das preferências na comunicação de más notícias (MPP; Parker et al. 2001).

A versão portuguesa da Escala de Preferências na Comunicação de Más Notícias apresenta boa validade e consistência interna, permitindo avaliar com fidelidade as dimensões Apoio, Conteúdo e Facilitação

Verificou-se ainda que ser mulher, ter menos idade e ter mais escolaridade são fatores que se associam a maiores exigências na comunicação de más notícias e pessoas com níveis mais elevados de extroversão e de conscienciosidade também requerem da parte do médico maior atenção às práticas comunicativas.

Em conclusão, a personalidade, a idade e o género são variáveis a ter em conta na comunicação de más notícias, relativamente às quais se justifica mais investigação e mais formação dos profissionais de saúde.

**ABSTRACT**

In recent years there has been developed some research in order to reduce the negative impact that the communication of bad news inevitably creates for patients and their families. Studies show that satisfaction with the information and communication style is associated with treatment adherence and psychological adaptation to the disease .

The Measure of Patients ' Preferences ( MPP ; .Parker et al 2001 ) was developed to assess the preferences of the patient (PD) regarding the communication of bad news and has shown good psychometric properties in oncological contexto (Fujimori et al., 2007; Parker et al. 2001; Sánchez et al., 2009).

PDs have been studied in relation to sociodemographic and clinical variables ( Covinsky et al 2000 ; . Jenkins et al., 2001 ) . The study of its relationship with personality traits , although still scarce ( Sanchez et al . , 2009) , is very relevant as to influence how patients interpret , react and deal with information , their personality can greatly influence PDs .

The goals of this study were : 1. To adapt and validate the experimental portuguese version of Patient Preferences Scale ( Parker et al., 2001 ) , so that it does not apply only to the oncological contex; 2. Analyze, for the first time in Portugal , the relationship between patient preferences

about communication and the main personality traits.

An observational and correlational study was conducted from the data of a convenience sample composed by 254 participants aged over 50, who answered to a survey on paper, containing a brief self-response questionnaire to evaluate personality traits (FFI -20 : Parents Ribeiro ) and preferences in communication of bad news ( MPP , Parker et al., 2001).
The Portuguese version of Preferences Scale in Communication Bad News has good validity and reliability , allowing to faithfully evaluate the dimensions Support , Content and Facilitation.

It was also found that being a woman , being younger and having more education are factors that are associated with greater demands on communication of bad news and people with higher levels of extraversion and conscientiousness also require greater attention from the physician to the communicative practices.

Concluding, personality, age and gender are important variables for bad news communication, wich justifies more research and professionals education in this area

**INTRODUÇÃO**

A investigação tem mostrado que a satisfação com comunicação médico-doente está relacionada com melhor adesão e adaptação psicológica à doença. É ainda muito escasso o estudo das relações entre os traços de personalidade do dente e as suas preferências acerca da comunicação com o médico.

A prática médica desenvolve-se num contexto interpessoal e, por isso, as competências de comunicação clínica são essenciais para a prestação de cuidados de qualidade (Maguire & Pitceathly, 2002).

Nos últimos anos tem sido desenvolvida alguma investigação com o intuito de diminuir o impacto negativo que a comunicação de más notícias inevitavelmente gera nos doentes e seus familiares. Os estudos mostram que a satisfação com a informação e com o estilo de comunicação associa-se à adesão aos tratamentos e à adaptação psicológica à doença (Ong et al., 2000; Macedo et al., 2012).

Desta linha de investigação têm resultado documentos orientadores de boas práticas na comunicação de más notícias (Baile et al., 2000; NBOCC, 2007. No entanto, estes guias baseiam-se mais na experiência dos clínicos do que nas preferências dos doentes (PD) (Bowling 2001).

O Measure of Patients’ Preferences (MPP; Parker et al. 2001) foi desenvolvido para avaliação das PD em relação à comunicação de más notícias e tem revelado boas propriedades psicométricas em contexto oncológico (Fujimori et al., 2007; Parker et al. 2001; Sánchez et al., 2009).

As PD têm sido estudadas em relação com variáveis sócio-demográficas e clínicas (Covinsky et al. 2000; Jenkins et al., 2001). O estudo da sua relação com os traços de personalidade, apesar de ainda escasso (Sánchez et al., 2009), é muito relevante, pois ao influenciar o modo como os doentes interpretam, reagem e lidam com a informação, a personalidade pode influenciar enormemente as PD.

Deste modo, esta investigação propõe-se a aprofundar o conhecimento acerca da relação entre as preferências de comunicação e a personalidade, com o intuito de contribuir para a melhoria da relação médico-doente.

Aprofundemos então estes tópicos, começando por explorar a comunicação de más-notícias e passando depois ao modelo dos cinco fatores da personalidade.

**Comunicação de más notícias**

A habilidade para estabelecer uma boa comunicação é parte essencial em todas as áreas dos cuidados de saúde (Council of Europe, 2003). A comunicação envolve muito mais que o processo de simplesmente dar uma informação. É um processo que envolve muitas pessoas, em que os objetivos incluem troca de informação, compreensão mútua e apoio, para lidar com notícias frequentemente dolorosas e com o stresse emocional associado (Paes da Silva, 2004). Exige tempo, compromisso e desejo sincero de ouvir e compreender as preocupações do outro.

A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde não é um mero “opcional”, um “extra”, mas é um componente vital, inerente e necessário, razão pela qual no currículo de formação dos profissionais de saúde cada vez mais se inclui o aprofundamento de questões relacionadas à comunicação. A comunicação não envolve somente os cuidados dos profissionais da saúde e paciente, mas também a relação entre os profissionais da saúde e família, pacientes e sua família, entre outros âmbitos (Bertachini, Gonçalves, 2002).

**Comunicação entre pacientes e profissionais da saúde**

Os pacientes encontrarão diversos profissionais da saúde durante o curso de uma doença típica.

Cada encontro provê uma oportunidade de comunicação.

Muito do que comunicamos é por meio da linguagem, mas muito também comunicamos pela linguagem não-verbal. Em geral, os pacientes exigirão honestidade, precisão, acessibilidade e informação consistente em relação à sua doença e suas implicações. Com muita frequência, profissionais e familiares sentirão a necessidade de ocultar ao paciente a verdade por causa do desejo de manter a esperança, estratégia que, embora bem-intencionada, pode trazer muitas dificuldades com o avançar da doença. Más notícias são sempre más notícias, mas a maneira como ela é comunicada, e quanto os pacientes se sentirão apoiados, aceites e compreendidos, terá um impacto significativo em sua habilidade de viver nesta nova realidade.

Logo após o comunicado de uma má notícia, informações adicionais em geral não são ouvidas; portanto, espaçar a informação, dando aos pacientes e famílias o tempo necessário para digeri-la, é fundamental. Aos pacientes deve-se oferecer uma informação a respeito da sua doença, tratamento, opções e prognósticos, de uma maneira sensível, que comunique apoio, honestidade e calor humano.

Em termos de autonomia e respeito pela escolha do paciente, é importante que estes tenham a informação necessária por meio da qual possam fazer uma escolha informada. Diante de dificuldades cognitivas, é importante que os profissionais da saúde avaliem regularmente até que nível existe compreensão do que é comunicado e busquem, quando da manifestação de impedimentos, alternativas viáveis (Kovács, 2004).

1. **Comunicação de Más Notícias**

O modelo mais recomendado para a comunicação de más notícias é o SPIKES, de Buckman et al. (1992) e adaptado por vários autores, nomeadamente Baile et al., que têm proposto a sua aplicação na doença oncológica.

A expressão SPIKES é uma sigla, que resulta das fases propostas pelo modelo:

S- Setting- preparar o contexto

P- Perseption – descobrir o que o doente já sabe

I- Invitation – descobrir o que o doente quer saber

K- Knowledge – partilhar informação

E- Emotions – responder às reações do doente

S- strategy –planear o seguimento

Seguindo a esquematização de Monteiro e Castro Vale (2012), resumida no livro “Competências Clínicas de Comunicação”, do Professor Rui Mota Cardoso, apresentamos na Tabela 1 um resumo do SPIKES:

Tabela 1: Resumo do Modelo SPIKES para a comunicação de más notícias

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Preparar o contexto
 | * Criar privacidade
* Comunicar em pessoa
* Comunicar sentado, próximo do doente
* Postura relaxada
* Cumprimentar adequadamente

Iniciar diálogo com questão aberta |
| 1. Descobrir o que o dente já sabe
 | * Pesquisar crenças e espectativas acerca do problema, sem impacto ou gravidade
* Perguntar e ouvir antes de dizer
 |
| 1. Descobrir o que o doente quer saber
 | * Convidar o doente á partilha de informação
* Ouvir o verbal e prestar atenção ao não verbal
* Avaliar o que o doente se sente preparado para saber
* Se o doente não quiser saber, discutir apenas o tratamento e demonstrar disponibilidade para abordar o assunto noutra ocasião
 |
| 1. Partilhar informação
 | * Usar linguagem simples, adaptada ao doente
* Dizer, parar, ouvir
* Dar tempo ao doente de reagir a cada informação
* Confirmar se as ideias foram percebidas
* Ouvir e considerar as preocupações do doente
 |
| 1. Responder ás reações do doente
 | * Reconhecer e explorar ( legitimar) a presença de emoções antes de confortar o doente ou de continuar a entrevista
* Responder ás reações emocionais com:
* Silêncios
* Perguntas abertas
* Comentários empáticos
* Informação factual
 |
| 1. Planear o seguimento
 | * Apresentar e negociar o plano proposto
* Integrar a perspetiva do doente
* Marcar consulta proximamente
 |

Em resumo, ao invés da mentira piedosa, deve-se optar pela sinceridade prudente e progressiva, transmitindo ao paciente as informações de acordo com suas condições emocionais, de modo gradual e suportável. E, nesse contexto, são essenciais adequadas perceção e interpretação dos sinais não-verbais do paciente, que permitirão a identificação do seu estado emocional e mostrarão ao profissional até onde ir naquele momento (Coulehan & Block, 2006).

Ao comunicar noticias difíceis e importante que o profissional mostre atenção, empatia e carinho no seu comportamento e sinais não-verbais. A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque nas mãos, braços ou ombros ajudam a demonstrar empatia e oferecer apoio e conforto. O paciente precisa sentir que, por pior que seja sua situação, ali se encontra alguém que não o abandonará, em quem poderá confiar e que cuidará dele (Coulehan & Block, 2006).

De acordo com Taube (2003), as principais queixas de insatisfação apresentadas pelos doentes paliativos e suas famílias, relativamente aos profissionais de saúde, incluem relações problemáticas doente/família – profissional de saúde; desvalorização das opiniões do doente e família; transmissão pobre de informações relevantes, incluindo insensibilidade nesta transmissão; e dificuldade do profissional de saúde em perceber a perspetiva do doente e/ou família.

Já conforme o estudo sobre o processo da comunicação de Barreto et al. (2006), apurou-se que apenas 15% dos doentes considera ter percebido toda a informação que lhes fora comunicada sobre o seu diagnóstico. Apurou-se ainda que apenas 25% do total da amostra considera que foram ouvidas e atendidas as suas emoções durante o processo de comunicação.

Temos ainda as evidências do *National Institute of Nursing Research* (2006), em que se denota que muitos dos familiares de doentes terminais recentemente falecidos, sentem que os profissionais de saúde evitaram as discussões acerca do prognóstico até uma altura muito próxima da morte, muitas vezes forçando-os a tomar decisões rápidas relativas a assuntos importantes. Neste estudo, as enfermeiras foram percecionadas como mais disponíveis para a partilha de informação. A maioria dos familiares advogou que queriam que os médicos e enfermeiras lhes dessem esperança, mas não deixando de ser honestos, e ajudando-os a prepararem-se para o pior.

De facto, também em Hallenbeck et al. (2003) é relatado que existem défices nas competências de comunicação identificados nos profissionais de saúde na área dos cuidados paliativos. Exemplos como “falam demasiado”, “raramente exploram os valores e atitudes dos doentes”, “evitam as preocupações emocionais e afetivas do doente”, “falham na avaliação do nível de compreensão do doente”, e ainda “sobrevalorizam a comunicação cognitiva (por oposição à comunicação ligada às emoções)”, tornam clara a necessidade colmatar estes défices apontados pelos doentes.

Ortega, Zama e Fuentes (2006) mostram-nos que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde falham por três motivos, um dos quais a falta de formação que os ajude a otimizar a relação de ajuda que os liga aos doentes. Neste seguimento, Thompson e Hendersen (1982, cit. por Corney, 1996), concluíram, num estudo que pretendia treinar estudantes da área da saúde para otimizarem as suas estratégias de comunicação, que as práticas de comunicação podem ser aprendidas.

Deve-se trabalhar a comunicação no sentido de perceber as necessidades do doente bem como as da família, tendo sempre em conta as fases, as características das doenças e da estrutura e dinâmica familiar, as readaptações que tomam lugar (Silva et al. n d.).

Qualquer estratégia adotada, para se atingir uma comunicação eficaz, deve ter em conta que cada doente é único, assim como é única e particular a situação que, quer o doente, quer a família, se encontram no momento que vivem (Silva et al, n. d.)

1. **Personalidade**

A sua definição revela-se polémica, tanto que Heatherton e Nichols (1984, p.4) consideram que esta “pode ser definida de forma a englobar praticamente todos os aspetos da vida e experiencia humana.” A dificuldade de definição deste conceito está na sua complexidade.

A palavra personalidade deriva do latim “persona”, que quer dizer máscara de ator. Este termo foi evoluindo com o tempo, adquirindo vários sentidos. Allport, que, em 1937, referia mais de 50 significados diferentes, considerou-a uma organização dinâmica dos sistemas bio-sociais que determinam a adaptação única do indivíduo ao mundo (Allport,1937). Já Cattell (1965) referiu a personalidade como um conjunto de traços, que predispõe o indivíduo a agir, de determinada maneira, num conjunto de situações.

Devido à multiplicidade de definições, Guilford (1959) tentou ordena-las, distinguindo as categorias:

1. Definições-estimulo, isto é, que se centram nos efeitos de uma dada personalidade sobre terceiros.
2. Definições abrangentes, que dizem que “a personalidade é a soma…” e depois enumeram uma lista de impulsos, instintos, tendências e hábitos.
3. Definições integrativas, focando a organização da personalidade, não esquecendo os vários elementos.
4. Definições “totais “, que realçam a integração, esquecendo práticamente as partes envolvidas.
5. As que vêm a personalidade como um “ padrão característico da adaptação do sujeito ao seu meio”(“ individual’s characteristic pattern of behavior”; Guilford , 1959, p.5)

Kimmel (1984) constata que, apesar de haverem inúmeras definições de personalidade, a sua maior parte engloba três componentes principais desta:

1. A unicidade do indivíduo, o que distingue uns dos outros.
2. Um conjunto de características estáveis e duradouras, ao longo do tempo e das situações.
3. O estilo característico de ligação/ interação entre o sujeito e o ambiente físico e social.

Contudo, dependendo do modelo ou teoria subjacente, difere a importância dada a cada característica. Se considerarmos, por exemplo, o Modelo dos Cinco Fatores, observamos que se realçam os primeiros dois aspetos, isto é, a organização característica individual e as suas regularidades recorrentes (traços).

* 1. **Traços**

Os traços são um dos alicerces do Modelo dos Cinco Fatores. Eles são “compatíveis com uma grande variedade de abordagens teóricas, e têm formado a base de grande parte das investigações em psicologia” (Mc Crae & Costa, 1992, p. 18), nomeadamente da relação entre a personalidade e a saúde (Friedman

Eysenck (1985, pp 42 e ss) demonstra isso mesmo, referindo apenas a história da teoria dos traços quando fazia a história das teorias da personalidade. Então, as abordagens que vêm a personalidade do indivíduo como uma constelação de traços são consideradas teorias dos traços. Este autor evidencia ainda o papel preponderante destes traços na explicação da personalidade e das diferenças individuais.

Segundo Krahé(1992) algumas linhas investigativas têm contribuído para firmar os alicerces teóricos do conceito de traços, podendo distinguir três orientações principais:

* A procura das dimensões básicas do traços,
* A exploração dos determinantes genéticos ,
* A concetualização dos traços como categorias socialmente definidas, a partir das quais as dimensões da personalidade são definidas.

**Modelo dos 5 fatores**

 O modelo dos cinco fatores é uma organização abrangente da estrutura dos traços da personalidade. Segundo McCrae e Costa (1995; 1996), podemos considerar a estrutura da personalidade como o “padrão de covariação dos traços numa população” (citado por Lima & Simões, 2000).

 O *Big Five* é o modelo da personalidade mais conhecido e divulgado na literatura. Segundo Pina e Cunha (2005). A sua popularidade deve-se, em muito, ao Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO PI-R), validado para a população portuguesa por Pedroso de Lima et al. (1997), que criou uma espécie de cunho comum que passou a ser utilizado pela grande maioria dos estudiosos da personalidade, apesar de persistir algum desacordo em relação ao conteúdo dos fatores. Goldberg (1993, citado por Pina e Cunha et.al., 2005), afirma que este modelo não pretende limitar a personalidade a um simples conjunto de traços, mas sim proporcionar um quadro científico válido e capaz de organizar a miríade de diferenças individuais que caracterizam o ser humano.

 As dimensões da personalidade Big Five são: abertura à experiência (imaginativo e pensamento independente), conscienciosidade (sensibilidade), extroversão (sociabilidade e assertividade), amabilidade (merecedor de confiança, cooperante) e neuroticismo (ansiedade e depressão), sendo o indivíduo avaliado de acordo com o grau que exibe em cada uma destas dimensões (Schaick et.al., 2007).

 Alguns estudos, como o de Benet-Martinez e John (1998), comprovam que os “cinco grandes” têm a capacidade de descrever a Personalidade de qualquer sujeito, independentemente do seu sexo, idade, formação académica, raça ou nacionalidade. Qualquer um dos fatores é encarado como um contínuo, no qual o sujeito é posicionado, tendo em conta a sua maior ou menor pontuação, num determinado traço (Cunha, et.al. 2005).

 O já referido modelo defende que a personalidade pode ser descrita em função de um conjunto de cinco dimensões que, ao mais alto nível de abstração, são compostas por vários traços.

Descrição das cinco dimensões:

- Extroversão (afetividade positiva): traço que predispõe as pessoas para experimentarem estados emocionais positivos e para se sentirem bem consigo mesmas e com o mundo. Os sujeitos com elevada classificação neste fator, tendem a ser sociáveis, afetuosos e amistosos;

- Neuroticismo (afetividade negativa ou instabilidade emocional): tendência para vivenciar estados emocionais negativos, para se sentir sob stresse, para encarar o mundo e a si próprio, como negativos.

- Amabilidade: permite distinguir entre os sujeitos que têm facilidade de relacionamento com os outros e os que não têm. Resultados baixos neste fator, revelam que a pessoa é rude, não cooperativa e pouco simpática;

- Conscienciosidade: reflete o grau em que a pessoa é escrupulosa, cuidadosa e

perseverante. Estes sujeitos são autodisciplinados e resistentes a impulsos distrativos e a tentações, tendem a ser mais orientados à organização, ao planeamento e à conclusão de tarefas;

- Abertura à experiência: está relacionada com o grau em que o sujeito possui um vasto campo de interesses ou antes prefere dedicar-se a atividades limitadas, num campo mais restrito, se é original ou conservador e se assume ou evita o risco.

1. Preferências na comunicação de más notícias e personalidade

As características da personalidade podem afetar tanto a forma como os doentes percebem a informação que lhes é dada como a sua capacidade lidar com ela. Isto pode traduzir-se em diferenças em termos de preferências de comunicação e necessidades de apoio. De facto, a relação entre a maneira como as pessoas lidam com situações delicadas, como o diagnóstico e tratamento de uma doença grave, tem sido consistentemente relacionada com traços básicos de personalidade. Existem estudos que relacionam as estratégias de coping e preferências de comunicação.

Miller et al. (1988) estudou as diferenças individuais no que diz respeito á procura de informação perante eventos stressantes. Ela desenvolveu o conceito de monitorização/ contenção para descrever a maneira como as pessoas reagem cognitiva e emocionalmente a informação potencialmente stressante. Monitorização refere-se à tendência para procurar ativamente informação quando se confrontam com uma situação causadora de stresse, em oposição a contenção, que se refere à tendência para evitar informação stressante.

Steptoe et al. (1991) concluíram que os pacientes que tendem a evitar informação estavam mais satisfeitos com a informação que lhes era dada. Noutro estudo realizado com doentes oncológicos, Ong et al. (1999) reportaram que o estilo de monitorização estava relacionado com a preferência por informação mais detalhada e maior envolvimento nas decisões clínicas.

Tanto quanto é do nosso conhecimento, o único estudo publicado até ao momento especificamente sobre a relação entre as preferências na comunicação de más notícias é o de Sanchez et al. (2009). Realizado com o objetivo de analisar a relação entre as preferências na comunicação de más notícias e as variáveis socio-demográficas, médicas e de personalidade numa amostra espanhola de doentes oncológicos (n=168), e também através de questionários, este estudo permitiu concluir que as mulheres apresentavam pontuações mais elevadas na escala, bem como as pessoas mais jovens cuja doença se encontrava em estado avançado e que tinham recebido o diagnóstico pela primeira vez. Quanto aos traços de personalidade, apenas a extroversão era preditor das pontuações na escala de preferências. Este padrão de resultados verificou-se para o total da escala e para as dimensões de Apoio e Facilitação.

**MATERIAIS E MÉTODOS**

Realizou-se um estudo observacional, transversal, aprovado pela Comissão de Ética da FMUC.

**Procedimento**

Foi constituída uma amostra de conveniência composta por 254 adultos da rede de conhecimentos da candidata e dos alunos do 3º ano do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC durante o ano letivo de 2015-2016, mas especificamente nos meses de Abril e Maio de 2016.

Os critérios de inclusão estipulavam que os participantes seriam pessoas que soubessem ler e escreve e que tivessem mais de 50 anos.

Após a obtenção do consentimento informado, pediu-se-lhes que respondessem a um conjunto de questionários de auto-resposta, que, além de questões relacionadas com variáveis sócio-demográficas, inclui os instrumentos a descrever de seguida:

**Instrumentos de avaliação**

Para além das questões sócio-demográficas, os participantes foram questionados acerca do seu historial clínico, nomeadamente se tinham tido ou não tido problemas de saúde que os levassem a procurar o médico, e se sim, qual o seu tipo (ligeiro ou importante) onde foi tratado (médico de família, clínica, hospital ou internamento). Também foi pedido que indicassem se tinham, atualmente e no passado, alguma doença diagnosticada pelo médico, e, em caso afirmativo, para indicarem qual e quando foi diagnosticada.

Os participantes preencheram os seguintes questionários de auto-resposta, todos com boas propriedades psicométricas em amostras da população portuguesa.

- **Versão portuguesa validada do NEO Five-Factor Inventory** (NEO-FFI; Bertoquini & Pais Ribeiro 2006): versão reduzida da versão original do NEO PI-R (Costa & McCrae, 1992), desenvolvido para avaliar de forma rápida e fidedigna os “Big Five” (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade).

- **Versão portuguesa experimental da Measure of Patients’ Preferences** (Parker et al. (2001) / Escala de Preferências do Doente (EPD), composto por 46 itens que descrevem diversas práticas relativas à comunicação de más notícias, às quais o doente responde numa escala Likert que varia desde “Nada importante” (1) até “Essencial, todos os médicos deviam fazê-lo” (5). Após a obtenção da autorização da autora da escala original para a tradução e adaptação da mesma, a versão portuguesa experimental foi traduzida para a língua portuguesa por uma equipa de dois médicos e dois psicólogos com vasta experiência na tradução e adaptação de instrumentos de avaliação psicométrica. O enunciado e os itens da escala foram adaptados de modo a aplicarem-se a outros contextos, que não apenas o da doença oncológica. (Ex. O item 14. “O médico perguntar-me quanto quero saber acerca do meu cancro” foi substituído pela seguinte formulação: “O médico perguntar-me quanto quero saber acerca da minha doença.”).

Tanto a versão original da escala (Stuart et al. 2001) como a versão espanhola (Sánchez \et al. 2009) avaliam três dimensões das preferências na comunicação de más notícias

1. Conteúdo – qual e quanta informação
2. Facilitação – variáveis de contexto e ambiente
3. Apoio – apoio emocional e grau de empatia na interação

- **Escala de Perceção de Saúde** (Soares et al. 2012), composta por dois itens para avaliação da auto-perceção de saúde física e de saúde psicológica, a responder numa escala que vai de “muito má” (1) a “muito boa”.

**Participantes**

Quanto à caracterização sócio-demográfica da amostra, 148 (58.1%) eram do sexo feminino e 105 (41.5%) do sexo masculino. A idade média foi de 62.03 (±10.859; variação: 50-96 anos) anos e não apresentou diferenças significativas por género.

No que toca ao estado civil, a maior fatia da amostra correspondia aos casados, 168 (66.4%) (Tabela 2).

Tabela 2: Estado civil (Frequências)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estado civil** | **N** | **%** |
| Solteiro | 24 | 9.4 |
| Casado | 168 | 66.1 |
| Divorciado | 32 | 12.6 |
| Viúvo | 28 | 11.0 |
| Outro | 1 | .4 |
| Sem info. | 1 | .4 |
| Total | 253 | 99.6 |

A média de anos de escolaridade, foi de 10.25 (±5.473), variando de 1 a 25.

A distribuição da amostra relativamente à Classificação portuguesa das profissões (Prodata, 2010) apresenta-se na Tabela 3.

Quanto ao estado da saúde dos inquiridos, apenas 46 (18.1%) da amostra respondeu não à pergunta “Alguma vez teve algum problema de saúde que o(a) levou a procurar ajuda médica?”. 42.8% Dos participantes tiveram problemas médicos ligeiros, para os quais 94% procuraram ajuda médica (junto do médico de família ou no hospital) e 38.8% tiveram problemas médicos importantes, dos quais 25.2% recorreram a consulta de especialidade e 17.3% precisaram de internamento.

Apenas 44 (17.3%) participantes referiram que nunca tiveram uma doença diagnosticada pelo médico. Dos restantes, as doenças mais comuns foram as cardiovasculares (5.2%), a diabetes (2.8%), a depressão (2.6%) e doenças oncológicas (1.8%).

Apenas 26 pessoas (10.2%) responderam “não” à pergunta sobre se, no passado, tiveram doenças diagnosticadas pelo médico. De entre os que tiveram doenças no passado, o padrão das mais comuns foi muito semelhante às do presente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabela 3: Classificação portuguesa das profissões (Prodata, 2010) | N | (%) |
| Profissões das forças armadas | 2 | .8 |
| Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos | 9 | 3.6 |
| Especialistas das atividades intelectuais e científicas  | 66 | 26.4 |
| Técnicos e profissões de nível intermédio | 20 | 8.0 |
| Pessoal administrative | 11 | 4.4 |
| Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores  | 22 | 8.8 |
| Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta | 6 | 2.4 |
| Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices  | 15 | 6.0 |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  | 11 | 4.4 |
| Trabalhadores não qualificados | 37 | 14.8 |
| Estudantes | 46 | 18.4 |
| Desempregados | 5 | 2.0 |
| Sem informação | 4 | 1.6 |

Relativamente à perceção de saúde física e psicológica, os resultados encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4: Saúde física e psicológica - Frequências

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Saúde física** | **Saúde psicológica** |
| **N**  | **%** | **N**  | **%** |
| muito má | 19 | ,4 | 1 | ,4 |
| Má | 67 | 7,5 | 17 | 7,5 |
| nem boa nem má | 129 | 26,5 | 63 | 26,4 |
| Boa | 37 | 51,0 | 127 | 50,8 |
| muito boa | 19 | 14,6 | 43 | 14,6 |

**Análise estatística**

Para a realização das análises estatísticas utilizou-se o programa SPSS, versão 22 . Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e as medidas de assimetria e achatamento. Para o estudo psicométrico da EPD foi realizada a análise fatorial exploratória, através da análise de componentes principais e um conjunto de cálculos relacionados com a fidelidade dos instrumentos de avaliação psicológica, nomeadamente o coeficiente alpha de Cronbach. Para o estudo da relação entre as PD, as variáveis sócio-demográficas, a perceção de saúde e os traços de personalidade foram efetuados testes de comparação de pontuações médias (T de Student e One-Way Anova), bem como de correlação (produto-momento de Pearson). Foram também realizadas análises de regressão linear múltipla (hierárquica), para averiguar quanta da variância das PD (variáveis dependentes) será explicada pelas outras variáveis com as quais se correlacionam (variáveis independentes), nomeadamente os traços de personalidade.

**RESULTADOS**

**Estudo 1: Propriedades psicométrico da Escala de Preferências na Comunicação de Más Notícias**

**Validade de construto - Análise fatorial**

Para a extração dos fatores tivemos em conta os Critério de Kaiser(1958) e do Scree test de Cattell (Cattel, 1966). O primeiro determina que se devem excluir fatores com raízes latentes inferiores a um e o segundo estabelece que o número ótimo de fatores é obtido quando a variação da explicação entre fatores consecutivos passa a ser pequena (isto é, quando, através da observação do respetivo gráfico, deixa de haver declive ou quando há uma alteração brusca no declive) (Kline, 1994; Kline, 2000). Além da consideração destes critérios, procurou-se um compromisso entre o número de fatores (que, a princípio, deve ser o menor possível) e a sua interpretabilidade (Artes, 1998). Seguindo a sugestão de Kline (2000), considerou-se que os “pesos” (*loadings*) com valores > .55 apresentam associação elevada com o fator, tendo sido apenas estes os itens retidos em cada fator.

Antes de ser feita a análise fatorial, realizou-se o teste KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) e o teste de esfericidade de *Bartlett*, que são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a sabermos se é plausível realizar a análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2003). Para o podermos fazer com segurança, o primeiro deve aproximar-se de um, sendo “bom” se for >. 80, o que se verificou com a nossa amostra, em que KMO foi igual a .92; o segundo deve levar a rejeitar a hipótese nula, o que também aconteceu com estes dados (p <.001).

A primeira exploração da análise fatorial, efectuada sem qualquer rotação e sem definir o número de fatores (o único critério foi que fossem extraídos os componentes com raízes latentes superiores a um), resultou em dez componentes com raízes latentes superiores a um, estrutura com uma variância explicada de 69.71%. O gráfico correspondente ao *scree plot* de Catell apresenta-se em baixo (Figura 1 ).



Fig 1 – Scree test (EPCMN)

Perante a observação do *scree plot* e a interpretabilidade dos fatores, considera-se que a estrutura de **três** fatores seria efetivamente a mais compreensível. Os fatores 1, 2 e 3 explicam respetivamente 15.63%, 5.15% e 2.04% desta.

Os valores da validade interna dos itens, parâmetros relativos à consistência interna dos fatores também se apresentam nas tabelas 4.1, 4.2 e 4.3

Seguindo a versão original, os fatores foram denominados: F1. Apoio; F2. Conteúdo e F3. Facilitação.

Tabela 4.1 – Pesos fatorias e validade interna dos itens, Fator 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **F1: APOIO** | **Análise fatorial** | **Validade interna do item** |
| **Peso fatorial** | **Correlação Item -****Total Corrigido** | **Alfa excluindo****o item** |
| 44. Que o médico informe a minha família sobre o meu prognóstico. | **.842** | **.756** | **.898** |
| 38. Que o meu médico verdadeiramente me ouça. | **.836** | **.790** | **.896** |
| 45. Que o meu médico me ajude a arranjar uma maneira de contar à minha família e amigos. | **.820** | **.742** | **.899** |
| 37. Que me encoraje a falar acerca dos meus sentimentos sobre as notícias que me deu | **.793** | **.751** | **.898** |
| 43. Que o médico informe a minha família sobre o do meu diagnóstico. | **.713** | **.679** | **.902** |
| 8. Que me diga o mais cedo possível | **.677** | **.597** | **.909** |
| 32. Que o médico me informe como posso contactá-lo para discutir questões ou preocupações que possam surgir antes da próxima consulta. | **.663** | **.632** | **.905** |
| 40. Que o meu médico me diga que vai fazer tudo o que puder para curar a minha doença | **.657** | **.656** | **.904** |
| 42. Que outro profissional de saúde (por exemplo uma enfermeira) esteja presente para dar apoio e informação | **.590** | **.628** | **.906** |
| 31. Que o meu médico marque outra consulta passado um dia ou dois para discutir as opções de tratamento | **.579** | **.561** | **.909** |
| **α=.91** |

Os itens 41, 46, 36 e 20 apresentaram cargas fatoriais máximas no fator 1, mas de valor < 0.55.

Tabela 4.2. Pesos fatorias e validade interna dos itens, Fator 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **F2: CONTEÚDO** | **Análise fatorial** | **Validade interna do item** |
| **Peso fatorial** | **Correlação Item-****Total Corrigido** | **Alfa excluindo****o item** |
| 17. Que o meu médico descreva todas as minhas opções de tratamento em pormenor. | **.758** | **.794** | **.919** |
| 18. Que o meu médico me informe sobre as diferentes opções de tratamento. | **.752** | **.763** | **.920** |
| 19. Que me dê informação sobre novos tratamentos experimentais. | **.731** | **.750** | **.921** |
| 14. Que o médico me pergunte o que é que eu quero saber sobre a minha doença. | **.698** | **.740** | **.922** |
| 13. Que o médico me pergunte o que é que eu quero saber sobre as opções de tratamento. | **.675** | **.725** | **.923** |
| 16. Que o meu médico me diga qual a melhor opção de tratamento. | **.671** | **.687** | **.925** |
| 15. Que me dê informação detalhada sobre os resultados dos exames médicos. | **.652** | **.706** | **.924** |
| 24. Sentir-me confiante acerca da competência técnica e aptidões do meu médico. | **.630** | **.764** | **.921** |
| 11. Que o médico me avise que tem notícias desfavoráveis para me dar | **.608** | **.629** | **.928** |
| 26. Que o meu médico dispense o tempo necessário para responder a todas as minhas questões de forma completa. | **.602** | **.712** | **.923** |
| **α=.93** |  |  |

Os itens 7, 12, 30 e 23 apresentaram cargas fatoriais máximas no fator 2, mas de valor < .55.

Tabela 4.3.– Pesos fatorias e validade interna dos itens, Fator 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **F3: FACILITAÇÃO** | **Análise fatorial** | **Validade interna do item** |
| **Peso fatorial** | **Correlação Item-****Total Corrigido** | **Alfa excluindo****o item** |
| 6. Que o médico mantenha o contacto visual durante a consulta. | .740 | .765 | .875 |
| 9. Que espere até que os resultados dos exames estejam prontos e tenha a certeza sobre situação antes de me informar. | .664 | .630 | .886 |
| 21. Que o meu médico me dê bastante informação sobre a minha doença. | .654 | .627 | .886 |
| 33. Que demonstre a sua preocupação para comigo. | .644 | .677 | .882 |
| 2. Ser informado num local privado e sossegado. | .642 | .600 | .890 |
| 39. Que o médico me dê esperança sobre a minha situação. | .622 | .730 | .878 |
| 27. Que o(a) médico(a) pare para me perguntar se eu tenho questões sobre o que ele/ela me está a dizer. | .581 | .643 | .885 |
| 34. Que me faça sentir suficientemente à vontade para colocar qualquer questão que me passe pela cabeça. | .581 | .643 | .885 |
| 4. O médico disponibilizar algum tempo de modo a não ser interrompido durante a nossa conversa. | .560 | .626 | .886 |
| **α=.89** |  |  |

Os itens 3, 28, 25, 35 e 22 apresentaram cargas fatoriais máximas no fator 3, mas de valor < 0.55.

**Fidelidade - Consistência interna**

O coeficiente alfa (α) de consistência interna de cada fator foi de .91, .93 e .89,respetivamente, valores que podem ser considerados “muito bons” (Kline, 2000; DeVellis, 1998), apontando para a uniformidade e coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens.

O poder discriminativo ou validade interna dos itens, ou seja, o grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global (Almeida & Freire, 2003), dado pelas correlações entre cada item e o total corrigido (excluindo o item), assim como os coeficientes *alfa* excluindo um a um os itens, mostram que, nos três fatores, todos os itens podem ser considerados **“bons”**, já que todos se correlacionam acima de **.20** com o total da escala e da sua dimensão (quando este não contém o item) (e.g. Pasquali, 2003).

Além disso, todos os itens contribuem para a consistência interna, ou seja, se retirados, fariam diminuir o α global e dimensional.

**Distribuição de resposta aos itens**

De um modo geral todos os itens apresentaram elevadas proporções de respostas às opções **“Muito importante” (4 pontos)** e **“Essencial” (5 pontos).**

 Os itens com uma pontuação média mais elevada, **superior a 4.00 pontos**, foram os seguintes:

1. Que o médico me dê a sua total atenção.
2. Que o médico mantenha o contacto visual durante a consulta.
3. Que o médico de me dê as notícias diretamente, em vez de estar com rodeios.
4. Que o médico me pergunte o que é que eu quero saber sobre as opções de tratamento.
5. Que o médico me pergunte o que é que eu quero saber sobre a minha doença.
6. Que me dê informação detalhada sobre os resultados dos exames médicos.
7. Que o meu médico me diga qual a melhor opção de tratamento.
8. Que o meu médico descreva todas as minhas opções de tratamento em pormenor.
9. Que o meu médico me informe sobre as diferentes opções de tratamento.
10. Que me dê informação sobre novos tratamentos experimentais.
11. Que o meu médico me informe sobre o prognóstico.
12. Que o meu médico me dê bastante informação sobre a minha doença.
13. Que o meu médico me informe como é que a minha doença pode afetar o meu funcionamento diário.
14. Sentir-me confiante acerca da competência técnica e aptidões do meu médico.
15. Que o meu médico esteja atualizado sobre a investigação sobre a minha doença.
16. Que o meu médico dispense o tempo necessário para responder a todas as minhas questões de forma completa.
17. Que o(a) médico(a) pare para me perguntar se eu tenho questões sobre o que ele/ela me está a dizer.
18. Que me seja dado o tempo suficiente para colocar todas as minhas dúvidas sobre a minha doença e os tratamentos disponíveis.
19. Que o meu médico me informe sobre os serviços de apoio que estão disponíveis para mim (por exemplo, assistente social, psiquiatra…)
20. Que me conforte se eu ficar emocionado/a.
21. Que o meu médico me informe como é que a minha doença pode afetar o meu funcionamento diário.

De entre todas estas, as práticas mais valorizadas foram as respetivas aos itens 3, 23, 24, 26 e 30, com médias de 4.46 (±1.887), 4.37 (±.821), 4.36 (±1.227), 4.31 (±.771) e 4.36 (±.527).

**Estudo 2: Relação entre personalidade, género, idade, escolaridade, perceção de saúde e preferências na comunicação de más notícias**

Os coeficientes de correlações de Pearson entre as dimensões das preferências e as restantes variáveis de interesse apresentam-se nas Tabela 5 e 5.1.

Tabela 5. – Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões das PD e variáveis demográficas, de saúde e da personalidade (n=254)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Preferências na comunicação de más notícias** |
| **APOIO** | **CONTEÚDO** | **FACILITAÇÃO** |
| **Género****(Correlação bisserial)** | .195\*\* | ns | Ns |
| **Idade** | ns | -.322\*\* | -.260\*\* |
| **Anos de escolaridade** | ns | .275\*\* | .257\*\* |
| **Saúde física** | ns | .146\* | .232\*\* |
| **Saúde psicológica** | ns | ns | .193\*\* |
| **Neuroticismo** | ns | ns | ns |
| **Extroversão** | .215\*\* | ns | .175\*\* |
| **Abertura à experiência** | ns | ns | ns |
| **Amabilidade** | ns | ns | ns |
| **Conscienciosidade** | ns | .232\* | .282\*\* |

 A dimensão **APOIO** correlaciona-se moderadamente com o género e a extroversão;

 A dimensão **CONTEÚDO** correlaciona-se negativa e moderadamente com a idade e positiva e moderadamente com os anos de escolaridade, a saúde física e a consicenciosidade;

A dimensão **FACILITAÇÃO** correlaciona-se negativa e moderadamente com a idade e positiva e moderadamente com os anos de escolaridade, a saúde física, a saúde psicológica e a consicenciosidade

Tabela 5.1. – Coeficientes de correlação de Pearson entre as PD (pontuação total) e variáveis demográficas, de saúde e da personalidade (n=254)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Preferências\_Total**  |
| **Género** **(Correlação bisserial)**  | .146  |
| **Idade**  | **-.229**  |
| **Anos de escolaridade**  | **.222**  |
| **Saúde física**  | **.165\***  |
| **Saúde psicológica**  | **ns**  |
| **Neuroticismo**  | **ns**  |
| **Extroversão**  | **.222**  |
| **Abertura à experiência**  | **ns**  |
| **Amabilidade**  | **ns**  |
| **Conscienciosidade**  | **.232**  |

A pontuação total na escala de Preferências na Comunicação de Más Notícias correlaciona-se moderadamente com o género, os anos de escolaridade, a saúde física, a extroversão e a conscienciosidade; correlaciona-se negativamente com a idade.

Recorreu-se à análise de Regressão Linear Múltipla(RLM) para averiguar quanta da variância das variáveis dependentes (VD) (dimensões das preferências na comunicação de más notícias) podem ser explicadas pelo conjunto das variáveis independentes (VI’s) correlacionadas.

Em relação à Variável **APOIO**, o modelo explica 8.8% da variância da VD (R2=.088; p < .001), sendo preditores significativos o Género (β=.205; p<.001) e a Extroversão (β =.229; p<.001). Controlando o género, a Extroversão continua a explicar as pontuações na VD (5.2%, p<.001).

Quanto ao **CONTEÚDO**, o modelo explica 12.8% da variância da VD (R2=.128; p<.001), sendo a Idade (β=-.305; p<.001) um preditor significativo

No que toca à **FACILITAÇÃO**, é explicada em 18.9% (R2=.189; p<.001), pelos seguintes preditores: Idade (β=-.186; p=.013), Saúde física (β =.238 p=.047) e Conscienciosidade (β =.225; p=.003).

Controlando a Idade e a Saúde física, a Conscienciosidade continua a explicar as pontuações na VD (4.7%, p=.001).

A comparação de pontuações médias por sexo, mostrou que as mulheres apresentam pontuações significativamente mais elevadas do que os homens na dimensão SUPORTE [35.268 (8.092) vs. 31.98 (8.833); t=-2,985; p=.003].

A comparação de pontuações médias por grupos etários revelou que as pessoas mais novas (idade < 70) apresentam pontuações significativamente mais elevadas nas dimensões CONTEÚDO e FACILITAÇÃO.

CONTEÚDO (idade < 70 VS. >71 anos): 42.27 (6.479) vs. 32.926 (7.848); t=4,173; p<.001

FACILITAÇÃO (idade < 70 VS. >71 anos): 36.75 (5.972) vs. 34.22 (6.271); t=2.722; p=.01

**DISCUSSÃO**

A boa comunicação é parte essencial em todas as áreas dos cuidados de saúde (Council of Europe, 2003), envolvendo muito mais que o processo de transferência de informação. É um processo que envolve muitas pessoas, em que os objetivos incluem troca de informação, compreensão mútua e apoio, para lidar com notícias frequentemente dolorosas e com o stresse emocional associado (Paes da Silva, 2004).

De acordo com a literatura, a investigação tem mostrado que a satisfação com comunicação médico-doente está relacionada com melhor adesão e adaptação psicológica à doença. Contudo, não pode ser negligenciado o facto de as características da personalidade poderem afetar tanto a forma como os doentes percebem a informação como a sua capacidade de lidar com ela. Isto pode traduzir-se em diferenças em termos de preferências de comunicação e necessidades de apoio, comprovaram os estudos realizados por Steptoe et al. (1991) e por Ong et al. (1999).

A escassez de estudos nesta área específica da relação entre a personalidade e as preferências na comunicação de más notícias motivou este estudo, que teve por objetivos principais adaptar e validar a versão portuguesa experimental da Escala de Preferências dos Doentes, de modo a que se aplique não apenas ao contexto oncológico e, pela primeira vez em Portugal, analisar a estes dois conceitos.

As principais conclusões a retirar deste trabalho empírico são as seguintes:

1. A versão portuguesa da Escala de Preferências na Comunicação de Más Notícias apresenta boa validade de construto e consistência interna, apresentando uma estrutura fatorial sobreponível à da versão original e da versão espanhola. Assim, permite avaliar com validade e fidelidade as dimensões: apoio, conteúdo e facilitação. Tendo sido uma escala adaptada de modo a que o seu conteúdo não se associasse especificamente a um grupo clínico ou populacional pode continuar a ser muito útil na investigação das preferências dos doentes em relação à comunicação de más notícias, no sentido de continuar a investir na melhoria da comunicação médico-doente.

2. De um modo geral, as pessoas tendem a valorizar muito que o seu médico assistente adote um conjunto de boas práticas na comunicação de más notícias. Os aspetos considerados como mais essenciais são: que o médico dê as notícias diretamente, de um modo que mostre que as suas competências e aptidões técnicas, mas também a capacidade para se colocar no lugar do doente e para privilegiar as suas perceções e necessidades nas diferentes esferas da vida. Enfim, que adote os princípios da medicina centrada no doente. Tal prática poderá ser melhor sucedida se o médico tiver em conta os seguintes aspetos, também conclusões deste estudo (pontos 3 e 4).

3. Ser mulher, ter menos idade e ter mais escolaridade são fatores que se associam a maiores exigências na comunicação de más notícias.

4. Pessoas com níveis mais elevados de extroversão e de conscienciosidade também requerem da parte do médico maior investimento nas práticas de comunicação de más notícias.

Estes achados estão em consonância com a literatura, que já havia mostrado que pessoas mais novas preferem ter informação mais detalhada sobre a sua doença e ter um papel mais ativo nas decisões clínicas a tomar (Sanchez et al. 2009). Neste estudo também as mulheres revelam maior necessidade de informação acerca do seu diagnóstico e tratamento e de maior apoio emocional por parte do profissional de saúde. Também o nível de educação se apresentou relacionado com a necessidade de informação acerca da doença.

Este estudo exploratório, ao salientar o papel das variáveis de personalidade nas preferências dos doentes em relação à comunicação de más notícias, tarefa penosa e exigente, que, infelizmente, é inerente à prática da medicina, sublinha a necessidade da formação dos profissionais de saúde não descurar o papel que as diferenças individuais na forma habitual se pensar, sentir e comportar-se dos doentes, pode ter na sua trajetória de saúde e doença e no modo como a qualidade da comunicação com os mesmos pode ser potenciada.

**Bibliografia**

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G; Beale EA; Kudelka AP. SPIKES: A six-step protocol for delivery bad news-Application to the patient with cancer. Oncologist. 2000; 5: 302-11..

Bertachini L., Gonçalves M.J. Comunicação na terceira idade. Mundo Saúde 2002: 483-489.

Breitbart W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos.In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola/Centro Univeristário São Camilo; 2004. p.209-27

Breitbart W. Espiritualidade: fé e sentido. Rev Essencial: ciência, cuidado, suporte abr/mai 2005; 2 (7): 12-13.

Bryson KA. Spirituality, meaning, and transcedente. Palliative and Supportive Care 2004; 2: 323.

CAPARRA, G.V., et al., Mapping Personality Dimensions in the Big Fixe Model. Special Issue” Le Modele de Personalité des Big Fixe en Europe” European Review of Applied Psicology , 1994,44 (1), 9-16.

Coulehan, J L. Block M R, The Medical Interview- Mastering Skills for Clinical Practice. 2006

Council of Europe. Recommendation Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Adopted on 12 nov 2003;2003. p. 15-17. Disponível em: URL: http//www.coc.int.

Council of Europe. Recommendation Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Adopted on 12 nov 2003; 2003. p.20-1.

Council of Europe. Recommendation Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organistion of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 nov 2003; 2003. p.30-1.

 Council of Europe. Recommendation Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organitation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 nov 2003; 2003. p.33-4. Disponível em: URL: http://www.coc.int.

Curtis, J., R., & Patrick, D., L. (1997). Barriers to communication about end of life care in AIDS patients. In Journal of General Internal Medicine, 12(12), pp 736-741. Recuperado em 20 de Fevereriro, 2008, de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=943689>

DIGMAN, J. M., Personality Structure: Emergence of the Five – Factor Model, Annual Review of Psicology, 1990, 41, 417-440.

Dunne, T. Spiritual care at the end of life. Hastings cent rep Apr 2001; 31(2): 22-26.

 Esteve, R., Delmás, M., Fuentes, A., Marquez, I., Valadés, R., & Valverde, E. (2006). Herramienta de aproximación a la família. In Medicina Paliativa. Vol 13, Supl 1 pp 87 – 88.

EYSENCK , H . J. & EYSRNCK, M . W., Personality and Individual Diferences , London, Plenum Press, 1985.

Grantham, D. (n. d.). Palliative Care: Effective Communication. Recuperado em 15 de Fevereiro, 2008, de http://palliative.info/teaching\_material/EffectiveCommunication.pdf

GUILFORD, J.P. Personality , New York, Mc Craw-Hill Book Company,ink, 1959.

Hallenbeck, J., Katz, S., & Stratos, G. (2003). End-of-life care curriculum for medical teachers - Module 3: Communicating with patients & families. Stanford Faculty Development Conter

Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar.In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004. p.275-86.

Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how adquire them. BMJ. 2002: 325: 697-700.

 Matos MJG. O ser-no-mundo com câncer [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Monteiro J e Castro Vale Ivone, 2012, Comunicar Más Notícias, Cardoso, R M, Competências clinicas de comunicação.212 -233

Ong LM, Visser MR, van Zuuren FJ, Rietbroek RC, Lammes FB, de Haes JC. Cancer patients’ coping styles and doctorpatient communication. Psychooncology. 1999; 8

Paes da Silva MJ. Comunicação com paciente fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004. p.263-272.

 Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R; Kudelka A P; Cohen L. Breaking bad news about cancer: Patients’ preferences for communication. J Clin Oncol 2001; 19: 2049-56.

Silva MJP. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. Mundo Saúde. 2003;27(1):64-70.

 Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.

Silva, A. I., Roldão, E. J. C., & Calado, V. S. (n. d.). Comunicação em cuidados paliativos. Recuperado em 13 de Fevereiro, 2008, de http://www.apto.org.pt/posters/N%2010%20Comunicao%20em%20Cuidados%20Paliat ivos.pdf

 Steptoe A, Sutcliffe I, Allen B, Coombes C. 1991. Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. Soc Sci Med 1991; 32: 627-32.

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

ANEXO - INQUÉRITO PARA O

ESTUDO PERSPREF