



Escola Superior de Tecnologia da Saúde

Politécnico de Coimbra

COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA EM
PEDIATRIA

Cidália Maria Cascais

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Paula Monteiro Amaral

Coorientadora: Prof.^a Doutora Maria Fátima Feliciano

Dissertação elaborada para obtenção do grau de Mestre em Imagem Médica e Radioterapia

Coimbra 2024

COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA EM
PEDIATRIA

Cidália Maria Cascais

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Paula Monteiro Amaral

Coorientadora: Prof.^a Doutora Maria Fátima Feliciano

Mestrado em Imagem Médica e Radioterapia Escola Superior de
Tecnologia da Saúde de Coimbra (Politécnico de Coimbra)

Coimbra 2024

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de uma jornada desafiadora e enriquecedora, que não teria sido possível sem o apoio e colaboração de muitas pessoas.

É com imensa gratidão que registo aqui os meus agradecimentos, primeiramente quero agradecer às minhas orientadoras (Prof. ^a Doutora Ana Paula Amaral e Prof. ^a Doutora Maria Fátima Feliciano) pela disponibilidade, orientação e partilha.

Ao meu marido por estar ao meu lado em cada passo deste caminho, à minha filha que sempre percebeu a minha ausência e me incentivou a seguir.

Agradeço a todos, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, seja por meio de palavras de apoio ou pela simples presença na minha vida.

Agradeço também a todos os que tornaram este estudo possível participando na recolha de informação.

A todos o meu muito obrigada.

**“O caminho para o sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos diariamente”.-
Robert Collier**

Resumo

Este estudo analisou a percepção das competências comunicacionais dos Técnicos de Radiologia em pediatria, na relação com os utentes pediátricos e sua família. Investigou também como essa interação pode afetar a cooperação das crianças e familiares durante a realização de exames de radiologia. Neste estudo identificaram-se estratégias eficazes que melhoram a comunicação destes profissionais na relação terapêutica com estes pacientes pediátricos, trazendo grandes vantagens para uma comunicação eficaz e consequente melhoria na qualidade do atendimento e experiência do paciente pediátrico. Participaram 77 Técnicos de Radiologia de diversos hospitais da Grande Lisboa com idades compreendidas entre os 24 e os 63 anos de idade. Utilizou-se o questionário Q-COM-LIT (Questionário de Comunicação e Literacia em Saúde) para avaliar as competências de comunicação nas dimensões: Assertividade, Clareza e Positividade. A análise de dados foi efetuada com recurso ao *software* SPSS para análise quantitativa e a técnicas de análise temática para dados qualitativos. Os resultados revelaram uma alta valorização das competências de comunicação, sendo que 62,3% dos participantes classificaram a capacidade de conversar como "extremamente importante". A clareza na comunicação, evidenciada pelo uso de linguagem simples, foi considerada "extremamente importante" por 63,6% dos inquiridos. Quanto à positividade, 49,4% dos participantes destacaram a importância de cumprimentar e atender à linguagem não verbal dos pacientes. Os testes de correlação de *Pearson* mostraram correlações significativas entre o tempo de exercício profissional e o uso de expressões positivas ($r=0,265$, $p<0,05$) e entre a experiência e evitar termos negativos ($r=0,274$, $p<0,05$). O teste *T-Student*, mostrou diferenças significativas entre o género na questão "Envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento" da Positividade ($t=2,007$; $gl=74$; $p=0,048$), onde os inquiridos do género feminino apresentaram valores mais elevados nesta questão. A análise temática que se prendia com a criação de um Guião de competências revelou temas tão importantes como a necessidade de formação contínua e a importância da empatia e adaptação da comunicação ao público infantil. Conclui-se que os Técnicos de Radiologia em pediatria necessitam de competências comunicacionais robustas para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente pediátrico. Os resultados deste estudo sugerem que a experiência profissional influencia positivamente a comunicação, especialmente em termos de Positividade. O estudo sugere o desenvolvimento de intervenções educativas para melhorar a comunicação em interações pediátricas. Futuros estudos deveriam explorar a eficácia destas intervenções em diferentes ambientes

clínicos. **Palavras-chave:** *Competências Comunicacionais, Técnicos de Radiologia, pediatria.*

Abstract

This study analysed the perception of the skills of pediatric radiology technicians, in their relationship with pediatric patients and their families. Also investigated how this interaction can affect the cooperation of children and families during radiology exams. In this study, effective strategies were identified that improve the communication of these professionals in the therapeutic relationship with these pediatric patients, bringing great advantages for effective communication and consequent improvement in the quality of care and experience of pediatric patients. 77 Radiology Technicians participated in various hospitals in Greater Lisbon, aged between 24 and 63 years old. The Q-COM-LIT questionnaire (Health Communication and Literacy Questionnaire) was used to assess communication skills in assertiveness, clarity and positivity. Data analysis was carried out using SPSS software for quantitative analysis and thematic analysis techniques for qualitative data. The results revealed a high appreciation of communication skills, with 62.3% of participants classifying the ability to converse as "extremely important". Clarity in communication, evidenced by the use of simple language, was considered "extremely important" by 63.6% of respondents. Regarding positivity, 49.4% of participants highlighted the importance of greeting and responding to patients' non-verbal language. Pearson's correlation tests showed significant correlations between length of professional practice and the use of positive expressions ($r=0.265$, $p<0.05$) and between experience and avoiding negative terms ($r=0.274$, $p<0.05$). The T-Student test showed significant differences between gender in the question "Involving patient and family in decision-making/consent" of positivity ($t=2.007$; $gl=74$; $p=.048$), where female respondents presented higher values in this question. The thematic analysis related to the creation of a skills guide revealed themes as important as the need for continuous training and the importance of empathy and adaptation of communication to children. It is clear that radiology technicians in pediatrics need robust communication skills to improve the quality of care for pediatric patients. The results of this study suggest that professional experience positively influences communication, especially in terms of positivity. The study suggests the development of data based educational interventions to improve

communication in pediatric interactions. Future studies should verify the effectiveness of these interventions in different clinical environments.

Keywords: *Communication Skills, Radiology Technicians, Pediatrics.*

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACP - Assertividade, Clareza e Positividade (Modelo Comunicacional)

APA - *American Psychological Association*

ESR - *European Society of Radiology*

ICT - *Information and Communication Technology*

IMR - Imagem Médica e Radioterapia

OSCE - *Objective Structured Clinical Examination*

OMS - Organização Mundial da Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1. Dados descritivos da idade e tempo de exercício profissional	24
Tabela 2. Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelo género.....	24
Tabela 3. Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelas habilitações literárias	25
Tabela 4. Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelas respostas da Assertividade	25
Tabela 5. Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelas respostas da Clareza.....	26
Tabela 6. Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelas respostas da Positividade.	28
Tabela 7. Análise de consistência interna.....	30
Tabela 8. Teste de normalidade, Assimetria e Curtose	30
Tabela 9. Teste de correlação de Pearson entre a idade e o tempo de exercício profissional com as questões da Assertividade, Clareza e Positividade.....	32
Tabela 10. Tamanhos de efeitos de amostras independentes	34
Tabela 11 . Testes de homogeneidade de variâncias	36
Tabela 12. Teste comparativo ANOVA das questões da Assertividade, Clareza e Positividade, tendo em conta as habilitações literárias.....	36
Tabela 13. Tamanhos de efeitos da ANOVA	38
Figura1. Estrutura do modelo ACP.....	18

Índice geral

Introdução	1
Capítulo I- Enquadramento Teórico	4
1. Comunicação em Saúde	4
1.1 Definição e Importância da Comunicação em Saúde.....	4
1.2 Impacto da Comunicação na Qualidade dos Cuidados de Saúde	6
1.3 Desafios e Barreiras na Comunicação em Saúde.....	7
1.4 Facilitadores da Comunicação em Saúde	9
2. Comunicação em Pediatria	11
2.1 Desafios Específicos na Comunicação com o Paciente Pediátrico.....	11
2.2 Consentimento Informado - Superior Interesse da Criança.....	13
3. Modelos de Comunicação em Saúde.....	14
4. Competências de Comunicação (formação académica)	17
Capítulo II- Metodologia	20
5. Materiais e Métodos	20
5.1 Tipo de estudo.....	20
5.2. Objetivos	20
5.3 Contexto da Investigação	20
5.4 Participantes/Amostra	20
5.5 Critérios de Inclusão e Exclusão	21
5.6 Instrumentos de Recolha de Dados.....	21
5.7 Elaboração da proposta de Guião de Competências de Comunicação	22
5.8 Tratamento de dados	22
5.9 Considerações Éticas	23
Capítulo III- Análise dos Resultados	24
6. Resultados	24
6.1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes	24
6.2. Resultados da Análise Estatística.....	25
6.2.1. Análise Descritiva.....	25
6.2.2. Análise de Normalidade e Consistência Interna	30
6.2.3. Análise Comparativa e Correlacional	31

6.3. Resultados da Análise Temática	39
Capítulo IV- Discussão e Conclusão	43
7.Discussão	43
7.1. Síntese e Interpretação dos resultados	43
7.2. Análise Comparativa e Reflexiva	45
7.3. Implicações para a prática profissional.....	50
7.4. Limitações do estudo	52
7.5. Sugestões para investigações futuras	53
Conclusão	54
Referências	56
Anexos.....	67

Introdução

A comunicação em saúde visa promover a compreensão e a troca de informações claras e eficazes entre profissionais de saúde, pacientes e a população em geral a fim de melhorar a saúde pública, facilitar o acesso a serviços de saúde, incentivar comportamentos saudáveis e informar sobre riscos e prevenção de doenças. É um tema transversal a várias áreas de uma instituição de saúde, começando logo com a comunicação Instituição/Paciente. É igualmente reconhecida a importância da comunicação Profissional de Saúde/Paciente. É nesta última que se concentram esforços e investimentos por parte das organizações. Contudo, ainda há um longo caminho a percorrer para se atingir um nível satisfatório de competências de comunicação transversal a todos os profissionais de saúde, existindo uma série de estratégias a serem consideradas para a promoção de competências comunicacionais no contexto da saúde. A comunicação é uma competência vital para a prática de cuidados de saúde (Duffy et al., 2004). Para Inui e Carter (1985), a relação entre o profissional e o paciente é o ponto central do bom desempenho profissional, cuja comunicação deve ser minuciosamente analisada. Apesar da importância reconhecida da comunicação em saúde, as competências comunicativas não são amplamente ensinadas na área da saúde (Taylor, 1993). Segundo um estudo realizado pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, os obstáculos à qualidade da comunicação incluem a falta de formação e treino dos profissionais de saúde nesta temática. Assim, as competências comunicacionais deveriam fazer parte da formação destes profissionais, numa forma de um significativo investimento teórico-prático de sensibilização, conhecimento e treino de consciencialização e prática, tal como acontece com outras competências técnicas e clínicas (Santos et al. 2010).

Neste âmbito, Schiavo (2006) define comunicação interpessoal como o processo de enviar e receber mensagens com outra pessoa, que implica determinadas competências, de alguma forma complexas e adequadas a esta comunicação. Em saúde, explicar os termos técnicos utilizados implica a capacidade de adaptar a informação ao recetor (Schiavo, 2006). É, portanto, evidente a necessidade de formar profissionais de saúde preparados para comunicar de forma adequada e ajudar os pacientes em todos os momentos das suas experiências em ambientes hospitalares Burnard (1999), citado por (Ana Alves, 2011). Uma comunicação eficaz entre profissional de saúde e paciente, bem

como atitudes positivas destes mesmos profissionais, são requisitos centrais na evidência de boas práticas clínicas (Haes et al. 2001).

As competências de comunicação dos profissionais de saúde criam um relacionamento viável com o paciente, permitindo que este consiga verbalizar experiências. É relevante que estes profissionais usem uma linguagem clara e concisa, e uma atitude de cortesia e empatia, procurando uma resposta e atuação do paciente baseada numa escolha informada (Epstein et al. 2005).

Desta forma, tendo em consideração os conhecimentos e assunções referidas sobre a essencialidade da consciencialização e aperfeiçoamento de competências de comunicação no contexto da saúde, o presente estudo tem dois principais objetivos: (1) Avaliar as competências de comunicação valorizadas pelos Técnicos de Radiologia em Pediatria, na relação com os utentes pediátricos e sua família; (2) Elaborar uma proposta de Guião de competências de comunicação dos Técnicos de Radiologia que realizem exames em pacientes pediátricos.

Para concretizar estes objetivos, e após consulta bibliográfica científica nacional e internacional neste âmbito, considerou-se importante recorrer a um modelo de avaliação Q-COM-LIT, designado também por Modelo Comunicacional ACP (Assertividade, Clareza e Positividade), que permitiu a organização de uma avaliação padronizada e homogénea, denunciando a empatia e a reflexão nos profissionais de saúde (Hulsman et al. 2014). O modelo ACP baseia-se na metodologia OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) de avaliação de competências clínicas. Este modelo revela a familiarização de três dimensões comunicacionais (Assertividade, Clareza e Positividade), contribuindo para a avaliação das autoperceções das competências de comunicação dos profissionais de saúde (Almeida, 2020), como se irá apresentar ao longo do presente estudo.

Importa salientar que, apesar da existência de muitos estudos sobre comunicação na saúde, há uma lacuna significativa quando se trata de investigações específicas centradas nas competências comunicacionais dos Técnicos de Radiologia em contextos pediátricos (Saro et al., 2023). Esta área de estudo é especialmente crítica, pois envolve desafios únicos na interação com um público que requer sensibilidade e adaptações específicas nas estratégias comunicacionais (Cristo e Araújo 2015). Assim, este estudo visa contribuir para o preenchimento desta lacuna ao estudar as competências de comunicação específicas necessárias para os Técnicos de Radiologia que trabalham com pacientes

pediátricos. Espera-se que o estudo contribua para uma melhor compreensão das práticas comunicacionais eficazes.

A estrutura do documento está organizada da seguinte forma:

Capítulo I - Enquadramento Teórico: Explora temas essenciais como a comunicação em saúde, sua definição, impacto, barreiras e facilitadores da comunicação em pediatria (incluindo os desafios específicos na comunicação com o paciente pediátrico, o consentimento informado e o superior interesse da criança) e os modelos de comunicação em saúde (competências de comunicação).

Capítulo II - Metodologia: Descreve o tipo de estudo, objetivos, contexto da investigação, participantes/amostra, critérios de inclusão/exclusão, instrumentos de recolha de dados, tratamento de dados e considerações éticas.

Capítulo III - Análise dos Resultados: Apresenta a análise dos dados recolhidos (dados quantitativos) através dos questionários (Q-COM-LIT) e através da recolha de dados qualitativos (proposta de um Guião).

Capítulo IV – Discussão e Conclusão: Discussão dos Resultados à luz da literatura. Neste capítulo delineiam-se também implicações para a prática profissional, as limitações do estudo, sugestões para investigações futuras e conclusões. As conclusões sintetizam os principais dados do estudo e considerações finais.

Referências Bibliográficas e Anexos: Inclui as fontes consultadas, seguindo as normas da APA 7ª edição, e os anexos mais pertinentes.

Este trabalho está redigido de acordo com o novo Acordo Ortográfico, garantindo a correção linguística e a adequação às normas académicas atuais.

Capítulo I- Enquadramento Teórico

1. Comunicação em Saúde

1.1 Definição e Importância da Comunicação em Saúde

A comunicação é um instrumento fundamental do profissional de saúde, cujo principal objeto de trabalho são as pessoas. Seja na relação com pacientes, seus familiares ou colegas de trabalho, a comunicação está sempre presente na rotina diária deste profissional. Existem vários tipos de comunicação: a comunicação verbal, que envolve palavras expressas através de linguagem oral ou escrita e a comunicação não verbal, que consiste em toda a informação obtida através de gestos, posturas, expressões faciais, silêncios e olhares. Esta última, embora muitas vezes negligenciada, é de suma importância para o sucesso na transmissão de mensagens. Esta comunicação não verbal pode até contradizer a comunicação verbal, dependendo do contexto (De la Torre et al., 2020). De acordo com Thomas et al. (2017), os profissionais de saúde na presença de crianças tendem a desenvolver de forma mais manifesta a competência de comunicação não verbal, o que lhes permite uma visão rápida e estratégica do desenvolvimento emocional da criança, e a partir desta comunicação não verbal em sintonia com a comunicação verbal, criam relações harmoniosas.

A literatura destaca que a comunicação em saúde foi desenvolvida a partir de ideias propagadas por médicos Europeus no início do século XIX, porém ganhou garantia epistemológica nas últimas três décadas, com novos paradigmas que reconhecem a necessidade de relacionar comunicação e saúde para promover e prevenir doenças (Bertol, 2018).

Segundo Mendes Nunes (2020), a comunicação em saúde refere-se ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. A comunicação está implicada em todas as atividades humanas e é tão omnipresente que muitas vezes não se dá conta da sua importância, sendo erroneamente considerada como algo inato que não exige treino ou formação. A relação é a base da atividade de qualquer profissional de saúde e o seu principal instrumento que é a comunicação. Apesar de comunicarmos desde que nascemos, ou até mesmo antes, existem competências comunicacionais que devem ser aprendidas e melhoradas ao longo da vida profissional, num processo que requer prática e reflexão contínua (Mendes Nunes, 2020).

Para Ramos (2012) a comunicação em saúde remete para o estudo e utilização de estratégias de comunicação, para informar e influenciar as decisões das pessoas e das comunidades com base em conhecimentos, atitudes e práticas no sentido de promoverem a sua saúde.

Teixeira (2004) acrescenta que a comunicação em saúde compreende todas as áreas onde a comunicação é relevante, não se limitando à promoção da saúde, mas incluindo, também mensagens com finalidades diversas tais como; promover a literacia em saúde e educar para a saúde, evitar riscos, prevenir doenças, sugerir mudanças de comportamento, recomendar exames de rastreio, informar sobre saúde e doenças, receitar medicamentos e recomendar medidas preventivas e comportamentos de autocuidado.

A comunicação é a base estruturante da literacia em saúde e permite estabelecer relações entre as pessoas. A comunicação em saúde, ao nível interpessoal, grupal, societal e mediático, possibilita a transmissão de mensagens verbais e não verbais com vista à sua compreensão pelos envolvidos e a uma conseqüente ação promotora de saúde (Almeida, 2019).

A comunicação eficaz é crucial para a promoção e prevenção da saúde. As campanhas educativas e programas de sensibilização têm o potencial de influenciar positivamente os hábitos e atitudes das pessoas, promovendo comportamentos saudáveis e prevenindo doenças através de informações precisas e acessíveis (Barcelos & Aguiar, 2019).

A educação para a saúde também beneficia de uma comunicação eficiente. Assim, profissionais de saúde bem capacitados de competências comunicacionais estão mais bem preparados para comunicar adequadamente com os pacientes e entre si, o que melhora a qualidade do atendimento e a própria segurança dos pacientes (Lima et al., 2020).

Sublinhando-se ainda o reconhecimento já em crescimento, de que a comunicação em saúde detém uma função de relevo na promoção de autonomia dos pacientes, proporcionando-lhes informações necessárias para tomar decisões informadas no que tange à sua saúde e tratamentos, as quais incluem: a comunicação acerca de diagnósticos, opções de tratamento e prevenção de doenças (Vieira, 2013).

Por fim, a comunicação estando inevitavelmente presente é determinante para a resolução de dilemas éticos e morais em contextos de saúde, uma vez que ajuda os profissionais a lidar com questões sensíveis de forma ética e humanitária (Barcelos & Aguiar, 2019).

Em resumo, a comunicação em saúde é um componente essencial para a eficácia das práticas clínicas, a promoção da saúde, a educação para a saúde, a promoção da autonomia dos pacientes e a resolução de dilemas éticos. A comunicação compreende um conjunto de competências que têm na sua base capacidades que as pessoas em geral dispõem para a sua emergência, mas que requer um desenvolvimento contínuo e uma prática reflexiva para ser plenamente eficiente, tal como se revela determinante no contexto em questão.

1.2 Impacto da Comunicação na Qualidade dos Cuidados de Saúde

A comunicação em saúde é um elemento multifacetado, cuja importância é enfatizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao propor que a qualidade da interação e da comunicação são fatores determinantes para a qualidade e segurança na prestação dos cuidados de saúde (Consciência, 2017). Diversos estudos e evidências comprovam que a comunicação eficaz tem um impacto importante na qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Oliveira (2013), as competências técnicas, bioéticas e humanitárias são essenciais na comunicação de más notícias, sobretudo em cuidados paliativos. O artigo conclui que uma comunicação adequada, tanto verbal como não verbal, é fundamental para proporcionar apoio emocional e ético aos pacientes e suas famílias, melhorando a qualidade dos cuidados.

Também, Albuquerque et al., (2019) na sua investigação, analisaram a qualidade da comunicação entre cuidadores e profissionais de saúde e o seu efeito na qualidade de vida dos cuidadores de idosos. Os resultados desse estudo evidenciaram a eficácia da comunicação adequada, dado que pode diminuir o trabalho dos profissionais, melhorar o seu bem-estar e, como consequência, a qualidade dos cuidados prestados.

Anteriormente Costa & Gonçalves (2015), de forma semelhante, evidenciaram a importância da comunicação na transição dos cuidados hospitalares para o domicílio. O estudo revelou que a comunicação clara e contínua é importante para garantir a continuidade dos cuidados e a segurança dos pacientes após a alta hospitalar, prevenindo complicações e readmissões.

Num estudo de Armelin (2005), foram investigadas as dificuldades de comunicação entre Técnicos de Radiologia e pacientes pediátricos hospitalizados. O estudo mostrou que a comunicação ocorre essencialmente entre profissionais e familiares, com pouca participação das crianças. Esta falta de envolvimento, na opinião dos autores pode

impactar níveis na qualidade dos cuidados e a experiência da criança enquanto paciente, o que remete para a necessidade de incluir as crianças nas interações comunicacionais.

Um estudo de O'Neill (2023) explorou a importância da comunicação nos procedimentos radiológicos e o seu impacto nas experiências das crianças. Este estudo sugere que uma dedicação de tempo suficiente para explicação de procedimentos, por parte dos Técnicos de Radiologia é fundamental, para garantir à criança uma experiência positiva em radiologia. Assim, foi concluído que quando os Técnicos de Radiologia são atenciosos, compreensivos e esclarecedores, há uma maior probabilidade de os pacientes terem uma experiência geral positiva. O estudo também sugere que os programas educacionais para Técnicos de Radiologia deve englobar formação em cuidados centrados na pessoa a todos os níveis, o que evidencia a importância regular da comunicação na prática clínica.

Em síntese, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, paciente e cuidadores é, indubitavelmente, um fator decisivo para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, dado que tem um impacto positivo na adesão ao tratamento, na satisfação do paciente e na segurança, conduzindo a melhores resultados de saúde e bem-estar geral, baseado no sentido de cuidados personalizados e com participação ativa e indispensável do paciente no seu processo de saúde e doença. Portanto, investir na melhoria das competências comunicacionais dos profissionais de saúde é de suma importância para garantir um atendimento de qualidade ao mitigar desafios e barreiras de comunicação.

1.3 Desafios e Barreiras na Comunicação em Saúde

A comunicação bem sucedida em saúde é crucial para garantir um atendimento de qualidade, no entanto existem vários desafios e barreiras a este processo. Quando a comunicação falha, surgem problemas significativos que têm impacto nos pacientes, profissionais de saúde e nas próprias instituições. As consequências da má comunicação incluem uma pior autogestão do paciente, o que conduz a resultados de saúde inferiores, ao uso inadequado dos serviços de saúde, a uma maior insatisfação dos pacientes e ao aumento de problemas jurídicos para os profissionais e empregadores (*Health Literacy Solutions Center, 2024*). Por outro lado, os benefícios da comunicação centrada no paciente, estão bem documentados: maior eficiência na prestação de cuidados, diminuição de custos, maior equidade na utilização do serviço, melhor literacia em saúde

e autocuidado e melhores relações entre os pacientes e os profissionais de saúde (Law, 2002).

Estudos como o de Bauder (2023) identificaram diversas barreiras à comunicação eficaz em saúde, nomeadamente a falta de informação, a desconfiança e a inconsistência nas mensagens (paciente/profissional de saúde). Estas barreiras são exacerbadas por fatores como: estratégias inadequadas por parte dos meios de comunicação social, diferenças socioculturais, problemas na comunicação digital, atitudes e precessões dos profissionais de saúde. Nesse sentido e, conforme referido por Bauder (2023), é essencial adaptar as mensagens de saúde aos meios de comunicação e ao público vulnerável, bem como envolver os profissionais de saúde nas estratégias de comunicação para uma intervenção mais eficaz.

Carús (2021) verificou que as barreiras organizacionais designadamente a gestão inadequada, falhas a nível de processos, falta de pessoal, relações de poder e carga de trabalho excessiva, impactam de forma negativa a comunicação entre as equipas de saúde. Na opinião destes autores, estes fatores podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos, afetando de modo direto a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Nos serviços de Radiologia, a comunicação com os pacientes pode ser particularmente complexa devido ao foco na eficiência de um diagnóstico preciso. Rockall (2022) afirma que, normalmente, os resultados são fornecidos diretamente ao clínico de referência, porém há uma crescente importância na comunicação direta entre Radiologistas e pacientes. Como tal, os autores sugerem que o uso de ferramentas de inteligência artificial podem melhorar a eficiência comunicacional, permitindo que os Radiologistas tenham mais tempo para comunicar prontamente com os pacientes, apesar de destacarem a importância da formação específica em competências de comunicação para os profissionais de radiologia.

Moagi (2021) explorou as barreiras linguísticas e culturais com que os Radiologistas se deparam. O estudo revelou que a comunicação intercultural é muitas vezes ineficaz, e as barreiras linguísticas um desafio diário para estes profissionais. Os autores sugerem, para superar estas barreiras, o desenvolvimento de *workshops* de competências linguísticas, o uso de intérpretes profissionais ou tecnologia de tradução, e a promoção de uma força de trabalho diversificada com sensibilidade cultural.

Siewert (2016) no seu estudo verificou que os erros de comunicação em departamentos de radiologia podem ter impactos expressivos nos cuidados aos pacientes. O estudo identificou que 37.9% dos erros de comunicação tiveram um impacto direto nos cuidados ao paciente e 52.6% tiveram uma consequência desajustada no cuidado ao paciente. Importa referir que estes erros ocorreram em várias etapas do processo, não somente na comunicação dos resultados.

Assim, é possível depreender que a comunicação em saúde ainda tem vários desafios e barreiras que podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Nesse seguimento, é muito importante monitorizar e colmatar estes problemas para melhorar a eficácia da comunicação entre todos os envolvidos. Estratégias como o investimento em formação contínua, o uso de técnicas de comunicação adaptadas e a inclusão de tecnologia para lidar com a diversidade cultural pode ajudar a superar estas barreiras e a promover um ambiente de cuidado mais seguro e produtivo.

1.4 Facilitadores da Comunicação em Saúde

Além das barreiras, na sequência do acima referido, a literatura aponta igualmente fatores que podem facilitar a comunicação em saúde, ajudando a garantir que a troca de informações seja clara, eficiente e centrada no paciente. Estes facilitadores incluem a formação especializada em comunicação, a criação de um ambiente de trabalho baseado na colaboração, a implementação de ferramentas de comunicação estruturadas, o envolvimento ativo do paciente e da família, e a integração de tecnologias de informação (uso de informação estruturada e disponível digitalmente).

Portelli (2019), no seu artigo "Comunicação eficaz por Radiologistas: No cerne da segurança do paciente", apresenta as "5 Cs" da comunicação eficaz, a considerar:

- 1- Clareza: As palavras usadas devem ser simples e fáceis de compreender.
- 2- Concisão: A mensagem deve ser o mais concisa possível.
- 3- Completude: A informação dada deve ser completa, respondendo às questões básicas do porquê, quando, onde e como.
- 4- Cortesia: A mensagem deve ser entregue num tom calmo e positivo, respeitando as necessidades e preferências do destinatário, sendo que a linguagem corporal e a não verbal em geral devem espelhar respeito e empatia.

5- Consistência: A mensagem na informação transmitida deve ser constante em termos de conteúdo e diretivas, independentemente de quem as está a dar ou a receber.

A Organização Mundial de Saúde (OMS 2015) sugere uma série de estratégias para melhorar a comunicação com pacientes, cuidadores e profissionais quando se trata de esclarecimentos sobre radiação ionizante. Estas estratégias incluem a utilização de comparações dos exames com radiação ionizante, a exemplos de radiação natural (exemplo: radiografia do tórax é em média 0,01mSv, que equivale a 10 dias de exposição à radiação natural). A OMS afirma ainda, que a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre proteção radiológica, juntamente com a subestimação de doses e riscos associados é uma grande barreira para a comunicação eficaz que é fundamental para o cuidado centrado no paciente (Thurston et al., 2019).

Um estudo realizado por Skumsnes (2023) com profissionais de saúde demonstrou que a colaboração da equipa em diferentes níveis organizacionais facilita a comunicação interprofissional, o que é conseguido ao promover estilos formais e informais de troca de informações, melhorando a coordenação dos cuidados e a compreensão entre os membros da equipa.

Liu (2021) realizou entrevistas com equipas de radiologia e cardiologia e descobriram que as normas sociais e culturais, como a hierarquia e relacionamentos são facilitadores da acessibilidade e conseqüentemente, facilitadores da comunicação interdisciplinar.

No contexto da radiologia, vários facilitadores específicos podem melhorar a comunicação. Os Radiologistas que recebem formação específica em competências de comunicação normalmente apresentam maior confiança e eficácia ao transmitir resultados de exames aos pacientes. Narayan (2017) verificou que a maioria dos Radiologistas manifestaram interesse em ter formação complementar para melhorar as suas competências de comunicação.

A criação de um ambiente de trabalho colaborativo é também crucial. Segundo Fatahi (2020), a interação direta entre paciente/profissional e a avaliação da comunicação regularmente são facilitadores importantes para a comunicação eficaz entre Técnicos de Radiologia e outros profissionais de saúde.

A implementação de ferramentas e protocolos de comunicação estruturados, como formulários de encaminhamento bem organizados e sistemas de *feedback*, ajuda a melhorar a clareza e a precisão da comunicação. Clark (2023) enfatiza que estas

ferramentas são essenciais para uma troca de informações bem sucedidas entre os profissionais de saúde.

A presença de facilitadores de comunicação, como membros adicionais da equipa dedicados a facilitar a comunicação entre clínicos e familiares, mostrou-se eficaz em melhorar a qualidade da comunicação em unidades de cuidados intensivos, sendo uma prática que pode ser aplicada na radiologia (Howell, 2014).

Além disso, é importante envolver ativamente os pacientes e as suas famílias na comunicação e no processo de decisão podendo assim melhorar a satisfação e a adesão ao tratamento. Erdoğan (2017) refere que uma abordagem centrada no paciente, que inclui explicações claras e apoio emocional, é um facilitador chave para uma comunicação verdadeiramente efetiva.

Por último, a integração de tecnologia de informação, como sistemas de gestão de informações clínicas e ferramentas de comunicação digital, pode facilitar a coordenação e a troca de informações entre os membros da equipa de radiologia. Gray (2018) destaca que a adoção destas tecnologias pode melhorar consideravelmente a eficiência da comunicação.

2. Comunicação em Pediatria

2.1 Desafios Específicos na Comunicação com o Paciente Pediátrico

A comunicação em saúde com crianças pode ser mais desafiadora do que com adultos, por causa das diferentes etapas de desenvolvimento e necessidades específicas que estas podem ter. Isto faz com que a comunicação em pediatria seja mais complexa e exigente e, assim, implique competências adaptativas por parte dos profissionais de saúde que lhes permita interagir, com eficácia com os diferentes ritmos de desenvolvimento dos pacientes pediátricos.

De acordo com Diaconescu & Moisa (2015), os profissionais de saúde dedicados à pediatria deparam-se com desafios específicos quando se tentam comunicar com as crianças e os seus familiares. Na sua perspetiva, a eficácia da comunicação é o mais importante neste contexto, implicando melhores competências. Assim, os profissionais devem adaptar as suas capacidades comunicativas a interlocutores em constante mudança, sobretudo nos casos de crianças com necessidades especiais, adolescentes, crianças em unidades de cuidados intensivos (pré e pós-operatório), doentes oncológicos e, devido à migração global e às crises de refugiados, crianças cuja língua nativa é

diferente da do profissional, envolvendo os respectivos valores e competências socioculturais. Portanto, na comunicação com a criança e a sua família, o profissional deve seguir os quatro "Es" da comunicação e das relações interpessoais: – *engagement* (compromisso), empatia, envolvimento e educação. Além disso, deve considerar determinados fatores que influenciam a percepção da mensagem pela criança e família, nomeadamente a idade, a aparência física, a experiência anterior, o "*know-how*" e a vocação do profissional de saúde (Diaconescu & Moisa, 2015).

Apesar da importância da comunicação com crianças estar enfatizada e a sofrer um continuo aperfeiçoamento, continuam a existir desafios. Segundo Adams (2021), a falta de sistemas integrados de informação pode levar a falhas na comunicação entre os vários profissionais de saúde envolvidos nos cuidados das crianças, o que gera uma coordenação inadequada dos cuidados (Adams et al., 2021).

Dobrozsi (2019) observa que a comunicação no contexto pediátrico é em muitos aspetos distinta de contextos com outras faixas etárias. Conforme explicado por este autor, a divulgação de um diagnóstico de doença em crianças é sempre difícil. Para além das dificuldades associadas ao diagnóstico, existem outros desafios tais como: atender a novas necessidades médicas, gerir sintomas físicos da doença e do tratamento e lidar com interrupções na escola e as correspondentes dificuldades financeiras. Também se exige modelos flexíveis na prestação de cuidados para acomodar diferentes níveis de desenvolvimento infantil e várias estruturas e funções familiares (Dobrozsi et al., 2019).

Segundo Smith (2019), as crianças em diferentes etapas de desenvolvimento têm diferentes capacidades de compreensão e expressão, podendo ter dificuldades em compreender terminologia médica e manifestar medo e ansiedade de tal forma, que requerem estratégias comunicativas específicas.

A comunicação torna-se mais difícil quando nos declinamos em áreas mais específicas da saúde, são exemplo disso a área da Imagem Médica (Radiologia) o que vai ao encontro do objetivo geral deste estudo. Estes profissionais, além de todos os desafios comunicacionais, que lhe permitem relações de proximidade e colaboração por parte dos pacientes, ainda têm o grande desafio de fornecer informações de forma clara e adequada sobre os benefícios e potenciais riscos induzidos pela radiação ionizante (ESR- A Arte da Imagem Pediátrica).

Na Radiologia, a preparação da criança para procedimentos pode ser um desafio considerável. Zech (2015) sugere que a utilização de métodos de preparação adequados ao desenvolvimento, tais como metáforas, histórias e demonstrações práticas com brinquedos, pode ajudar a reduzir a ansiedade e aumentar a colaboração da criança durante os procedimentos radiológicos. Ademais, o uso de linguagem apropriada é extremamente importante. Para Pantell (1982) é indispensável evitar o uso de termos técnicos e usar antes uma linguagem que a criança possa compreender sem dificuldades, sem diminuir a importância das informações, com o intuito de estabelecer uma relação de confiança baseada na compreensão. Outro fator importante diz respeito a criar um ambiente amigável e acolhedor para a criança, o que pode ser feito através do uso de elementos lúdicos e visuais que distraiam e confortem a criança, melhorando a sua experiência durante os exames de radiologia (Zech, 2015). Por fim, a participação dos pais em todo o processo é determinante. Segundo Adams (2021) é muito importante que os pais estejam envolvidos no processo de comunicação e por esse motivo, os profissionais devem permitir que estes façam perguntas e participem ativamente na preparação e no apoio emocional das crianças. Fatores que para este autor são cruciais para o sucesso da comunicação e dos procedimentos (Adams, 2021).

Em suma, a comunicação com crianças em contextos de saúde identifica-se como sendo desafiadora devido a um conjunto de fatores específicos, como as diversas etapas de desenvolvimento e as necessidades individuais destas. Como tal, é importante que os profissionais de saúde adaptem a comunicação às capacidades de compreensão das crianças, além de construírem ambientes acolhedores e promoverem o envolvimento dos pais. Estas estratégias podem melhorar a eficácia da comunicação e, por extensão, a qualidade dos cuidados prestados, pelo que é essencial o foco no seu desenvolvimento e aprendizagem, com o intuito de promover competências comunicacionais cada vez mais elaboradas para lidar com a população que envolve crianças e suas famílias na qualidade de pacientes.

2.2 Consentimento Informado - Superior Interesse da Criança

Em 1924, a Declaração de Genebra introduziu, no seu ponto 5, uma tentativa de expressar o Princípio do Interesse Superior da Criança. Não obstante, foi somente em 1959 que o Princípio apareceu pela primeira vez num texto internacional, na Declaração dos Direitos

da Criança citado por Ramos (2008). Desde então, vários conceitos que valorizam a criança como indivíduo foram incrementados. Este desenvolvimento é evidenciado pelas sucessivas leis e decretos que têm vindo a ser aperfeiçoados. Citam-se alguns exemplos a seguir:

- Ratificada em Portugal a 21 de setembro de 1990, a Convenção sobre os Direitos da Criança afirma no seu artigo 3º-página 8 “*Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança.*”
- Os estados comprometem-se a garantir à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em consideração os direitos e deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo e, para este efeito, tomam todas as medidas legislativas e administrativas adequadas (Ministério Público de Portugal).

“... criança é todo o ser humano menor de 18 anos...” (Ministério Público de Portugal).

A regra geral é que qualquer pessoa com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto pode consentir ou dissentir, independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia (artigo 38.º, n.º 3 do Código Penal).

Tal como explanado acima, para decidirmos qual o interesse superior da criança devemos ter em conta a sua idade, maturidade e capacidade de comunicação.

3. Modelos de Comunicação em Saúde

Ao longo do tempo, vários modelos têm sido desenvolvidos para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, bem como dentro das equipas de saúde.

Um modelo muito conhecido é o modelo de comunicação centrada no paciente, que enfatiza a importância de atender às necessidades e preferências individuais dos pacientes, promovendo um diálogo aberto e empático. Este modelo inclui componentes como a compreensão do contexto do paciente, a construção de confiança e a tomada de decisões partilhadas (Suchman et al., 1997). De acordo com Dutruel (2024), este modelo de comunicação integra a perspetiva do paciente na elaboração e prestação dos cuidados

de saúde, conseguindo atender melhor às suas necessidades e, por conseguinte, melhorando a qualidade do atendimento. Os cuidados centrados no paciente implicam a procura de estratégias eficazes de comunicação com um público-alvo diversificado, com níveis de literacia em saúde distintos, bem como contextos culturais e necessidades individualizadas (Dutrie, 2024). Segundo Semedo (2020), apesar da importância da comunicação centrada no paciente ser amplamente reconhecida, a sua aplicação nem sempre é fácil, podendo existir obstáculos em determinados contextos de cuidados de saúde. Assim, em ambientes completamente técnicos, como o de radiologia, a tecnologia e o conhecimento técnico podem dificultar a implementação da comunicação centrada no paciente. Em contextos de cuidados verdadeiramente centrados no paciente, os pacientes percebem que as suas interações são com os profissionais de saúde, e não com a tecnologia. Desta forma consideram esta interação a parte mais significativa da sua experiência (Semedo, 2020).

Os elementos centrais da comunicação centrada no paciente incluem: **(1)** obter e compreender as perspetivas do paciente (por exemplo, preocupações, ideias, expectativas, necessidades, sentimentos e funcionamento); **(2)** compreender o paciente dentro dos seus contextos psicossociais e culturais específicos; **(3)** alcançar uma compreensão partilhada dos problemas do paciente e dos tratamentos que estejam em linha com os seus valores (Epstein & Street, 2007) citado por Naughton(2018).

Outro modelo pertinente, desenvolvido para a prática geral, é o modelo de comunicação mútua que se centra no estabelecimento de uma compreensão recíproca entre clínico e paciente, incluindo dimensões como: o contexto da comunicação, o sujeito da comunicação, as pessoas envolvidas e as ações verbais e não verbais utilizadas (Hantho, 2002).

Além destes, apresenta-se o modelo de comunicação estruturada que foi avaliado em cuidados de saúde mental comunitários e tem como objetivo estruturar o diálogo entre o paciente e o clínico para focar a qualidade de vida deste e nas necessidades de cuidado que este apresenta. Trata-se de um modelo que engloba avaliações frequentes de satisfação com a qualidade de vida e solicitações de apoio adicional, com feedback imediato (Priebe et al., 2007).

Outro modelo relevante é o de comunicação em equipa, que destaca a importância da comunicação eficaz dentro das equipas de saúde. Este modelo inclui a construção de um

espaço comum de comunicação, práticas e fluxos de trabalho coordenados e o desenvolvimento de uma compreensão comum para apoiar a comunicação baseada em equipas (Cornett & Kuziemsky, 2018).

Outro dos modelos é o de Tecnologia da Informação em Comunicação, este explora de que forma a tecnologia da informação pode apoiar modelos integrados de cuidados de saúde comunitários. O uso de tecnologias de comunicação da informação (ICT) facilita a coordenação do cuidado entre equipas multidisciplinares, através da partilha de informações (Gray et al., 2018). Segundo Dutruel (2024), os recursos multimédia têm a capacidade de informar e educar os pacientes, incentivando a uma maior autonomia.

Por último o modelo de Comunicação por Competências. Este modelo foi apresentado por Almeida e Belim (2021), propõe que a comunicação eficaz nos cuidados clínicos deve basear-se em três competências principais: Assertividade, Clareza de linguagem e Positividade (Modelo ACP). Estas competências são interdependentes e complementam-se para formar um ambiente de comunicação eficaz e empático. Trata-se de um modelo de comunicação em saúde que facilita o estabelecimento de uma relação de maior proximidade, confiança, abertura e equilíbrio entre profissional e paciente, originando resultados positivos para a saúde, que perduram mesmo após o término da interação (Almeida & Belim, 2021).

Em sùmula, os modelos de comunicação em saúde são essenciais para melhorar a interação entre profissionais de saúde e pacientes, assim como dentro das equipas de saúde. Estes modelos, levam a uma melhor compreensão entre todos, maior satisfação do paciente e melhores resultados de saúde, percebendo-se que todos eles abordam focos relevantes e promotores de melhoria nos aspetos comunicacionais entre profissionais de saúde e pacientes, dos profissionais de saúde entre si e no sistema organizacional, pelo que nenhum se esgota nas suas propostas de compreensão e promoção para uma boa comunicação. A necessidade de cuidados de saúde perante um determinado contexto, população ou cultura, delinea o, ou os modelos que podem ser tomados como opção para a promoção e desenvolvimento das competências comunicacionais desejáveis.

4. Competências de Comunicação (formação acadêmica)

O ensino de competências comunicacionais envolve tanto conhecimentos, como a implementação de metodologias (Lewis & Winslow, 2004). As competências comunicacionais integram três grandes tipos de aptidões necessárias na interação profissional de saúde-paciente (Silverman et al., 2005).

1- Competências relacionadas com o conteúdo – referem-se ao que os profissionais de saúde comunicam.

2- Competências relacionadas com o processo – referem se à forma como comunicam os profissionais.

3- Competências perceptivas – referem se ao que os profissionais de saúde pensam e sentem.

A literatura faz menção a várias metodologias para identificar tarefas fundamentais no contexto da comunicação profissional de saúde-paciente. Em 2001, o grupo liderado por Makoul apresentou um modelo sequencial composto por seis elementos considerados essenciais para a construção da relação profissional de saúde-paciente, conhecido hoje como Consenso de Kalamazoo Makoul (2001). Os seis elementos mencionados neste modelo são: abertura da discussão, recolha de informação, compreensão da perspectiva do paciente, partilha de informação, encontrar acordo relativamente aos problemas e planos de ação, e por último o encerramento do encontro.

Este modelo teve um impacto importante no ensino de competências comunicacionais na área da saúde, porém é omissivo relativamente à sua duração, quantidade e qualidade do ensino destas competências (Makoul, 2003).

Tal como refer (Kurtz 2005), citado por (Grilo, 2011) o ensino de competências comunicacionais é um processo complexo e compreende conteúdos e metodologias diferentes daquelas normalmente utilizadas na aprendizagem de outras competências

A literatura revela que existe uma grande complexidade e dificuldade inerente à comunicação com o paciente, sobretudo por consequência da falta de ensino das competências comunicacionais. Existem grandes disparidades entre o que é ensinado nas escolas e o que é praticado nos serviços de saúde (Beckmann & Frankel, 2003)

Yudkowsky (2006), refere que, ao contrário da experiência profissional, o ensino com situações padronizadas de aplicação de competências comunicacionais nas escolas tem um grande impacto no desempenho dos futuros profissionais de saúde, uma vez que sensibiliza os estudantes para as competências comunicacionais mais eficazes (Van Dalen, 2001).

Desta forma compreende-se a dificuldade em se chegar a um consenso sobre os modelos ou ferramentas a desenvolver, para obter melhores resultados no desenvolvimento de competências comunicacionais.

Percebendo a dificuldade de consenso sobre o modelo a utilizar, tal como acima referido neste estudo optou-se por utilizar o Modelo de Comunicação ACP (Assertividade, Clareza e Positividade) (Almeida, 2018), dado que integra três grandes dimensões comunicacionais extensamente referidas na literatura científica, e nos contextos de saúde. Relativamente às suas componentes do modelo ACP, é referido em 1971 por Lazarus : Assertividade como a capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos, e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum (dimensão Assertividade). Esta competência, foi considerada uma competência que pode ser aprendida (Galassi & Galassi, 1977) e não um traço de personalidade. Recentemente, Alberti e Emmons definiram a Assertividade como a ação direta, firme e positiva e quando necessário, persistente, que promove a equidade nas relações pessoais. Esta competência possibilita ainda, agir tendo como finalidades os melhores interesses do próprio, defender-se sem ansiedade excessiva e exercer os direitos pessoais sem negar os direitos dos outros (Alberti & Emmons, 2008). A Assertividade permite à pessoa manifestar de forma clara as suas ideias e opiniões e, por outra parte, incentivar os pacientes a darem a conhecer as suas necessidades (Grilo, 2012). Por seu lado Almeida (2018), refere que a Clareza da linguagem (dimensão Clareza) contribui para o aumento da literacia em saúde. Como tal, deve-se optar pelo uso de linguagem simples e clara na relação terapêutica para a obtenção de melhores resultados (Almeida, 2018). A comunicação positiva (dimensão Positividade) refere-se à troca de mensagens que promovem entendimento, respeito e o desenvolvimento de diálogos saudáveis, favoráveis e otimistas numa relação terapêutica. A Positividade é também defendida como um processo de comunicar de forma preocupada e com aceitação incondicional. Assim considerou-se que este modelo comunicacional explanado - Modelo ACP possui as características instrumentais necessárias para a sua utilização neste estudo. (Figura 1)

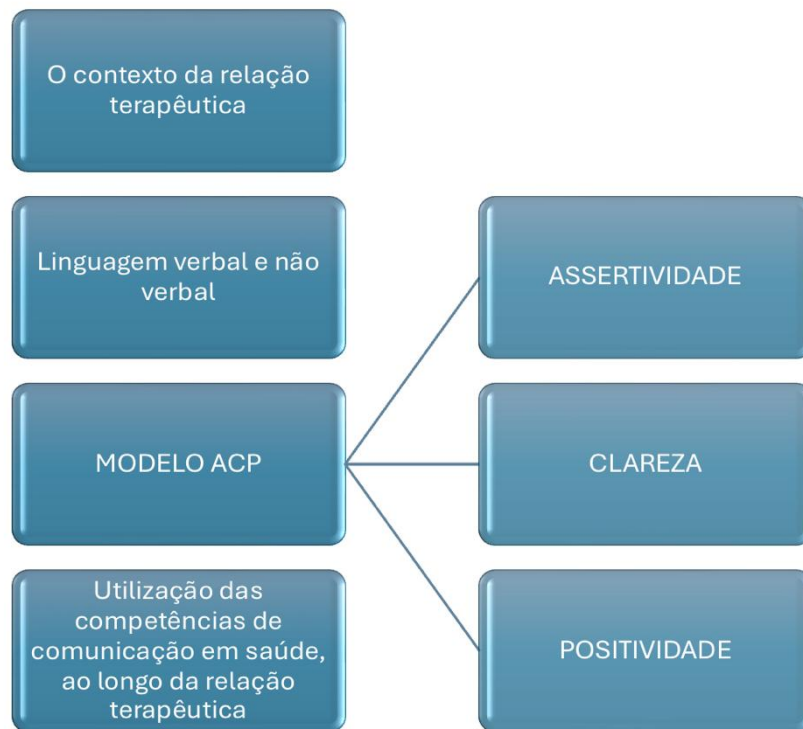


Figura 1. *Estrutura do modelo ACP*

Fonte: Adaptado de Almeida (2020)

Capítulo II- Metodologia

5. Materiais e Métodos

5.1 Tipo de estudo

Este estudo adota um desenho transversal e misto. De acordo com Kesmodel (2018), os estudos transversais são bastante utilizados para analisar a prevalência de doenças, atitudes e conhecimentos entre pacientes e profissionais de saúde. Este desenho é útil para obter dados num único ponto temporal, sendo rápido e igualmente económico. O estudo é classificado como misto, uma vez que combina elementos quantitativos e qualitativos (Dawadi et al., 2021).

5.2. Objetivos

Segundo Fortin (2009), a definição de objetivos de investigação é uma etapa fulcral no processo de investigação científica. Estes objetivos devem ser claros, específicos e mensuráveis, servindo como um guia para todo o estudo. Os objetivos ajudam a determinar o que se espera alcançar com a investigação e orientam o desenvolvimento de hipóteses, a escolha de métodos e a recolha de dados (Fortin, 2009).

Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- 1- Avaliar as competências de comunicação valorizadas pelos Técnicos de Radiologia em Pediatria, na relação com os pacientes pediátricos e sua família.
- 2- Elaborar uma proposta de um Guião de competências de comunicação direcionadas aos Técnicos de Radiologia que realizem exames em pacientes pediátricos.

5.3 Contexto da Investigação

A investigação foi realizada em diversos hospitais da Grande Lisboa. A escolha destes locais permitiu obter uma amostra diversificada dos Técnicos de Radiologia que atuam em contextos pediátricos.

5.4 Participantes/Amostra

A amostra foi composta por 77 Técnicos de Radiologia que participaram de forma voluntária no estudo. Trata-se de uma amostra por conveniência que permitiu obter dados suficientes para uma análise sólida das competências comunicacionais destes

profissionais. Neste tipo de amostra, os elementos são escolhidos devido à sua disponibilidade no local onde os dados estão a ser recolhidos.

5.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão são os requisitos que devem ser cumpridos para que um indivíduo possa ser selecionado para participar de um determinado estudo clínico. Pelo oposto, os critérios de exclusão são os fatores que desqualificam um indivíduo de participar em um determinado estudo clínico (Marotti et al., 2008). Estes critérios são importantes, dado que ajudam a garantir que o estudo se concentra numa população relevante e específica, evitando a recolha de dados irrelevantes que poderiam distorcer os resultados (Garg, 2016).

Assim, foram definidos os seguintes critérios de inclusão para o presente estudo:

- Ser Técnico de Radiologia.
- Realizar exames radiológicos em pediatria.

E os seguintes critérios de exclusão:

- Questionários incompletos.
- Não cumprimento de algum dos critérios de inclusão.

5.6 Instrumentos de Recolha de Dados

Foi utilizado o Questionário de Comunicação e Literacia em Saúde (Q-COM-LIT Almeida 2020). O questionário utilizado neste estudo, foi adaptado do questionário: “Inquérito sobre Comunicação em Saúde é Literacia em Saúde na Relação Terapêutica” (autora, Cristina Vaz de Almeida). O questionário original era composto por 47 perguntas: 6 questões relacionadas com a caracterização sócio-demográfica do profissional de saúde, uma pergunta subdividida em 3 partes sobre guiões, 39 questões que adotam a escala de Likert para avaliar a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre as competências de comunicação utilizadas na relação com o paciente: Assertividade, Clareza e Positividade e no final uma pergunta aberta. Para este questionário, considerando índices de confiabilidade, que se situam entre 0,75 e 1, e atendendo ao resultado para o alfa de Cronbach do Q-COM-LIT de 0,788 (para os 50 itens), os valores confirmam a confiabilidade do instrumento.

O questionário utilizado neste estudo: “ Competências de Comunicação dos Técnicos de Radiologia em Pediatria”, é composto por 24 questões de resposta única, utilizando uma escala de Likert (“nada importante” a “extremamente importante”), e 3 perguntas de resposta aberta. Esta ferramenta foi adaptada para verificar as competências comunicacionais que os Técnicos de Radiologia mais valorizam e percebem.

Segundo Almeida (2020), o questionário tem como finalidade explorar como as competências de Assertividade, Clareza na linguagem e Positividade podem melhorar a literacia em saúde, nas suas dimensões de acesso, compreensão e uso da mensagem (adesão terapêutica) por parte do paciente.

O questionário foi enviado em formato online através do Google Forms, com um tempo estimado de 10 minutos para o seu preenchimento. A utilização deste instrumento, baseado no Modelo ACP, foi autorizado pela sua autora, Cristina Vaz de Almeida (Anexo 2).

5.7 Elaboração da proposta de Guião de Competências de Comunicação

A partir da análise temática das três perguntas de resposta aberta, foi elaborada uma proposta de Guião das competências de comunicação direcionadas aos Técnicos de Radiologia que efectuam exames pediátricos (desenvolvido no ponto 6.3)

A análise temática revelou cinco temas principais. Estes temas representam as áreas-chave para a melhoria das competências comunicacionais dos Técnicos de Radiologia em contextos pediátricos e servem de base para recomendações práticas e futuras investigações.

5.8 Tratamento de dados

Os dados quantitativos recolhidos foram tratados e analisados utilizando um *software* adequado para análise quantitativa, nomeadamente o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). O SPSS é um *software fácil* de usar para a manipulação e análise estatística de dados, sendo bastante útil para estudantes e investigadores de várias áreas de estudo, pois tem uma interface amigável e permite uma série de análises significativas (Landau & Everitt, 2004).

Foram realizadas várias análises estatísticas para tratar e interpretar os dados recolhidos, nomeadamente: análise descritiva (Média, Desvio Padrão, Frequências e Percentagens), Teste de Consistência Interna (Alpha de Cronbach), Teste de Normalidade (Teste de Kolmogorov-Smirnov), Análise Correlacional (Coeficiente de Correlação de Pearson), Análise Comparativa (Teste *t student* e análise da variância – ANOVA).

Os dados referentes às últimas três questões de resposta aberta, sendo dados qualitativos, foram tratados com recurso à análise temática, de acordo com a metodologia proposta por Clarke e Braun (2014).

5.9 Considerações Éticas

O presente estudo foi validado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra com o parecer n.º52 (Anexo 3). Todas as considerações éticas foram acauteladas. A participação dos técnicos foi voluntária e com consentimento para a sua efetivação, e todos os dados recolhidos foram anonimizados para garantir a privacidade dos participantes. Os dados foram armazenados de forma segura e serão destruídos após o término da investigação, em conformidade com as normas éticas e regulamentos de proteção de dados.

Capítulo III- Análise dos Resultados

6. Resultados

6.1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

No presente estudo foram inquiridos 77 Técnicos de Radiologia com idade compreendida entre 24 e 63 anos de idade (média= 43,44 anos; desvio padrão = 9,16 anos) (Tabela 1).

Em relação ao tempo de exercício profissional, variou entre 9 meses e 38 anos (média= 20,39 anos; desvio padrão = 9,33 anos) e tempo de exercício predominante foram 14 anos (Tabela 1).

Tabela 1. *Dados descritivos da idade e tempo de exercício profissional*

	Idade:	Tempo de exercício profissional:
Média	43,44	20,3938
Moda	36	14,00
Desvio Padrão	9,160	9,33277
Mínimo	24	0,75
Máximo	63	38,00

Como se pode verificar na Tabela 2 a maioria dos participantes era do género feminino (61,0%, N=47)

Tabela 2. *Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelo género.*

	N	%
Feminino	47	61,0%
Masculino	30	39,0%

A maioria dos profissionais inquiridos têm como habilitação literária licenciatura (62,3%, N=48), seguindo-se (19,5%, N=15) com pós-graduação e por último (15,6%, N=12) com mestrado (Tabela 3).

Tabela 3. *Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelas habilitações literárias*

	N	%
Bacharelato	2	2,6%
Licenciatura	48	62,3%
Pós-graduação	15	19,5%
Mestrado	12	15,6%

6.2. Resultados da Análise Estatística

6.2.1. Análise Descritiva

Tabela 4. *Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelas respostas da Assertividade*

		N	%
Saber conversar	Importante	8	10,4%
	Bastante importante	21	27,3%
	Extremamente importante	48	62,3%
Informar	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	7	9,1%
	Bastante importante	15	19,5%
	Extremamente importante	54	70,1%
Encorajar	Pouco importante	4	5,2%
	Importante	20	26,0%
	Bastante importante	26	33,8%
	Extremamente importante	26	33,8%
Ajudar	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	18	23,4%
	Bastante importante	24	31,2%
	Extremamente importante	34	44,2%
Confirmar	Importante	6	7,8%
	Bastante importante	18	23,4%
	Extremamente importante	53	68,8%
Disponibilidade temporal	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	13	16,9%
	Bastante importante	22	28,6%
	Extremamente importante	41	53,2%
Saber ouvir	Importante	8	10,4%
	Bastante importante	16	20,8%
	Extremamente importante	53	68,8%
Antecipar situações de conflitualidade	Importante	8	10,4%
	Bastante importante	23	29,9%
	Extremamente importante	46	59,7%

Aos mesmos inquiridos foi solicitado respostas a questões sobre **Assertividade**, os mesmos indicaram maioritariamente que era extremamente importante saber conversar-

(62,3%, N=48), seguido de quem indicou que era bastante importante (27,3%, N=21) e importante (10,4%, N=8) (Tabela 4).

Sobre informar, a maioria respondeu extremamente importante (70,1%, N=54), seguido de bastante importante (19,5%, N=15) (Tabela 4).

Encorajar, as respostas mais obtidas foram extremamente importante (33,8%, N=26) e bastante importante (33,8%, N=26), seguido de importante (26,0%, N=20). Assim como ajudar, a resposta mais obtida foi extremamente importante (44,2%, N=34), seguido de bastante importante (31,2%, N=24) e importante (23,4%, N=18) (Tabela 4).

No confirmar, a maioria respondeu extremamente importante (68,8%, N=53), seguido de bastante importante (23,4%, N=18). Assim como no saber ouvir, a maioria respondeu extremamente importante (68,8%, N=53), seguido de bastante importante (20,8%, N=16). E em antecipar situações de conflitualidade, a maioria respondeu extremamente importante (59,7%, N=46), seguido de bastante importante (29,9%, N=23) (Tabela 4).

Na disponibilidade temporal, a maioria respondeu extremamente importante (53,2%, N=41), seguido de bastante importante (28,6%, N=22) e importante (16,9%, N=13) (Tabela 4).

Em síntese a maioria dos inquiridos considera “extremamente importante” todas as competências da **Assertividade**, destacando-se as percentagens (%) mais elevadas para as competências “informar”, “encorajar” e “saber ouvir”.

Tabela 5. *Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelas respostas da Clareza.*

		N	%
Estabelecer a relação com o Paciente através de linguagem simples (Linguagem simples)	Importante	7	9,1%
	Bastante importante	21	27,3%
	Extremamente importante	49	63,6%
Estabelecer contacto visual com o paciente (Contacto visual)	Importante	11	14,3%
	Bastante importante	27	35,1%
	Extremamente importante	38	49,4%
Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos. (Linguagem simples)	Importante	7	9,1%
	Bastante importante	25	32,5%
	Extremamente importante	45	58,4%
Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame. (Explicar os procedimentos)	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	23	29,9%
	Bastante importante	17	22,1%
	Extremamente importante	35	45,5%

Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. (Assegurar a compreensão)	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	12	15,6%
	Bastante importante	19	24,7%
	Extremamente importante	44	57,1%
Usar frases curtas. (Frases curtas]	Pouco importante	3	3,9%
	Importante	21	27,3%
	Bastante importante	34	44,2%
	Extremamente importante	18	23,4%
Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) (Desenhos e esquemas)	Nada importante	22	28,6%
	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	29	37,7%
	Bastante importante	20	26,0%
	Extremamente importante	5	6,5%
Esclarecer procedimentos futuros	Pouco importante	14	18,2%
	Importante	24	31,2%
	Bastante importante	19	24,7%
	Extremamente importante	20	26,0%
	Importante		

Nas questões sobre **Clareza**, os mesmos indicaram maioritariamente que era extremamente importante estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples (63,6%, N=49), seguido de quem indicou que era bastante importante (27,3%, N=21) (Tabela 5).

Estabelecer contacto visual com o paciente, a resposta mais verificada foi extremamente importante (49,4%, N=38), seguido de bastante importante (35,1%, N=27) e importante (14,3%, N=11) (Tabela 5).

Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos, a maioria indicou que era extremamente importante -58,4%, (N=45), seguido de quem indicou que era bastante importante (32,5%, N=25) (Tabela 5).

Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame, a resposta mais verificada foi extremamente importante (45,5%, N=35), seguido de importante (29,9%, N=23) e bastante importante (22,1%, N=17) (Tabela 5).

Confirmar que o “paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança”, a maioria indicou que era extremamente importante (57,1%, N=44), seguido de bastante importante (24,7%, N=19) e importante (15,6%, N=12) (Tabela 5).

Usar frases curtas, a resposta mais indicada foi bastante importante (44,2%, N=34), seguido de importante (27,3%, N=21) e extremamente importante (23,4%, N=18) (Tabela 5).

“Demonstrar ao/à paciente como se faz” (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas), a resposta mais indicada foi importante (37,7%, N=29), seguido de nada importante (28,6%, N=22) e bastante importante (26,0%, N=20) (Tabela 5).

E “esclarecer procedimentos futuros”, a resposta mais indicada foi importante (31,2%, N=24), seguido de extremamente importante (26,0%, N=20), bastante importante (24,7%, N=19) e pouco importante (18,2%, N=14) (Tabela 5).

Em síntese a maioria dos inquiridos considera “extremamente importante” as competências: “uso de linguagem simples e não técnica”, “explicar os procedimentos do exame” e “confirmar que o paciente e familiares compreendem tudo”. A competência menos valorizada nesta dimensão **Clareza** foi “esclarecer procedimentos futuros”.

Tabela 6. *Frequência absoluta (N) e percentagem (%) de inquiridos pelas respostas da Positividade.*

		N	%
Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. (Cumprimentar)	Pouco importante	2	2,6%
	Importante	14	18,2%
	Bastante importante	23	29,9%
	Extremamente importante	38	49,4%
Deixar o paciente falar sem interrupções. (Paciente falar sem interrupções)	Pouco importante	2	2,6%
	Importante	28	36,4%
	Bastante importante	29	37,7%
	Extremamente importante	18	23,4%
Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente. (Relação positiva e construtiva)	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	10	13,0%
	Bastante importante	25	32,5%
	Extremamente importante	40	51,9%
Evitar o uso de palavras e expressões negativas. (Evitar termos negativos)	Importante	19	24,7%
	Bastante importante	23	29,9%
	Extremamente importante	35	45,5%
Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: eu vou agora colocar...). (Usar a voz ativa)	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	22	28,6%
	Bastante importante	28	36,4%
	Extremamente importante	25	32,5%
	Pouco importante	2	2,6%

Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente. (Cortesia e afeto)	Importante	20	26,0%
	Bastante importante	20	26,0%
	Extremamente importante	35	45,5%
Envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento	Pouco importante	1	1,3%
	Importante	15	19,5%
	Bastante importante	23	29,9%
	Extremamente importante	37	48,1%
Mostrar ao paciente um comportamento positivo (Comportamento positivo)	Pouco importante	2	2,6%
	Importante	16	20,8%
	Bastante importante	25	32,5%
	Extremamente importante	33	42,9%

E nas questões sobre **Positividade**, ‘cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal’ a resposta mais indicada foi extremamente importante (49,4%, N=38), seguido de quem indicou que era bastante importante (29,9%, N=23) e importante (18,2%, N=14) (Tabela 6).

Deixar o paciente falar sem interrupções, a resposta mais indicada foi bastante importante (37,7%, N=29), seguido de importante (36,4%, N=28) e extremamente importante (23,4%, N=18) (Tabela 6).

“Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente”, a maioria indicou ser extremamente importante (51,9%, (N=40), seguido de bastante importante (32,5%, N=25) e importante (13,0%, N=10) (Tabela 6).

“Evitar o uso de palavras e expressões negativas”, a resposta mais obtida foi extremamente importante (45,5%, N=35), seguido de bastante importante (29,9%, N=23) e importante (24,7%, N=19) (Tabela 6).

“Usar a voz ativa” (sujeito-predicado-complemento direto: eu vou agora colocar...), a resposta mais obtida foi bastante importante (36,4%, N=28), seguido de extremamente importante (32,5%, N=25) e importante (28,6%, N=22) (Tabela 6).

“Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente”, a resposta mais obtida foi extremamente importante (45,5%, N=35), seguido de bastante importante (26,0%, N=20) e importante (26,0%, N=20). Assim como no “envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento”, a resposta mais obtida foi extremamente importante (48,1%, N=37), seguido de bastante importante (29,9%, N=23) e importante (19,5%, N=15). E “mostrar ao paciente um comportamento positivo”, a resposta mais obtida foi extremamente importante (42,9%, N=33), seguido de bastante importante (32,5%, N=25)

e importante (20,8%, N=16) (Tabela 6).

Em síntese, nesta dimensão “**Positividade**” os inquiridos consideram extremamente importante as competências “cumprimentar”, “contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o paciente”, “evitar o uso de expressões negativas”, “adotar a cortesia e dar carinho” e “envolver o paciente e familiares na tomada de decisão”. As competências “deixar o paciente falar sem interrupções” e “usar a voz activa” foram as menos valorizadas.

De seguida apresentaremos a frequência absoluta e percentagem das respostas às questões abertas colocadas no questionário. A análise temática das mesmas está descrita no ponto 6.3.

6.2.2. Análise de Normalidade e Consistência Interna

No seguimento do estudo, e tendo em conta as três dimensões estudadas, aplicou-se o Alfa de Cronbach para verificar a consistência interna de cada uma das dimensões. Verificaram-se valores de Alfa de Cronbach que indicam que a consistência interna das três dimensões foi bastante elevada, sendo muito bom para o presente estudo (Tabela 7).

Tabela 7. *Análise de consistência interna.*

	Alfa de Cronbach	N de itens
Assertividade	0,891	8
Clareza	0,833	8
Positividade	0,865	8

Por aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, com um nível de significância de 5%, apenas se verificou normalidade no tempo de exercício profissional, pois apenas nesta variável a probabilidade de significância (p) foi superior a 5% (Tabela 8).

Mas, pelos valores absolutos de Assimetria e Curtose, inferiores a 3 e 9 respetivamente, podemos considerar que todas as variáveis apresentaram normalidade dos dados (Tabela 8)

Tabela 8: *Teste de normalidade, Assimetria e Curtose*

	Kolmogorov-Smirnov			Assimetria	Curtose
	Estatística	gl	p		
Idade:	,127	67	,010	-,220	-,565

Tempo de exercício profissional	,106	67	,061	-,362	-,681
1. Saber conversar	,394	67	,000	-1,185	,245
2. Informar sempre o paciente de forma respeitosa	,428	67	,000	-1,809	2,765
3. Encorajar o paciente a colocar questões.	,210	67	,000	-,463	-,713
4. Ajudar o paciente a exprimir as suas preocupações.	,298	67	,000	-,569	-1,024
5. Confirmar que o paciente compreende a informação transmitida.	,411	67	,000	-1,320	,659
6. Fazer o paciente sentir que tem tempo para ele durante a interação	,339	67	,000	-,889	-,429
7. Saber ouvir o paciente	,418	67	,000	-1,362	,549
8. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o paciente	,377	67	,000	-1,064	,001
1. Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples.	,402	67	,000	-1,249	,386
2. Estabelecer contacto visual com o paciente	,310	67	,000	-,655	-,688
3. Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos.	,361	67	,000	-,950	-,197
4. Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame.	,276	67	,000	-,343	-1,341
5. Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança.	,355	67	,000	-1,051	,016
6. Usar frases curtas	,252	67	,000	-,266	-,454
7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas)	,259	67	,000	-,235	-1,258
8. Esclarecer procedimentos futuros.	,203	67	,000	,011	-1,258
1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal.	,301	67	,000	-,774	-,500
2. Deixar o paciente falar sem interrupções.	,224	67	,000	,048	-,806
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente	,319	67	,000	-,928	,018
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas	,285	67	,000	-,378	-1,415
5. Usar a voz ativa	,205	67	,000	-,083	-1,133
6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente.	,287	67	,000	-,593	-,883
7. Envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento.	,304	67	,000	-,709	-,671
8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo.	,267	67	,000	-,579	-,760

6.2.3. Análise Comparativa e Correlacional

6.2.3.1. Variáveis Sociodemográficas e Competências Comunicacionais

Pretendemos verificar se havia correlação entre a idade e o tempo de exercício profissional com as questões da Assertividade, Clareza e Positividade.

Por aplicação do teste correlacional de Pearson, com um nível de significância de 5%, não se verificou correlação entre a idade e as questões da Assertividade, Clareza e

Positividade, pois as probabilidades de significância (p) foram todas superiores a 5% (Tabela 9).

Relativamente ao tempo de exercício profissional verificou-se existirem correlações significativas com “Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]” ($r=,274$, $p=.019$) e “Mostrar ao paciente um comportamento positivo” ($r=,265$, $p=.024$), sendo as mesmas correlações positivas, ou seja, quanto maior o tempo de exercício profissional, maior a concordância com estas duas questões relacionadas com Positividade, na comunicação (Tabela 9).

Tabela 9. *Teste de correlação de Pearson entre a idade e o tempo de exercício profissional com as questões da Assertividade, Clareza e Positividade*

		Idade	Tempo de exercício profissional
1. Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa). [Saber conversar]	r	-,060	,002
	p	,601	,988
2. Informar sempre o paciente de forma respeitosa [Informar]	r	-,207	-,175
	p	,071	,138
3. Encorajar o paciente a colocar questões. [Encorajar]	r	,074	,163
	p	,527	,171
4. Ajudar o paciente a exprimir as suas preocupações. [Ajudar]	r	,053	,117
	p	,648	,324
5. Confirmar que o paciente compreende a informação transmitida. [Confirmar]	r	-,120	-,085
	p	,299	,477
6. Fazer o paciente sentir que tem tempo para ele durante a interação [Disponibilidade temporal]	r	,103	,138
	p	,374	,244
7. Saber ouvir o paciente. [Saber ouvir]	r	,094	,167
	p	,417	,157
8. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o paciente [Antecipar situações de conflitualidade]	r	,060	,114
	p	,607	,335
1. Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Linguagem simples]	r	,047	,133
	p	,687	,262
2. Estabelecer contacto visual com o paciente [Contacto visual]	r	-,051	,001
	p	,664	,993
3. Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos. [Linguagem simples]	r	,072	,143
	p	,533	,228
4. Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame. [Explicar os procedimentos]	r	,050	,074
	p	,670	,535
5. Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. [Assegurar a compreensão]	r	-,004	,065
	p	,970	,585
6. Usar frases curtas. [Frases curtas]	r	,008	,061
	p	,944	,611
	r	,026	,095

7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) [Desenhos e esquemas]	p	,820	,426
8. Esclarecer procedimentos futuros. [Esclarecer]	r	,018	,020
	p	,879	,864
1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. [Cumprimentar]	r	-,064	,012
	p	,580	,920
2. Deixar o paciente falar sem interrupções. [Paciente falar sem interrupções]	r	,021	,106
	p	,854	,374
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente. [Relação positiva e construtiva]	r	,111	,184
	p	,341	,121
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]	r	,207	,274*
	p	,070	,019
5. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...). [Usar a voz ativa]	r	,042	,110
	p	,718	,358
6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente. [Cortesia e afeto]	r	,187	,199
	p	,103	,091
7. Envolver o paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento [Esclarecer]	r	,156	,204
	p	,177	,085
8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo. [Interação positiva]	r	,170	,265*
	p	,142	,024

Legenda: r – coeficiente de correlação de Pearson; p – probabilidade de significância.

Seguidamente pretendemos verificar a existência de diferenças significativas nas questões da Assertividade, Clareza e Positividade tendo em conta o género. Por aplicação do teste comparativo T- Student, com um nível de significância de 5%, apenas se verificaram diferenças significativas na questão “Envolver paciente e família na tomada de decisão/ consentimento” da Positividade ($t=2.007$; $gl=74$; $p=0.048$), onde os inquiridos do género feminino apresentaram valores mais elevados nesta questão tabela D (Anexo 7).

6.2.3.2. Análise das Relações entre as Competências Comunicacionais estudadas.

Pretendemos também verificar se existiam correlações significativas entre as questões da Assertividade com as questões relacionadas com a Clareza e Positividade.

Por aplicação do teste correlacional de Pearson com um nível de significância de 5% só não se verificou correlação entre o “saber conversar da Assertividade e as questões “usar frases curtas” e “esclarecer procedimentos futuros” da Clareza e “Mostrar ao paciente um comportamento positivo” da Positividade, pois apenas nestas correlações as probabilidades de significância (p) foram superiores a 5%, sendo todas as restantes correlações positivas e significativas tabela E (Anexo 8).

Não se verificou correlação entre o informar da Assertividade e as questões “Usar frases curtas”, “Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas)” e “Esclarecer procedimentos futuros” da Clareza e “Mostrar ao paciente um

comportamento positivo” da Positividade. Assim, apenas nestas correlações as probabilidades de significância (p) foram todas superiores a 5%, sendo todas as restantes correlações positivas e significativas (Anexo 8).

Não se verificou correlação apenas entre o encorajar da Assertividade e as questões “Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos” e “Usar frases curtas” da Clareza, pois apenas nestas correlações as probabilidades de significância (p) foram todas superiores a 5%, sendo todas as restantes correlações positivas e significativas (Anexo 8).

Verificou-se correlação entre ajudar, confirmar, disponibilidade temporal e saber ouvir da Assertividade e todas as questões da Clareza e da Positividade sendo as mesmas positivas (Anexo 8)

Não se verificou correlação apenas entre Antecipar situações de conflitualidade da Assertividade e as questões “Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...)” e “Mostrar ao paciente um comportamento positivo” da Positividade, pois apenas nestas correlações as probabilidades de significância (p) foram superiores a 5%, sendo todas as restantes correlações positivas e significativas (Anexo 8).

Pretendemos ainda verificar se havia correlação entre as questões da Clareza com as questões da Positividade. Por aplicação do teste correlacional de Pearson, com um nível de significância de 5%, só não se verificou correlação entre “Esclarecer procedimentos futuros” da Clareza e as questões “Deixar o paciente falar sem interrupções”, “Evitar o uso de palavras e expressões negativas” e “Mostrar ao paciente um comportamento positivo” da Positividade, pois apenas nestas correlações as probabilidades de significância (p) foram superiores a 5%, sendo todas as restantes correlações positivas e significativas tabela F(Anexo 9).

Em síntese as correlações das competências comunicacionais (Assertividade, Clareza e Positividade) são maioritariamente positivas e significativas.

De acordo com os valores de Cohen, podemos verificar que a magnitude de efeito foi elevada. (Tabela 10).

Tabela 10. *Tamanhos de efeitos de amostras independentes*

	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%
--	---------------------	----------------------------

			Inferior	Superior
1. Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa). [Saber conversar]	d de Cohen	,047	-,412	,505
2. Informar sempre o paciente de forma respeitosa [Informar]	d de Cohen	,040	-,418	,498
3. Encorajar o paciente a colocar questões. [Encorajar]	d de Cohen	,014	-,448	,477
4. Ajudar o paciente a exprimir as suas preocupações. [Ajudar]	d de Cohen	,225	-,235	,684
5. Confirmar que o paciente compreende a informação transmitida. [Confirmar]	d de Cohen	-,059	-,517	,399
6. Fazer o paciente sentir que tem tempo para ele durante a interação [Disponibilidade temporal]	d de Cohen	,076	-,382	,534
7. Saber ouvir o paciente. [Saber ouvir]	d de Cohen	,370	-,093	,831
8. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o paciente. [Antecipar situações de conflitualidade]	d de Cohen	,144	-,315	,602
1. Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Linguagem simples]	d de Cohen	-,052	-,510	,406
2. Estabelecer contacto visual com o paciente [Contacto visual]	d de Cohen	,023	-,440	,486
3. Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos. [Linguagem simples]	d de Cohen	,402	-,062	,863
4. Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame. [Explicar os procedimentos]	d de Cohen	,429	-,040	,895
5. Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. [Assegurar a compreensão]	d de Cohen	,240	-,225	,704
6. Usar frases curtas. [Frases curtas]	d de Cohen	,175	-,289	,638
7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) [Desenhos e esquemas]	d de Cohen	,305	-,157	,764
8. Esclarecer procedimentos futuros. [Esclarecer]	d de Cohen	,027	-,431	,485
1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. [Cumprimentar]	d de Cohen	,115	-,344	,573
2. Deixar o paciente falar sem interrupções. [paciente falar sem interrupções]	d de Cohen	,235	-,225	,694
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente. [Relação positiva e construtiva]	d de Cohen	-,023	-,486	,440
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]	d de Cohen	,082	-,376	,540
5. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...). [Usar a voz ativa]	d de Cohen	,295	-,169	,756
6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente. [Cortesia e afeto]	d de Cohen	,323	-,139	,783
7. Envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento.	d de Cohen	,471	,003	,935
8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo.	d de Cohen	,259	-,207	,723

Pelos valores das probabilidades de significância (p) associados às estatísticas de Levene, que foram superiores a 5%, podemos afirmar que havia homogeneidade das variâncias das questões (Tabela 11).

Tabela 11. Testes de homogeneidade de variâncias

	Estatística de			
	Levene	gl1	gl2	p
1. Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa). [Saber conversar]	2,055	3	73	,114
2. Informar sempre o paciente de forma respeitosa [Informar]	3,464	3	73	,071
3. Encorajar o paciente a colocar questões. [Encorajar]	,682	3	72	,566
4. Ajudar o paciente exprimir as suas preocupações. [Ajudar]	1,874	3	73	,141
5. Confirmar que o paciente compreende a informação transmitida. [Confirmar]	1,744	3	73	,166
6. Fazer o paciente sentir que tem tempo para ele durante a interação [Disponibilidade temporal]	,291	3	73	,832
7. Saber ouvir o paciente. [Saber ouvir]	,924	3	73	,434
8. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o paciente. [Antecipar situações de conflitualidade]	1,815	3	73	,152
1. Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Linguagem simples]	,279	3	73	,840
2. Estabelecer contacto visual com o paciente [Contacto visual]	3,801	3	72	,054
3. Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos. [Linguagem simples]	,715	3	73	,546
4. Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame. [Explicar os procedimentos]	,491	3	72	,690
5. Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. [Assegurar a compreensão]	1,752	3	72	,164
6. Usar frases curtas. [Frases curtas]	,790	3	72	,503
7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) [Desenhos e esquemas]	,851	3	73	,470
8. Esclarecer procedimentos futuros. [.]	2,016	3	73	,119
1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. [Cumprimentar]	1,934	3	73	,132
2. Deixar o paciente falar sem interrupções. [Paciente falar sem interrupções]	2,953	3	73	,068
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente [Relação positiva e construtiva]	,572	3	72	,636
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]	,969	3	73	,412
5. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...). [Usar a voz ativa]	,204	3	72	,893
6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente. [Cortesia e afeto]	2,568	3	73	,061
7. Envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento.	,629	3	72	,598
8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo.	,808	3	72	,493

Legenda: gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância.

Por aplicação do teste comparativo ANOVA, com um nível de significância de 5%, não se verificaram diferenças significativas nas questões de Assertividade, Clareza e Positividade (Tabela 12).

Tabela 12. Teste comparativo ANOVA das questões da Assertividade, Clareza e Positividade, tendo em conta as habilitações literárias

		Soma dos		Quadrado		Z	p
		Quadrados	gl	Médio			
1. Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa). [Saber conversar]	Entre Grupos	1,008	3	,336	,717	,545	
	Nos grupos	34,213	73	,469			

	Total	35,221	76			
2. Informar sempre o paciente de forma respeitosa [Informar]	Entre Grupos	1,489	3	,496	,974	,410
	Nos grupos	37,212	73	,510		
	Total	38,701	76			
3. Encorajar o paciente a colocar questões. [Encorajar]	Entre Grupos	,735	3	,245	,288	,834
	Nos grupos	61,212	72	,850		
	Total	61,947	75			
4. Ajudar o paciente a exprimir as suas preocupações. [Ajudar]	Entre Grupos	1,625	3	,542	,763	,518
	Nos grupos	51,829	73	,710		
	Total	53,455	76			
5. Confirmar que o paciente compreende a informação transmitida. [Confirmar]	Entre Grupos	,683	3	,228	,561	,643
	Nos grupos	29,629	73	,406		
	Total	30,312	76			
6. Fazer o paciente sentir que tem tempo para ele durante a interação [Disponibilidade temporal]	Entre Grupos	,142	3	,047	,070	,976
	Nos grupos	49,079	73	,672		
	Total	49,221	76			
7. Saber ouvir o paciente. [Saber ouvir]	Entre Grupos	,455	3	,152	,324	,808
	Nos grupos	34,246	73	,469		
	Total	34,701	76			
8. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o paciente. [Antecipar situações de conflitualidade]	Entre Grupos	,830	3	,277	,587	,626
	Nos grupos	34,417	73	,471		
	Total	35,247	76			
1. Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Linguagem simples]	Entre Grupos	,128	3	,043	,095	,963
	Nos grupos	32,962	73	,452		
	Total	33,091	76			
2. Estabelecer contacto visual com o paciente [Contacto visual]	Entre Grupos	1,146	3	,382	,719	,544
	Nos grupos	38,262	72	,531		
	Total	39,408	75			
3. Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos. [Linguagem simples]	Entre Grupos	,180	3	,060	,133	,940
	Nos grupos	33,067	73	,453		
	Total	33,247	76			
4. Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame. [Explicar os procedimentos]	Entre Grupos	3,625	3	1,208	1,525	,215
	Nos grupos	57,059	72	,792		
	Total	60,684	75			
5. Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. [Assegurar a compreensão]	Entre Grupos	1,476	3	,492	,759	,521
	Nos grupos	46,682	72	,648		
	Total	48,158	75			
6. Usar frases curtas. [Frases curtas]	Entre Grupos	2,313	3	,771	1,165	,329
	Nos grupos	47,622	72	,661		
	Total	49,934	75			
7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) [Desenhos e esquemas]	Entre Grupos	,311	3	,104	,060	,980
	Nos grupos	125,767	73	1,723		
	Total	126,078	76			
8. Esclarecer procedimentos futuros. [.]	Entre Grupos	1,135	3	,378	,323	,809
	Nos grupos	85,567	73	1,172		
	Total	86,701	76			
1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. [Cumprimentar]	Entre Grupos	1,159	3	,386	,526	,666
	Nos grupos	53,646	73	,735		
	Total	54,805	76			
2. Deixar o paciente falar sem interrupções. [paciente falar sem interrupções]	Entre Grupos	2,209	3	,736	1,091	,358
	Nos grupos	49,246	73	,675		
	Total	51,455	76			
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente. [Relação positiva e construtiva]	Entre Grupos	,351	3	,117	,194	,900
	Nos grupos	43,333	72	,602		
	Total	43,684	75			
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]	Entre Grupos	,509	3	,170	,247	,863
	Nos grupos	50,167	73	,687		
	Total	50,675	76			
5. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...). [Usar a voz ativa]	Entre Grupos	1,389	3	,463	,672	,572
	Nos grupos	49,598	72	,689		
	Total	50,987	75			
6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente. [Cortesia e afeto]	Entre Grupos	1,829	3	,610	,747	,528
	Nos grupos	59,600	73	,816		
	Total	61,429	76			
7. Envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento	Entre Grupos	,630	3	,210	,302	,824
	Nos grupos	50,106	72	,696		
	Total	50,737	75			
	Entre Grupos	3,948	3	1,316	1,864	,143

8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo.	Nos grupos Total	50,829 54,776	72 75	,706
---	---------------------	------------------	----------	------

Legenda: Z – valor distribuição normal; gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância.

De acordo com os valores ε^2 , podemos verificar que as magnitudes de efeito foram baixas (Tabela 13).

Tabela 13. Tamanhos de efeitos da ANOVA

		Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
			Inferior	Superior
1. Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa). [Saber conversar]	Eta ²	,029	,000	,101
2. Informar sempre o paciente de forma respeitosa [Informar]	Eta ²	,038	,000	,121
3. Encorajar o paciente a colocar questões. [Encorajar]	Eta ²	,012	,000	,056
4. Ajudar o paciente exprimir as suas preocupações. [Ajudar]	Eta ²	,030	,000	,105
5. Confirmar que o paciente compreende a informação transmitida. [Confirmar]	Eta ²	,023	,000	,087
6. Fazer o paciente sentir que tem tempo para ele durante a interação [Disponibilidade temporal]	Eta ²	,003	,000	,000
7. Saber ouvir o paciente. [Saber ouvir]	Eta ²	,013	,000	,061
8. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o paciente. [Antecipar situações de conflitualidade]	Eta ²	,024	,000	,090
1. Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Linguagem simples]	Eta ²	,004	,000	,011
2. Estabelecer contacto visual com o paciente [Contacto visual]	Eta ²	,029	,000	,103
3. Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos. [Linguagem simples]	Eta ²	,005	,000	,024
4. Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame. [Explicar os procedimentos]	Eta ²	,060	,000	,158
5. Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. [Assegurar a compreensão]	Eta ²	,031	,000	,106
6. Usar frases curtas. [Frases curtas]	Eta ²	,046	,000	,135
7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) [Desenhos e esquemas]	Eta ²	,002	,000	,000
8. Esclarecer procedimentos futuros.	Eta ²	,013	,000	,060
1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. [Cumprimentar]	Eta ²	,021	,000	,084
2. Deixar o paciente falar sem interrupções. [Paciente falar sem interrupções]	Eta ²	,043	,000	,129
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente [Relação positiva e construtiva]	Eta ²	,008	,000	,040
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]	Eta ²	,010	,000	,049
5. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...). [Usar a voz ativa]	Eta ²	,027	,000	,099

6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente. [Cortesia e afeto]	Eta ²	,030	,000	,104
7. Envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento.	Eta ²	,012	,000	,058
8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo.	Eta ²	,072	,000	,176

6.3. Resultados da Análise Temática

Para realizar a análise temática, seguiu-se as etapas recomendadas por Clarke e Braun (2014): familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, procura por temas, revisão dos temas, definição e nomeação dos temas, e produção da análise final.

Inicialmente, foram lidas todas as respostas dos três últimos itens do questionário utilizado neste estudo. Foram lidas as vezes necessárias para permitir uma familiarização com os dados e compreender a profundidade e o significado das respostas. A partir da leitura detalhada (tabelas A; B; C em anexo 4, 5, 6), foram gerados códigos iniciais que retiram os elementos importantes dos dados. Agrupou-se os códigos em temas que refletem padrões relevantes nas respostas dos participantes. Foram revistos os temas para garantir que formam um padrão coerente e significativo, adaptando e melhorando conforme necessário. Definiu-se e nomeou-se os temas de forma a irem de encontro aos principais pontos enunciados pelos participantes. Por fim, foi produzida a interpretação ou análise final.

Tema 1: Formação Contínua e Específica-

Códigos incluídos:

Estes códigos foram originados por 22 respostas dos inquiridos

Formação em comunicação em saúde – 5 respostas

Participação em workshops e formações regulares- 6 respostas

Formação específica em pediatria- 3 respostas

Ações de formação contínua- 8 respostas

Tema 2: Desenvolvimento da Empatia e Humanização

Códigos incluídos:

Estes códigos foram originados por 41 respostas dos inquiridos

Desenvolvimento da empatia- 24 respostas

Valorização do tempo e atenção aos pacientes- 12 respostas

Humanização do atendimento- 5 respostas

Tema 3: Comunicação Adaptada ao Público Pediátrico

Códigos incluídos:

Estes códigos foram originados por 34 respostas dos inquiridos

Uso de linguagem simples e acessível- 12 respostas

Adaptação do discurso à idade da criança- 13 respostas

Comunicação direta e clara com a criança- 9 respostas

Tema 4: Ambiente Acolhedor e Tranquilo

Códigos incluídos:

Estes códigos foram originados por 10 respostas dos inquiridos

Ambiente acolhedor e tranquilo- 3 respostas

Salas de exames apelativas para pediatria- 4 respostas

Zonas dedicadas à pediatria nos serviços de radiologia- 3 respostas

Tema 5: Tempo e Disponibilidade

Códigos incluídos:

Estes códigos foram originados por 13 respostas dos inquiridos

Tempo necessário para explicar procedimentos- 4 respostas

Disponibilidade para conversar com os pacientes- 5 respostas

Tempo útil com os pacientes- 4 respostas

Todos estes códigos originaram elementos que ajudam na construção da proposta de Guião de Competências de Comunicação para Técnicos de Radiologia em Pediatria

Este Guião foi desenvolvido com base nos resultados do estudo sobre as competências de comunicação dos Técnicos de Radiologia em contextos pediátricos. O objetivo é fornecer orientações práticas para melhorar a comunicação com pacientes pediátricos e suas famílias, de forma a promover uma experiência segura, confortável e positiva.

Competências de Comunicação

Assertividade

- Saber ouvir: Demonstrar interesse genuíno pelas preocupações dos pacientes e suas famílias, mantendo contacto visual e usando linguagem corporal coerente.
- Confirmar compreensão: Repetir as informações recebidas para garantir que foram compreendidas corretamente.
- Ajudar e encorajar: Oferecer apoio e encorajamento constante, especialmente em situações de ansiedade ou medo.

Clareza

- Uso de linguagem simples: Adaptar a linguagem ao nível de compreensão da criança, evitando termos técnicos ou complicados.
- Estabelecer contacto visual: Manter um contacto visual adequado para transmitir confiança e atenção.
- Explicar procedimentos: Apresentar explicações claras e pormenorizadas sobre os procedimentos, usando recursos visuais como desenhos, gráficos ou esquemas se necessário.
- Confirmar a compreensão: Perguntar aos pacientes e suas famílias se compreenderam as informações transmitidas ou se existem dúvidas.

Positividade

- Demonstrar empatia: Mostrar compreensão e sensibilidade para com as emoções dos pacientes e suas famílias.
- Manter uma atitude positiva: Utilizar uma postura positiva e encorajadora, evitando o uso de expressões negativas.
- Envolver pacientes e famílias: Promover a participação dos pacientes e suas famílias na tomada de decisões e na compreensão dos procedimentos.

- Mostrar comportamentos positivos: Adotar comportamentos que transmitam calma e confiança.

Estratégias para situações de ansiedade ou conflito

- Antecipar situações de conflito: Identificar possíveis situações de conflito e preparar estratégias para lidar com estas.
- Gerir a ansiedade: Utilizar técnicas de respiração e relaxamento para ajudar a acalmar pacientes ansiosos.
- Comunicação calmante: Falar em tom calmo e pausado, utilizando palavras reconfortantes e tranquilizadoras.

Desenvolvimento de empatia

- Escuta ativa: Praticar a escuta ativa, prestando atenção total ao que o paciente e a sua família estão a dizer.
- Respostas empáticas: Responder de maneira que mostre compreensão e apoio, validando as emoções e preocupações dos pacientes.
- Histórias e exemplos: Usar histórias ou exemplos adequados para a idade para ajudar a explicar procedimentos e aliviar o medo.

Programas de formação contínua

- *Workshops* e treinos: Participar regularmente em *workshops* e treinos centrados em técnicas de comunicação eficazes. Procurar módulos de formação que foquem no desenvolvimento da empatia, ensinando técnicas para compreender e responder às emoções dos pacientes.
- Simulações e *role-playing*: Praticar situações de comunicação através de simulações e *role-playing* para melhorar a confiança e a competência.
- *Feedback* e autoavaliação: Utilizar *feedback* de colegas e autoavaliações para identificar áreas de melhoria e acompanhar o progresso.

Recomendações adicionais:

- Promover práticas que valorizem a humanização no atendimento, tratando cada paciente como um indivíduo único e não apenas como mais um “na fila de espera”.
- Enfatizar a importância de dedicar tempo suficiente para interagir com os pacientes e as suas famílias, escutando as suas preocupações e respondendo de forma apropriada.

- Ensinar técnicas para adaptar o discurso em função da compreensão da criança, garantindo que as explicações sejam perfeitamente entendidas.
- Centrar na comunicação direta com a criança, sempre que possível, e utilizar os pais como apoio sem deixá-los dominar a conversa.
- Desenvolver espaços nos serviços de Radiologia que sejam acolhedores e tranquilos, com decoração e equipamentos adequados para crianças.
- Implementar salas de exames específicas para pediatria, que ajudem a desmistificar os medos das crianças, utilizando elementos visuais como desenhos e cores agradáveis.
- Utilizar técnicas de respiração e relaxamento para ajudar a acalmar pacientes e familiares ansiosos, oferecendo explicações pormenorizadas sobre o que esperar durante os exames.
- Falar em tom calmo e pausado, utilizando palavras reconfortantes e tranquilizadoras, demonstrando paciência e compreensão.
- Adaptar a linguagem utilizada de acordo com a faixa etária da criança, evitando termos técnicos e utilizando uma comunicação clara e objetiva.

Este Guião tem como intuito apresentar uma estratégia de competências de comunicação integral e adaptada às necessidades dos pacientes pediátricos e seus familiares. A implementação destas competências de comunicação contribuirá para a promoção de cuidados de saúde mais eficazes e sensíveis, originando melhores resultados para os pacientes e maior satisfação para as suas famílias.

Capítulo IV- Discussão e Conclusão

7. Discussão

7.1. Síntese e Interpretação dos resultados

A interpretação dos resultados deste estudo revelou diversos pontos importantes, apresentados seguidamente. No que diz respeito à análise do perfil sociodemográfico, a média de idade dos Técnicos é de 43,44 anos, o que indica uma força de trabalho

experiente. O tempo médio de exercício profissional é de 20,39 anos, o que reforça a experiência considerável na área. A maior parte dos técnicos possuía licenciatura, seguida por pós-graduação e mestrado, o que indica um elevado nível de formação acadêmica, que se espera nesta área de trabalho.

No que tange à importância das competências comunicacionais, foi verificado que os Técnicos de Radiologia valorizam extremamente competências como conversar, informar, encorajar, ajudar, confirmar, compreender e saber ouvir, o que mostra uma consciência da importância do fator humano e da eficácia da comunicação no contexto da sua atividade profissional. Foi verificada uma forte ênfase na necessidade de ser claro, estabelecer contacto visual e usar linguagem simples, o que é essencial para garantir que as informações sejam compreendidas pelos pacientes e as suas famílias.

No que concerne aos testes estatísticos e correlações efetuados, o teste de Alfa Cronbach indicou uma alta consistência interna nas dimensões de Assertividade, Clareza e Positividade, sugerindo que o questionário é confiável para avaliar estas características. A aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou que o tempo de exercício profissional segue uma distribuição normal.

Não foi verificada correlação significativa entre a idade e as dimensões estudadas, porém houve correlações positivas entre o tempo de exercício profissional e aspetos específicos da Positividade, sugerindo que a experiência pode influenciar positivamente a forma como os Técnicos comunicam a fim de evitar comportamentos de negatividade e demonstrar um comportamento positivo.

Outras correlações significativas foram observadas entre diferentes aspetos das dimensões de Assertividade, Clareza e Positividade, o que revela interdependências entre estas competências comunicativas. Foram verificadas correlações positivas entre ajudar, confirmar, disponibilidade temporal e saber ouvir da Assertividade com todas as questões da Clareza e Positividade, o que sugere que a eficácia em tais competências de Assertividade está associada a uma maior clareza e positividade na comunicação.

Foi encontrada uma diferença significativa entre géneros, apenas na questão de envolver pacientes e familiares na tomada de decisão, sendo que as mulheres mostraram uma maior tendência a valorizar esta interação. Não foram observadas diferenças significativas nas competências de comunicação com base nas qualificações académicas dos técnicos,

sugerindo que a comunicação eficaz pode ser mais influenciada pela prática e experiência pessoal do que pelo nível de educação formal.

De uma forma geral, estes resultados apontam para a necessidade de continuar a desenvolver e reforçar as competências de comunicação em Técnicos de Radiologia que trabalham com pacientes pediátricos, o que pode ser feito através de formações específicas, bem como *workshops*, conforme sugerido nas respostas dos participantes. As competências de comunicação são cruciais para o sucesso do diagnóstico e tratamento em pediatria, tendo impacto direto na experiência do paciente e sua família.

Da análise temática dos dados qualitativos recolhidos através dos últimos itens do questionário emergiram cinco temas principais essenciais para a melhoria das competências comunicacionais. Em primeiro, a Formação Contínua e Específica foi identificada como crucial, o que aponta para a necessidade de formação regular e especializada, particularmente em pediatria, para melhorar a comunicação eficaz. O segundo tema, Desenvolvimento da Empatia e Humanização, remete para a importância de tratar cada paciente como um indivíduo único e responder sensivelmente às suas emoções para melhorar o atendimento. O terceiro tema, Comunicação Adaptada ao Público Pediátrico, sublinha a necessidade de adaptar a linguagem e o discurso à idade e compreensão das crianças, de forma que a comunicação seja clara e compreensível. O quarto tema, Ambiente Acolhedor e Tranquilo, sugere a criação de espaços que sejam visualmente amigáveis e tranquilos, que ajudem a desmistificar os medos das crianças durante os procedimentos técnicos. Por último, o tema de Tempo e Disponibilidade indica que dedicar tempo adequado para explicar os procedimentos e interagir com os pacientes é essencial para uma comunicação eficaz, permitindo que os Técnicos de Radiologia façam uma melhor gestão das situações de ansiedade ou conflito.

7.2. Análise Comparativa e Reflexiva

Neste estudo que teve como objetivo avaliar as competências de comunicação dos Técnicos de Radiologia em Pediatria, foram evidenciados vários pontos que remetem para a importância da comunicação eficaz na relação com os pacientes pediátricos e as suas famílias.

Os Técnicos de Radiologia em pediatria consideram “extremamente importante” competências como conversar, informar, encorajar, ajudar, confirmar, compreender e saber ouvir. Estes dados estão em linha com a literatura existente que destaca a

importância destas competências na comunicação em saúde, sobretudo em contextos pediátricos. Tal como os estudos que apontam que a comunicação eficaz promove a cooperação dos pacientes e melhora os resultados dos exames (Linder & Schiska, 2007; Pollard 2019). Além disso, estes resultados estão alinhados com os encontrados por Adamson et al. (2023), que observaram que os Técnicos de Radiologia valorizam muito as capacidades de comunicação. Eles reconheceram que, mesmo utilizando uma linguagem apropriada, existem maneiras de melhorar esta comunicação, destacando a grande importância que atribuem a este aspeto.

Foi verificada uma forte ênfase na necessidade de ser claro, estabelecer contacto visual e usar linguagem simples. O que vai ao encontro da literatura. Que aponta estes factores como sendo essenciais para garantir que a informação é compreendida pelos pacientes pediátricos e suas famílias, contribuindo para uma experiência mais positiva e menos impactante (Goske, 2005; Brown, 2010).

Como foi referido uma adequada comunicação é essencial para a cooperação dos utentes e família, contribuindo para uma maior compreensão dos exames e melhoria dos resultados.

Também a Sociedade Europeia de Radiologia (2013) enfatiza que a comunicação eficaz é um componente crítico no diagnóstico por imagem. Os métodos para uma comunicação clara são dinâmicos e variados, compreendendo técnicas concisas que reduzem erros e aumentam a coerência. Segundo Oliver (2005), os Técnicos de Radiologia deparam-se muitas vezes com a ansiedade dos pacientes. No entanto, um contacto visual adequado e uma comunicação empática podem aliviar a ansiedade do paciente e da família e facilitar uma melhor compreensão. Na perspetiva de Taylor (2021), a comunicação centrada no paciente envolve sinais verbais e não verbais, incluindo contacto visual e linguagem clara e simples. Esta metodologia ajuda a estabelecer uma relação de confiança e a compreender melhor as necessidades dos pacientes. No estudo de Hellman e Lindgren (2014) as perceções dos Técnicos de Radiologia enfatizaram a necessidade de uma boa comunicação, incluindo instruções claras e contacto visual, para garantir que os pacientes se sintam compreendidos e cuidados durante os procedimentos num serviço de Radiologia.

Foram verificadas correlações positivas entre o tempo de exercício profissional e aspetos específicos da Positividade, sugerindo que a experiência pode influenciar positivamente

a forma como os técnicos se comunicam em termos de evitar negatividade e demonstrar comportamento positivo. Confirmando-se aqui, também o referido na literatura consultada, que a experiência parece ter um papel crucial na eficácia da comunicação, uma vez que os profissionais mais experientes têm maior capacidade de adaptar a sua comunicação às necessidades dos pacientes e suas famílias (Sarkany, 2018). De acordo com Weinreb e Wilcox (2004), a qualidade dos cuidados em radiologia está ligada à formação, educação e experiência dos profissionais de saúde. A experiência profissional ajuda a aperfeiçoar as suas competências de comunicação, cruciais para as interações e segurança dos pacientes.

Foram encontradas correlações positivas entre ajudar, confirmar, disponibilidade temporal e saber ouvir da Assertividade com todas as questões da Clareza e Positividade, o que sugere que a eficácia em tais competências de Assertividade está associada a uma maior clareza e positividade na comunicação. A literatura também indica que a Clareza e a Assertividade são fundamentais para estabelecer uma comunicação eficaz e construir confiança com os pacientes, além de melhorar a segurança destes. Num estudo efetuado por Omura (2017) foi verificado que os programas de práticas em comunicação assertiva para profissionais de saúde, melhoraram significativamente a Assertividade e as competências comunicativas destes, o que, por sua vez, influenciou positivamente a segurança dos pacientes. Eklics (2023) analisaram o impacto de cursos de comunicação simulada, centrados no uso de competências de comunicação assertiva em contextos clínicos. Os resultados mostraram que tais cursos ajudaram os profissionais a desenvolver confiança e competência, melhorando a qualidade do atendimento ao paciente. O estudo de Feliz e Barroca (2022), por sua vez, destacou a importância da Assertividade, Clareza e Positividade na comunicação para melhorar a relação entre o profissional de saúde e o paciente, promovendo maior aderência ao tratamento e melhores resultados de saúde.

No presente estudo foi encontrada uma diferença significativa entre géneros apenas na questão de envolver pacientes e familiares na tomada de decisão, sendo que as mulheres mostraram uma maior tendência a valorizar esta interação. Este resultado é consistente com outros estudos que mostram que as mulheres tendem a demonstrar maior empatia e envolvimento na comunicação em saúde (Bylund & Makoul, 2002; Strelakova et al., 2019). De acordo com Jefferson et al. (2013) os profissionais de saúde do género feminino têm maior probabilidade de adotar um estilo de construção de parcerias e prestar mais apoio emocional, o que pode levar a consultas mais longas e a um envolvimento

mais profundo com os pacientes (Bertakis, 2009), por sua vez, destaca que os profissionais de saúde do género masculino tendem a concentrar-se mais nos fatores técnicos dos cuidados, como o histórico médico e o exame físico, o que pode não superar de forma eficaz as necessidades psicossociais dos pacientes.

Não foram observadas diferenças significativas nas competências de comunicação com base nas qualificações académicas dos técnicos, sugerindo que a comunicação eficaz pode ser mais influenciada pela prática e experiência pessoal do que pelo nível de educação formal, reforçando a necessidade da formação académica (licenciatura e mestrado) incluir uma maior componente que verse conhecimento e desenvolvimento de competências de comunicação e não apenas conteúdos técnicos. Estudos anteriores também sugerem que a prática e a experiência direta são cruciais para o desenvolvimento de competências de comunicação eficazes (Feraco et al., 2016; Frost et al., 2015).

A necessidade de formação contínua e específica para melhorar as competências comunicacionais dos Técnicos de Radiologia foi também destacada pela maioria dos participantes. Estudos como os de Majid et al. (2019) mostraram que programas de treino baseados em simulações melhoraram significativamente as competências destes profissionais.

Muitos participantes ressaltaram a importância de desenvolver empatia e humanização no atendimento a pacientes pediátricos e suas famílias. De acordo com Silveira et al. (2020), o uso da empatia pelos profissionais de saúde melhora geralmente a qualidade do atendimento. Ao se colocarem no lugar do paciente, os profissionais conseguem apreender e compreender melhor as emoções sentidas por este, permitindo adaptações nas práticas de cuidados para proporcionar maior conforto e bem-estar. Segundo Cruz e Passos (2022), humanizar o atendimento é sinónimo de elevar e aumentar a sua qualidade, promovendo um tratamento digno e equitativo, o que é fundamental para um futuro modernizado. Contudo, isto nem sempre é fácil, no sentido em que muitos profissionais estão sobrecarregados e trabalham em condições que não favorecem melhorias no atendimento, tornando-os mecanizados e sem oportunidades de aperfeiçoamento. Segundo McIntosh (2022), os serviços de Radiologia podem ser intimidadores para os pacientes. A comunicação e a empatia são vitais para o atendimento ao paciente e devem ser ajustadas com base nas necessidades de cada um. A empatia, descrita como a compreensão emocional e intelectual dos pensamentos, sentimentos e comportamentos

de alguém, ajuda a criar um relacionamento entre o técnico e o paciente, melhorando a comunicação, reduzindo a ansiedade e proporcionando uma experiência positiva.

A adaptação da comunicação à idade e compreensão das crianças foi apontada como crucial para uma comunicação eficaz em pediatria. Numa revisão da literatura realizada por Kohlsdor e Junior (2013), a adaptação da linguagem técnica pelos profissionais de saúde foi identificada como um fator relevante na comunicação pediátrica. Na mesma linha de pensamento, Diaconescu e Moisa (2015) destacam que os profissionais em pediatria devem adaptar as suas competências de comunicação a um interlocutor em constante mudança. Algumas atitudes práticas podem ajudar os profissionais a comunicarem melhor com as crianças. As palavras usadas devem ser cuidadosamente escolhidas, evitando conotações negativas; por exemplo, em vez de “tirar um raio-X”, usar “tirar uma fotografia”. Ademais, na interação com crianças, é importante que os profissionais usem palavras simples, tons carinhosos, sejam brincalhões e retratem a aprendizagem através do jogo, além de usar muita repetição, ritmo e canção (Diaconescu & Moisa, 2015).

A criação de um ambiente acolhedor e tranquilo foi identificada como um fator importante para facilitar a comunicação e melhorar a experiência dos pacientes pediátricos. O que vai ao encontro do apresentado num estudo realizado por Hardin (2013) mostrou que ambientes personalizados com temas amigáveis, como o tema subaquático utilizado no Children's Hospital & Medical Center em Omaha, ajudaram a criar um ambiente mais tranquilo e acolhedor, reduzindo a ansiedade dos pacientes pediátricos durante os exames de Radiologia. Pollard et al. (2019) verificaram que os Técnicos de Radiologia que se esforçavam para criar um ambiente confortável e acolhedor, tanto físico como psicológico, eram vistos como comunicadores eficazes pelos pacientes. Esse estudo também verificou que a comunicação eficaz também facilitou a confiança na precisão dos resultados de exames radiológicos.

A disponibilidade de tempo suficiente para explicar os procedimentos e interagir com os pacientes foi considerada essencial para uma comunicação eficaz. Num estudo realizado por Chan et al. (2012), a disponibilidade de tempo foi considerada fundamental pelos profissionais de saúde para a qualidade da comunicação com os pacientes. No entanto, esse tempo nem sempre está disponível, levando muitos profissionais a evitarem a comunicação direta e a preferirem que familiares ou cuidadores comuniquem em nome do paciente (Hemsley et al., 2012).

Em suma, os resultados sublinharam a elevada valorização que os Técnicos de Radiologia atribuem a competências como conversar, informar, encorajar, ajudar, confirmar compreender e saber ouvir, evidenciando uma forte consonância com a literatura que ressalva a importância destas competências na comunicação em saúde. Além disso, foi observada uma ênfase significativa na necessidade de Clareza, estabelecimento de contacto visual e uso de linguagem simples, fatores essenciais para garantir que as informações sejam compreendidas pelos pacientes pediátricos e suas famílias, contribuindo para experiências melhores e mais positivas.

7.3. Implicações para a prática profissional

Os resultados deste estudo têm implicações claras para a prática profissional no contexto hospitalar. Estas implicações podem ser consideradas em diversas vertentes.

O estudo aponta para a necessidade de formação contínua centrada em competências comunicativas, designadamente em técnicas de comunicação clara, empática e assertiva. Nesse sentido, podem ser desenvolvidos *workshops* e cursos para melhorar estas competências, essenciais no tratamento de pacientes pediátricos e na interação com as suas famílias.

A partir dos resultados que destacam a importância de ser claro, usar linguagem simples e manter contacto visual, as instituições de saúde podem desenvolver e implementar protocolos de comunicação que forneçam orientações para os técnicos na adoção destas práticas, de forma a garantir que informação médica seja transmitida de forma eficiente e compreensível.

A relação entre o tempo de exercício profissional e a Positividade na comunicação, sugere que a experiência influencia diretamente na capacidade de transmitir confiança e tranquilidade aos pacientes. Por conseguinte, investir na experiência prática dos técnicos, através de avaliações e acompanhamento no local de trabalho, pode ser uma estratégia pertinente.

As diferenças encontradas na questão de envolver pacientes e familiares na tomada de decisão, em que as mulheres revelaram maior tendência para valorizar esta interação, remete para a necessidade de considerar as diferenças de género na formação das competências de comunicação. Como tal, os programas de treino/ formação podem ser

adaptados para fortalecer a capacidade de todos os técnicos construírem relações de parceria com os pacientes e as suas famílias.

Além disso, o estudo contribui para realçar as necessidades particulares das crianças. Assim, a eficácia da comunicação não deve incidir apenas os fatores técnicos do cuidado, mas também deve atender às necessidades, sociais e culturais dos pacientes, nomeadamente em pediatria, onde o apoio emocional é crucial. Nesse seguimento, as estratégias de comunicação devem incluir a formação para lidar com a ansiedade dos pacientes e as suas famílias, especialmente em situações de comunicação de más notícias.

O estudo contribui igualmente para alertar para a necessidade de criar um ambiente acolhedor e confortável para os pacientes pediátricos, tornando-os visualmente mais agradáveis e menos intimidadores para as crianças. Ajuda, de igual modo, para alertar acerca da importância da necessidade temporal adequada para interações significativas com os pacientes, que pode incluir a reorganização dos agendamentos para permitir mais tempo com cada paciente, sobretudo em contextos pediátricos onde a serenidade é de suma importância.

Por fim, o estudo chama a atenção para a importância de implementar sistemas de avaliação regular das competências comunicacionais, podendo estes ajudar a acompanhar o progresso e a identificar áreas que ainda necessitam de desenvolvimento. Neste contexto, podem ser usados *feedbacks* de pacientes e familiares para ajustar as estratégias e melhorar a qualidade do serviço.

As implicações deste estudo para a prática profissional são evidentes. Ao melhorar as competências de comunicação dos Técnicos de Radiologia em pediatria, não só se aumenta a probabilidade de melhorar a experiência do paciente, como também se contribui de forma significativa para a eficácia do diagnóstico e do tratamento. Estas melhorias podem, em última análise, resultar em melhores resultados de saúde para os pacientes pediátricos e uma maior satisfação para as suas famílias.

A proposta do Guião elaborado poderá contribuir para ajustar padrões comunicativos, elementares aos Técnicos de Radiologia, tornando a sua interação com os pacientes pediátricos coerente e constante.

7.4. Limitações do estudo

Muito embora os resultados obtidos neste estudo sejam significativos e apresentem um cenário abrangente sobre as competências de comunicação dos Técnicos de Radiologia em pediatria, existem algumas limitações que devem ser consideradas e que sugerem cautela na interpretação dos dados e na sua aplicação prática.

Em primeiro lugar, é de referir a amostra por conveniência usada. Esta amostra foi composta por 77 Técnicos de Radiologia que participaram de forma voluntária e foi selecionada por conveniência, ou seja, os elementos foram escolhidos devido à sua disponibilidade no local de recolha de dados. Este tipo de amostragem pode introduzir um viés de seleção, uma vez que os participantes podem não representar a totalidade dos Técnicos de Radiologia em pediatria na região de Lisboa ou noutras regiões.

Em segundo lugar, devido ao carácter não probabilístico da amostra, os resultados do estudo podem não ser generalizáveis para todos os Técnicos de Radiologia que trabalham em contextos pediátricos. Outros fatores, como a localização geográfica e o tipo de instituição (pública ou privada), podem influenciar as competências comunicativas dos técnicos, limitando desta forma a aplicação universal dos resultados.

Outra das limitações diz respeito ao instrumento usado. O questionário Q-COM-LIT, embora validado e adaptado para o contexto do estudo, baseia-se na valorização e autoperceção dos participantes sobre as suas competências de comunicação. Este método pode estar sujeito a respostas socialmente desejáveis ou a uma autoavaliação imprecisa, não refletindo necessariamente o comportamento real dos Técnicos de Radiologia em situações práticas.

Apesar de o estudo ter sido realizado em diversos hospitais da Grande Lisboa, a diversidade dos contextos hospitalares (hospitais de diferentes tamanhos, especializações e recursos) pode ter impacto nas respostas dos participantes. A falta de controlo sobre estas variáveis contextuais pode introduzir variações nos dados que não foram totalmente exploradas.

Uma outra limitação prende-se com o facto de o estudo ter sido realizado num período específico, o que pode não espelhar mudanças ou evoluções nas práticas de comunicação ao longo do tempo.

7.5. Sugestões para investigações futuras

A partir deste estudo, foram identificados vários aspetos que merecem uma investigação mais aprofundada. Seguidamente, são apresentados de forma resumida, os temas que podem ser explorados em futuras investigações:

- Amostra aleatória e representativa: Seria importante utilizar métodos de amostragem aleatória para recrutar participantes de diferentes hospitais e regiões, de forma que a amostra seja representativa da população alvo. Seria igualmente interessante incluir um número maior de participantes para aumentar a solidez dos resultados e permitir uma generalização mais ampla.
- Métodos de recolha de dados complementares: Seria interessante complementar o estudo com entrevistas semiestruturadas e grupos focais com os Técnicos de Radiologia para obter uma compreensão maior acerca das suas perceções e experiências em comunicação. Sugere-se também a implementação de observações diretas durante os procedimentos radiológicos para avaliar as competências de comunicação em contexto real e comparar com a autoperceção dos Técnicos.
- Estudos longitudinais: De forma a observar mudanças e identificar fatores que contribuem para a melhoria das competências comunicativas dos técnicos, seria interessante realizar estudos longitudinais. Tais estudos permitirão acompanhar o desenvolvimento dessas competências ao longo da carreira dos profissionais.
- Análise de diferenças regionais e institucionais: Recomenda-se a realização de estudos com a finalidade de averiguar se existem diferenças nas competências de comunicação dos técnicos em diferentes regiões e instituições do país (por exemplo: hospitais públicos vs. hospitais privados) para identificar variações e melhores práticas.
- Impacto de programas de formação: Seria interessante desenvolver e avaliar o impacto de programas de formação específicos centrados em competências de comunicação.
- Inclusão de *feedback* dos pacientes e familiares: Seria importante incluir a perspetiva dos pacientes pediátricos e as suas famílias através de questionários de satisfação e entrevistas para avaliar a eficácia das competências comunicativas dos Técnicos de Radiologia.

Conclusão

A partir dos resultados obtidos neste estudo, é possível concluir que as competências de comunicação dos Técnicos de Radiologia em contextos pediátricos são extremamente valorizadas e percebidas como cruciais pelos profissionais. Em pediatria, a comunicação desempenha um papel ainda mais crucial na preparação das crianças para um procedimento técnico. Contudo, muitos profissionais de saúde não sabem o que dizer a uma criança, quando esta comunicação deve ocorrer e como deve ser realizada. Frequentemente, os pais são utilizados como substitutos na comunicação, presumindo-se que a sua opinião irá refletir exatamente os sentimentos e necessidades da criança. No entanto, esta correspondência nem sempre se verifica, o que destaca a importância de as crianças assumirem um papel ativo na sua saúde, de acordo com a sua faixa etária, podem expressar as suas perceções. Os técnicos devem, assim, ter competências comunicacionais adequadas, tanto com o paciente pediátrico como com a sua família.

As principais conclusões retiradas deste trabalho são as seguintes:

- **Importância da comunicação:** Os Técnicos de Radiologia demonstraram uma forte consciência da importância da Assertividade, Clareza e Positividade na interação com os pacientes pediátricos e suas famílias. A maioria dos técnicos atribui grande importância a competências como saber ouvir, confirmar o entendimento e manter uma comunicação clara e positiva, essenciais para uma experiência segura e confortável para o paciente.
- **Necessidade de melhoria:** A comunicação eficaz não só é vital para a qualidade dos cuidados prestados, mas também para evitar problemas legais e melhorar a experiência do paciente. Portanto, é necessário um esforço contínuo para melhorar as práticas de comunicação existentes.
- **Guião de competências:** No âmbito deste estudo, e atendendo ao objetivo de elaborar uma proposta de um Guião de competências de comunicação para os Técnicos de Radiologia que realizem exames em pacientes pediátricos, foi elaborado um Guião que visa auxiliar os Técnicos de Radiologia na interação com pacientes pediátricos e suas famílias. Este Guião inclui módulos sobre o desenvolvimento de empatia, uso de linguagem acessível e não técnica, gestão eficaz de situações de ansiedade ou conflito, e estratégias para assegurar a compreensão dos procedimentos por parte dos pacientes e seus responsáveis.

- **Formação contínua:** A implementação de programas de formação contínua é crucial para reforçar estas competências, tendo em conta a relação positiva entre a experiência profissional e a melhoria das competências comunicativas.
- **Estratégia integral e adaptada:** É necessário adotar uma estratégia comunicacional integral e adaptada, que seja essencial para a promoção de cuidados de saúde eficazes e sensíveis às necessidades dos pacientes pediátricos e suas famílias.
- **Empatia e humanização no atendimento:** Os técnicos devem ter tempo suficiente para realizar os procedimentos com tempos apropriados, possibilitando uma comunicação adequada e atenciosa que pode prevenir a repetição de exames e melhorar a segurança do paciente.
- **Adaptação da comunicação:** A clareza, o contacto visual e o uso de linguagem simples são cruciais para que as informações sejam compreendidas pelos pacientes com variadas faixas etárias. A comunicação deve ser adaptada para atender às necessidades específicas de cada faixa etária, melhorando assim a experiência geral do paciente e a sua família.

Referências

- Adams, S., Beatty, M., Moore, C., Desai, A., Bartlett, L., Culbert, E., Cohen, E., Stinson, J., & Orkin, J. (2021). Perspectives on team communication challenges in caring for children with medical complexity. *BMC Health Services Research*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06304-8>.
- Adamson, H. K., Chaka, B., Hizzett, K., Williment, J., & Hargan, J. (2023). An exploration of communication skills development for student diagnostic radiographers using simulation-based training with a standardised patient: UK-based focus-group study. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 54(3), 465–472. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2023.06.004>
- Albuquerque, F. K. O. de, Farias, A. P. do E. C. de, Montenegro, C. da S., Lima, N. K. F. de, & Gerbasi, H. C. L. M. (2019). Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 87(25), 1–9. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.189>
- Almeida, V. de (2020). *Literacia em saúde e capacitação dos profissionais de saúde: o modelo de comunicação em saúde ACP*. Associação Portuguesa de Documentação e Informação de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/34417>
- Almeida, C., & Belim, C. (2021). As competências de comunicação dos profissionais de saúde como luz no caminho do doente, 6, 14-29. <https://doi.org/10.4018/ijarphm.2021010102> .
- Armelin, C. B., Wallau, R. A., Sarti, C. A., & Pereira, S. R. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2), 45-54. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n2/06.pdf>
- Barcelos, P. E. L., & Cavalcanti de Aguiar, A. (2019). A comunicação sobre HIV nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)- Brasil. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 100-111. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.4473>
- Bauder, L., Giangobbe, K., & Asgary, R. (2023). Barriers and Gaps in Effective Health Communication at Both Public Health and Healthcare Delivery Levels During Epidemics and Pandemics; Systematic Review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, 1–8. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.61>

- Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 356–360. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022>
- Bertol, S. R. S. (2018). Comunicação de saúde: surgimento e consolidação da especialidade = Health communication: emergence and consolidation of specialty. *Revista Espanola de Comunicacion En Salud*, 9(1), 72–81. <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4253>
- Brown, S. (2010). The intersection of ethics and communication in prenatal imaging: challenges for the pediatric radiologist. *Pediatric Radiology*, 40, 514–517. <https://doi.org/10.1007/s00247-009-1516-y>.
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207–216. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00173-8)
- Carla Lopes (2010). Identificação e avaliação da importância das competências de comunicação no exercício profissional dos técnicos de cardiopneumologia- Lisboa
- Carús, C. S., Vieira, A. G., Botton, L. T. J., Schubert, C., & Fagundes, M. A. B. G. (2021). Barreiras para comunicação eficaz em saúde. *Research, Society and Development*, 10(7), 1–19. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16218>
- Castro, M.C. (2020). *A influência da comunicação na adesão das crianças à ressonância magnética sem anestesia* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/130806>
- Chan, E., Jones, A., Fung, S., & Wu, S. (2012). Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7-8), 1168-77 . <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03841.x>.
- Clark, R., Owen, T., Jones, M., Porcheron, M., & Wardle, P. (2023). It Works Better When I Do That: Interaction and Communication In Radiology

- Departments. *Proceedings of the 41st ACM International Conference on Design of Communication*. <https://doi.org/10.1145/3615335.3623011>.
- Clarke, V., & Braun, V. (2014). Thematic Analysis. In *Encyclopedia of Critical Psychology* (pp. 1947–1952). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_311
- Consciência, J.R. (2017). *A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4746>
- Cornett, J., & Kuziemy, C. (2018). Team based communication and the healthcare communication space.. *Journal of health organization and management*, 32(6), 825-840 . <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2017-0189>.
- Costa, J., & Gonçalves, M. (2015). A extrema vulnerabilidade na transição dos cuidados hospitalares para o domicílio : uma análise sobre determinantes sociais de saúde. *Intervenção Social, Lisboa*, 42(45), 177-191. Repositório Universidades Lusíada. http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1731/1/IS_42-45_10.pdf
- Cristo, L. M. de O., & Araujo, T. C. C. F. de. (2015). Comunicação criança-acompanhante-pediatra: Estudo observacional em diferentes níveis de assistência. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), 89-103. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n3p89-103>
- Cruz, L. R. S., & Passos, A. G. (2022). A importância da humanização no setor de radiologia para pacientes e seus acompanhantes. *Anais do 23º Simpósio de TCC do Centro Universitário ICESP*, 23, 931-936. http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/8db587a0a1cb686f9b60adc64cc2e980.pdf
- Dawadi, S., Shrestha, S., & Giri, R. A. (2021). Mixed-Methods Research: A Discussion on its Types, Challenges, and Criticisms. *Journal of Practical Studies in Education*, 2(2), 25-36. <https://doi.org/10.46809/jpse.v2i2.20>
- de la Torre, B. A. P., Caravana de Castro Moraes Ricci, M. F., & Cerqueira Linhares, U. (2020). Comunicação em Saúde. *Revista de Saúde*, 1–11. <https://doi.org/10.21727/rs.v0i0.2565>

- Diaconescu, S., & Moisa, Ș. M. (2015). Communication with pediatric patients: More than a medical act. *International Journal of Communication Research*, 5(4), 333-336. https://www.ijcr.eu/articole/296_11%20Smaranda%20DIACONESCU.pdf
- Dobrozsi, S., Trowbridge, A., Mack, J. W., & Rosenberg, A. R. (2019). Effective communication for newly diagnosed pediatric patients with cancer: Considerations for the patients, family members, providers, and multidisciplinary team. *ASCO Educational Book*. https://doi.org/10.1200/EDBK_238181
- Dutruel, S. P., Hentel, K. D., Hecht, E. M., & Kadom, N. (2024). Patient-Centered Radiology Communications: Engaging Patients as Partners. *Journal of the American College of Radiology*, 21(1), 7–18. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2023.10.009>
- Eklics, K., Fekete, J., & Szalai-Szolcsányi, J. (2023). Improving Assertive Communication Skills in Simulated Medical Encounters. *Porta Lingua*, 2, 23–28. <https://doi.org/10.48040/PL.2023.2.2>
- Erdogan, N., Imamoglu, H., Gorkem, S. B., Dogan, S., Senol, S., & Ozturk, A. (2017). Preferences of referring physicians regarding the role of radiologists as direct communicators of test results. *Diagnostic and Interventional Radiology*, 23(1), 81–85. <https://doi.org/10.5152/dir.2016.16325>
- ESR- European Society of Radiology (s.d.) *A arte da imagem pediátrica*. <https://www.espr.org/>
- Fatahi, N., Kustrimovic, M., & Elden, H. (2020). Non-Medical Radiography Staff Experiences in Inter-Professional Communication: A Swedish Qualitative Focus Group Interview Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 393 - 401. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S231442>.
- Feliz, J. M., & Barroca, M. (2022). *Importance of Medication Reconciliation as a Strategy for Health Literacy* (pp. 224–237). <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-8824-6.ch013>
- Feraco, A. M., Brand, S. R., Mack, J. W., Kesselheim, J. C., Block, S. D., & Wolfe, J. (2016). Communication Skills Training in Pediatric Oncology: Moving Beyond Role Modeling. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(6), 966–972. <https://doi.org/10.1002/pbc.25918>

- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Frost, K., Metcalf, E., Brooks, R., Kinnersley, P., Greenwood, S., & Powell, C. (2015). Teaching pediatric communication skills to medical students. *Advances in Medical Education and Practice*, 6, 35-43. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S68413>
- Garg, R. (2016). Methodology for research I. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(9), 640–645. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.190619>
- Goske, M., Reid, J., Yaldoo-Poltorak, D., & Hewson, M. (2005). RADPED: an approach to teaching communication skills to radiology residents. *Pediatric Radiology*, 35, 381-386. <https://doi.org/10.1007/s00247-004-1356-8>.
- Gray, C., Barnsley, J., Gagnon, D., Belzile, L., Kenealy, T., Shaw, J., Sheridan, N., Nji, P., & Wodchis, W. (2018). Using information communication technology in models of integrated community-based primary health care: learning from the iCOACH case studies. *Implementation Science : IS*, 13 (87), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0780-3>.
- Hantho, A., Jensen, L. e Malterud, K. (2002). Compreensão mútua: um modelo de comunicação para clínica geral. *Jornal Escandinavo de Cuidados Primários de Saúde*, 20, 244 - 251. <https://doi.org/10.1080/028134302321004926> .
- Hardin, N. (2013). Setting the stage for delivery of safer imaging.. *Radiology Management*, 35(6), 9-11 .
- Hart, C.; Chesson, R. (1998) Children as Consumers
- Health Literacy Solutions Center (2024). *7 barreiras para uma comunicação eficaz na área da saúde*. <https://www.healthliteracysolutions.org/blogs/iha-staff1/2023/07/19/7-barriers-to-effective-communication-in-healthcar>
- Hellman, E., & Lindgren, M. (2014). Radiographers' Perceptions of Patients Care Needs During a Computed Tomography Examination. *Journal of Radiology Nursing*, 33, 206-213. <https://doi.org/10.1016/J.JRADNU.2014.07.003>.
- Hemsley, B., Balandin, S., & Worrall, L. (2012). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful

- communication in hospital.. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 116-26
[. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x).
- Hofling, C. K. (1970). *Enfermaria psiquiátrica*. 2ª ed. México
- Howell, A., Nielsen, E., Turner, A., Curtis, J., & Engelberg, R. (2014). Clinicians' perceptions of the usefulness of a communication facilitator in the intensive care unit.. *American journal of critical care: an official publication. American Association of Critical-Care Nurses*, 23 (5), 380-386. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014517>.
- Jefferson, L., Bloor, K., Birks, Y., Hewitt, C., & Bland, M. (2013). Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18, 242 - 248. <https://doi.org/10.1177/1355819613486465>.
- Kesmodel, U. (2018). Estudos transversais – para que servem?. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97, 388 - 393. <https://doi.org/10.1111/aogs.13331>.
- Kohlsdorf, M., & Junior, Á. L. (2013). Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(4), 539-555.
- Landau, S., & Everitt, B. (2004). *A Handbook of Statistical Analyses using SPSS*. Chapman & Hall/CRC Press LLC.
- Lang, E. v. (2012). A Better Patient Experience Through Better Communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31(4), 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2012.08.001>
- Lima, W. L. dos S., Torreão, P. A., Santos, J. S., Cunha, K. M., Nascimento, R. de C. de S., Anunciação, L. L., & Coutinho, N. A. S. (2020). Percepções sobre a importância da educação interprofissional na formação dos profissionais de saúde: relato de experiência de um grupo do PET–Saúde/Interprofissionalidade. *Revista De Saúde Coletiva Da UEFS*, 10(1), 82–89. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v10i1.5152>
- Linder, J. M., & Schiska, A. D. (2007). Imaging Children: Tips and Tricks. *Journal of Radiology Nursing*, 26(1), 23–25. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2007.01.007>
- Liu, P., Lyndon, A., Holl, J. L., Johnson, J., Bilimoria, K. Y., & Stey, A. M. (2021). Barriers and facilitators to interdisciplinary communication during consultations:

a qualitative study. *BMJ Open*, 11(9),1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046111>

Majid, S., Gauguet, J.-M., McIntosh, L., Watts, G., Rosen, M. P., & DeBenedictis, C. M. (2020). Still Coming Out of the Dark: Enduring Effects of Simulation-Based Communication Skills Training for Radiology Residents—Four-Year Follow-Up. *Current Problems in Diagnostic Radiology*, 49(6), 382–385. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2019.07.006>

Marotti, J., Mantelli, A. G., Furuyama, R., & Pigozzo, M. N. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: Tamanho da amostra. *Revista*, 20(2), 186-194.

Mcintosh, J. (2022). Communication and Patient Care in Radiography. *South African Radiographer*, 60(1), 25–31. <https://doi.org/10.54450/saradio.2022.60.1.685>

Mendes Nunes, J. (2020). *Comunicação em saúde*. Associação Portuguesa de Documentação e Informação de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/34438>

Moagi, M.M., Van Der Wath, A.E., Jiyane, P.M. & Rikhotso, R.S. (2021). Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: An integrated literature review'. *Health SA Gesondheid*, 26, 1-12. <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1487>

Narayan, A., Dromi, S., Meeks, A., Gomez, E., & Lee, B. (2017). Breaking Bad News: A Survey of Radiology Residents' Experiences Communicating Results to Patients.. *Current problems in diagnostic radiology*, 47(2), 80-83 . <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2017.04.011>.

Naughton, C. (2018). Patient-Centered Communication. *Pharmacy*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6010018>

Nunes, J. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa

O'Neill, A. G. M., Hughes, C. M., McClure, P., Barbosa, B., Muscat, K., Oliveira, C., Soares, A. L., & McFadden, S. (2023). Patient-reported perspectives of therapeutic radiographers when undergoing radiotherapy: A European multi-centre study. *Radiography*, 29, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2023.01.027>

Oliveira, J. B. A. (2013). *Comunicação em Cuidados Paliativos – a Informação como um Processo e não como um Ato/ Communication in Palliative Care – information as*

- a process and not as an act. *Revista Ciências Em Saúde*, 3(3), 46–55.
<https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v3i3.241>
- Ollivier, L. (2005). Communication between radiologists and patients with cancer. *Cancer Imaging*, 5, 114 - 115. <https://doi.org/10.1102/1470-7330.2005.0102>
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001>
- Pantell, R., Stewart, T., Dias, J., Wells, P., & Ross, A. (1982). Comunicação do médico com crianças e pais. *Pediatrics*, 70(3), 396-402. <https://doi.org/10.1542/peds.70.3.396>
- Pollard, N., Lincoln, M., Nisbet, G., & Penman, M. (2019). Patient perceptions of communication with diagnostic radiographers. *Radiography*, 25(4), 333–338. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.04.002>
- Portelli, J. L., & Migliorini, M. (2019). Comunicação eficaz por radiologistas: No cerne da segurança do doente. In *WRD 2019 ISRRT Edição Especial: Sua Segurança. Nossa Prioridade* (pp. 30-33). ISRRT. https://www.researchgate.net/publication/339055524_Effective_communication_by_radiographers_at_the_heart_of_patient_safety
- Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martínez-Leal, R., Rössler, W., Salize, H., Svensson, B., Torres-Gonzales, F., Brink, R., Wiersma, D., & Wright, D. (2007). Structured patient–clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 191, 420 - 426. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036939>.
- Raaschou, H., Pilegaard, M., Klausen, L., & Danielsen, A. K. (2019). Oncology patients' experience of a routine surveillance CT examination: Relationships and communication. *Radiography*, 25(4), 308–313. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.02.009>

- Rockall, A. G., Justich, C., Helbich, T., & Vilgrain, V. (2022). Patient communication in radiology: Moving up the agenda. *European Journal of Radiology*, 155, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2022.110464>
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(10), 47-57. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/3120>
- Sarkany, D., DeBenedictis, C., & Brown, S. (2018). A Review of Resources and Methodologies Available for Teaching and Assessing Patient-Related Communication Skills in Radiology. *Academic Radiology*, 25 (7), 955-961 . <https://doi.org/10.1016/j.acra.2017.11.018>.
- Saron, H., Bray, L., Carter, B., & Wilkinson, C. (2023). Communication during children’s X-ray procedures and children’s experiences of the procedure: A scoping review. *Radiography*, 29, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2023.02.012>
- Semedo, C., Moreira Diniz, A., & Herédia, V. (2020). Training health professionals in patient-centered communication during magnetic resonance imaging to reduce patients’ perceived anxiety. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.003>
- Siewert, B., Brook, O. R., Hochman, M., & Eisenberg, R. L. (2016). Impact of Communication Errors in Radiology on Patient Care, Customer Satisfaction, and Work-Flow Efficiency. *American Journal of Roentgenology*, 206(3), 573–579. <https://doi.org/10.2214/AJR.15.15117>
- Silveira, A., Frank, A. E., Huppes, G. M., Weide, G. B., & Schenke, Y. V. de S. (2020). Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: Cuidado e empatia de enfermagem. *Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde*, 6(2), 1-9.
- Skumsnes, R., Thygesen, H., & Groven, K. S. (2023). Facilitators and barriers to communication in rehabilitation services across healthcare levels: a qualitative case study in a Norwegian context. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1353. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10222-2>
- Sociedade Europeia de Radiologia. (2013). *ESR communication guidelines for radiologists. Insights into Imaging*, 4(2), 143–146. <https://doi.org/10.1007/s13244-013-0218-z>

Soriano, P. (2023). Technologies, physician's caring competency and patient centered care.

Stewart, M. et al. (1995) Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Sage Publications, Inc. California.

Strekalova, Y. A., Kong, S., Kleinheksel, A. J., & Gerstenfeld, A. (2019). Gender differences in the expression and cognition of empathy among nursing students: An educational assessment study. *Nurse Education Today*, 81, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.04.004>

Suchman, A., Markakis, K., Beckman, H., & Frankel, R. (1997). Um modelo de comunicação empática na entrevista médica. *JAMA*, 277(8), 678–82. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1997.03540320082047>.

Taylor, A., Bleiker, J., & Hodgson, D. (2021). Compassionate communication: Keeping patients at the heart of practice in an advancing radiographic workforce. *Radiography*, 27, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2021.07.014>

Teixeira, J. A. (n.d.). *Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde – utentes*. Repositório do ISPA (pp. 615-620). <https://core.ac.uk/reader/70647950>

Thurston, J., Oyen, W., Ribeiro, A., Husson, O., Drey, N., Murray, I., & May, K. (2019). Ionising radiation exposure from medical imaging – A review of Patient's (un) awareness. *Radiography*, 26(2), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.10.002>

Vaz de Almeida, C. (2019). *Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática*. Repositório do ISPA. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7662/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica_43.pdf

Vieira, G. I. (2013). *Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: o caso do município de São Paulo* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública]. Biblioteca Digital USP. <https://doi.org/10.11606/D.6.2013.tde-16122013-133238>

Vieira, M.T. (2008). *Amostragem* [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de Matemática]. RIA. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/2909/1/2009000495.pdf>

Zech, N., Seemann, M., Signer-Fischer, S., & Hansen, E. (2015). [Comunicação com crianças: dicas práticas e ferramentas para a rotina da anestesiologia].. *Der Anestesiist* , 64 (3), 197-207. <https://doi.org/10.1007/s00101-015-0001-2> .

Anexos

Anexo 1- Q-COM-LIT (Questionário de Comunicação e Literacia em Saúde)

Competências de Comunicação Dos Técnicos de Radiologia/IMR em Pediatria

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do Estudo:

Competências de Comunicação dos Técnicos de Radiologia/Imagem Médica e Radioterapia em Pediatria.

Este projeto está a ser desenvolvido por uma equipa de investigação constituída pela investigadora principal Cidália Cascais, em colaboração com o orientador Professora Doutora Ana Paula Amaral, do Instituto Politécnico de Coimbra, em colaboração com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra.

O seu objetivo fundamental é conhecer e evidenciar a presença das competências de comunicação valorizadas e autopercecionadas pelos técnicos de Radiologia/Imagem Médica e Radioterapia para comunicarem em pediatria.

O procedimento experimental será feito num único momento, através de um inquérito que será transposto para a plataforma Google Forms

Investigador Principal do Projeto:

Cidália Cascais Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica/ Aluna de Mestrado em Imagem Médica e Radioterapia, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra/IPC

Email da Investigadora:
cidaliacascais@live.com.pt

Assinatura do Investigador : Cidália Cascais

Data: _____

Dados pessoais

1. 1. **Idade:**

2. 2. **Género:**

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Outro

3. **3. Habilitações literárias:**

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós graduação
- Mestrado
- Doutoramento

4. **4. Tempo de exercício profissional:**

Dimensões comunicacionais:

I) Assertividade, II) Clareza e III) Positividade

Durante as próximas 24 questões, e recorrendo a uma escala de Likert (nada importante a extremamente importante), pretende-se avaliar a percepção dos técnicos de Radiologia/IMR sobre as competências de comunicação utilizadas na relação com o paciente pediátrico e familiares.

Tendo em conta as 3 dimensões comunicacionais: I) Assertividade, II) Clareza e III) Positividade classifique:

I) Assertividade

Assertividade na relação terapêutica relacionada com o acesso, uso e compreensão.

16. 4. **Explicar** detalhadamente **os procedimentos** para a realização do exame.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada importante	Pouco importante	Importante
Explicar os procedimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. 5. **Confirmar** que o paciente e familiares/responsáveis **compreendem** tudo para sua própria segurança.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada importante	Pouco importante	Importante
Assegurar a compreensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 6. Usar **frases curtas** .

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada importante	Pouco importante	Importante	E
Frases curtas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ir

19. 7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, **desenhos ou esquemas**)

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada importante	Pouco importante	Importante
Desenhos e esquemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. 8. Esclarecer **procedimentos futuros**.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada importante	Pouco importante	Importante	E
.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ir

III Positividade

Positividade na relação terapêutica relacionado com o acesso, uso e compreensão.

21. 1. **Cumprimentar** o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada importante	Pouco importante	Importante
Cumprimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. 2. Que **fatores acha mais relevantes** para uma comunicação facilitadora em Pediatria?

31. 3. **Partilhe**, por favor, alguma **sugestão/opinião que considere relevante para este estudo**, de acordo com o que considera serem as suas necessidades para continuar a desenvolver uma relação comunicacional facilitadora, com os pacientes junto de quem realiza exames radiológicos.

Obrigada!

Anexo 2- Comprovativo de autorização do uso do questionário

Boa tarde cara Dra Cidália Cascais

Junto se remete o questionario que validou o Modelo ACP - Q-COM- LIT

Envio em Word para que possa passar para google forms eventualmente e ser mais fácil

peço-lhe que me vá dando conta da evolução do seu Mestrado

Muito sucesso para o seu trabalho. Depois terei muito interesse em ver os seus resultados.

Com estima, os meus melhores cumprimentos Cristina Vaz de Almeida

Doutora em Ciências da Comunicação - Literacia em Saúde Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) Diretora da Pós Graduação em Literacia em Saúde (ISPA) Chief-Editor of Jornal Investigação Médica (JIM)

Anexo 3- Autorização da comissão de ética do instituto politécnico Coimbra



**Politécnico
de Coimbra**

COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER N.º 52_CEIPC/2024

Este questionário será enviado em formato online, mais precisamente através do *Google forms*, prevendo-se que o seu preenchimento demore 10 minutos.

A utilização deste instrumento foi autorizada pela sua autora, Cristina Vaz de Almeida (Doutora em Ciências da Comunicação-Literacia em Saúde). O comprovativo de autorização encontra-se em anexo.

Procedimentos:

- Os questionários serão enviados aos Técnicos de Radiologia /Imagem Médica e Radioterapia (IMR) que realizem exames pediátricos.
- Será feita a recolha de dados a partir do questionário enunciado.
- Os dados serão tratados com software adequado, retirando informação que nos permita a análise em relação aos objetivos deste estudo.
- Todos os dados serão anonimizados.
- Os dados recolhidos serão destruídos, findo o trabalho de investigação em causa.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Da leitura dos dados presentes no estudo não se configuram riscos para os integrantes da amostra;

B.2. O proponente explicita que na recolha e análise dos dados será sempre garantido o respeito do anonimato e confidencialidade da informação;

B.3. O Consentimento Informado (CEIPC_CILE), livre e esclarecido apresenta-se escrito de forma adequada verificando o princípio do consentimento livre e esclarecido para os participantes no estudo incluindo a sua voluntariedade;

B.4. A calendarização apresenta-se devidamente planeada (secção 4) e explicita que o início do projeto teve lugar em outubro de 2023 e terá a sua conclusão em junho de 2024.

B.5. A participação dos sujeitos integrantes da amostra é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira, ou de outra natureza, à sua participação.

C – CONCLUSÕES

O presente estudo cumpre os requisitos éticos de investigação com seres humanos, pelo que nada tenho a obstar quanto ao desenvolvimento deste projeto, propondo assim a emissão de parecer favorável ao seu desenvolvimento por esta Comissão de Ética, conforme disposto no n.º 2 do art.º 7º do Regulamento da Comissão de Ética do IPC. Contudo, deve-se ter em atenção que a recolha de dados só deverá ser efetuada após a comunicação deste parecer aos investigadores.

DECISÃO: DEFERIDO, por UNANIMIDADE, em reunião da CEIPC de 27 de março de 2024

O Relator:

João Pedro Trovão

O/A Presidente da CEIPC:

Assinado por: **Adelino Manuel Moreira dos Santos**
Num. de Identificação: 03327047
Data: 2024.03.29 12:25:03+00'00"

Anexo 4-

Tabela A. *Frequência absoluta (N) e percentagem (%)*

	N	%
NS/NR	17	22,1%
Adequar o discurso ao paciente	1	1,3%
Adotando uma comunicação mais assertiva e direta	1	1,3%
Adquirindo e desenvolvendo skills em comunicação. Colocar em prática e testar esses skills no maior número de contextos e cenários possíveis.	1	1,3%
Aprender a comunicar Formações. Ter tempo para comunicar com o paciente num turno de exames	1	1,3%
Apresentando-se pelo nome	1	1,3%
Através de formações e do uso do senso comum, tratar como gostaríamos de ser tratados	1	1,3%
Através de mais formações sendo que em primeiro lugar os próprios Técnicos devem fazer deste assunto uma prioridade.	1	1,3%
Através de rol play e formação em comunicação	1	1,3%
Bastante.	1	1,3%
Colocando se sempre no lugar do outro, neste caso dos utentes (crianças) e família	1	1,3%
Colocar-se na posição do paciente e compreender que o mesmo pode não entender o que queremos explicar.	1	1,3%
Colocarmo-nos no lugar do paciente e ter tempo para dedicar	1	1,3%
Com formação na área da comunicação para obterem mais ferramentas.	1	1,3%
Com formação, e dedicação, com interesse no paciente	1	1,3%
Com formações constantes	1	1,3%
Conversando mais com o paciente.	1	1,3%
Conversando, tendo mais empatia e sobretudo mais tempo para estar com o paciente	1	1,3%
Criando empatia	1	1,3%
Criando empatia com o utente. As vezes 5 minutos “perdidos “podem salvar um exame.	1	1,3%
Dando mais atenção aos pacientes. Escutando melhor as dúvidas/ preocupações dos pacientes .	1	1,3%
Desenvolverem o seu QE.	1	1,3%
Durante o trajeto académico	1	1,3%
Em RM a comunicação é essencial. Deveriam existir mais ações de formação nesta vertente.	1	1,3%
Empatia e amabilidade, simpatia	1	1,3%
Estudar, manter sempre atualizado fazer muita formação.	1	1,3%
Fala com assertividade, de forma calma e clara/objetiva.	1	1,3%
Falando devagar e explicar adequadamente os procedimentos	1	1,3%
Falar com o paciente	1	1,3%
Falar o essencial, transmitir confiança nas suas competências e empatia	1	1,3%
Formação	10	13,0%
Formação e prática	1	1,3%
Formação em comunicação em saúde	1	1,3%
Formação, e experiência específica em pediatria	1	1,3%

Interagindo com o paciente, explicando todos os passos do exame que vai fazer. Fazendo um bom trabalho de equipa	1	1,3%
Investir em formações e outras ações para melhorar as competências e existir um manual como guia para abordar /comunicar com crianças	1	1,3%
Maior interesse no percurso académico e profissional	1	1,3%
Mais informação sobre o exame esclarecida á criança por parte do médico prescritor	1	1,3%
Mais tempo para a realização dos exames	1	1,3%
Mantendo um diálogo ativo e passivo	1	1,3%
Não se cristalizando, sair do casulo. Formação continua também é ajustar a comunicação interpessoal.	1	1,3%
Pela frequência de formação na área comportamental que lhes permita comunicar de forma eficaz e assertiva.	1	1,3%
Realizar mais ações de formação	1	1,3%
Saber falar e saber ouvir	1	1,3%
Sendo mais empático, linguagem simples e clara	1	1,3%
Sendo mais empáticos	1	1,3%
Sim	2	2,6%
Tendo empatia e comunicar com a criança de forma calma de forma que a mesma se sinta segura a realizar o exame.	1	1,3%
Tendo tempo para falar com a criança e com os pais, em certas valências (TC e RM) fazer até uma primeira abordagem antes do exame, para mostrar as instalações e equipamentos para desmistificar medos e receios da criança e dos acompanhantes.	1	1,3%
Usar uma linguagem clara, objetiva, correta e educada.	1	1,3%
Workshop prático	1	1,3%

Anexo 5

Tabela B *Frequência absoluta (N) e percentagem (%)*

	N	%
NS/NR	16	20,8%
A empatia	1	1,3%
A empatia, ouvir e saber falar.	1	1,3%
A Linguagem	1	1,3%
Atualização por exemplo dos desenhos animados da moda	1	1,3%
Adaptação do discurso à idade da criança	1	1,3%
Adaptar ao estado da criança	1	1,3%
Adequar a comunicação ao nível de perceção da criança, ser claro e sucinto e revelar empatia. Falar ao nível dos seus olhos e apelar à sua ajuda/autonomia.	1	1,3%
Ambiente acolhedor	1	1,3%
Ambiente tranquilo	1	1,3%
Baixar-se ao nível da criança para falar com ela	1	1,3%

Clareza e honestidade	1	1,3%
Colocar-se no lugar da criança e familiares tentando perceber os seus medos e dúvidas, apresentando argumentos que deixem todos mais confortáveis e esclarecidos	1	1,3%
Comunicação simples e assertiva sem diminuir ou ridicularizar o discurso e a criança	1	1,3%
Comunicação simples, curta e adotada à faixa etária da criança.	1	1,3%
Conhecimento do ato que vai executar. Adotar um perfil calmo e doente. Desmistificar os medos da criança. Esclarecer os pais em relação ao procedimento a realizar.	1	1,3%
Conhecimento sobre como comunicar em diferentes contextos clínicos, por exemplo, traumatismos, doenças do espectro do autismo.	1	1,3%
Conseguir atenção da criança / jovem para melhor colaboração deste	1	1,3%
Diálogo simples e objetivo	1	1,3%
Disponibilidade; dar tempo para compreenderem a mensagem	1	1,3%
Dominar as várias competências que fazem as crianças felizes e perceber aonde a criança sente mais confortável.	1	1,3%
Empatia	3	3,9%
Empatia com os pais e crianças	1	1,3%
Empatia e Paciência	3	3,9%
<i>Empatia e simplicidade</i>	1	1,3%
<i>Empatia, confiança, segurança</i>	1	1,3%
<i>Empatia. Respeitar o espaço do paciente. Encorajar o familiar/acompanhante a participar ativamente no posicionamento do doente caso este seja reativo a presença do TSDT.</i>	1	1,3%
<i>Entender o medo e os receios da criança, não desvalorizar, explicar com calma, empatia, meiguice, saber brincar</i>	1	1,3%
<i>Falar baixo, com calma e simpatia e de forma clara.</i>	1	1,3%
<i>Falar com clareza, mas assertivamente</i>	1	1,3%
<i>Falar de modo simples</i>	1	1,3%
<i>Falar pausadamente e de forma clara e acolhedora com a criança.</i>	1	1,3%
<i>Integração na equipa</i>	1	1,3%
<i>Linguagem cordial e mostrar empatia.</i>	1	1,3%
<i>linguagem simples, usar os acompanhantes para transmitirem confiança.</i>	1	1,3%
<i>Linguagem simples e adequada à idade do doente</i>	1	1,3%
<i>Linguagem simples e carinhosa</i>	1	1,3%
<i>Linguagem simples, direcionando o discurso e informação à faixa etária.</i>	1	1,3%
<i>Linguagem simples, frases curtas e de forma amigável</i>	1	1,3%
<i>Mostrar empatia e brincar com a criança mostrando mesmo desenhos</i>	1	1,3%
<i>O ambiente da sala, o à-vontade que cada técnico tem em conversar com a criança.</i>	1	1,3%
<i>O técnico colocar-se no lugar da criança, atendendo à sua faixa etária</i>	1	1,3%
<i>O tempo que o técnico tem para fazer o exame deve de ser mais, para que isto não influencie o tempo que o técnico tem para fazer o exame uma vez que as crianças requerem mais atenção e explicações mesmo sendo elas de frases simples.</i>	1	1,3%
O uso de uma linguagem mais simples e informal. Pode se recorrer ao uso de analogias, como por exemplo o jogo da estátua para não se mexer durante o exame, encorajar o bom comportamento após a realização do exame	1	1,3%

Os pacientes sentirem que têm um papel fundamental na realização do exame e que são imprescindíveis para que o exame corra bem facultando-lhes esse papel interventivo	1	1,3%
Ouvir	1	1,3%
Respostas simples e assertivas.	1	1,3%
Salas dedicadas, tempo necessário para explicar todo o procedimento e exemplificando	1	1,3%
Simpatia, esclarecimento e consentimento com os familiares, abordagem clara e positiva.	1	1,3%
Simpatia, sorriso, brincar	1	1,3%
Simplicidade e serenidade	1	1,3%
Tempo com a criança diálogo direto e a mesma altura física, compreender os estádios da criança	1	1,3%
Ter acessórios que facilitem a integração e a explicação do procedimento à criança.	1	1,3%
Ter paciência / ser disponível saber comunicar com crianças e pais	1	1,3%
Ter sempre uma postura e interação positivas	1	1,3%
Transmitir tranquilidade, conversar com a criança.	1	1,3%
Uma comunicação direta com a criança caso esta já perceba tudo, sem o intrometimento dos pais.	1	1,3%
Por vezes os pais dificultam a realização do exame. Dar mais importância à própria criança na realização do exame.		
Usar linguagem simples de acordo com a faixa etária	1	1,3%

Anexo 6

Tabela C. *Frequência absoluta (N) e percentagem (%)*

	N	%
NS/NR	54	67,5%
É muito importante a valorização a dor ou desconforto que traz o utente ao hospital. Ter muita empatia.	1	1,3%
A humanização do Paciente Pediátrico	1	1,3%
A vertente pediátrica deveria merecer mais formação em contexto académico	1	1,3%
Acho que se despende o mesmo tempo para realizar um exame a uma criança e a um adulto. Acho que se devia dar mais atenção as crianças, quebrando assim os "medos" que estas têm.	1	1,3%
Apelo à humanização, cada vez mais esquecida onde atualmente os pacientes são vistos como números, e o importante é " despachar" trabalho, ficando aquém o que aqui se está a avaliar -	1	1,3%
COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS dos profissionais de saúde.		
Demonstrar ter todo o tempo e a comunicação adaptada a cada paciente	1	1,3%
Disponibilidade de tempo para otimizar a comunicação em casa exame	1	1,3%

É sempre favorável estabelecer uma comunicação viável, assertiva e empática com os encarregados de educação que acompanham a criança.	1	1,3%
Explicar sempre o que vamos fazer, de que forma vamos fazer, e o resultado que esperamos.	1	1,3%
Fazer uma boa partilha depois da apresentação da Tese para divulgação perante os TSST	1	1,3%
Formações	1	1,3%
Identificar necessidades formativas	1	1,3%
Melhor formação em pediatria	1	1,3%
Não estar pressionado pelo tempo ao realizar estes exames	1	1,3%
Para se fazer exames a crianças, deveremos sempre envolver os pais, mas temos que ter a capacidade de lhes fazer entender, que toda a conversa será feita com o filho e não com os pais. Ou seja, os pais estão ali para ajudar o filho e não para o perturbar. O Técnico tem que lhes fazer entender que naquela situação quem esta ao comando é o Técnico e não eles	1	1,3%
Prever na licenciatura de base, disciplina comportamental que acrescente a área da comunicação com o utente.	1	1,3%
Salas de espera dedicadas a criança com dispositivos idênticos e lúdicos ao mundo da Radiologia	1	1,3%
Salas de exames mais apelativas para pediatria	1	1,3%
Sendo todos os pacientes diferentes, o tipo e forma de comunicação deve ser ajustada de forma individual.	1	1,3%
Ser o mais rápido e eficiente possível	1	1,3%
Simpatia, educação, segurança e competência no exercício técnico.	1	1,3%
Ter tempo útil com os pacientes	1	1,3%
Todos os serviços de imagiologia deveriam ter uma zona dedicada exclusivamente à pediatria para que a criança se sinta mais confortável.	1	1,3%

Anexo 7

Tabela D- *Teste comparativo T-Student das questões da Assertividade, Clareza e Positividade, tendo em conta o género*

	Género	N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p
1. Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa). [Saber conversar]	Feminino	47	4,53	,687	,199	75	,843
	Masculino	30	4,50	,682			
2. Informar sempre o paciente de forma respeitosa [Informar]	Feminino	47	4,60	,681	,173	75	,863
	Masculino	30	4,57	,774			
3. Encorajar o paciente a colocar questões. [Encorajar]	Feminino	47	3,98	,872	,061	74	,951
	Masculino	29	3,97	,981			
	Feminino	47	4,26	,793			

4. Ajudar o paciente exprimir as suas preocupações. [Ajudar]	Masculino	30	4,07	,907			
5. Confirmar que o paciente compreende a informação transmitida. [Confirmar]	Feminino	47	4,60	,648	-,253	75	,801
	Masculino	30	4,63	,615			
6. Fazer o paciente sentir que tem tempo para ele durante a interação [Disponibilidade temporal]	Feminino	47	4,36	,735	,326	75	,745
	Masculino	30	4,30	,915			
7. Saber ouvir o paciente. [Saber ouvir]	Feminino	47	4,68	,594	1,583	75	,118
	Masculino	30	4,43	,774			
8. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o paciente. [Antecipar situações de conflitualidade]	Feminino	47	4,53	,620	,617	75	,539
	Masculino	30	4,43	,774			
1. Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Linguagem simples]	Feminino	47	4,53	,687	-,224	75	,823
	Masculino	30	4,57	,626			
2. Estabelecer contacto visual com o paciente [Contacto visual]	Feminino	47	4,36	,673	,098	74	,922
	Masculino	29	4,34	,814			
3. Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos. [Linguagem simples]	Feminino	47	4,60	,577	1,719	75	,090
	Masculino	30	4,33	,758			
4. Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame. [Explicar os procedimentos]	Feminino	47	4,28	,852	1,816	74	,073
	Masculino	29	3,90	,939			
5. Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. [Assegurar a compreensão]	Feminino	47	4,47	,776	1,016	74	,313
	Masculino	29	4,28	,841			
6. Usar frases curtas. [Frases curtas]	Feminino	47	3,94	,791	,740	74	,461
	Masculino	29	3,79	,861			
7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) [Desenhos e esquemas]	Feminino	47	2,96	1,179	1,304	75	,196
	Masculino	30	2,57	1,431			
8. Esclarecer procedimentos futuros.	Feminino	47	3,60	1,097	,116	75	,908
	Masculino	30	3,57	1,040			
	Feminino	47	4,30	,907	,491	75	,625

1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. [Cumprimentar]	Masculino	30	4,20	,761			
2. Deixar o paciente falar sem interrupções. [paciente falar sem interrupções]	Feminino	47	3,89	,787	1,007	75	,317
	Masculino	30	3,70	,877			
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente. [Relação positiva e construtiva]	Feminino	47	4,36	,792	-,097	74	,923
	Masculino	29	4,38	,728			
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]	Feminino	47	4,23	,813	,351	75	,727
	Masculino	30	4,17	,834			
5. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...). [Usar a voz ativa]	Feminino	46	4,11	,737	1,256	74	,213
	Masculino	30	3,87	,937			
6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente . [Cortesia e afeto]	Feminino	47	4,26	,846	1,382	75	,171
	Masculino	30	3,97	,964			
7. Envolver paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento.	Feminino	46	4,41	,748	2,007	74	,048
	Masculino	30	4,03	,890			
8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo.	Feminino	47	4,26	,846	1,096	74	,277
	Masculino	29	4,03	,865			

Legenda: t – valor T-Student; gl – graus de liberdade; p – probabilidade de significância

Anexo 8

Tabela E *Teste de correlação de Pearson entre as questões da Clareza e as questões da Positividade.*

	Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Linguagem simples]	Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Contacto visual com o paciente]	Ajudar o paciente Explicar com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada para a realização de procedimentos técnicos. [Linguagem simples]	Explicar com linguagem detalhada e os procedimentos para a realização do exame. [Explicar os procedimentos]	Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. [Assegurar a compreensão]	Usar frases curtas. [Frases curtas]	Demonstrar ao/a paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) [Desenhos e esquemas]	Esclarecer procedimentos futuros.
1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. [Cumprimentar]	,495 ,000	,493 ,000	,425 ,000	,479 ,000	,655 ,000	,312 ,006	,480 ,000	,440 ,000
2. Deixar o paciente falar sem interrupções. [paciente falar sem interrupções]	,379 ,001	,506 ,000	,360 ,001	,544 ,000	,548 ,000	,405 ,000	,525 ,000	,212 ,064
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente. [Relação positiva e construtiva]	,542 ,000	,507 ,000	,474 ,000	,533 ,000	,712 ,000	,478 ,000	,492 ,000	,403 ,000
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]	,471 ,000	,375 ,001	,417 ,000	,327 ,004	,409 ,000	,356 ,002	,339 ,003	,191 ,096
5. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...). [Usar a voz ativa]	,426 ,000	,277 ,016	,427 ,000	,311 ,007	,347 ,002	,360 ,001	,364 ,001	,232 ,044
	,377	,406	,322	,489	,482	,294	,536	,419

6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente. [Cortesia e afeto]	,001	,000	,004	,000	,000	,010	,000	,000
7. Envolver o paciente e familiares na tomada de decisão/consentimento.	,446	,428	,471	,505	,585	,335	,542	,361
8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo.	,377	,335	,463	,326	,479	,452	,269	,186
	,001	,003	,000	,004	,000	,000	,019	,108

Legenda: *r* – coeficiente de correlação de Pearson; *p* – probabilidade de significância.

Anexo 9

Tabela F Teste de correlação de Pearson entre as questões da Assertividade e as questões da clareza e Positividade.

		Saber conversar	Informar	Encorajar	Ajudar	Confirmar	Disponibilidade temporal	Saber ouvir	Antecipar situações de conflitualidade
1. Estabelecer a relação com o paciente através de linguagem simples. [Linguagem simples]	r	,445	,348	,335	,413	,548	,417	,545	,359
	p	,000	,002	,003	,000	,000	,000	,000	,001
2. Estabelecer contacto visual com o paciente [Contacto visual]	r	,237	,309	,319	,415	,358	,504	,552	,364
	p	,039	,007	,005	,000	,001	,000	,000	,001
3. Ajudar o paciente com linguagem simples e não técnica a encontrar informação adequada à realização de procedimentos técnicos. [Linguagem simples]	r	,358	,301	,177	,287	,340	,375	,524	,358
	p	,001	,008	,126	,011	,002	,001	,000	,001
4. Explicar detalhadamente os procedimentos para a realização do exame. [Explicar os procedimentos]	r	,298	,335	,283	,481	,443	,487	,463	,415
	p	,009	,003	,014	,000	,000	,000	,000	,000
5. Confirmar que o paciente e familiares/responsáveis compreendem tudo para sua própria segurança. [Assegurar a compreensão]	r	,395	,386	,396	,601	,521	,550	,629	,643
	p	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000
6. Usar frases curtas. [Frases curtas]	r	,089	,073	,197	,349	,243	,183	,366	,248

	p	,442	,530	,090	,002	,034	,113	,001	,031
7. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas) [Desenhos e esquemas]	r	,237	,211	,496	,569	,375	,521	,435	,306
	p	,038	,065	,000	,000	,001	,000	,000	,007
8. Esclarecer procedimentos futuros.	r	,210	,081	,457	,526	,264	,380	,323	,358
	p	,066	,483	,000	,000	,020	,001	,004	,001
1. Cumprimentar o paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal. [Cumprimentar]	r	,401	,484	,423	,543	,608	,486	,535	,435
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
2. Deixar o paciente falar sem interrupções. [Paciente falar sem interrupções]	r	,241	,340	,422	,468	,470	,412	,525	,444
	p	,034	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000
3. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente. [Relação positiva e construtiva]	r	,288	,352	,476	,494	,434	,580	,690	,614
	p	,012	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000
4. Evitar o uso de palavras e expressões negativas. [Evitar termos negativos]	r	,348	,421	,497	,559	,465	,513	,612	,381
	p	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001
5. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto: Eu vou agora colocar...). [Usar a voz ativa]	r	,343	,235	,305	,284	,393	,273	,368	,178
	p	,002	,041	,008	,013	,000	,017	,001	,125
6. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente. [Cortesia e afeto]	r	,329	,258	,394	,471	,424	,533	,576	,378
	p	,004	,024	,000	,000	,000	,000	,000	,001
7. Envolver pacientes e familiares na tomada de decisão/consentimento.	r	,446	,348	,248	,340	,406	,564	,440	,362
	p	,000	,002	,032	,003	,000	,000	,000	,001
8. Mostrar ao paciente um comportamento positivo.	r	,167	,163	,338	,312	,274	,304	,494	,221
	p	,148	,160	,003	,006	,017	,008	,000	,055

Legenda: *r* – coeficiente de correlação de Pearson; *p* – probabilidade de significância.