



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Perceções face à relação profissional de saúde-utente:
Empatia na prática clínica, papel da tecnologia e satisfação
do utente

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde

Por

Inês Belo dos Santos Serra

Faculdade de Ciências Humanas

novembro 2023



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Perceções face à relação profissional de saúde-utente: Empatia na
prática clínica, papel da tecnologia e satisfação do utente

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-
Estar e Promoção da Saúde

Por

Inês Belo dos Santos Serra

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação da Professora Doutora Rita Francisco e Professora
Doutora Bárbara Nazaré

novembro 2023

Resumo

A relação profissional de saúde-utente tem despertado cada vez mais interesse no meio académico e entre profissionais. No entanto, necessita, ainda, de ser estudada e mais bem definida, contemplando a evolução dos serviços de saúde, inclusive em termos tecnológicos. O presente estudo teve como objetivo principal explorar a perceção de profissionais de saúde e utentes quanto aos aspetos que favorecem o estabelecimento de uma relação empática entre os mesmos, os quais podem contribuir para aumentar a satisfação dos utentes com os serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde. Além disso, procurou-se compreender a perceção, tanto de profissionais de saúde como de utentes, quanto à utilidade das tecnologias como auxiliares da relação profissional de saúde-utente. Foi utilizado um desenho de estudo transversal e qualitativo. Participaram 22 pessoas, sendo 11 utentes e 11 profissionais de saúde, tanto do sistema privado como do público, tendo sido utilizados métodos de amostragem por bola de neve e conveniência. Os principais temas identificados na análise temática das entrevistas foram: Relação profissional de saúde-utente, Dificuldades e Tecnologia. Entre os aspetos de maior relevância para os participantes no âmbito da relação, salientam-se os Princípios éticos, a Comunicação, a Confiança, a Disponibilidade, a Empatia e o Trabalho em equipa/Apoio multidisciplinar. Foram referidas Dificuldades de diversa ordem (e.g., Desgaste dos profissionais de saúde), centrando-se maioritariamente na carência de aspetos valorizados na relação profissional de saúde-utente. Relativamente à Tecnologia, os participantes reconhecem os seus benefícios para os cuidados de saúde, todavia salientam preocupações com potenciais prejuízos da aplicação das tecnologias para a relação profissional de saúde-utente. Os dados obtidos podem constituir um ponto de partida importante para intervenções focadas na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, assim como na promoção da satisfação dos utentes, ao estimularem a reflexão sobre a forma como utentes e profissionais portugueses avaliam as suas experiências a utilidade da tecnologia como auxiliar da relação profissional de saúde-utente.

Palavras-chave: saúde; relação profissional de saúde-utente; tecnologia; análise qualitativa.

Abstract

The health professional-user relationship has aroused growing interest in academic circles and among professionals. However, it still needs to be studied and better defined, taking into account the evolution of health services, including in technological terms. The main aim of this study was to explore the perceptions of healthcare professionals and users regarding the aspects that favor the establishment of an empathic relationship between them, which can contribute to increasing user satisfaction with the services provided by healthcare establishments. In addition, we sought to understand the perception of health professionals and users about the usefulness of technologies as aids to the health professional-user relationship. A cross-sectional, qualitative study design was used. Twenty-two people took part, 11 users and 11 health professionals, from the private and public systems, using snowball and convenience sampling methods. The main themes identified in the thematic analysis of the interviews were: Health professional-user relationship, Difficulties and Technology. Ethical principles, Communication, Trust, Availability, Empathy and Teamwork/Multidisciplinary support were some of the most important aspects of the relationship for the participants. Difficulties of various kinds were mentioned (e.g. Wear and tear on health professionals), mostly focusing on the lack of valued aspects in the health professional-user relationship. With regard to Technology, the participants recognize its benefits for healthcare, but they are concerned about the potential harm that the application of technology can have on the health professional-user relationship. The data obtained may constitute an important starting point for interventions focused on improving the quality of healthcare in Portugal, as well as promoting user satisfaction, by stimulating reflection on how portuguese users and professionals evaluate their experiences of the usefulness of technology as an aid to the health professional-user relationship.

Keywords: health; health professional-user relationship; tecnologia; qualitative analysis.

Agradecimentos

A presente dissertação é sobretudo reflexo de trabalho e dedicação contínuos, de um longo percurso de aprendizagem e de crescimento pessoal. Acredito piamente que tal foi apenas possível dado que estive rodeada de elementos que me acompanharam, de diferentes formas, neste processo, pelo que não posso deixar de lhes fazer um breve agradecimento.

Aos meus pais e irmão, em particular, que para além de serem uma enorme inspiração pela perseverança com que encaram as suas vidas e enfrentam cada desafio, foram uma fonte de apoio e motivação incondicional, durante todo o meu percurso académico, em especial neste último ano. Obrigada por acreditarem em mim.

À minha família, sempre presente e responsável por cultivar a curiosidade, assim como o espírito crítico característicos no meu olhar para o mundo, aspetos essenciais para a execução deste trabalho, mas que o são, também, para a vida.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Rita Francisco e Professora Doutora Bárbara Nazaré, muito agradeço por me terem acompanhado desde início na realização deste trabalho. As palavras de apoio e o conhecimento de ambas foram, sem dúvida, essenciais.

Ao corpo docente do Mestrado em Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde que, além de todas as aprendizagens proporcionadas, desde o primeiro momento, e pela disponibilidade e interesse demonstrados, alimentou uma paixão crescente por esta vertente da Psicologia.

Aos meus amigos, cujas conversas encorajadoras, ou menos encorajadoras, mas sempre honestas, foram essenciais para concluir esta etapa com vontade de encarar o que se avizinha. Conseguem pôr-me os pés na terra, mas também dar-me asas quando preciso.

Às minhas colegas, também amigas, que partilharam comigo este percurso ou grande parte dele, um obrigada muito especial por permanecerem a meu lado, mesmo quando faltavam as horas de sono e o café. Não teria sido o mesmo caminho sem vocês.

A todos os utentes e profissionais de saúde com quem tive o prazer de contactar no âmbito da presente investigação, reitero o enorme privilégio que foi poder ouvir e trabalhar sobre as suas experiências. Espero que este possa ser o início de algo com implicações futuras para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, como creio que todos gostaríamos.

Índice

Revisão de Literatura	1
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	2
Cuidados Centrados no Utente.....	3
Relação Profissional de Saúde-Utente.....	4
Empatia.....	6
Empatia nos Contextos de Saúde.....	8
Condicionantes da Empatia na Prática Clínica.....	9
Tecnologias como Auxiliares da Relação Profissional de Saúde-Utente.....	11
Satisfação do Utente.....	15
O Presente Estudo.....	16
Metodologia	17
Participantes.....	17
Instrumentos.....	17
Procedimento de Recolha de Dados.....	18
Procedimento de Análise de Dados.....	19
Apresentação e Discussão dos Resultados	20
Relação Profissional de Saúde-Utente.....	20
Princípios Éticos.....	21
Comunicação.....	23
Confiança.....	25
Consequências da Relação.....	27
Disponibilidade.....	28

Empatia.....	30
Funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde.....	33
Primeiras Impressões.....	34
Trabalho em Equipa/Apoio Multidisciplinar.....	35
Dificuldades.....	36
Dificuldades Diversas na Relação.....	37
Características/Perspetivas Individuais.....	37
Escassez de Recursos.....	38
Desgaste dos Profissionais de Saúde.....	39
Falta de Literacia em Saúde.....	40
Tecnologia.....	40
Contacto com a Tecnologia Aplicada à Saúde.....	40
Dificuldade na Utilização/Acesso à Tecnologia.....	42
Postura face à Tecnologia na Saúde.....	43
Sugestões para a Aplicação da Tecnologia em Prol da Relação.....	44
Conclusão.....	46
Referências.....	50

Apêndices

Apêndice A. Questionário Sociodemográfico Profissionais de Saúde

Apêndice B. Questionário Sociodemográfico Utentes

Apêndice C. Guião Entrevista Semiestruturada Profissionais de Saúde

Apêndice D. Guião Entrevista Semiestruturada Utentes

Apêndice E. Consentimento Informado

Apêndice F. Tabela Sistema Hierárquico de Temas Identificados

Figuras

Figura 1. Mapa Ilustrativo das Relações Principais entre os Temas.....20

Revisão de Literatura

Introdução

Desde há muito que subsiste uma preocupação – nomeadamente, da comunidade científica – em perceber as repercussões da empatia nos cuidados de saúde, e de que forma esta pode ser integrada nos processos considerados “rígidos” subjacentes a estes cuidados. O incremento das publicações sobre a empatia, numa variedade de disciplinas, ao longo do último século, evidencia um crescente interesse dos investigadores nesta problemática (van Berkhout & Malouff, 2016). Além disto, o facto de existirem numerosas publicações sobre a empatia neste contexto, englobando diferentes objetivos conforme as distintas áreas de atuação, por todo o globo, reitera a universalidade do objeto de estudo e a inquietação com os aspetos de natureza relacional e humana entre profissionais e pacientes (Mufato & Gaíva, 2019).

A empatia é considerada um elemento fundamental nas relações entre profissionais da saúde e utentes, acarretando variados benefícios para ambos os grupos (Mufato & Gaíva, 2019). Especificamente, têm sido consistentemente demonstrados os benefícios da empatia para a saúde dos utentes, o bem-estar dos profissionais e, até, ao nível dos serviços de saúde (Narvaéz et al., 2014). Uma prática em contextos de saúde baseada na empatia potencia a melhoria dos resultados de saúde dos utentes, a redução do desgaste dos profissionais e a redução de um valor considerável de gastos (Narvaéz et al., 2014). A expressão de empatia por parte dos médicos – assim como de outros profissionais de saúde, mas em particular daqueles – potencia a satisfação dos utentes, amplifica a eficácia no diagnóstico, com a diminuição do risco de erros médicos, e aumenta a adesão aos tratamentos (Yu et al., 2022). Acresce a isto o facto de uma relação entre profissional de saúde-utente marcada pela empatia promover a aquiescência e sentimento de pertença dos utentes, melhorar as perceções do seu estado/necessidades de saúde e potenciar a sua resiliência ao sofrimento (e.g., Birhanu et al., 2012), reduzindo a ansiedade e o stresse negativo (Soltner et al., 2011). Além disto, é de notar que a qualidade de determinado serviço prestado ao nível da saúde está diretamente associada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os utentes e os profissionais encarregues dos cuidados (Mufato & Gaíva, 2019).

Contudo, mesmo sendo a empatia uma característica primordial da interação entre profissionais da saúde e utentes, os níveis insatisfatórios reportados na prática dos profissionais são largamente documentados e discutidos na literatura (Reynolds & Scott, 2000). Ao que parece, materializar o comportamento e, portanto, o estabelecimento e adoção

de relações empáticas, representa um enorme desafio no quotidiano dos estabelecimentos de saúde (Kestenberg, 2013) – particularmente se forem consideradas contingências de tempo e o excesso de procura destes serviços face aos recursos existentes para dar resposta. Segundo a literatura, uma forma de colmatar esta questão passa por recorrer a tecnologias digitais refinadas e aplicadas aos contextos de saúde (Kestenberg, 2013).

Assim, o presente estudo teve como objetivo principal explorar a perceção de profissionais de saúde e utentes quanto aos aspetos que favorecem o estabelecimento de uma relação empática entre os mesmos, os quais podem contribuir para aumentar a satisfação dos utentes com os serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde. Além disso, procurou-se compreender a perceção, tanto de profissionais como de utentes de saúde, quanto à utilidade das tecnologias como auxiliares da relação profissional-utente.

Enquadramento Teórico

Tanto quanto se sabe, por se tratar de uma condição indissociável à vida humana, a saúde – ainda que em diferentes moldes – tem vindo a despertar, desde sempre, o interesse de múltiplos estudiosos. Até aos anos 70, o modelo vigente de conceptualização da saúde era o modelo biomédico. Este partia do dualismo cartesiano e pressupunha uma separação entre mente e corpo. Para além disto, assentava numa ótica reducionista, assumindo que a explicação para um dado problema de saúde seria encontrada ao serem analisadas as suas pequenas partes (Farre & Rapley, 2017). Relativamente às conceções deste modelo sobre a saúde – e, logicamente, sobre a doença – e tratamento, uma perspetiva biomédica considera que: (1) a doença é causada por agentes externos que provocam alterações no funcionamento ou estrutura do sistema orgânico – e, portanto, que os fatores psicossociais não exercem influência; (2) os utentes são vítimas passivas do ambiente; (3) o tratamento ocorre apenas através de intervenções exteriores orientadas pelos médicos; e, por último, (4) que a saúde corresponde a uma mera ausência de patologia orgânica (Furlanetto, 2000).

No entanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS; 1986), a saúde, ao contrário da perspetiva biomédica, vai muito além da ausência de patologia, tratando-se de “um estado completo de bem-estar físico, social e espiritual e não apenas da mera ausência de doença e enfermidade”. Por exemplo, a dor crónica confere uma limitação sustentada levantada à explicação oferecida pelo modelo biomédico, uma vez que não se encontra uma explicação de origem fisiológica para a presença da dor prolongada.

Partindo desta conceptualização holística e sistémica da saúde – incompatível com o dualismo cartesiano –, apresentada pela OMS, houve uma transição para uma abordagem que

mais se coadunasse com a mesma: o modelo biopsicossocial. Este modelo pressupõe, em primeiro lugar, que o funcionamento do sistema – e, por isso, a saúde – é resultado das interações entre os seus vários subsistemas (i.e., mente, corpo e contexto; von Bertalanffy, 1968). Neste sentido, esta abordagem considera que: (1) a origem, progressão e processo de recuperação de uma doença são determinados pela interação entre fatores de natureza biológica, psicológica e social, aos quais o nome do modelo alude; (2) o tratamento engloba a responsabilização dos utentes e, inclusive, a alteração das suas crenças e comportamentos; e, finalmente, que (3) os utentes constituem um elemento ativo do processo de saúde e doença, pelo que podem não só contribuir para o processo de tratamento, como também atuar de forma a cultivar a saúde e prevenir a doença (Engel, 1977). Por este motivo, esta visão da saúde direciona o seu foco, sobretudo, para a prevenção primária, procurando intervir ao nível das populações, evitar os problemas de saúde através da remoção de fatores de risco – considerando fatores psicossociais como causas e não apenas como consequências – e, em última instância, promover a qualidade de vida dos indivíduos.

Desta nova abordagem, nasce a Psicologia da Saúde, assim como um maior enfoque na empatia e na relação entre profissionais de saúde e utentes – sendo estes fatores psicossociais chave para a promoção da saúde (Straub, 2005).

Cuidados Centrados no Utente

Tendo por base o supracitado, importa referir a crescente proeminência, ao longo do século XX, de um modelo de cuidados de saúde centrado no utente – alicerçado numa perspetiva biopsicossocial. Balint (1969) descreveu este modelo como a capacidade de perceber cada indivíduo como um ser humano único, considerando as suas particularidades e priorizando, desde logo, aspetos da relação nos cuidados de saúde, nomeadamente a empatia.

O presente modelo tem potenciado um aumento da satisfação, tanto nos utentes como nos profissionais de saúde, tal como melhores resultados de saúde dos utentes (McMillan et al., 2013). Especificamente, têm vindo a ser identificadas melhorias em diversas condições de saúde, um aumento da adesão a tratamentos, menor recorrência aos serviços de saúde – que assume grande relevância considerando a sua sobrelotação e escassez de recursos –, e, por último, melhores pontuações na qualidade dos serviços prestados (e.g., Dwamena et al., 2006; McMillan et al., 2013).

Efetivamente, a literatura tem vindo a indicar, de forma consistente, os benefícios – tanto para as organizações, como para os serviços e respetivos utilizadores – da personalização dos cuidados de saúde e da inclusão da empatia na prática e contactos

clínicos. No entanto, muitas vezes estão presentes dificuldades (e.g., logísticas, alocação de recursos humanos, etc.) que fazem com que estas abordagens não sejam aplicadas, em pleno ou de todo, em determinados contextos – continuando, por vezes, vigentes formas de conceptualizar a saúde e a doença consideradas retrógradas.

Partindo da relevância desta temática, a presente revisão inclui, de seguida, aspetos da conceptualização da empatia, como conceito geral e considerando, igualmente, a sua aplicação aos contextos de saúde.

Relação Profissional de Saúde-Utente

Na sua obra, Balint (1988) atribuiu ênfase à "aliança clínica/terapêutica", que deve estar presente no vínculo profissional-utente como impulsionadora de um bom atendimento. Segundo o autor, uma técnica, por mais aprimorada que seja, tenderá a ser ou inócua ou alienada, se não for veiculada no contexto de uma boa relação entre quem a aplica (i.e., o profissional) e o seu recetor (i.e., o utente). Para haver uma relação de qualidade, é imprescindível atentar nos elementos que a compõem.

De acordo com alguns autores, as diferentes possibilidades da relação profissional-utente podem ser objetivadas através de modelos, tendo por base a doença, a sua fase de evolução e as condições psicológicas do utente e do profissional. Schneider (1974), no âmbito de uma revisão a respeito destes modelos de relação, descreve três perspetivas diferentes do mesmo fenómeno, de acordo com: (1) o grau de atividade-passividade; (2) a distância psicológica; e (3) o grau de contacto pessoal.

Outros autores salientam os aspetos ligados à transmissão de informação e comunicação na relação profissional de saúde-utente, sendo fundamentais dois processos concretos: a transferência e a contratransferência (Freud, 2006). O primeira, transferência, constitui o processo pelo qual os utentes trazem para a relação sentimentos, pensamentos e perceções derivados de experiências anteriores (e.g., relações passadas; Parth et al., 2017). De forma geral, o processo de transferência é predominantemente positivo, na medida em que os utentes têm uma tendência a colocar nos profissionais de saúde propriedades poderosas e onnipotentes. O que parece acontecer é que os utentes se sentem pequenos, desamparados e à mercê dos profissionais – muitas vezes, por medo da doença e sua evolução ou por desconhecimento. Neste sentido, a crença no poder e eficácia dos profissionais permite que os utentes se sintam seguros numa situação percebida como de perigo (Marmor, 1981). Em determinados casos, a transferência negativa dos utentes pode apresentar-se sob a forma

de uma reserva geral, escassez de informação ou pouca disposição para cooperar durante o processo de tratamento/ajuda.

Por seu turno, a contratransferência engloba os processos afetivos dos profissionais como reação aos dos utentes (Parth et al., 2017). Esta tanto pode ser positiva como negativa, e depende de inúmeros fatores dos utentes (e.g., idade, sexo, situação social, comportamento) e dos profissionais (e.g., cansaço, situação conjugal, social, de trabalho; Jeammet et al., 1989). A contratransferência, quando negativa, pode manifestar-se através de atitudes ou comportamentos indesejados, como recusar ouvir os utentes (por pressa ou falta de tempo), esquecer-se do horário de atendimento e desacreditizar os utentes ou a sua tomada de decisão (Jeammet et al., 1989). De acordo com esta visão, é particularmente relevante reter que a relação profissional-utente envolve expectativas e influência mútuas, partilhadas essencialmente por meio da comunicação (verbal ou não verbal; Parth et al., 2017): os utentes esperam alívio e, eventualmente, cura, enquanto os profissionais esperam reconhecimento por parte do paciente.

A literatura aponta também a recetividade como uma dimensão importante desta relação, na medida em que os profissionais de saúde devem ser capazes de conter e ajudar a gerir o excesso de ansiedade dos utentes face à doença (Menzies, 1970), proporcionando alívio e capacitando os indivíduos – oferecendo estratégias e recursos para lidar com a adversidade – para que estes possam compreender e integrar uma situação/informação dolorosa de forma adaptativa.

Ademais, há evidência da existência de algumas dimensões relacionais relevantes em contextos clínicos (e.g., Toh et al., 2016). Por exemplo, a abordagem de um médico pode ser primeiramente dividida em duas componentes: cuidado emocional e cuidado cognitivo ou informacional. O cuidado emocional envolve, tendencialmente, esforços para desenvolver confiança mútua, expressar empatia e respeito, transmitir afeto positivo e outras práticas que reflitam as necessidades emocionais dos utentes – sendo que grande parte é comunicada não verbalmente. O cuidado informacional envolve atividades como a recolha de informações clínicas, educação dos utentes e gestão das suas expectativas face aos resultados de saúde e tratamento, assim como, por último, o reconhecimento de valores e crenças dos utentes. Assim, alcançar uma forte relação profissional-utente é, em grande parte, explicado pela forma como é efetuada a comunicação verbal e não verbal. Efetivamente, as capacidades de comunicação têm sido descritas como as mais importantes para uma experiência positiva em contextos de saúde, sendo para tal fundamental o desenvolvimento de competências empáticas (Moudatsou et al., 2020).

Estudos apontam para a comunicação não-verbal, em particular, como um aspeto de extrema importância (e.g., manutenção de contacto visual, tom de voz, toque respeitoso de conforto; Keutchafo et al., 2020). Este aspeto pode contribuir para melhorar o envolvimento com os utentes e a satisfação dos mesmos face aos cuidados de saúde que recebem (Moudatsou et al., 2020). Importa referir que, tal como será explorado mais adiante, a maioria dos mecanismos de comunicação – inclusive não-verbal – pode ser transmitida, atualmente, também por meio de tecnologias, sofrendo algumas adaptações (e.g., Toh et al., 2016).

Por último, e tendo por base uma revisão de literatura acerca da temática (Ridd et al., 2009), são, também, identificados outros aspetos de natureza dinâmica do relacionamento entre clínicos e utentes, sendo que o conhecimento surge como um componente de enorme importância, tanto para a relação, como para a satisfação dos intervenientes na mesma (Ridd et al., 2009). Nesta medida, o conhecimento refere-se não só ao conhecimento dos profissionais acerca da sua área de atuação, mas também, e principalmente, ao conhecimento que os mesmos têm dos seus utentes e vice-versa (i.e., *background*, expectativas, etc.). Na realidade, o conhecimento e a proximidade que os profissionais mantêm face aos utentes relaciona-se com as assunções de familiaridade e confiança (Ridd et al., 2009). Partindo deste aspeto, a confiança é, igualmente, um elemento amplamente referido como desempenhando um papel preponderante na qualidade desta relação, assim como na satisfação dos utentes, na medida em que ao considerarem ter confiança no médico que os acompanha, os indivíduos tendem a sentir-se mais seguros, esperançosos e competentes (Gabel, 1994). A lealdade também se revela uma componente importante da relação entre clínicos e utentes, estando esta intimamente relacionada com a confiança, incluindo subdimensões associadas à tolerância e disponibilidade (e.g., se o profissional comparece, conforme combinado, à hora da consulta; se dedica o tempo necessário). Por último, os autores salientam ainda o respeito como determinante relevante face à relação, na medida em que engloba o conforto, o “gostar”, o interesse, entre outras subdimensões (Ridd et al., 2009), e reflete, em grande parte, a perceção que os utentes adquirem sobre o clínico (Goold & Klipp, 2002).

Empatia

A literatura aponta para a complexidade e a multidimensionalidade do conceito de empatia (e.g., Alligood, 2005), não existindo uma definição consensual do mesmo. São, na verdade, várias as frentes de entendimento sobre a sua natureza (López et al., 2014), sendo que diferentes abordagens enaltecem nuances distintas, conforme o propósito, contexto em que se enquadra, ou mesmo o âmbito da investigação. Uma problemática conceptual que

emerge no âmbito da empatia é o facto de esta ter sido utilizada para referir uma enorme variedade de respostas emocionais, – o que pode dificultar o seu entendimento rigoroso (Eisenberg & Fabes, 1990).

De acordo com a Associação Americana de Psicologia (APA; n.d.), a empatia consiste na capacidade de compreender o outro a partir do seu quadro de referência, em vez do próprio, podendo incluir a experiência vicariante de sentimentos, percepções e pensamentos. A empatia não implica necessariamente que exista uma motivação para ajudar o outro; no entanto, pode resultar em ações neste sentido. De forma semelhante, Hodges e Biswas-diener (2007) definem este conceito como a compreensão da experiência do outro, através da imaginação do próprio nessa determinada situação. Ou seja, nesta perspetiva o indivíduo percebe uma dada situação como se a tivesse vivido, mas sem o ter feito efetivamente. Adicionalmente, alguma literatura atenta para o facto de indivíduos empáticos, por serem capazes de se colocar na perspetiva do outro e de experimentar os seus sentimentos e emoções, compreenderem as necessidades dos outros, tendo por base as suas motivações (e.g., Eisenberg, 1987).

Especificamente na área da Psicologia Clínica, e de acordo com Rogers (1957), há outro aspeto que assume particular importância relativamente à empatia: a capacidade de manter o espírito crítico e distanciamento psicológico, apesar de ser estabelecida uma conexão relativamente profunda com o outro, no caso, o paciente (Aring, 1958).

Outros investigadores, como Nezlek et al. (2007), acreditavam que a empatia poderia ser considerada tanto uma característica da personalidade do indivíduo, como um estado (i.e., na medida em que se restringe a um evento ou indivíduo específico). O mesmo argumento foi utilizado por Hojat (2007), que percebeu a empatia como resultado de uma complexa interação entre fatores como o desenvolvimento individual, educação e experiências pessoais.

Segundo diferentes evidências, a empatia pode, também, ser entendida como um fenómeno multidimensional, integrando aspetos de índole cognitiva e afetiva (e.g., Maximiano-Barreto et al., 2020). Segundo este referencial, a empatia cognitiva relaciona-se com a capacidade de compreender a experiência dos outros e de comunicar, existindo alguns autores (e.g., Roche & Harmon, 2017) que caracterizam esta dimensão da empatia como uma ressonância emocional. Por seu lado, a dimensão afetiva da empatia é descrita como a forma como determinado indivíduo compreende as emoções de outro, surgindo a par de conceitos como a simpatia, a preocupação e a compaixão (Falcone et al., 2008). Neste sentido, estes mesmos autores sugerem que a empatia consiste numa resposta emocional dirigida entre dois

indivíduos, através de uma disposição funcional e absoluta, que origina preocupação face à situação do(s) outro(s). No que concerne à distinção entre os conceitos de empatia e compaixão, análises etimológicas destacam que, apesar de terem significados próximos, a empatia pressupõe a capacidade de receber e experimentar qualquer estado emocional de outra pessoa, enquanto a compaixão se refere estritamente a emoções negativas, ao sofrimento do outro (Mihalache & Zăgrean, 2021).

Importa, ainda, mencionar que a empatia tem sido associada à inteligência emocional e a razoáveis capacidades de comunicação, uma vez que se associa, similarmente, a melhores competências sociais (Maximiano-Barreto et al., 2020).

Empatia nos Contextos de Saúde

A empatia é considerada um elemento central nas relações entre profissionais de saúde e utentes, conduzindo a benefícios para ambos. Além disso, o conceito de empatia é um denominador comum a muitos profissionais de saúde como enfermeiros, médicos, psicólogos, entre outros (Moudatsou et al., 2020). Em função disso, a literatura tem vindo a realçar que a empatia pode ser entendida como um dos componentes que mais contribuem para a compreensão dos aspetos dinâmicos das interações sociais em saúde (Mufato & Gaíva, 2019). O cuidado clínico empático envolve vários aspetos: a valorização da equidade em saúde, a capacitação dos intervenientes – e.g., fornecendo informação –, a sensibilização recíproca entre profissional e utente, e o reconhecimento do outro, da sua singularidade e complexidade (Mufato & Gaíva, 2019).

No que respeita à empatia aplicada aos cuidados de saúde, e a par do que se verifica com a conceptualização deste atributo na generalidade, não existe uma definição rigorosa e universal. Contudo, e de forma parcialmente semelhante à conceptualização apresentada acima, alguns autores têm sugerido definições que podem ser – eventualmente, de modo mais fácil – transpostas entre as diversas áreas de atuação, sendo notórias as suas parecências. Por exemplo, Mercer e Reynolds (2002) definiram a empatia em contexto médico como a compreensão das emoções, preocupações e situações dos pacientes, comunicando essa compreensão ao paciente e agindo com base nesse entendimento. Similarmente, também Mufato e Gaíva (2019) apontaram para que, em contexto clínico, a empatia envolve a compreensão da experiência, preocupação e perspetiva do paciente, combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão.

Mais recentemente, numa revisão sistemática sobre o conceito de empatia nos cuidados de saúde, Nembhard et al. (2022) salientaram o facto de em todas as

conceptualizações existirem dois elementos comuns: a empatia ser considerada a compreensão dos sentimentos e pensamentos de outro indivíduo e partilha/sentimento de emoções e estados congruentes. Assim, nos cuidados de saúde, a empatia pode ser definida como a compreensão e o sentimento das emoções e perspectiva de um utente, oferecendo o profissional de saúde uma resposta que reflete a compreensão e visa o auxílio.

Ou seja, apesar de, de um modo geral, se notar a falta de uma definição operacional de empatia comum às diversas áreas da saúde, aceite pela comunidade científica e académica de forma consensual, parece existir um esforço nesse sentido, traduzido em sugestões de alguns investigadores. No entanto, não existe, ainda, consenso científico sobre os processos básicos e componentes fundamentais da empatia (López et al., 2014), o que deverá constituir um objetivo em estudos futuros.

Condicionantes da Empatia na Prática Clínica

Tal como referido, cuidar do utente de uma forma holística, adotando uma abordagem centrada na pessoa, é a base que se pretende que sustente os cuidados de saúde prestados atualmente. Todavia, nas últimas décadas e na prática clínica, as prioridades da interação profissional de saúde-utente, sofreram uma transformação, deixando de se centrar tanto na escuta e na empatia, para passarem a estar orientadas, sobretudo, para a tarefa (Derksen et al., 2016). A prática clínica está a tornar-se cada vez mais dependente de protocolos – focados na técnica e identificação de sintomas – o que leva a que os utentes reportem menor empatia por parte dos profissionais de saúde (e.g., ao nível da comunicação; Skär & Söderberg, 2018). No entanto, além da orientação da prática dos profissionais de saúde, a evidência empírica tem vindo a demonstrar, de forma sustentada, que, na relação entre profissionais de saúde e utentes, há fatores de diversas naturezas a influenciar os níveis de empatia nas relações clínicas (Yu & Kirk, 2008).

No que respeita aos utentes, indivíduos com idades mais avançadas ou com piores condições de saúde tendem a dar mais importância à empatia, por comparação com os mais jovens ou com melhores condições de saúde (Yu & Kirk, 2008). Particularmente quanto ao período da infância, alguns estudos indicam que crianças com condições crónicas respondem de modo mais empático à interação com enfermeiros do que crianças saudáveis, e o mesmo acontece com os profissionais (Yu & Kirk, 2008).

Uma revisão sistemática de literatura recente identificou um conjunto de fatores sociodemográficos (e.g., género feminino, estar casado, mais idade, ter irmãos e filhos) e individuais (e.g., personalidade, conhecimento e atitudes) como estando associados a maior

empatia nos profissionais de saúde (e mesmo em estudantes da área da saúde). Também a experiência profissional (e.g., anos de prática), as características do utente (e.g., condição de saúde, estado psico-emocional e económico) e o contexto organizacional (e.g., *setting* clínico, tempo de consulta e de espera) demonstraram estar correlacionados com alterações nos níveis de empatia apresentados (Maximiano-Barreto et al., 2020). Especificamente no que concerne à relação entre empatia e experiência profissional não existe consenso na literatura acerca da sua direção. Se por um lado faz sentido que, com a prática clínica, a empatia, enquanto capacidade, vá sendo desenvolvida, levando ao seu aumento progressivo (e.g., Maximiano-Barreto et al., 2020), também é possível que esta diminua com o aumento da experiência clínica e académica, funcionando como um mecanismo protetor para os profissionais/estudantes, em termos emocionais (Brock & Salinsky, 1993). Outros investigadores destacaram ainda a depressão, o *burnout* (Anzaldúa & Halpern, 2021), as perturbações do sono e as dificuldades atencionais como estando correlacionadas com menores níveis de empatia manifesta e, mais que isso, como tendo um impacto negativo nos cuidados prestados (Sorenson et al., 2016).

Não obstante, é essencial salvaguardar que, embora haja evidências de que muitos profissionais de saúde não expressam empatia de forma que os pacientes a entendam – dado que a falta de empatia constitui uma queixa frequente por parte dos utentes –, os profissionais geralmente não carecem de empatia. De acordo com o estudo de Ruiz-Fernández et al. (2021), os profissionais de saúde são, em grande medida, forçados a exercer com base num sistema que valoriza os “resultados” ao invés das pessoas e da relação; estão sobrecarregados com burocracia e formalidades, relatando não ter oportunidade ou tempo de expressar empatia, pelo menos tanto quanto/como gostariam. Desta forma, não faz sentido que os profissionais de saúde sejam os únicos alvos de intervenções para promover a empatia nos contextos de saúde. Deve ser incorporada uma cultura de empatia nos serviços de saúde e ser valorizada em todas as relações entre utentes, profissionais e, inclusive, gestores de saúde (Yu et al., 2022). Além disto, importa ressaltar que a empatia não requer necessariamente a dispensa de mais tempo, pois – enquanto atributo ou capacidade, como é definida – pode ser incorporada e desenvolvida, em vez de “adicionada” ao treino e à prática dos profissionais (Weiner & Biondich, 2006).

Assim, embora não exista consenso quanto a esta temática, alguns estudos têm vindo a sugerir o recurso às tecnologias digitais no sentido de: (1) substituir os humanos em determinadas tarefas e, portanto, diminuir a sobrecarga dos profissionais de saúde, libertando tempo para a relação com os utentes; e (2) principalmente, para auxiliar a manutenção da

relação empática e do contacto entre profissionais de saúde e utentes (e.g., a transmissão e partilha de informação clínica em tempo real; Weiner & Biondich, 2006).

Tecnologias como Auxiliares da Relação Profissional de Saúde-Utente

Recentemente, tem-se verificado um aumento preocupante da procura dos sistemas de saúde nos países ocidentais, devido ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de doenças crónicas e de doenças infecciosas (e.g., COVID-19), o que se traduz em implicações económicas relevantes (OMS, 2008). Neste contexto, a crescente introdução de tecnologia nos serviços de saúde, de forma global, torna-se determinante, por forma a dar resposta às necessidades dos indivíduos e melhorar a eficiência do cuidado prestado aos utentes (Monaghesh & Hajizadeh, 2020). Porém, embora as tecnologias, em particular as de informação, se revelem extremamente vantajosas em contextos de saúde e tenham, inclusive, contribuído bastante para o avanço das Ciências da Saúde, o seu potencial não está sequer perto de ser atingido (Weiner & Biondich, 2004; Garfan et al., 2021).

A eHealth constitui um conceito abrangente que corresponde à utilização de tecnologias digitais em atividades relacionadas com a saúde, entre elas: a prestação de cuidados de saúde, de recursos de saúde e de educação em saúde (OMS, 2019). Existem dois tipos de modalidades: (a) síncrona, isto é, que ocorre em tempo real; e (b) assíncrona, ou seja, que pressupõe o encaminhamento e armazenamento de informação (Toh et al., 2016). Especificamente, a eHealth síncrona permite a interação ao vivo entre os intervenientes (e.g., médico e utente) e inclui dinâmicas como a videoconferência, enquanto a assíncrona admite o armazenamento/conceção de informações ao longo do tempo (e.g., batimentos cardíacos, glicémia) e inclui ações que não implicam interação imediata (e.g., partilha de imagens, mensagens de texto). Em termos dos seus benefícios, a eHealth surge associada, por exemplo, a melhores resultados de saúde, a uma melhor relação custo-eficácia, à existência de mais informação sobre o estado de saúde dos utentes e a uma melhor comunicação entre estes e os profissionais de saúde (Schreiweis et al., 2019).

A flexibilidade de diferentes formatos de eHealth para apoiar a comunicação à distância é particularmente relevante para utentes que habitem em comunidades rurais e/ou remotas, onde o acesso aos cuidados de saúde geralmente se revela desajustado e insuficiente (Toh et al., 2016). Nestes casos, não só o acesso a serviços especializados confere um desafio, como também pode ser bastante difícil para muitos utentes receber cuidados holísticos e generalistas, a longo prazo, pelo que a eHealth pode constituir um auxiliar relevante. Além disso, estas tecnologias têm sido maximizadas durante as emergências de

saúde pública, como aconteceu durante a pandemia da COVID-19, demonstrando-se uma ferramenta útil e eficaz na gestão de situações de crise, promovendo acompanhamento adequado e zelando simultaneamente pela segurança dos indivíduos (Garfan et al., 2021).

Considerando que a eficácia dos cuidados de saúde é construída sobre uma relação de qualidade entre utentes e profissionais de saúde, a multiplicidade de opções e a qualidade das modalidades modernas de eHealth são muito relevantes. Especificamente, estas modalidades permitem não só fornecer acesso a informação, como, e especialmente relevante para o presente trabalho, melhorar as formas através das quais os prestadores de cuidados generalistas, sobretudo, se conectam com os utentes (Toh et al., 2016), adaptando-se, tanto quanto possível, às suas necessidades e recursos. Sendo a importância de uma relação profissional de saúde-utente positiva inegável, quando utentes e profissionais têm a possibilidade de desenvolver uma familiaridade facilitada pela tecnologia, os cuidados de saúde melhoram e a satisfação dos utentes aumenta proporcionalmente (e.g., Garfan et al., 2021). Assim sendo, recorrendo à eHealth, o resultado poderá ser uma relação terapêutica com comunicação mais completa e personalizada, educação mais eficaz dos utentes, maior confiança por parte dos mesmos, maior adesão às terapêuticas e, em última instância, melhores resultados de saúde (Weiner & Biondich, 2004). Contudo, também alguns estudos alertaram para a possibilidade de esta tecnologia gerar distanciamento entre utentes e profissionais de saúde, ao substituir progressivamente as relações presenciais por interações virtuais (e.g., González & Herrera, 2007).

Na realidade, estudos recentes (e.g., Garfan et al., 2021; Morilla et al., 2017) indicam que a relação profissional de saúde-utente não precisa, atualmente, de ser mais bem estabelecida e aprimorada somente por meio da interação presencial. Faz sentido recorrer também às tecnologias aplicadas aos cuidados de saúde, mais ainda em determinados contextos (e.g., remotos).

Apesar do supracitado, importa clarificar que o sucesso da eHealth depende dos profissionais de saúde e utentes que realmente a utilizam, assim como, substancialmente, de como é implementada (Obstfelder et al., 2007). Neste sentido, a promoção da aceitação das novas aplicações de eHealth e a adaptação da tecnologia às necessidades dos serviços de saúde conferem aspetos de destaque em todos os estudos sobre o sucesso da eHealth (Obstfelder et al., 2007). No âmbito da aceitação destas tecnologias, têm sido propostos vários modelos com vista a prever que fatores determinam a utilização de eHealth. Por exemplo, o Modelo de Aceitação de Tecnologia (TAM; Hu et al., 1999) permitiu identificar como preditores importantes do uso da tecnologia por parte dos seus utilizadores, em contextos de saúde: (1) a

facilidade percebida da utilização e (2) a sua utilidade percebida (Morrissey, 2014). Por oposição, as principais barreiras à implementação deste tipo de tecnologia incluem a baixa literacia tecnológica dos utilizadores, a falta de adaptação das estratégias às suas necessidades, assim como a despersonalização dos cuidados, juntamente com a falta de privacidade e problemas de ligação durante a sua utilização. Além disso, do ponto de vista institucional, são mencionadas a falta de perceção de utilidade e a dificuldade de acesso às plataformas de eHealth, bem como a escassez de recursos financeiros para levar a cabo estas estratégias de saúde (Herrera et al., 2022).

Posto isto, retira-se que, tanto os profissionais de saúde como os utentes devem ser envolvidos e as suas necessidades levadas em consideração na implementação destes protocolos (Macdonald et al., 2017), que conferem uma mudança significativa face à abordagem de saúde convencional (Andreassen et al., 2006). A evidência sugere que é importante compreender a relação entre os médicos – em particular – e a tecnologia, nomeadamente a avaliação da sua introdução na prática clínica quotidiana (Macdonald et al., 2017), para apurar se estes têm atitudes favoráveis à mesma.

A título de exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), assim como de forma crescente se tem verificado em Portugal desde 2015 (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI], 2021), têm sido implementadas unidades de hospitalização domiciliária. Este tipo de intervenção oferece serviços hospitalares apropriados a utentes com situações de doença aguda ou que, noutras instâncias, poderiam necessitar de hospitalização (e.g., cuidados paliativos), nas suas próprias habitações (Denecke & May, 2023). Os motivos para o seu desenvolvimento passam pela diminuição da sobrecarga do sistema de saúde, pelo interesse no desenvolvimento de tecnologias de apoio domiciliário, pelo maior conforto de ambientes domésticos e – também por este motivo – por solicitações de utentes de alternativas aos cuidados tradicionais, que com alguma frequência não satisfazem as suas expectativas e necessidades (Montalto, 1996). É de notar que as unidades de hospitalização domiciliária – com apoio da eHealth – que operam em alguns países há muitos anos (e.g., EUA), apresentam resultados extremamente positivos (Montalto, 1996). A eHealth demonstrou ser valiosa para promover a adesão à medicação e melhorar a autogestão de doenças na população idosa. Além disso, pode ser utilizada para monitorizar sinais clínicos, recolher informações de saúde, apoiar os utilizadores em atividades relacionadas com a sua saúde e promover um estilo de vida saudável ou, inclusive, organizar consultas à distância (Sülz et al., 2021). No entanto, alguns autores alertam para o facto de esta dinâmica não ser

ainda operacionalizada de uma forma tão proeminente quanto seria de esperar, considerando os benefícios que estas intervenções prometem (Obstfelder et al., 2007).

Todavia, os programas de hospitalização domiciliária têm sido também criticados por constituírem um fardo – por vezes oculto, mas possivelmente significativo –, para os cuidadores (informais) dos pacientes, uma vez que sobre estes recaem responsabilidades acrescidas, por comparação com o formato tradicional (Andreassen et al., 2006). Assim, importa também contemplar os desafios que a eHealth acarreta. Estes variam e são vistos de diferentes perspetivas, incluindo, por exemplo: (a) aceitação, (b) adoção, (c) funcionalidade, (d) compreensão, (e) qualidade e (f) legislação (Garfan et al., 2021). Estudos sugerem que indivíduos mais idosos, não se sentem particularmente confortáveis na utilização da tele-saúde devido à falta de familiaridade com a tecnologia (Negrini et al., 2020). Além disso, a utilização da eHealth por utentes com menos competências técnicas confere também um desafio, assim como a avaliação da funcionalidade e qualidade dos instrumentos. Em termos institucionais, a falta de considerações e diretrizes científico-legais para apoiar a eHealth revela-se outro desafio na implementação e adoção desta tecnologia em diferentes países. Adicionalmente, questões de natureza técnica, como a falta de acesso e lenta ligação à Internet foram apontadas como barreiras na utilização desta tecnologia (Garfan et al., 2021).

De forma geral, o que a literatura parece sugerir é que, aquando da integração da eHealth nos sistemas de saúde e por forma a garantir a sua eficácia e adequação, deve ser realizada uma investigação detalhada das necessidades e competências dos seus utilizadores (i.e., profissionais de saúde e utentes), assim como uma gestão rigorosa destas tecnologias em termos práticos (Garfan et al., 2021), considerando que, a título de exemplo, a má gestão de informações de saúde poderá prejudicar os cuidados. Nesta medida, as tecnologias devem ser implementadas de forma a preservar e elevar os relacionamentos e a prática clínica, enquanto contemplam todas as condicionantes possíveis do contexto (Weiner & Biondich, 2004). Assim, torna-se evidente a importância da formação de equipas multidisciplinares, para dar resposta às exigências levantadas e adotando uma perspetiva o mais possível holística e integrativa, devendo abarcar desde profissionais de saúde a técnicos de informática.

Além da eHealth, também a inteligência artificial tem vindo a ser cada vez mais integrada nos cuidados de saúde, sobretudo pelo seu potencial ao nível da eficiência, inclusive económica (Kerasidou, 2020), embora em Portugal a sua expressão ao nível da saúde seja ainda considerada reduzida. A inteligência artificial pode ser conceptualizada como o conjunto de tecnologias informáticas que se assemelham a processos associados à inteligência humana, tais como raciocínio, aprendizagem e adaptação, processamento de

sensações e interação (Nuffield Council on Bioethics, 2018). Futuramente, a ambição passa por permitir que estas tecnologias transformem a prestação de cuidados de saúde, através da simplificação crescente dos processos de fluxo de trabalho. Tal permitirá por exemplo, melhorar a precisão do diagnóstico e tratamento, bem como fornecer mais tempo aos profissionais de saúde, o que se estima que conduzirá não só a cuidados mais fiáveis e empáticos para os utentes, como também a menos stresse e desgaste para os profissionais. Contudo, é necessário examinar cuidadosamente se esta tecnologia avançada pode apoiar outros valores que se assumem centrais para a prestação de cuidados de saúde, como a empatia (Kerasidou, 2020). Restam dúvidas sobre se, com as alterações que advêm da introdução destas tecnologias, os profissionais podem perder de vista a base de excelência dos cuidados de saúde: a relação profissional de saúde-utente (e.g., Wehbe et al., 2015).

Satisfação do Utente

Por último, importa ainda examinar a noção de satisfação dos utentes, a qual se revela de extrema importância em contextos de saúde. Para além da satisfação dos utentes predizer resultados de saúde positivos e melhor adesão aos tratamentos (Howick & Rus, 2017), é igualmente influenciada pelos resultados de saúde, na medida em que os utentes baseiam as suas avaliações na perceção que têm da sua condição de saúde (Hall et al., 1993).

No âmbito da avaliação e conceptualização da satisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados recebidos, são identificadas, de modo geral, dimensões referentes a aspetos interpessoais, sociais, morais e técnicos do cuidado clínico (Hall et al., 1993). Mais concretamente, salientam-se, por exemplo, a competência profissional, as qualidades pessoais do profissional e o custo-conveniência como dimensões relevantes para a avaliação da qualidade do serviço prestado, bem como a consequente satisfação. Visto que os utentes podem expressar satisfação face a diferentes aspetos dos cuidados de saúde de que usufruem, alguns autores destacam duas vertentes: (1) a satisfação com o comportamento afetivo dos profissionais de saúde (e.g., empatia demonstrada); e (2) a satisfação com o domínio técnico e teórico dos profissionais ou com a sua meticulosidade (Aseltine et al., 1993). Ademais, a literatura sugere que os utentes efetuam tomadas de decisão tendo por base as suas perceções acerca da qualidade e satisfação com os cuidados de saúde e seus prestadores (Kane et al., 1997). Posto isto, os gestores de cuidados de saúde precisam, efetivamente, de entender de que forma os utentes avaliam os serviços de saúde pelos quais se assumem responsáveis, podendo assim tomar medidas para monitorizar e promover estes aspetos. Tal permitirá potenciar os benefícios associados à satisfação dos utentes, tanto para os próprios (e.g.,

melhor bem-estar e resultados de saúde), como para o serviço (e.g., redução de custos; e.g., Howick & Rus, 2017).

O Presente Estudo

A partir desta revisão de literatura, que procurou oferecer uma visão geral da temática em causa e das suas implicações, em termos práticos e teóricos, foram identificadas lacunas que constituem o ponto de partida para o presente estudo.

Este trabalho pretende dar resposta a uma escassez de estudos empíricos recentes sobre a relação profissional de saúde-utente, particularmente em Portugal. Além disso, esta investigação surge como pertinente dado que atenta à perspetiva de utentes e de profissionais de saúde, sendo que, na literatura, existe um maior foco nos primeiros (e.g., Berger et al., 2020). Ainda neste sentido, acrescenta valor ao presente estudo o facto de se considerar uma amostra heterogénea, em termos de utentes e de profissionais de saúde – o que também o diferencia face a estudos anteriores (e.g., Okken et al., 2012; Ridd et al., 2009;). Pela natureza exploratória desta análise, e por oposição a outros estudos, procura-se estudar a relação profissional de saúde-utente de forma compreensiva, sem focar exclusivamente um aspeto da relação (e.g., comunicação; Skär & Söderberg, 2018). A par do referido, a consideração das perceções relativas à utilização de tecnologia no âmbito da saúde e, mais concretamente, da relação profissional de saúde-utente, assume-se como uma temática ainda em ascensão na literatura – assim como na prática – pelo que constituiu um aspeto de particular interesse para o estudo em causa.

Metodologia

Participantes

Participaram no estudo 22 pessoas, sendo 11 utentes e 11 profissionais de saúde. Destes utentes, oito identificaram-se com o género feminino e três com o género masculino. As suas idades estão compreendidas entre os 18 e os 75 anos ($M = 45,45$; $DP = 18,94$). A maioria referiu encontrar-se casada ou numa relação de compromisso e cinco estar solteiros. Relativamente aos profissionais de saúde, nove identificaram-se com o género feminino e dois com o masculino. As idades variaram entre os 25 e os 68 anos ($M = 35,82$; $DP = 11,86$). A maioria encontra-se casada ou numa relação de compromisso, sendo que dois partilharam estar solteiros.

Os utentes explicitaram diversos motivos para recorrer aos serviços de saúde, desde o diagnóstico de doenças e respetivo tratamento/accompanhamento a situações de rotina, em diversas áreas de especialidade. Relativamente ao tipo de estabelecimentos de saúde que, por norma, os indivíduos frequentam para dar resposta às suas necessidades, a maioria ($n = 7$) dos participantes assinalou o contexto público.

Os profissionais de saúde tinham diferentes áreas de formação ou especialidade, e entre 2 a 33 anos de experiência ($M = 12,09$; $DP = 9,01$). A maioria ($n = 6$) dos profissionais exercia funções em estabelecimentos de saúde privados.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico para profissionais de saúde. Construído especificamente para este estudo, é constituído por questões de resposta curta, dicotómica ou politómica, para avaliar as seguintes variáveis: idade, género, estado civil, constituição familiar (i.e., irmãos e filhos), profissão, área de especialidade, anos de experiência na área e contexto de trabalho (i.e., público, privado ou ambos; Apêndice A).

Questionário sociodemográfico para utentes. Construído especificamente para este estudo, é composto por questões de resposta curta, dicotómica ou politómica, sobre as variáveis: idade, género, estado civil, constituição familiar (i.e., irmãos e filhos), profissão, motivos para recorrer aos serviços de saúde, diagnósticos médicos e tipo de estabelecimentos de saúde frequentados (i.e., público, privado ou ambos; Apêndice B).

Guião de entrevista semiestruturada para profissionais de saúde. Criado propositadamente para este estudo, tem como objetivo avaliar a perceção de profissionais de saúde relativamente à relação profissional de saúde-utente (Apêndice C). Contém questões abertas, organizadas nas seguintes secções: (1) Perspetiva geral da relação profissional de

saúde-utente (e.g., “ De um modo geral, o que considera relevante para cultivar uma boa relação profissional com os utentes que acompanha?”); (2) Esforços do profissional (e.g., “Através da linguagem não-verbal, há algo que faça conscientemente para “apoiar” o utente?”); (3) Perceções face ao utente (e.g., “Que impacto acha que a forma como interage com o utente tem na experiência do mesmo?”); (4) Reflexão geral sobre a empatia na prática clínica (e.g., “Pode identificar situações em que conseguiu estabelecer uma boa relação de empatia com o utente?”); e (5) Papel da tecnologia na relação (e.g., “ Qual é, para si, o papel que a tecnologia tem ao nível da relação com o paciente?”).

Guião de entrevista semiestruturada para utentes. Desenvolvido especificamente para o estudo, tem como objetivo avaliar a perceção de utentes relativamente à relação utente-profissional de saúde (Apêndice D). Contém questões abertas, organizadas em cinco secções: (1) Perspetiva geral da relação utente-profissional de saúde (e.g., “Relativamente ao relacionamento com estes profissionais, o que poderia realçar como mais positivo?”); (2) Relação com um profissional de saúde que o acompanhe (e.g., “Pense no profissional de saúde que mais frequentemente o acompanha - por exemplo, o seu médico de família. O que considera que poderia ser melhorado?”); (3) Importância da relação na perspetiva do utente (e.g., “Que impacto acha que a forma como interage com os profissionais de saúde com que tem lidado tem tido na sua experiência enquanto utilizador de serviços de saúde?”); (4) Reflexão geral sobre a empatia na prática clínica (e.g., “Em que medida sente que a empatia é uma característica presente nos contextos clínicos que frequenta normalmente?”); e (5) Papel da tecnologia na relação (e.g., “Que investimentos/avanços pensa poderem ser feitos no uso das tecnologias para promover a empatia na relação entre utentes e profissionais de saúde?”).

Procedimento de Recolha de Dados

Foi utilizado um desenho de estudo transversal e qualitativo, para explorar a perceção de profissionais de saúde e de utentes, tanto do sistema privado como do público, relativamente a aspetos da relação profissional de saúde-utente. O critério de inclusão estipulava uma idade mínima de 18 anos. Importa ainda referir que os profissionais de saúde foram recrutados de diferentes áreas de atuação propositadamente, com o objetivo de valorizar, pelas pluralidade de experiências, os resultados obtidos. Os participantes, que responderam voluntariamente e sem receber qualquer recompensa, foram recrutados através do método de amostragem por conveniência e bola de neve. Foram desenvolvidos dois questionários sociodemográficos e dois guiões de entrevista para cada um dos grupos de participantes, aplicados pela autora do estudo. Para garantir a adequação das medidas e do

tempo estimado para a resposta, foram realizadas duas aplicações pré-teste – uma para cada grupo – que, por cumprirem o previsto, se integraram na análise efetuada. Antes das entrevistas, a investigadora forneceu informações sobre os principais objetivos do estudo e os participantes preencheram o consentimento informado (Apêndice E). Todos os procedimentos de recolha e análise de dados desenvolvidos respeitaram a ética fundamental no âmbito da investigação científica qualitativa. Assim, assegurou-se a confidencialidade e o anonimato dos participantes na apresentação dos resultados. Não foram discriminados nomes, locais ou instituições mencionadas no decorrer das entrevistas, tendo sido substituídos por códigos ou nomes fictícios, quando necessário. Os utentes serão identificados por códigos associados à ordem pela qual foram realizadas as entrevistas (e.g., Uteute 1). Os profissionais de saúde serão nomeados de acordo com a sua área de intervenção (e.g., Nutricionista), salvaguardando-se o princípio ético da confidencialidade.

Posteriormente, os participantes responderam aos questionários sociodemográficos e foram entrevistados. As entrevistas foram realizadas consoante a modalidade de preferência dos respondentes – presencialmente ($n = 12$), via *Zoom* ($n = 9$) ou *WhatsApp* ($n = 1$) – tendo sido todas gravadas em áudio, para posterior transcrição. A duração das entrevistas foi em média de, aproximadamente, 36 minutos no caso dos utentes ($M = 35,64$; $DP = 6,68$), variando entre 25 e 49 minutos, e 45 minutos para os profissionais de saúde ($M = 44,82$; $DP = 13,37$), com um mínimo de 29 e máximo de 73 minutos. Os dados foram recolhidos entre os meses de fevereiro e maio de 2023, até atingir a saturação teórica (Falqueto et al., 2019).

Procedimento de Análise de Dados

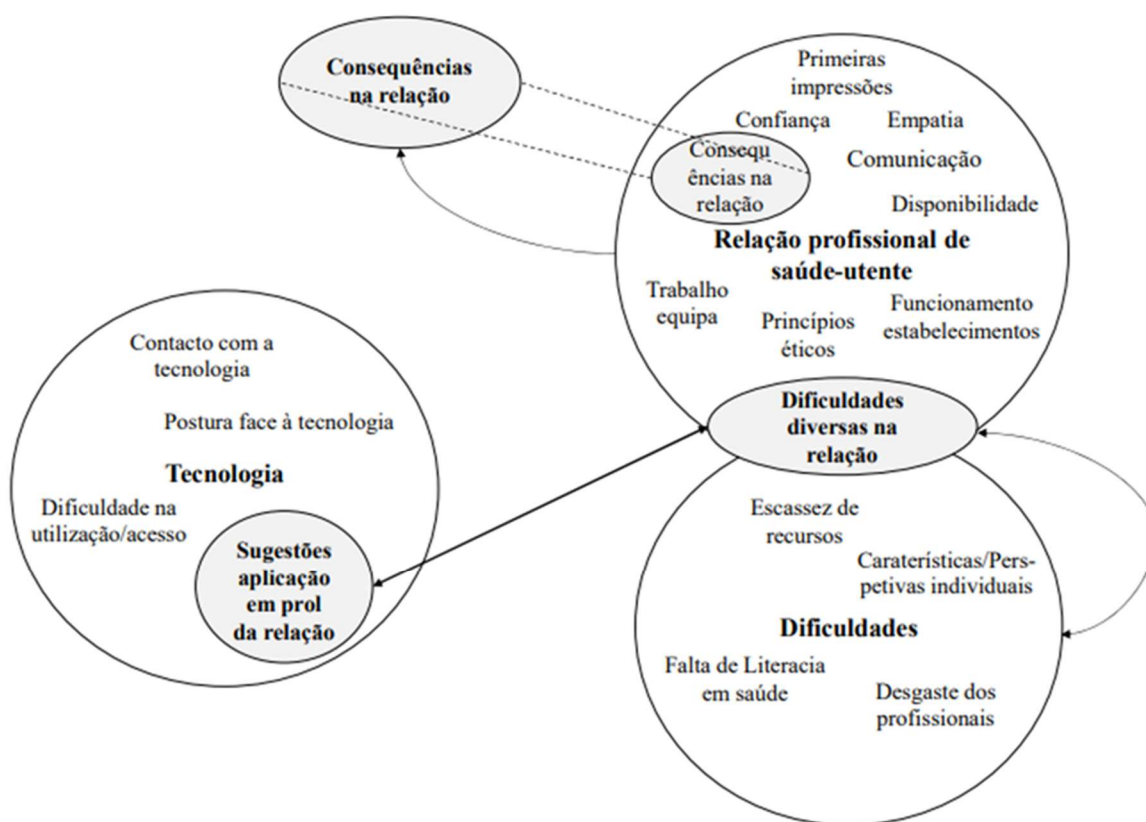
Os dados recolhidos foram analisados segundo os procedimentos da análise temática (Braun & Clarke, 2013), recorrendo-se ao *software* MAXQDA (versão de 2018). Inicialmente, e logo após um período de familiarização com os dados, efetuou-se a transcrição das entrevistas para que, subsequentemente, se procedesse à codificação de segmentos que se organizassem em categorias identificadas como relevantes. Sendo um processo recursivo, os temas e respetivas nomenclaturas foram sendo revistos à medida que a análise de dados avançava. Este procedimento baseou-se na identificação de temas a nível semântico, sustentando-se sobretudo no conteúdo manifesto nas transcrições, mas também a nível latente, constituindo um exercício interpretativo. A análise temática assumiu um caráter sobretudo indutivo, uma vez que os temas identificados surgiram, em grande parte, pela sua relação com os dados obtidos, embora sempre apoiados nos objetivos do estudo e na revisão teórica.

Apresentação e Discussão dos Resultados

A análise temática das entrevistas resultou num sistema hierárquico constituído por 53 temas (Apêndice F), relacionados entre si (ver Figura 1). Os principais temas são Relação Profissional de Saúde-Utente, Dificuldades e Tecnologia, sendo que, em cada um, existem subtemas, o que possibilitou uma análise dos dados mais pormenorizada, fundamental para a satisfação dos objetivos do estudo.

Figura 1

Mapa Ilustrativo das Relações Principais entre os Temas.



Relação Profissional de Saúde-Utente

As perceções sobre a relação entre profissionais de saúde e utentes têm vindo a alterar-se, refletindo, parcialmente, a proliferação das tecnologias no âmbito do acompanhamento clínico realizado nos serviços de saúde. Neste sentido, pelos motivos referidos na Revisão de Literatura, é essencial reconhecer e estudar as perceções dos intervenientes acerca das particularidades e das implicações inerentes às relações que se

estabelecem atualmente entre profissionais de saúde e utentes. Este tema principal agrupa nove subtemas que ajudam a caracterizar aspetos específicos da relação em análise.

Assim, os principais aspetos mencionados nas entrevistas no âmbito desta relação refletem-se nos subtemas: (1) Princípios Éticos (2) Comunicação, (3) Confiança, (4) Consequências da Relação, (5) Disponibilidade, (6) Empatia, (7) Funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, (8) Primeiras Impressões e (9) Trabalho em Equipa/Apoio Multidisciplinar. De seguida, para ilustrar e melhor compreender o conteúdo dos subtemas, seguem-se algumas citações dos participantes. Sempre que necessário, os utentes serão identificados por códigos (e.g., Utente 1) e os profissionais de saúde serão nomeados de acordo com a sua área de intervenção (e.g., Nutricionista), salvaguardando-se o princípio ético da confidencialidade.

Princípios Éticos

O primeiro subtema surgiu referenciado por cinco participantes, utentes e profissionais, e refere-se aos princípios éticos da *confidencialidade*, da *privacidade* e do *respeito*, comuns aos diferentes cuidados de saúde alvo de reflexão. A ética no domínio da saúde promove, nos diferentes profissionais, a consideração de valores na definição de prioridades e nas tomadas de decisão que possam ter impacto na saúde e bem-estar dos utentes, respetivas famílias e comunidades. Assim, um quadro de ética na saúde prevê uma análise sistemática e a resolução de conflitos através da aplicação de princípios éticos gerais (OMS, n.d.).

A *confidencialidade* refere-se à restrição do acesso a informações pessoais a indivíduos e processos não autorizados. Por isso, implica conservar o sigilo sobre uma comunicação confidencial, que não pode ser divulgada sem a autorização dos utentes (Romeo, 2012). Os profissionais de saúde têm a obrigação legal de tratar a informação dos pacientes de forma privada e segura. Como resultado, entre ambas as partes desenvolve-se uma relação positiva e de confiança (Tegegne et al., 2022). Também pela informação recolhida através das entrevistas, este tema parece ser relevante: “O facto de sentir que está num ambiente confidencial é um aspeto que considero muito importante” (Nutricionista clínica).

A *privacidade* é um construto difícil de definir, não existindo uma conceptualização universalmente aceite. Altman (1976) definiu-a como "controlo seletivo do acesso ao próprio ou ao grupo" (p. 18). Neste caso, os aspetos privados da vida pessoal devem estar livres do julgamento de outros, respeitando limites explícitos e implícitos (e.g., culturais), o que

restabelece os valores pessoais e confere um sentimento de proteção. Mais recentemente, e pela sua amplitude, este construto tem vindo a ser considerado multifatorial em contexto clínico. Assim, a *privacidade* do utente engloba vários aspetos, incluindo o espaço pessoal (i.e., privacidade física), os dados pessoais (i.e., privacidade informativa), as escolhas pessoais, compreendendo as afiliações culturais e religiosas (i.e., privacidade decisional), e as relações pessoais com os membros da família e outros íntimos (i.e., privacidade associativa; American Medical Association, 2016). Apesar de este não ter sido o princípio ético mais enfatizado nas entrevistas, os participantes referiram alguns aspetos associados à *privacidade*, considerando-a relevante no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde, assim como na relação entre profissionais de saúde e utentes: “Os nossos doentes paliativos muitas vezes ficam, ou têm muita família que vem visitar, e é importante haver um espaço para estas pessoas terem privacidade. E acho que conseguimos fazer isso” (Enfermeira Cuidados Paliativos). Em conformidade com esta citação e com a literatura, verifica-se um aumento da perceção de privacidade por parte do utente quando o profissional reorganiza o consultório/quarto ou fornece outro local para dar mais espaço ao visitante (i.e., privacidade física; Serenko & Fin, 2013). É, ainda, essencial mencionar que as perceções de privacidade dos utentes constituem um elemento funcional na avaliação da qualidade do serviço, estando direta e positivamente relacionadas com a satisfação dos utentes com os serviços de saúde (Nayeri & Aghajani, 2010).

Por fim, o *respeito* em contexto de cuidados de saúde, segundo Beach et al. (2007), é descrito como o reconhecimento do valor incondicional dos utentes como pessoas. Por este motivo, implica também, mas não exclusivamente, o respeito pela autonomia dos utentes. Além desta definição, no presente estudo o *respeito* foi referido como sendo bidirecional, ou seja, dos profissionais de saúde relativamente a utentes e vice-versa. Seguem-se alguns exemplos de referências à importância do *respeito* na relação profissional de saúde-utente: “(...) a base é o respeito pelo ser humano, pela pessoa.” (Fisioterapeuta); “Eu penso que sermos respeitadores uns para com os outros é essencial.” (Auxiliar de saúde); “(...) não seria desrespeitadora de maneira nenhuma, porque tenho de respeitar o profissional de saúde, ele faz o que pode, não está ali para me fazer mal...” (Utente 6, 64 anos).

Importa referir que o *respeito* foi o princípio ético mais mencionado, sendo referido por sete participantes, além de ter sido várias vezes enaltecida, a sua relevância para o tema em estudo. Em síntese, a garantia dos princípios éticos mencionados anteriormente é favorável à relação profissional de saúde-utente.

Comunicação

Foi mencionada por 20 do total de 22 participantes, destacando-se, do ponto de vista dos entrevistados, enquanto um aspeto relevante para a relação utente-profissional de saúde. A *comunicação* constitui o processo pelo qual pelo menos dois indivíduos trocam ideias, sentimentos ou impressões, para que cada um atinja a compreensão comum do significado transmitido, da intenção e da utilização da mensagem (e.g., Leagans, 1961). No tema em causa, os subtemas mais referidos foram, por esta ordem, *comunicação verbal*, *transmissão de informação* e *comunicação não-verbal*.

A *comunicação verbal*, ou seja, que acontece por palavras proferidas oralmente ou por escrito, parece ser o tipo de comunicação na relação entre utente e profissional de saúde mais fácil de identificar para os indivíduos. Estes referem, por exemplo: “Adaptou a linguagem médica à linguagem normal e inclusive simplificou.” (Utente 1, 53 anos)

Que comuniquem bem connosco, que consigam falar connosco da maneira como nós somos, porque às vezes há profissionais, enfermeiros como médicos, que por vezes falam para nós com certas palavras, certas frases, que nós não entendemos e a mim já me aconteceu estarem a falar comigo e eu não estar a entender e depois também não me sentia à vontade de estar a perguntar. (Utente 3, 63 anos)

Não usar demasiado termos técnicos. É, e ouvir, ter uma postura mais assertiva. Acho que isso ajuda bastante, e tentar fazer perguntas que não sejam só de resposta sim, não. De modo a conseguirmos, para aconselhar. E é envolver o utente também na “troca” que está ali a efetuar, por assim dizer. (Farmacêutica)

Já a *comunicação não-verbal* foi mencionada pelos participantes sobretudo pela importância que aspetos comunicativos não falados ou escritos podem desempenhar na relação profissional de saúde-utente. Incluí expressões faciais, gestos, contacto visual (em particular, a sua manutenção), postura e tom de voz, de ambos os intervenientes. Por exemplo: “E o tom, ou às vezes nem é o tom, é uma atitude, é mais isso. Às vezes é mais, há pessoas que não... que estão com menos paciência ou com menos predisposição para estar ali a falar muito.” (Utente 4, 23 anos)

Sim, tento manter uma postura descontraída, sem ter braços cruzados ou pernas, queremos passar a mensagem de que estamos disponíveis. Se estivermos mais rígidos

ou contraídos, indicamos o contrário. Além disso, tento estar consciente das minhas expressões faciais e gestos, para que transmitam exatamente o que eu pretendo, ou seja, que acompanhem aquilo que eu estou a dizer e aquilo que a pessoa me diz também. (Psicólogo clínico)

Seja com um aperto de mãos, um sorriso.... Acho que é importante também para os próprios doentes, portanto, ajustar muitas vezes esta linguagem não-verbal ao tipo de doentes, ao âmbito da consulta, à quantidade de consultas que já foram feitas, até à relação que se foi estabelecendo. (Nutricionista clínica)

A transmissão de informação foi incluída no tema *Comunicação* pela sua coocorrência com as formas de comunicação supracitadas. Esta, além da *comunicação verbal*, parece ser uma componente-chave da relação profissional de saúde-utente referida por 14 participantes e enfatizada por ambas as partes. Transmitir e explicar conteúdos é uma função dos profissionais de saúde, que ambicionam promover o conhecimento e a literacia em saúde dos utentes, possibilitando uma cooperação entre ambos com vista à promoção da saúde e bem-estar, prevenindo a doença (e.g., Gilligan et al., 2017). Portanto, este parece ser um aspeto reconhecidamente valorizado por utentes e profissionais na sua interação. Alguns segmentos que exemplificam podem ser: “Explicam, nas primeiras sessões, o que é que a pessoa deve fazer, com um livrinho, entregam um livrinho. Explicam tudo com um livrinho, desde a higiene oral à alimentação.” (Utente 7, 64 anos)

Explicando exatamente o que é que se vai passar, tudo aquilo que pode passar, porque eu tenho a perceção de que, por exemplo, nas doenças mais graves, as pessoas têm noção e querem muitas vezes saber e ter a maior quantidade de informação útil possível. (Médica de Ginecologia Oncológica)

A linguagem, se eu percebi bem aquilo que me foi transmitido, se a própria pessoa percebeu bem aquilo que eu lhe transmiti. A segurança de que os conhecimentos que eu passei não foram meramente passados, mas foram adquiridos pela pessoa que me procura. (Nutricionista clínica)

Uma boa comunicação é, assim, vista como um aspeto crucial para o estabelecimento e manutenção de uma relação de qualidade entre utentes e profissionais de saúde, reconhecida por ambas as partes, e tal como evidenciado na literatura (Gilligan et al., 2017).

Confiança

Este tema engloba referências de todos os participantes, o que sustenta a sua relevância para a relação em causa. Este construto é complexo, com várias dimensões enunciadas na literatura e ainda em estudo (Heyns & Rothmann, 2021). A confiança pode ser definida, segundo Thom et al. (2011), como a expectativa de que o outro se comportará de forma benéfica, ou pelo menos não prejudicial, admitindo que os riscos sejam assumidos com base no mesmo. Neste trabalho, tentando congregiar as ideias apresentadas pelos entrevistados, entende-se *confiança* como o sentimento de previsibilidade, de segurança e de fiabilidade face ao profissional de saúde, conferindo uma componente de extrema importância para a relação profissional de saúde-utente. Seguem-se alguns excertos que ilustram o conteúdo deste tema: “Passar-lhes uma imagem de segurança, no fundo, também.” (Médica de Ginecologia Oncológica); “(...) quando a pessoa tem problemas de saúde assim até com maior gravidade, acho que a confiança é mesmo a coisa mais importante.” (Utente 1, 53 anos); “Criar uma confiança na relação entre o utente e o profissional, saber que se a pessoa tem alguma coisa, se sente alguma dor ou algum desconforto, sabe que nos pode, pode recorrer a mim porque a consigo ajudar...” (Fisioterapeuta)

Eu acho que é muito importante porque confiamos mais nalgum com quem nos damos bem e que nos trata bem, eu acho. E a nossa relação com os médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, também tem de ser uma relação de confiança. (Utente 10, 26 anos)

Depois as pessoas acabam por ficar mais na dúvida, enquanto que se confiarem naquele profissional de saúde... A pessoa vai seguir, pronto, mesmo firmemente, não é? Aquilo que o profissional de saúde indicou. E é isso, se a vizinha disser uma coisa em contrário, não vai ligar nenhuma, e vai seguir é aquilo que o profissional indicou. Por isso, é bastante importante. (Médica interna de Saúde Pública)

Além disso, destacou-se, nas entrevistas, a referência ao papel do *conforto/abertura na relação* e do *domínio teórico e técnico dos profissionais de saúde* – como antecedente –

para a vivência de uma relação de confiança entre profissionais e utentes: “A confiança é que proporciona as condições necessárias à nossa partilha.” (Utente 10, 26 anos); “Acho que quando há um maior à-vontade e não temos medo de dizer as coisas ou vergonha. Aí ajuda, porque se queremos ficar melhor, também temos de lhes explicar o que sentimos, etc.” (Utente 9, 35 anos);

(...) é sentir que, efetivamente, quando nos estão a dar uma resposta, sentir que há alguém que sabe efetivamente aquilo que está a dizer e aquilo que está a fazer, isso é essencial, e no médico penso que é mais essencial ainda. Se assim se pode dizer, esse tipo de manifestação, ou seja, o paciente, doente, sentir que efetivamente tem à sua frente o seu interlocutor, que sabe o que efetivamente está a fazer e o que lhe está a dizer e o que está... e aquilo que está a aconselhar, porque de outra maneira será muito difícil a pessoa realmente sentir essa confiança. (Utente 5, 61 anos)

(...) também tem a ver com a segurança que nós transmitimos, ao nível do tratamento, de conhecimento, de que “estamos a fazer isto para chegar aqui”, e é nesse caminho que vamos trabalhar. É, acho que isso é muito importante para fomentar esta confiança. (Enfermeira de Cuidados Paliativos)

Este resultado é consistente com o referido por alguns autores (e.g., Birkhauer et al., 2017; Hall et al., 2016) que, apesar de não atribuírem particular relevo à componente relacional, destacam que a confiança dos utentes nos profissionais de saúde que os acompanham é fundamental para a prática clínica, assim como para o sucesso no tratamento. Os utentes têm de confiar nos profissionais para que estes trabalhem no seu melhor interesse e para que, em última instância, obtenham resultados positivos. A evidência demonstra que indivíduos com atitudes mais favoráveis em relação aos seus médicos têm maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde regularmente, o que se traduz numa maior continuidade dos cuidados, prestação de cuidados preventivos, adesão e satisfação face aos mesmos (LoCurto & Berg, 2016). Além disso, a confiança na relação utente-médico confere um impacto psicológico global positivo, com potencial para reduzir ansiedade, aumentar a sensação de bem-estar e promover a recuperação da doença (Thom & Campbell, 1997). Neste sentido, partindo também dos relatos dos entrevistados, conclui-se que a confiança no

profissional de saúde, em geral, é uma das bases para tratamentos eficazes e fundamental para os cuidados centrados no paciente, assumindo-se parte determinante da relação profissional de saúde-utente.

Consequências da Relação

Contempla conteúdo sobre a reflexão dos participantes acerca de implicações que a relação e os seus moldes podem ter a diferentes níveis. Os respondentes salientaram cinco grandes grupos de consequências: as *respostas dos utentes* (i.e., resultados de saúde, adesão aos tratamentos, marcação de consultas subsequentes, etc.), a *satisfação dos utentes* e a *satisfação dos profissionais de saúde com o trabalho*, *experiências que marcaram pela positiva* e *experiências que marcaram pela negativa*. Quando a relação é considerada pelos indivíduos como tendo qualidade e sendo satisfatória, as suas *consequências* assumem-se tendencialmente mais positivas; quando tal não acontece, as *consequências* são particularmente negativas. Para ilustrar isto mesmo, expõem-se alguns exemplos:

A nossa intervenção é sustentada, em grande parte, pela relação que estabelecemos com o paciente, pelo que, a forma como interagimos com ele” (...) “tem uma associação, não sei se impacto, mas associação àquilo que é o *outcome* de saúde da pessoa e, pois então, também a forma como se sente... Acaba por ser quase como um efeito dominó, diria eu. E, no seguimento do que eu ainda há pouco disse, também se relaciona com a permanência no nosso trabalho conjunto. A forma como nos relacionamos com a pessoa pode ser um fator importante para informar a decisão de permanecer em terapia, por exemplo, ou abandonar. (Psicólogo clínico)

Lá está, eu acho que nos sentimos melhor quando temos uma relação de mais confiança com o profissional que nos acompanha, que já nos conhece, isso ajuda a que nos sintamos melhor e que melhoremos dos nossos sintomas. (Utente 9, 35 anos)

Porque uma má experiência pode, para muita gente, de certo modo, descredibilizar um pouco o papel, quer seja do médico, ou de um psicólogo, um enfermeiro, o que quer que seja, acho que tendo uma má experiência, ou mais, pode contribuir em muito para as pessoas perderem um pouco a confiança e a motivação. (Utente 2, 18 anos)

Eu sinto-me mais bem recebida e bem disposta se for mais bem tratada, não é? Acho que não há dúvidas disso. Até se melhora mais rápido às vezes, quando gostamos e confiamos na pessoa que nos está a tratar. (Utente 11, 75 anos)

Os temas identificados vão ao encontro do que já vem sendo identificado na literatura, pelo que a perceção dos indivíduos parece estar alinhada com a evidência apresentada na secção do Enquadramento Teórico (e.g., Armstrong et al., 2008; LoCurto & Berg, 2016).

Disponibilidade

O presente tema contou com referências de 21 entrevistados. A *disponibilidade* incluiu a *disponibilidade temporal*, a *disponibilidade intrínseca* e o *acompanhamento*. Por corresponder a mais de metade das referências deste tema, parece existir um foco maior na disponibilidade enquanto existência de tempo livre ou dedicado a determinada ação, neste caso, à relação entre profissionais de saúde e utentes (i.e., *disponibilidade temporal*). A literatura sugere que deve haver tempo suficiente focado na interação entre utentes e profissionais de saúde, para que estabeleçam uma relação significativa, independentemente da duração total do encontro (Zotterman et al., 2015).

É preciso realmente percebê-los e só se consegue perceber se se gastar tempo, não é ter um computador à frente e dizer “agora, o senhor quantos anos tem? em que data é que nasceu? e em que sítio é que nasceu? e tem tido febre há 3 dias?”. Quer dizer, essa robotização, essa automação daquilo que é a consulta médica? E desses mapas, digamos assim, em que o médico anda ali a picar o ponto. (Utente 5, 61 anos)

Acho que a melhor coisa que nós temos é tempo. Tempo é um recurso fantástico. E nós aqui temos o privilégio de ter tempo. Passar tempo com as pessoas, para conversar com as pessoas, para perceber as pessoas e as suas famílias. E acho que isso é a coisa mais valiosa que temos. Nem sempre é possível, mas quando usamos bem..., portanto, acho que essa vai ser a minha resposta, tempo é a coisa mais preciosa. (Enfermeira de Cuidados Paliativos)

Que tem ali aquele tempo, apesar de não ter muito tempo, mas parecer que está disposto a ajudar-te e que está ali para ti, acho que é importante, sim, fazerem com que tu também sintas que aquele tempo é teu, não é? (Utente 4, 23 anos)

Atualmente, com o crescente investimento em modelos de cuidados de saúde baseados no valor, como o “*time-driven activity-based costing*”, cada vez mais se estimam tempos para qualquer processo a realizar em contextos de saúde, visando a máxima rentabilização do tempo e dos recursos, acarretando menos custos e traduzindo-se em mais ganhos (Keel et al., 2017). No entanto, apesar dos benefícios monetários destes modelos, o tempo contado, no limite, pode traduzir-se em constrangimentos nas relações que se estabelecem em contextos de saúde, entre profissionais e utentes. Esta preocupação e alguma satisfação quando existe disponibilidade reflete-se em várias citações prévias dos participantes. Tanto utentes como profissionais de saúde valorizam a existência de tempo para cultivar a relação entre ambos, de forma natural e empática, o que parece estar a tornar-se progressivamente mais difícil de suceder, principalmente pela sobrevalorização da rentabilização dos serviços face à sua qualidade.

Adicionalmente, o *acompanhamento* foi bastante referenciado pelos participantes. Este subtema apela à manutenção do contacto e da relação entre um profissional de saúde e o utente ao longo do tempo, de forma relativamente regular, em modalidade presencial ou remota. Trata-se de um aspeto que, quando presente, é visto como tendencialmente positivo, conforme ilustrado nas seguintes citações: “Sim, porque o contacto acho que é mesmo importante, podermos ir falando com eles, com os profissionais, quando precisamos...” (Utente 9, 35 anos); “Para já, e estranhamente, parece que a pessoa se sente mais acompanhada. Porque tem sempre ali o “íconezinho” [aplicação móvel] do hospital, do SNS [Serviço Nacional de Saúde], tenho lá tudo, tenho lá a informação toda.” (Utente 1, 53 anos); “Eu acho que, se nós estivermos sempre numa situação em... muito sempre a mudar de médico, então mudar de clínica, é mais difícil tu conseguires criar essa relação com as pessoas.” (Utente 4, 23 anos);

E lá está, se tendo, se tendo feito este papel, e sendo uma pessoa de referência, acho que nós aqui no internamento tínhamos muitas condições para seguir as famílias à distância. E sermos pessoas de referência para certos doentes que vão e vêm.

(Enfermeira de Cuidados Paliativos)

Sendo a saúde um quesito para toda a vida, o acompanhamento a longo prazo constitui-se uma parte importante da avaliação de qualquer condição médica ou tratamento (Cuzick, 2023) e, mais que isso, parece ser relevante para a manutenção da relação profissional de saúde-utente, na percepção destes indivíduos.

Adicionalmente, ambas as partes fizeram referência à *disponibilidade intrínseca*. Este subtema refere-se essencialmente à manifestação de interesse e preocupação por parte do profissional de saúde no conteúdo partilhado pelo utente em contexto clínico. Assim, seguem-se alguns exemplos: “(...) se quiserem dizer alguma coisa sabem que podem sempre conversar comigo e têm contacto comigo” (Neuropsicóloga clínica); “Temos de ser também flexíveis e mostrar-nos disponíveis, dentro de limites do bom senso, para ajudar tanto quanto possível aquela pessoa.” (Psicólogo clínico); “Quando nos tratam bem, não é? Quando também estão atentos a nós e disponíveis para falar connosco, como estava a dizer ainda agora” (Utente 11, 75 anos).

De um modo geral, a literatura indica que os cuidados de saúde longitudinais são afetados pela disponibilidade do profissional, independentemente dos seus determinantes, sendo que alguns utentes podem sentir dificuldade na manutenção de uma relação de qualidade (Ridd et al., 2009). A percepção dos indivíduos entrevistados parece ir ao encontro destas evidências, constatando-se que a *disponibilidade* é considerada um dos pilares da relação profissional de saúde-utente.

Empatia

Constitui o subtema mais mencionado, por 21 dos 22 participantes, podendo ser considerada, na perspectiva dos intervenientes, um dos tópicos de maior relevo para a relação profissional de saúde-utente. A *empatia* reúne as questões centrais das conceptualizações enunciadas no Capítulo 1, referindo-se sobretudo à compreensão, ao sentimento das emoções e perspectiva do paciente, oferecendo uma resposta que reflete a compreensão e visa o auxílio, como enunciado por Nembhard et al. (2022). Mais concretamente, este tema abarca um número significativo de referências sobre a *percepção geral da empatia na relação utente-profissional de saúde, estratégias adotadas pelos profissionais para a sua implementação e formas através das quais esta é, ou pode ser, reconhecida pelos utentes*.

A *empatia na relação* profissional de saúde-utente é, em geral, percecionada pelos entrevistados como a capacidade de cada parte se colocar no lugar da outra, contemplando a pessoa no seu todo – necessidades, história de vida, exigências e expectativas – para além do papel que cada interveniente adquire na relação clínica que se institui:

No nosso dia a dia, há sempre situações mais fáceis e outras mais difíceis e temos de saber colocar-nos no lugar também da outra pessoa, e nem é bem isso, é pensar que não sabemos o que se passa na vida daquela pessoa e, portanto, para o melhor ou para o pior, tentarmos ser respeitadores e empáticos com quem encontramos. (Técnico auxiliar de saúde)

Que realmente eu procuro também perceber. Tentar estar no outro lado, não é?...

Tentar perceber que imagina [se] eu estivesse do outro lado, eu também gostaria de saber o que é que o médico está a achar de todo o exame físico e toda a história, etc. (Médica interna de Saúde Pública)

Em primeiro lugar, aquilo que nós, que eu tento quando o utente chega, é empatia, empatia. É tentar falar com a pessoa. E tentar saber um bocadinho ali, logo na primeira impressão, que tipo de pessoa é que nos chega e como é que vem a nível emocional. Porque é um grande choque quem vem de casa, quem tem uma família e que vem para o contexto de lares. (Fisioterapeuta)

Ao longo da minha vida, aquilo que posso realçar como mais positivo do contacto e do relacionamento com os profissionais de saúde é efetivamente isso que eu estava a dizer. Ou seja, essa empatia, (...) esse canal completo de empatia com a pessoa com quem estamos a lidar, porque, de outra forma, como eu disse, já há pouco, não, não resulta. (Utente 5, 61 anos)

Entre as *estratégias adotadas pelos profissionais* para transmitir empatia aos seus utentes, os participantes referem-se, essencialmente, à adoção de uma linguagem/metodologia acessível na partilha de informação (e.g., recorrendo a termos simples, esquemas e imagens), à utilização do humor, à valorização da pessoa e dos seus pontos fortes e ao não-julgamento – o que se pode identificar nas seguintes citações. Note-se ainda que a mobilização destas *estratégias* está sujeita a uma avaliação do contexto e do utente, para perceber o que mais se adequa. Alguns exemplos podem ser: “Talvez sim, tento explicar através de coisas que eles gostam, tentar ir buscar coisas que gostam e tentar explicar através disso, diria...”

(Neuropsicóloga clínica em contexto infantil); “Nós acabamos por utilizar muito humor, não como uma defesa para nós, mas às vezes para tornar as coisas mais leves.” (Enfermeira de cuidados paliativos)

É não sermos críticos e não julgarmos logo. Imagina uma pessoa que tem excesso de peso, não é? E precisa de ajuda, ou até sente vergonha, ou tem uma dor num joelho. É tentar perceber sempre a parte do utente. Acho que, se nós tivermos logo uma atitude assertiva e dizer “olha, pois não fizesse isso”, estamos logo a julgar e a pessoa vai-se retrair. (Farmacêutica)

(...) Eu lembro-me de me ter treinado um bocadinho a mim própria, por exemplo, se um utente diz que comeu 50 hambúrgueres, eu não podia ficar com um ar escandalizado. As próprias reações, a própria forma geral como eu ouço e absorvo informação e não deixo que seja influenciado pelas minhas emoções. (...) E estarmos atentos às reações do outro lado e no que levou a pessoa a chegar ali. Ter mais um elemento e pôr a pessoa à vontade, a perceber que não há juízos de valor, sem ter reações de grande admiração.

(Nutricionista clínica)

Se eu vejo que a pessoa não tem conhecimentos suficientes para perceber as coisas faladas, mas mesmo assim prefiro tentar e escrever pela minha própria mão. Por exemplo, de 12 em 12 horas tem de... Por palavras e com esquemas. Muitas vezes é a estratégia que vou utilizar. (Médica de ginecologia oncológica)

Além do referido, apresentam-se algumas citações referentes ao *reconhecimento da empatia por parte dos utentes*, que se focam sobretudo na perceção da inexistência de juízos de valor e, pelo contrário, na manifestação de compreensão e sensibilidade, assim como da acessibilidade no diálogo com os profissionais de saúde: “Sim, e como se comportam. Acho que é mais por aí. Ah, e conseguem colocar-se do nosso lado, também acho que é muito isso. Mas lá está, expressam-no pela forma como falam e como interagem connosco.” (Utente 8, 28 anos); “Quando são compreensivos e tentam colocar-se também nos nossos pés, acho que isso é o essencial” (Utente 9, 35 anos).

Em suma, parece existir uma correspondência entre o que os profissionais fazem para transmitir e sentir empatia face aos utentes e a forma como estes a percebem – o que se assume como positivo. Estes esforços centram-se, sobretudo, na compreensão da perspetiva do outro, no não-julgamento e na valorização/validação das queixas e preocupações dos utentes. Ademais, parece existir uma perceção geral dos participantes no estudo de que a *empatia* se manifesta através da *comunicação*, verbal e não-verbal, entre os intervenientes na relação, o que vai ao encontro do referido por diversos autores (e.g., Mufato & Gaíva, 2019). Resta referir que algumas dimensões da empatia sobressaíram nas entrevistas, nomeadamente a sensibilidade/adequação à pessoa e contexto, o foco na pessoa (i.e., por oposição à patologia ou ao problema) e a proximidade da relação. Note-se ainda que, confirmando a complexidade deste conceito, e como se previa, surgiram associados à empatia outros atributos (e.g., ser simpático ou atencioso).

Funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde

Tendo sido aludido por 14 participantes, este tema refere-se a aspetos ligados ao *setting* dos estabelecimentos de saúde, incluindo sobretudo menções ao *espaço físico*, *procedimentos* que ocorrem nos mesmos, e o *tempo de espera* dos serviços de saúde. Tanto os utentes como os profissionais de saúde entrevistados descreveram o funcionamento destes estabelecimentos para caracterizar as suas experiências positivas ou negativas. Os indivíduos mencionaram maioritariamente as condições dos gabinetes ou quartos, a sua organização, a navegação pelos serviços (e.g., formalidades requeridas, passagem por vários profissionais até aceder ao pretendido), e o tempo de espera para o atendimento.

Por exemplo, nós no hospital [público] nós temos quartos, são um de seis, outros são de três, pronto. Além de ser um espaço bastante pequeno, eu acho que não é nada acolhedor. Porque tu chegas lá e diz logo: olha, estou mesmo no hospital. Eu acho que, se mudassem um bocadinho, poderia ajudar nesse aspeto. (Enfermeira de lar de idosos)

Nós [num hospital privado] temos muito, para começar, temos quartos com vistas maravilhosas que muitos gostam, mas, ao mesmo tempo, já tivemos doentes que não gostam dos quartos com a melhor vista, porque se lembram de outras coisas da vida, da sua vida, que não foram tão boas, não é? (Enfermeira de cuidados paliativos)

Então nas urgências [de um hospital público], uma pessoa começa a questionar-se se vai mesmo ser atendida ali ou não, ou se é melhor ir ao privado... Mas isso tem mais a ver com a espera ridícula que aquilo, aqueles serviços têm. (Utente 8, 28 anos)

A Psicologia Ambiental demonstra empiricamente a inter-relação entre o ser humano e o ambiente em que se insere. De acordo com esta perspetiva, os ambientes ou espaços, pela carga afetiva que representam para quem os experiencia, têm uma capacidade informativa e/ou comunicativa inerente, com potencial para satisfazer as necessidades dos indivíduos (e.g., expetativas e desejos). Assim, pelos seus recursos, as características de cada ambiente podem tornar-se facilitadoras (e.g., promovendo resiliência e bem-estar) ou, por outro lado, um constrangimento no que concerne à satisfação das necessidades dos seus utilizadores (e.g., gerando *distress*; Bonnes et al., 2009). Mais recentemente, tanto o *design* como a configuração dos espaços e as instalações dos estabelecimentos de saúde têm sido mencionados em artigos científicos sobre a prestação de cuidados de emergência, dor, cuidados intensivos, saúde pública, entre outros contextos (Devlin, 2014). Para além do referido, do ponto de vista do utente, a partilha de informações pessoais a um profissional de saúde pode também, segundo a literatura, ser sentida como incómoda ou vergonhosa e, por isso, como algo a evitar (Devlin, 2014). Okken et al. (2012) verificaram ainda que a dimensão dos quartos e das secretárias dos consultórios se encontram relacionadas com os resultados de saúde dos pacientes e a sua sensação de conforto (sendo que extremos seriam contraproducentes), apesar de se salientar a necessidade de estudos futuros explorarem mais o tema. Considerando o supracitado, faz sentido que este seja um aspeto bastante assinalado relativamente à relação clínica.

Primeiras Impressões

Este subtema destacou-se, uma vez que constitui um resultado inesperado, tendo sido referenciada por 12 entrevistados, utentes e profissionais de saúde. A evidência indica que as primeiras impressões tendem a perdurar no tempo e podem levar a diversos enviesamentos na perceção de pessoas e relações interpessoais (O'Connor et al., 2016). No âmbito da saúde, sabe-se que os preconceitos implícitos dos profissionais de saúde são um dos fatores envolvidos nas interações entre os mesmos e o utente, podendo contribuir para desigualdades nos cuidados de saúde (Clair et al., 2016). Mais concretamente, o comportamento dos profissionais de saúde (e.g., comunicação com utentes e disponibilidade de tempo) e as suas decisões clínicas podem estar sujeitos a inferências a partir de características dos utentes,

como raça, idade, peso corporal e género (Mattarozzi et al., 2017). Ainda de acordo com a literatura, uma primeira impressão tem impacto nos julgamentos positivos e negativos sobre a abordagem de comunicação dos profissionais de saúde e pode facilitar ou inibir futuras interações com os utentes (Rimondini et al., 2019). Por exemplo, existe uma associação positiva, embora atenuada pela experiência, entre a perceção de fiabilidade de rostos desconhecidos e a disponibilidade para a prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde (Mattarozzi et al., 2017). Apresentam-se algumas citações de exemplo: “A primeira impressão, não ser a melhor, mas de uma forma geral, de um lado e do outro.” (Médica Ginecologista Oncológica);

Uma má primeira impressão acho que pode logo dificultar um pouco as coisas. Acho que é muito importante que o profissional encarregado cause logo uma boa primeira impressão, para que depois tudo o resto corra melhor daí para a frente. (Utente 2, 18 anos)

Às vezes pequenos pormenores, basta que efetivamente, no princípio de uma consulta, haja uma pequena faísca, digamos assim, entre o doente e o médico, ou entre o doente e o enfermeiro, ou entre o doente e um psiquiatra, para que efetivamente as coisas não resultem, ou seja, aquilo que é a empatia ou antipatia, pode ter aí um fator fundamental. (Utente 5, 61 anos)

Como é possível verificar, os testemunhos dos participantes parecem, de modo geral, estar de acordo com a literatura, traduzindo a importância de um ponto de partida (i.e., *primeira impressão*) favorável à criação de uma relação profissional de saúde-utente de qualidade.

Trabalho em Equipa/Apoio Multidisciplinar

Este último subtema contou com referências de 11 participantes. A designação adotada remete para as duas perspetivas da relação, dos profissionais de saúde e dos utentes, respetivamente. Neste contexto, o trabalho em equipa consiste na prestação de serviços de saúde a indivíduos, famílias ou comunidades por pelo menos dois profissionais que, em colaboração, trabalham para atingir objetivos partilhados com o utente (Naylor et al., 2010). De acordo com a literatura sobre a prestação de cuidados de saúde, um trabalho de equipa eficaz pode afetar imediata e positivamente a segurança e os resultados em saúde obtidos

(Rosen et al., 2019). A eficácia do trabalho de equipa é atualmente reconhecida como uma ferramenta essencial para a construção de um sistema de prestação de cuidados de saúde eficiente e centrado no doente. Ambas as partes mencionaram este aspeto como relevante no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde prestados/recebidos: “(...) falta muitas das vezes um trabalho ainda mais multidisciplinar entre os vários campos, da psicologia, da medicina, da nutrição, porque lá está, está tudo interligado e é muito melhor quando isso acontece...” (Utente 2, 18 anos); “Muito mesmo, sem os meus colegas, o trabalho era impossível de se fazer, precisamos de colegas e bons colegas.” (Técnico auxiliar de saúde);

A equipa é tudo para o sucesso de um serviço. Se tiveres uma equipa que tu não gostas, tu nem sequer vais ter abertura para perguntar àquela pessoa como fazer determinadas coisas. É normal não saberes, ninguém sabe tudo. Até há pessoas com 50 e tal anos não sabem tudo. E eu acho que que temos uma boa equipa, faz com que tu consigas integrar as pessoas. (Enfermeira de internamento em cirurgia)

Como referido pelos participantes, a partilha de responsabilidades entre membros da equipa nos sistemas de cuidados de saúde oferece grandes benefícios, para profissionais (e.g., mais entajada) e utentes (e.g., maior e melhor acompanhamento). No entanto, na prática, a partilha de responsabilidades sem um trabalho de equipa de elevada qualidade, pode traduzir-se em consequências negativas para os utentes (Babiker et al., 2014). Por exemplo, uma comunicação deficiente entre profissionais de saúde de determinada equipa pode levar a erros clínicos graves, surgindo atualmente como um motivo bastante comum para que sejam instauradas ações judiciais contra os profissionais (Naylor et al., 2010). Resumidamente, o *trabalho em equipa/apoio multidisciplinar* assume-se, tanto na perspetiva dos entrevistados como pela evidência empírica, como um aspeto de relevo no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde prestados. No entanto, importa notar que, na prática, a par dos diversos benefícios, aumentam as exigências à prática dos profissionais.

Dificuldades

Ao explorar as perceções de profissionais de saúde e utentes acerca de diversos aspetos da relação que estabelecem em contexto clínico, sobressaíram, como se esperava, algumas *dificuldades* nas suas experiências. Este segundo tema principal agrupa cinco subtemas que ajudam a qualificar a informação que nele se enquadra: (1) Dificuldades

Diversas na Relação, (2) Características/Perspetivas Individuais, (3) Escassez de Recursos, (4) Desgaste dos Profissionais de Saúde e (5) Falta de Literacia em Saúde.

Dificuldades Diversas na Relação

O subtema foi assim designado dado que as principais dificuldades identificadas pelos participantes – referenciadas por 18 indivíduos – correspondem, em grande parte, à ausência dos aspetos favoráveis descritos no âmbito dos subtemas da *Relação profissional de saúde-utente*. Assim, este subtema pode, de certa forma, sobrepor-se aos resultados do tema ainda agora referido, integrando particularmente dificuldades na *comunicação, disponibilidade e empatia*, tal como ilustrado abaixo.

Uma pessoa até fica desconfortável naquela sala, parece que está num interrogatório e [os profissionais de saúde] nem olham para nós. Mas aí é mais com o médico de família, em que as consultas também são mesmo muito curtinhas, aquilo nem dá para nada. É só para requisitar análises ou assim e adeus. (Utente 11, 75 anos)

Às vezes não é fácil adaptar um discurso que foi aprendido na faculdade de uma forma muito técnica e tal, a gente que não tem esse domínio... Não é muito fácil adaptar o discurso para a pessoa [utente] conseguir perceber. (Médica interna em saúde pública)

(...) há uns [profissionais de saúde] que criam muito isso, afastamento. “Ai, eu estou aqui deste lado e tu és só o paciente”, então cria muito esse afastamento, faz com que também não consigas ter uma empatia maior com a pessoa. (Utente 4, 23 anos)

Este resultado é particularmente interessante e informativo para intervenções futuras, já que o que é identificado pelos participantes e pela evidência como mais importante para a *relação profissional de saúde-utente* se revela, frequentemente e na prática, uma *dificuldade*.

Características/Perspetivas Individuais

Os entrevistados partilharam que algumas incompatibilidades a título individual – por exemplo, em termos da personalidade, disposição e educação dos indivíduos (i.e., profissionais de saúde e utentes) – se podem traduzir em *dificuldades* para a relação profissional de saúde-utente.

E a pessoa que cresceu num outro ambiente, que teve uma outra educação, não consegue, enquanto uma pessoa que pode precisar de qualquer coisa e pede os “favor”, “obrigada”. Tenho pessoas que não fazem isso e que às vezes cria ali uma barreira entre nós, não é? Porque também nós não gostamos quando as pessoas às vezes podiam ter mais educação, mas pronto, (...) temos pessoas com histórias de vida muito complicadas, que passaram por muito na vida. (Fisioterapeuta)

Porque lá está, somos todos diferentes, e se nos déssemos todos bem, não havia os problemas que existem na sociedade (...) não é suposto conseguimos fechar ali a nossa personalidade numa caixa. Nós somos pessoas e os utentes também são pessoas. (Enfermeira de cuidados paliativos)

Como concluído relativamente ao subtema anterior, também estes aspetos parecem, na perspetiva de profissionais de saúde e utentes, moldar a relação entre ambos, podendo dificultá-la. Em termos gerais, são diversos os fatores individuais – e outros – a exercer influencia nas relações interpessoais. Mais concretamente, os profissionais de saúde prestam serviços consoante alguns fatores, como a experiência, as suas capacidades individuais e a personalidade (Mosadeghrad, 2014), o que vai ao encontro do indicado pelos participantes. Relativamente aos utentes, será de esperar que estes fatores/características de índole individual possam, também, assumir-se relevantes na forma como se relacionam com os profissionais que os acompanham.

Escassez de Recursos

Uma preocupação que parece assolar utentes e profissionais de saúde é a *escassez de recursos* dos serviços de saúde aos quais recorrem ou nos quais trabalham. De facto, nos últimos anos, em Portugal e em múltiplos países, sobressaiu a falta de recursos humanos para satisfazer a procura de cuidados de saúde (Barros & Costa, 2022). Os participantes referem que, em última instância, este aspeto dificulta a relação profissional de saúde-utente e a qualidade dos cuidados: “(...) porque eles [profissionais de saúde de estabelecimentos de saúde públicos] são muito poucos e às vezes ficam dois ou três para ajudar uma série de pessoas...” (Utente 7, 64 anos); “E muitas vezes [cada enfermeiro acompanha, no hospital privado] cinco doentes, se forem e se tiverem estado neste estágio da vida de cuidados

paliativos, e que precisam de mais atenção, às vezes são difíceis de gerir.” (Enfermeira de cuidados paliativos);

[Num estabelecimento público há] Gabinetes pequenos e absolutamente atolados de coisas, e partilhados por vários profissionais... coisas absurdas nos dias de hoje. Por exemplo, estarem à procura de papéis porque partilham a mesma secretária e não sabiam onde estavam as coisas. (Utente 1, 53 anos)

Este dado não se considera particularmente surpreendente, pelo enquadramento teórico e mediático que envolve este assunto, corroborando a evidência pré-existente, com os estabelecimentos de saúde públicos em maiores dificuldades.

Desgaste dos Profissionais de Saúde

A par da *escassez de recursos* e daí derivando em parte, o *desgaste dos profissionais de saúde* foi um tema amplamente referido pelos entrevistados como comportando consequências negativas para a relação profissional de saúde-utente e a prestação de cuidados de saúde, no geral: “Relativamente a enfermeiros, por exemplo, já notei algumas vezes que conseguem ser um bocado brutos e antipáticos, mas também talvez por estarem cansados...” (Utente 8, 28 anos);

Naquela altura estava a ser superdesgastante para nós, mesmo, estávamos no auge [da pandemia de COVID-19], quase em *burnout* (...) Houve alturas em que eu estava com tanto stresse que eu acabava por chegar a um momento que eu chorei tudo cá para fora. E depois voltei. (Médica interna em saúde pública)

(...) é o cansaço que eu noto em geral, nós chegamos a um ponto que se torna mais difícil prestar atenção para quem está do outro lado e não fazer... mecanicamente, um bocado, mais um fluxograma de aconselhamento e não tanto por observação.

(Farmacêutica)

Como ilustram estas citações, este aspeto tem repercussões tanto no bem-estar e na qualidade do trabalho executado pelos profissionais de saúde, como no atendimento e satisfação dos utentes. Os profissionais de saúde parecem estar particularmente expostos ao risco de *burnout* (De Hert, 2020), uma síndrome resultante de stresse crónico no local de trabalho, cujos sintomas incluem exaustão emocional, despersonalização e um sentimento de

menor realização pessoal, levando frequentemente à diminuição da eficácia no trabalho (OMS, 2019). A presença desta sintomatologia em profissionais de saúde associa-se negativamente à empatia (e.g., Wilkinson et al., 2017), o que não beneficia a relação profissional de saúde-utente, como constatado pelos participantes. Adicionalmente, também potencia menor satisfação nos utentes e diminuição da qualidade dos cuidados (De Hert, 2020). Estes dados sustentam a importância de avaliar estes aspetos e desenvolver intervenções para prevenir o desgaste dos profissionais de saúde, promovendo, em última instância, qualidade superior dos cuidados de saúde e maior satisfação dos utentes.

Falta de Literacia em Saúde

Este subtema, que contou com referências de três profissionais de saúde, refere-se à carência daquilo a que a OMS (2016) intitula por literacia em saúde, que consiste num conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”. Para os participantes que a mencionaram, a falta de literacia em saúde por parte dos utentes constitui-se um obstáculo à sua intervenção e, por conseguinte, também à relação profissional de saúde-utente: “Eu acho que há um grande problema de literacia alimentar e nutricional, que as pessoas acham todas que percebem imenso de nutrição. Na verdade, não percebem, e às vezes não reconhecem que não percebem.” (Nutricionista); “[era bom] que os utentes fossem mais bem informados, muitas vezes vêm fazer-nos questões muito simples, mas porque ficaram confusos e indignados, já que ninguém lhes tinha explicado...” (Técnico Auxiliar de Saúde).

Tecnologia

Para responder a um dos objetivos do estudo e analisar as perspetivas de profissionais de saúde e utentes sobre o papel da tecnologia na relação profissional de saúde-utente, agrupou-se a informação das entrevistas nos subtemas: (1) Contacto com a tecnologia aplicada à saúde; (2) Dificuldade na utilização/acesso à tecnologia; (3) Postura face à tecnologia na saúde; (4) Sugestões para a aplicação de tecnologia em prol da relação.

Contacto com a Tecnologia Aplicada à Saúde

Os entrevistados descreveram as suas experiências com a tecnologia em contextos de saúde, verificando-se que, de forma geral, utentes e profissionais de saúde perspetivam que poderiam ter maior contacto, esperando que progressivamente tal venha a acontecer. Além disso, os contactos com a tecnologia em contextos de saúde mencionados mais

frequentemente incluem a sua utilização no âmbito de exames e procedimentos clínicos, a comunicação por *e-mail*, a teleconsulta e o uso de *apps* facultadas pelos hospitais. Seguem-se alguns exemplos ilustrativos destas conclusões:

Eu acho que é mais nos exames e nessas tecnologias inovadoras para os tratamentos e próteses superevoluídas, coisas assim. Por acaso ainda nunca precisei de nada muito evoluído, que eu saiba, mas nunca sabemos, não é? (Utente 11, 75 anos)

(...) não sei, porque não conheço, eu só conheço a tecnologia dos computadores nos hospitais. Máquinas que fazem exames e assim. Mas penso que há tecnologia que podia ser mais avançada. Alguma tecnologia ainda é muito pouco avançada, porque faz muito peso e magoa muito... Em alguns exames e tratamentos. (Utente 7, 64 anos)

Acabo por fazer teleconsultas, mas apenas em situações excecionais como um paciente que se mudou para fora e já estava a ser acompanhado há meses, algum período de recuperação face a um acidente em casa, um imprevisto, outros problemas, etc.

(Psicólogo clínico)

A tecnologia que nós usamos é muito limitada. Enfermeiro-utente é muito limitado, mas há outras experiências. Eu trabalhei em Inglaterra, era ao nível de cancro de cabeça e pescoço, e então as pessoas eram diagnosticadas, íamos às reuniões multidisciplinares, depois víamos o doente e seguíamos o doente até ao final do tratamento, pronto, e fazíamos o seguimento pós-tratamento. Daí eram os cinco anos de vigilância. Muito deste contacto pode aparecer através de tecnologias, telefone. Eu acompanhava, além das consultas, não é? (Enfermeira de cuidados paliativos)

Corroborando estes resultados, a Deloitte (2020) publicou um estudo que indica que, apesar de a pandemia de COVID-19 ter contribuído para uma digitalização dos hospitais, Portugal se encontra abaixo da média europeia na aplicação de tecnologias no setor da saúde, essencialmente no que concerne à aplicação de inteligência artificial e robotização. Adicionalmente, a maioria dos profissionais de saúde inquiridos (i.e., 56%) necessita de formação neste âmbito para desenvolver competências, sendo que muitos nunca receberam qualquer treino para utilização das tecnologias.

Dificuldade na Utilização/Acesso à Tecnologia

No seguimento dos dados apresentados sobre o contexto de saúde português, alguns participantes, utentes e profissionais de saúde, fizeram referência à existência – hipotética ou efetiva – de dificuldades na utilização de tecnologia ou no acesso à mesma: “Para mim, é um pouco difícil mexer nessas coisas, nos telemóveis táteis, nos... *tablets* e computadores, essas coisas. Com ajuda consigo, mas autonomamente, sozinha, sem ninguém ao meu lado, é mais difícil.” (Utente 11, 75 anos);

Obviamente, considerando que as pessoas têm de saber utilizar as tecnologias, se não souberem, então fica tudo ainda pior. Já me aconteceu um médico, durante uma consulta, passar o tempo quase todo aflito a tentar perceber como preencher qualquer coisa, acho que era uma receita médica no computador. Aí é um bocado desesperante. (Utente 9, 35 anos)

Além disso, alguns participantes associaram uma idade mais avançada a menor familiarização e receptividade face à tecnologia, e, por conseguinte, a maior dificuldade na sua utilização autónoma e funcional:

Não sou capaz [de utilizar a tecnologia], não quero fazer, porque fico com a impressão de que as coisas não ficam bem feitas. Prefiro lá ir pessoalmente, talvez por causa da minha idade. É porque eu também não estou à vontade. (...) Mas, por exemplo, os meus filhos, já é na maior. Mandam um *e-mail*, fazem aquilo, eu não, eu prefiro lá ir para marcar. Vou, vou estar à espera, mas prefiro. (Utente 3, 63 anos)

Estou a falar mais de utentes que precisam mais do contacto humano, que normalmente são as pessoas mais idosas. Pronto, então aquelas pessoas mais jovens já lidam mais com a tecnologia e se calhar já falam mais com um profissional de saúde, se for através de um telemóvel, através de um *site*, não é? As mais velhas, não sei. (Farmacêutica)

À semelhança da perspetiva dos participantes, alguns estudos indicam que os adultos mais velhos apresentam taxas de adoção de tecnologias abaixo do que seria desejado, uma vez que estas constituem ferramentas importantes para o acompanhamento e gestão de doenças, que aqueles muitas vezes apresentam (e.g., Kavandi & Jaana, 2020).

Postura face à Tecnologia na Saúde

Este tema subdividiu-se em dois, *Postura negativa face à tecnologia na saúde* e *Postura positiva face à tecnologia na saúde*, para permitir posicionar a informação partilhada pelos indivíduos. No global, apesar de apontarem pontos negativos ou preocupações relativos à adoção da tecnologia neste contexto, profissionais de saúde e utentes reconhecem aspetos favoráveis à tecnologia na saúde.

Postura Negativa face à Tecnologia na Saúde. A maior preocupação dos entrevistados é a possibilidade de a tecnologia afetar a relação profissional de saúde-utente, fazendo referência a vários aspetos mencionados no tema *Relação profissional de saúde-utente*, tais como a empatia, a comunicação e a disponibilidade.

Não, para mim não faz sentido, porque eu sou a favor da tecnologia, mas, acima de tudo, sou a favor da pessoa em carne e osso. Eu acho importante as tecnologias, mas é para ver outras coisas, não é? Uma máquina não pode dar empatia. (Utente 7, 64 anos) (...) é dado muito menos tempo àquilo que é a prática da conversa. E quando eu digo conversa, não é gastar tempo, é conversar no sentido de aferir com quem nós estamos ali à frente, quem é o nosso interlocutor, perceber aquela pessoa, aquele doente, conhecê-lo, porque doentes cada um é um, não é? E então acho que sim, acho que esse tempo gasto, esse imenso tempo a passar as coisas para os computadores (...) acaba por roubar às vezes um terço, dois terços das consultas. Eu já tive vários, várias situações comigo, em que metade da consulta foi gasta em digitar coisas no computador. (Utente 5, 61 anos)

Postura Positiva face à Tecnologia na Saúde. Foram diversos os aspetos referidos pelos participantes, parecendo estar sobretudo direcionados para a resolução de dificuldades ou exigências que surgem neste contexto (e.g., ao nível do acompanhamento, tempo disponível, acessibilidade): “Eu acho que as tecnologias também ajudam a poupar algum tempo aos profissionais, porque fazem algumas tarefas por eles. Claro que têm de supervisionar, mas ajudam. Isso é muito bom.” (Utente 8, 28 anos); “Também acaba por ajudar o utente às vezes. Por exemplo, há sítios um bocadinho mais remotos. Não precisa de estar a deslocar-se, e ter acesso também a serviços de qualidade, sem ser apenas em sítios mais centrais” (Médica interna em saúde pública).

Estudos anteriores sobre as experiências dos profissionais de saúde na utilização de tecnologias nos serviços de saúde destacaram tanto aspetos negativos como positivos. A par do relatado, experiências negativas encontraram-se mais relacionadas com perceções sobre a falta de competência na comunicação com os utentes (Laukka et al., 2020), algoritmos de tratamento e rastreio que ameaçam a competência clínica (Odendaal et al., 2020) e dúvidas sobre se a saúde digital realmente melhora os cuidados prestados (Ross et al, 2016). Pelo contrário, as experiências positivas têm sido associadas maioritariamente à literacia digital dos profissionais de saúde e à convicção de que a saúde digital beneficia, de facto, os utentes que dela usufruem (Odendaal et al. 2020). Relativamente aos utentes, alguns autores (e.g., Gaylin et al., 2011) sugerem ainda uma evolução positiva das atitudes em relação às tecnologias na saúde, face a resultados prévios.

Sugestões para a Aplicação da Tecnologia em Prol da Relação

Os participantes foram convidados a refletir sobre sugestões que, do seu ponto de vista, pudessem promover a qualidade das relações profissional de saúde-utente, partindo dos contextos que frequentam. Assim, apresentam-se alguns exemplos:

Talvez uma aplicação que desse para contactarmos com o profissional de saúde diretamente, mas sem utilizar os seus contactos pessoais, privados, (...) Isso facilitava porque, muitas vezes, temos de falar com rececionistas ou outras secretárias, auxiliares que não nos conseguem propriamente ajudar, ou demoram muito mais tempo para perceber aquilo de que precisamos, porque não nos conhecem. (Utente 9, 35 anos)

Eu acho que podia ajudar se as pessoas tivessem mais informação sobre como circular nos serviços de saúde. (...) Era importante darem mais detalhes às pessoas, para que elas percebessem melhor e fossem mais autónomas, tanto em contexto público, como privado.

Acho que era bom para as pessoas, muito bom mesmo, mas também era ótimo para nós e a tecnologia podia auxiliar nisso. Fazerem vídeos didáticos, contemplarem isso nas aplicações dos hospitais, não sei, disso já não percebo muito, mas era importante. (Técnico auxiliar de saúde)

De um modo geral, as sugestões apresentadas pelos participantes, utentes e profissionais de saúde, centram-se em colmatar as Dificuldades enunciadas previamente e ao longo das entrevistas. Estas, apesar de se constituírem algo inespecíficas e, por vezes, de difícil aplicação prática – em particular, por parte dos utentes (e.g., “criar hologramas”) –, são dignas de consideração. Neste sentido, algumas sugestões apresentadas assumem como principal foco a melhoria da Comunicação entre profissionais de saúde e utentes, facilitando o contacto entre ambos por meio da criação de aplicações móveis. Também o investimento na Literacia em Saúde a diversos níveis (e.g., comportamentos de saúde; navegação nos serviços de saúde) foi referido como algo que poderia ser facilitado, eventualmente, pela utilização da tecnologia. Em aditamento, a sugestão mais comumente mencionada assenta no investimento em tecnologia que possa, em determinados procedimentos técnicos, substituir ou auxiliar os profissionais de saúde, possibilitando uma maior Disponibilidade da sua parte para aspetos valorizados ao nível da relação (e.g., Comunicação, Empatia) e prevenindo, ou diminuindo, o Desgaste dos profissionais de saúde.

Em conformidade com algumas das sugestões apresentadas, a evidência aponta avanços tecnológicos – previstos e em curso – recorrendo, por exemplo, a Inteligência Artificial (IA) com o objetivo principal de promover a eficiência na prestação de cuidados de saúde (e.g., Bhatia, 2021). A IA tem sido utilizada para analisar e visualizar dados dos utentes, para uma gestão adequada da sua saúde, sendo que muita da investigação sobre a sua influência nos cuidados de saúde se tem revelado bastante encorajadora. Alguns resultados evidenciam, por exemplo, que profissionais de saúde e utentes utilizam cada vez mais aplicações médicas, não só de forma a monitorizar resultados clínicos, mas igualmente como fonte de informação fidedigna. Além disso, a adoção desta tecnologia nos cuidados de saúde tem demonstrado potencial de promover a capacitação dos utentes e uma comunicação mais eficaz entre profissionais e utentes (Junaid et al., 2022).

Conclusão

A literatura evidencia que os conhecimentos técnicos e competências dos profissionais de saúde não constituem indicadores suficientes do seu desempenho para os utentes. A par destes fatores, revelam-se importantes competências interpessoais que permitam estabelecer relações profissional de saúde-utente de qualidade, com uma base consistente. Os utentes procuram uma boa relação com os profissionais de saúde, principalmente como resultado da sua necessidade de criar um vínculo e da procura dos seus conhecimentos/*expertise* (Berger et al., 2020).

No passado, esta relação não recebia uma atenção marcada, quer por parte da literatura, quer por parte dos responsáveis pela gestão dos cuidados de saúde. Contudo, atualmente, a literatura, os serviços de saúde e os profissionais, de modo geral, reconhecem a sua relevância. A relação profissional de saúde-utente constitui uma ferramenta com potencial para melhorar os cuidados de saúde prestados, e cativar e reter quem procura estes serviços, podendo constituir-se um elemento diferenciador também para o *marketing* (Berger et al., 2020). Além disso, a crescente introdução de tecnologia nos serviços de saúde se torna determinante, para dar resposta às necessidades dos indivíduos e melhorar a eficiência do cuidado prestado aos utentes. Atualmente, também fruto da evolução da tecnologia, os utentes encontram-se mais bem informados e participam de forma ativa na sua saúde, tratamento e tomadas de decisão, pelo que esperam que lhes sejam providenciados cuidados de saúde de qualidade superior (Monaghesh & Hajizadeh, 2020).

O presente estudo assumiu, portanto, como principal objetivo explorar a perceção de profissionais de saúde e utentes quanto a aspetos que favorecem o estabelecimento de uma relação empática entre ambos, os quais podem contribuir para aumentar a satisfação dos utentes com os serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde visitados. Procurou-se, igualmente, compreender a perceção de profissionais e utentes de saúde da utilidade das tecnologias como auxiliares da relação profissional-utente.

As entrevistas revelaram-se um instrumento útil para aceder a informações aprofundadas sobre a temática, incentivando os participantes a contar uma narrativa através das suas próprias palavras. A partir destas, foi possível encontrar aspetos que podem, do ponto de vista de profissionais de saúde e de utentes, afetar a relação que se estabelece entre ambos e explorar a perceção dos mesmos relativa à aplicação das tecnologias em contextos de saúde e, em específico, na relação profissional de saúde-utente. Também a informação recolhida através dos questionários sociodemográficos se revelou profundamente vantajosa

na interpretação da informação recolhida através das entrevistas, fornecendo algum *background* sobre cada participante.

Resumidamente, pela análise das entrevistas, esta investigação demonstrou que são diversos os aspetos considerados relevantes para a relação profissional de saúde-utente, tanto de uma perspetiva, como de outra. Entre estes, destacam-se, enquanto aspetos mais mencionados, a presença de princípios éticos, de comunicação eficaz, de confiança, de disponibilidade, de empatia, e de trabalho em equipa/apoio multidisciplinar. Além disso, os participantes fizeram também referência à importância do funcionamento dos estabelecimentos de saúde para a qualidade da relação profissional de saúde-utente. De forma inesperada, foi igualmente referida por alguns participantes a relevância das primeiras impressões no estabelecimento da relação profissional de saúde-utente, podendo ser este um elemento crucial para as primeiras fases desta interação. Outro resultado interessante assenta no reconhecimento, por parte de profissionais de saúde e utentes, de algumas consequências da relação (e.g., resultados de saúde, satisfação do utente), o que se alinha com a literatura. Por exemplo, e em particular, a satisfação do utente foi percebida como associada à qualidade da relação profissional de saúde-utente – que, com base nesta investigação, se propõe que seja analisada a partir dos temas anteriormente discriminados.

No decorrer das entrevistas, constatou-se uma ampla partilha de dificuldades que surgem, em contextos de saúde reais, associadas à qualidade das relações profissionais de saúde-utente, sendo que, em grande parte, os resultados indicam que estas se centram na ausência ou défice dos aspetos referidos como favoráveis à relação. Além destes, e em conformidade com diferentes estudos, outros aspetos mencionados como podendo dificultar a relação profissional de saúde-utente recaem sobre características/perspetivas individuais, escassez de recursos e desgaste dos profissionais de saúde.

No que diz respeito à utilidade das tecnologias como auxiliares da relação profissional-utente, através do presente estudo tornou-se possível retirar algumas conclusões interessantes. Primeiramente, e de modo geral, tanto utentes como profissionais de saúde perspetivam que deveria existir maior contacto com a tecnologia aplicada à saúde. No entanto, enquanto reconhecem os seus benefícios para os cuidados de saúde (e.g., melhor gestão das tarefas e do tempo), salientam as suas preocupações relativamente a prejuízos que a aplicação das tecnologias pode trazer para a relação profissional de saúde-utente (e.g., comunicação mais operacional e menos empática). Ademais, alguns participantes referiram dificuldades na utilização ou no acesso a tecnologia, particularmente em pessoas de idade

mais avançada. Este dado vai ao encontro de estudos anteriores (e.g., Kavandi & Jaana, 2020).

Verificaram-se ainda semelhanças nas percepções tanto de profissionais de saúde de áreas de atuação distintas, como de profissionais e utentes. Este considera-se um aspeto positivo, sendo que o levantamento e sistematização de elementos, necessidades e dificuldades comuns ao nível da relação profissional de saúde-utente poderá comportar implicações práticas relevantes, ao ser facilitador da implementação e adesão a intervenções focadas na promoção da qualidade desta relação e, por sua vez, dos cuidados de saúde.

Além disso, este estudo qualitativo poderá ser um ponto de partida para a construção, em investigações subsequentes, de um instrumento de avaliação quantitativo que possa auxiliar na análise da qualidade da relação profissional de saúde-utente, uma vez que se constatou a escassez de instrumentos desta natureza, validados para a população portuguesa e a contemplar vários aspetos desta relação. O presente estudo acrescenta também uma visão deste fenómeno menos frequente na literatura, dado que abarca não só a percepção dos utentes – na qual se centra muita da investigação desenvolvida –, como também a percepção dos profissionais de saúde. A heterogeneidade na constituição da amostra é, também, um fator diferenciador face a estudos anteriores. Este formato procura dar resposta à necessidade de analisar a relação profissional de saúde-utente como multifacetada e integrando aspetos de natureza particularmente complexa (e.g., empatia).

Especificamente no que se refere ao contexto português e aos contributos destes resultados para os responsáveis pela gestão dos estabelecimentos de saúde, esta investigação pode oferecer dados importantes para estimular a reflexão sobre a forma como utentes e profissionais portugueses avaliam as suas experiências e a sua percepção relativa à utilidade da tecnologia na saúde, mais concretamente, como auxiliar da relação profissional de saúde-utente. Uma vez que não se encontraram estudos com este objetivo, estes dados poderão constituir uma fonte de informação de valor para que, subsequentemente, se realizem estudos mais pormenorizados e de maior dimensão na população portuguesa.

Contudo, a presente investigação apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração. Em primeiro lugar, a dimensão da amostra ($N = 22$), apesar de ter permitido o alcance da saturação teórica, não se considera equilibrada, por haver mais participantes do género feminino ($n = 17$) do que masculino ($n = 5$). Notou-se maior dificuldade no recrutamento de participantes do género masculino, tendo estes demonstrado menor disponibilidade para participar. Além disso, as entrevistas, apesar de extremamente informativas, não estão isentas de desvantagens, são demoradas, propensas a subjetividade e

a parcialidade na sua análise, pelo que, em estudos futuros, seria pertinente analisar as variáveis com recurso a outros instrumentos, de natureza quantitativa, e comparar os resultados. Como nota final, ainda referir que seria útil explorar mais em profundidade o papel da tecnologia na relação profissional de saúde-utente, dado que, nesta investigação, pelos recursos limitados (e.g., tempo), a sua análise acabou por se restringir a uma visão mais geral desta temática tão abrangente.

Referências

- Alligood, M. R. (2005) Rethinking empathy in nursing education: Shifting to a developmental view. *Annual Review of Nursing Education*, 3, 299-309.
- Altman, I. (1976). A Conceptual Analysis. *Environment and Behavior*, 8(1), 7-29. <https://doi.org/10.1177/001391657600800102>
- American Psychological Association. (n.d.). *Empathy*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/empathy>
- American Medical Association. (2016). Privacy in Health Care: AMA-Code. <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/privacy-health-care>
- Andreassen, S., Randers, I., Naslund, E., Stockeld, D., & Mattiasson, A.C. (2006). Patients' experiences of living with oesophageal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 685–695. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01412.x>
- Anzaldúa, A., & Halpern, J. (2021). Can Clinical Empathy Survive? Distress, Burnout, and Malignant Duty in the Age of Covid-19. *Hastings Center Report*, 51(1), 22–27. <https://doi.org/10.1002/hast.1216>
- Aring, C. D. (1958). Sympathy and Empathy. *Journal of the American Medical Association*, 167(4), 448. <https://doi.org/10.1001/jama.1958.02990210034008>
- Armstrong, K., McMurphy, S., Dean, L. T., Micco, E., Putt, M., Halbert, C. H., Schwartz, J. S., Sankar, P., Pyeritz, R. E., Bernhardt, B., & Shea, J. A. (2008). Differences in the patterns of health care system distrust between blacks and whites. *Journal of general internal medicine*, 23(6), 827–833. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0561-9>
- Aseltine Jr., R. H., Carlson K. J., Fowler F. J. Jr., & Barry M. J. (1993). Comparing prospective and retrospective measures of treatment outcomes. *Med Care*, 33.
- Babiker, A., El Hussein, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., Faki, M. O., Assiri, A., Al Saadi, M., Shaikh, F., & Al Zamil, F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese journal of paediatrics*, 14(2), 9–16.

- Balint E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–276. Balint, M. (1988). *O médico, seu paciente e a doença*. Livraria Atheneu.
- Barros, P. P., & Costa, E. (2022). *Recursos Humanos em Saúde*. Nova School of Business and Economics. https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/Nova%20SBE_KC%20Health_Recursos%20Humanos_2022.pdf
- Beach, M. C., Duggan, P. S., Cassel, C. K., & Geller, G. (2007). What does 'respect' mean? Exploring the moral obligation of health professionals to respect patients. *Journal of general internal medicine*, 22(5), 692–695. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0054-7>
- Berger, R., Bulmash, B., Drori, N., Ben-Assuli, O., & Herstein, R. (2020). The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Israel journal of health policy research*, 9(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00375-4>
- Bhatia, R. (2021). Emerging Health Technologies and How They Can Transform Healthcare Delivery. *Journal of Health Management*, 23(1), 63–73. <https://doi.org/10.1177/0972063421995025>
- Birhanu, Z., Tsion, A., Mirkuzie, W., & Sudhakar, M. (2012). Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *Health Care*. 24(2), 161-8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs001>
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PloS one*, 12(2), e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious Cognition*. 14(4), 698-718. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>
- Bonnes, M., Bonaiuto, M., Fornara, F., Bilotta, E. (2009). Environmental psychology and architecture for health care design. *The culture for the future of healthcare architecture*. Alinea. 35–41.

- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. SAGE Publication.
- Brock, C.D., & Salinsky, J.V. (1993). Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Family medicine*, 25(4), 245-8.
- Clair, M., Daniel, C., & Lamont, M. (2016). Destigmatization and health: Cultural constructions and the long-term reduction of stigma. *Social science & medicine*. 165, 223–232. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.021>
- Cuzick J. (2023). The importance of long-term follow up of participants in clinical trials. *British journal of cancer*, 128(3), 432–438. <https://doi.org/10.1038/s41416-022-02038-4>
- De Hert S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and regional anesthesia*, 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Deloitte. (2020). *Digital Transformation: Shaping the future of European healthcare*. Deloitte Centre for Health Solutions. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-shaping-the-future-of-european-healthcare.pdf>
- Denecke, K., & May, R. (2023). Developing a Technical-Oriented Taxonomy to Define Archetypes of Conversational Agents in Health Care: Literature Review and Cluster Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e41583. <https://doi.org/10.2196/41583>
- Derksen, F. A., Olde Hartman, T. C., Bensing, J. M., & Lagro-Janssen, A. L. (2016). Managing barriers to empathy in the clinical encounter: a qualitative interview study with GPs. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(653), 887–895. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687565>
- Devlin A. S. (2014). Wayfinding in healthcare facilities: contributions from environmental psychology. *Behavioral sciences*. 4(4), 423–436. <https://doi.org/10.3390/bs4040423>

- Dwamena F., Holmes-Rovner M. C., Keruly J., & Moore R. D. (2006) Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *Journal General Internal Medicine*. 21:661-665.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14(2), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00991640>
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91–119. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.91>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernández, C. S, Faria, C. A., & D’Augustin, J. F. (2008). Inventário de Empatia (IE): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 321-334.
- Falqueto, J. M., Hoffmann, V. E., & Farias, J. S. (2019). Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. *Revista de Ciências da Administração*, 1(3), 40–53. <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2018v20n52p40>
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*, 5(4), 88. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>
- Freud, S. (2006). Psicoterapia da histeria. Obras completas, ESB, v. II. Imago. (Original publicado em 1895)
- Furlanetto, E. (2000). Formação de professores: desvelando os símbolos para pesquisar interdisciplinarmente. In: Roldão, M. C. (orgs). *Inovação, currículo e formação*. 151-164.
- Gabel, D. L. (1994). *Handbook of Research on Science Teaching and Learning*. Mcmillan.

- Garfan, S., Zaidan, B. B., Zaidan, B. B., Al-Zobbi, M., Hamid, R. A., Alwan, J. K., Ahmaro, I. Y., Khalid, E. T., Jumaah, F. M., Albahri, O. S., Zaidan, A. A., Albahri, A. S., Al-Qaysi, Z. T., Ahmed, M. H., Shuwandy, M. L., Salih, M. M., Zughoul, O., Mohammed, K. I., & Momani, F. (2021). Telehealth utilization during the Covid-19 pandemic: A systematic review. *Computers in Biology and Medicine*, *138*, 104878. <https://doi.org/10.1016/j.compbimed.2021.104878>
- Gaylin, D. S., Moiduddin, A., Mohamoud, S., Lundeen, K., & Kelly, J. A. (2011). Public attitudes about health information technology, and its relationship to health care quality, costs, and privacy. *Health services research*, *46*(3), 920–938. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01233.x>
- Gilligan, T., Bohlke, K., & Baile, W. F. (2017). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline Summary. *Journal of Oncology Practice*, *14*(1), 42–46. <https://doi.org/10.1200/jop.2017.027144>
- González, M., & Herrera, O. Bioética y nuevas tecnologías: Telemedicina. *Revista Cubana Enfermer*. 2007, *23*, 1–12.
- Goold, S. D., & Klipp, G. (2002). Managed care members talk about trust. *Social Science & Medicine*, *54*(6), 879–888. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00070-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00070-3)
- Hailey D, Roine R, & Ohinmaa A. (2002). Systematic review of evidence for the benefits of telemedicine. *Journal TelemedTelecare*. *1*:1–30.
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PloS one*, *11*(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Hall J. A., Milbum M. A., & Epstein A. M. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care*. *31*:84
- Herrera, S., Salazar, A., & Nazar, G. (2022). Barriers and Supports in eHealth Implementation among People with Chronic Cardiovascular Ailments: Integrative Review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(14), 8296. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148296>

- Heyns, M., & Rothmann, S. (2021). Trust Profiles: Associations With Psychological Need Satisfaction, Work Engagement, and Intention to Leave. *Frontiers in psychology, 12*, 563542. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.563542>
- Hodges, S. D., & Biswas-Diener, R. (2007). *Balancing the empathy expense account: Strategies for regulating empathic response*. In T. F. D. Farrow & P. W. R. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness and health* (pp. 389–407). Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x>
- Hojat M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer.
- Howick, J., Fanshawe, T. R., Mebius, A., Lewith, G., Heneghan, C. J., Bishop, F. L., Little, P., Mistiaen, P., & Roberts, N. W. (2017). Effects of changing practitioner empathy and patient expectations in healthcare consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017*(11), CD011934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011934.pub2>
- Hu J. P., Chau Y. K. P., Sheng O. R. L., & Tam Y. K. (1999). Examining the Technology Acceptance Model Using Physician Acceptance of Telemedicine Technology. *Journal Managing Information Systems, 16*:91–112.
- Ioannidou, F., & Konstantikaki, V. (2008). Empathy and Emotional intelligence: What is it really about. *International Journal of Caring Sciences, 1*(3), 118–123.
- Jeammet, P, Reynaud, & Consoli, S. (1989). *Manual de Psicologia Médica*. Editora Durban.
- Junaid, S. B., Imam, A. A., Balogun, A. O., De Silva, L. C., Surakat, Y. A., Kumar, G., Abdulkarim, M., Shuaibu, A. N., Garba, A., Sahalu, Y., Mohammed, A., Mohammed, T. Y., Abdulkadir, B. A., Abba, A. A., Kakumi, N. A. I., & Mahamad, S. (2022). Recent Advancements in Emerging Technologies for Healthcare Management Systems: A Survey. *Healthcare, 10*(10), 1940. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101940>
- Kane, R. L., Maciejewski, M., & Finch, M. (1997). The Relationship of Patient Satisfaction with Care and Clinical Outcomes. *Medical Care, 35*(7), 714–730. <https://doi.org/10.1097/00005650-199707000-00005>
- Kassirer, J. P. (2000). Patients, Physicians, And The Internet. *Health Affairs, 19*(6), 115–123. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.19.6.115>

- Kavandi, H., & Jaana, M. (2020). Factors that affect health information technology adoption by seniors: A systematic review. *Health & social care in the community*, 28(6), 1827–1842. <https://doi.org/10.1111/hsc.13011>
- Keel, G., Savage, C., Rafiq, M., & Mazzocato, P. (2017). Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health policy*, 121(7), 755–763. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.013>
- Kerasidou, A. (2020). Artificial intelligence and the ongoing need for empathy, compassion and trust in healthcare. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(4), 245–250. <https://doi.org/10.2471/blt.19.237198>
- Kestenberg, C. C. F. (2013). A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*.21(4):427
- Keutchafo, E.L., Kerr, J. & Jarvis, M.A. (2020). Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: a scoping review. *BMC Nursing*. 19, 53. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00443-9>
- La Monica, E. L. (1981). Construct validity Construct validity of an empathy instrument. *Res Nurs Health*. 4(4):389-400. <https://doi.org/10.1002/nur.4770040406>
- Laukka, E., Huhtakangas, M., Heponiemi, T., & Kanste, O. (2020). Identifying the Roles of Healthcare Leaders in HIT Implementation: A Scoping Review of the Quantitative and Qualitative Evidence. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2865. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082865>
- Leagans, J. P.(1961). *The Communication Process in Rural Development*. 35(6) Cornell University.
- LoCurto, J., & Berg, G. M. (2016). Trust in healthcare settings: Scale development, methods, and preliminary determinants. *SAGE open medicine*, 4. <https://doi.org/10.1177/2050312116664224>
- López M. B., Filippetti V. A., & Richaud M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Av Píscol Latinoam*. 32(1):37-51. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n1/v32n1a04.pdf>

- Macdonald E. M., Perrin B. M., & Kinsley M. I. C. (2017). Enablers and barriers to using twoway information technology in the management of adults with diabetes: A descriptive systematic review. *Journal TelemedTelecare*. doi: 10.1177/1357633X17699990
- Marmor, J. (1981). *O médico como psicoterapeuta*. In: *Psiquiatria na prática médica*. Guanabara Koogan.
- Maximiano-Barreto, M. A., De Moraes Fabrício, D., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2020). Factors associated with levels of empathy among students and professionals in the health field: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(2), 207–215. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0035>
- Mattarozzi, K., Colonnello, V., De Gioia, F., & Todorov, A. (2017). I care, even after the first impression: Facial appearance-based evaluations in healthcare context. *Social Science & Medicine*, 182, 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.011>
- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., & Wheeler, A. J. (2013). Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Medical care research and review: MCRR*, 70(6), 567–596. <https://doi.org/10.1177/1077558713496318>
- Menzies, I. (1970). *The functioning of organizations as social systems of defence against anxiety*. Londres, Tavistock Institute of Human Relations.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, 9–12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf>
- Mihalache, A., & Zagrean, L. (2021). Compassion vs. empathy. Necessary distinctions in approaching medical care. *Revista Medicală Română*, 68(3), 354–367. <https://doi.org/10.37897/rmj.2021.3.5>
- Monaghesh, E., & Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>

- Montalto, M. (1996). Patients' and Carers' Satisfaction with Hospital-in-the-Home Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(3), 243–251. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.3.243>
- Morilla, M.D.R., Sans, M., Casasa, A., & Giménez, N. (2017). Implementing technology in healthcare: insights from physicians. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 17, 92. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0489-2>
- Morrissey J. (2014). Two big reasons physicians resist Mobile health. *Hosp Health Netw.* 88(6):26–7. 17.
- Mosadeghrad A. M. (2014). Factors Affecting Medical Service Quality. *Iranian journal of public health*, 43(2), 210–220.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Mufato, L. F., & Gaíva, M. A. M. (2019). Empatia em saúde: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 9. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2884>
- Narvaéz V. P. D., Palacio L. M. A., Caro S. E., Silva M. G., Castilho J. Á., & Bilbao J. L. (2014). Orientación empática de estudiantes de medicina en tres universidades de Barranquilla, Colombia y en una universidad de República Dominicana. *Arch Argent Pediatrics*. 112(1):41-9. <http://doi.org/10.5546/aap.2014.e41>
- Nayeri, N.D., Aghajani, M. (2010). Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nurse Ethics*. 17(2): 167-77.
- Naylor, M. D., & Kurtzman, E. T. (2010). The Role Of Nurse Practitioners In Reinventing Primary Care. *Health Affairs*, 29(5), 893–899. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0440>
- Negrini, S., Kiekens, C., Bernetti, A., Capecci, M., Ceravolo, M. G., Lavezzi, S., Zampolini, M., & Boldrini, P. (2020). Telemedicine from research to practice during the pandemic. "Instant paper from the field" on rehabilitation answers to the COVID-19 emergency. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 56(3), 327–330. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06331-5>

- Nembhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D., & Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health services research, 58*(2), 250–263. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016>
- Nezlek, J. B., Schutz, A., Lopes, P., & Smith, C. V. (2007). Naturally occurring variability in state empathy. In T. Farrow & P. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (pp. 187–200). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543753.012>
- Obstfelder A., Engeseth K. H., & Wynn R. (2007). *Characteristics of successfully implemented telemedical applications*. <http://10.1186/1748-5908-2-25.14>.
- O'Connor, S., Hanlon, P., O'Donnell, C. A., Garcia, S., Glanville, J., & Mair, F. S. (2016). Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: a systematic review of qualitative studies. *BMC medical informatics and decision making, 16*(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0359-3>
- Odendaal, W. A., Anstey Watkins, J., Leon, N., Goudge, J., Griffiths, F., Tomlinson, M., & Daniels, K. (2020). Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane database of systematic reviews, 3*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011942.pub2>
- Okken, V., van Rompay, T., & Pruyn, A. (2012). Exploring Space in the Consultation Room: Environmental Influences during Patient–Physician Interaction. *Journal of Health Communication, 17*(4), 397–412. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.626498>
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa: *Primeira conferência internacional sobre promoção de saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *The World Health Report 2008: Primary health care now more than ever*.
- Organização Mundial da Saúde. (2016) Promoting health in the SDGs. Report on the 9th. Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. (2019). <https://www.who.int/news/item/28->

05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases

- Organização Mundial da Saúde (2019). *WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening*.
- Organização Mundial de Saúde. (n.d.). *Principios éticos de la OMS*. <https://www.who.int/about/ethics>
- Parth, K., Datz, F., Seidman, C., & Löffler-Stastka, H. (2017). Transference and countertransference: A review. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 81(2), 167–211. <https://doi.org/10.1521/bumc.2017.81.2.167>
- Perestrello, D. (1982). *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro / São Paulo, Livraria Atheneu.
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 226–234. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01242.x>
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561). <https://doi.org/10.3399/bjgp09x420248>
- Rimondini, M., Busch, I. M., Mazzi, M. A., Donisi, V., Poli, A., Bovolenta, E., & Moretti, F. (2019). Patient empowerment in risk management: a mixed-method study to explore mental health professionals' perspective. *BMC health services research*, 19(1), 382. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4215-x>
- Roche, J., & Harmon, D. (2017). Exploring the Facets of Empathy and Pain in Clinical Practice: A Review. *Pain Practice*, 17(8), 1089–1096. <https://doi.org/10.1111/papr.12563>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Romeo C. (2012). *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Cuadernos de Medicina Forense. 18(3–4):144–5.

- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2019). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation science : IS*, 11(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Sánchez-Ruiz, M. J., & Ortega-Galán, Á. M. (2021). Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. *Research in Nursing & Health*. <https://doi.org/10.1002/nur.22158>
- Schneider, P.B. (1974). *Psicologia aplicada a la practica médica*. Editorial Paidós.
- Schreiweis, B., Pobiruchin, M., Strotbaum, V., Suleder, J., Wiesner, M., & Bergh, B. (2019). Barriers and Facilitators to the Implementation of eHealth Services: Systematic Literature Analysis. *Journal of medical Internet research*, 21(11), e14197. <https://doi.org/10.2196/14197>
- Seehausen, M., Kazzar, P., Bajbouj, M., Heekeren, H. R., Jacobs, A. M., Klann-Delius, G., Menninghaus, W., & Prehn, K. (2016). Effects of empathic social responses on the emotions of the recipient. *Brain and Cognition*, 103, 50–61. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2015.11.004>
- Serenko, N., Fan, L. (2013). Patients perceptions of privacy and their outcomes in healthcare. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*. 4(2):101-22.
- Skär, L., & Söderberg, S. (2018). The importance of ethical aspects when implementing eHealth services in healthcare: A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1043–1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13493>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2021). *A Evolução da Hospitalização Domiciliária em Portugal*. SPMI. <https://www.spmi.pt/a-evolucao-da-hospitalizacao-domiciliaria-em-portugal/>

- Soltner C., Giquello J. Á., Monrigal-Martin C, & Beydon L. (2011). Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *Br J Anaesth.* 106(5):680-6. <http://doi.10.1093/bja/aer03>
- Sorenson, C., Bolick, B. N., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456–465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed (original publicado em 2002).
- Sülz, S., van Elten, H. J., Askari, M., Weggelaar-Jansen, A. M., & Huijsman, R. (2021). eHealth Applications to Support Independent Living of Older Persons: Scoping Review of Costs and Benefits Identified in Economic Evaluations. *Journal of medical Internet research*, 23(3), e24363. <https://doi.org/10.2196/24363>
- Tegegne, M. D., Melaku, M. S., Shimie, A. W., Hunegnaw, D. D., Legese, M. G., Ejigu, T. A., Mengestie, N. D., Zemene, W., Zeleke, T., & Chanie, A. F. (2022). Health professionals' knowledge and attitude towards patient confidentiality and associated factors in a resource-limited setting: a cross-sectional study. *BMC medical ethics*, 23(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00765-0>
- The Nuffield Council on Bioethics. (2018). *AI in healthcare and research - The Nuffield Council on Bioethics*. <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/ai-in-healthcare-and-research>
- Thom, D. H., & Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: an exploratory study. *The Journal of family practice*, 44(2), 169–176.
- Thom, D. H., Wong, S. T., Guzman, D., Wu, A., Penko, J., Miaskowski, C., & Kushel, M. (2011). Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. *Annals of family medicine*, 9(2), 148–154. <https://doi.org/10.1370/afm.1224>
- Toh N., Pawlovich J., & Grzybowski S. (2016). Telehealth and patient-doctor relationships in rural and remote communities. *Can Fam Phys*, 62(12):961–963
- van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 32.

- von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development*. George Braziller.
- Ware J., & Hays R. D. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*. 26:393.
- Wehbe, R., Curcio, E., Gajjar, M., & Yadlapati, A. (2015). Technology and its influence on the doctor-patient relationship. *International Cardiovascular Forum Journal*, 3, 38–39.
- Weiner, M., & Biondich, P. (2006). The Influence of Information Technology on Patient-Physician Relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00307>
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, 6, 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 440-454.
- Yu, C.C., Tan, L., Le, M.K., Tang, B., Liaw, S.Y., Tierney, T., Ho, Y.Y., Lim, B.E.E., Lim, D., Ng, R., et al. (2022). The development of empathy in the healthcare setting: A qualitative approach. *BMC Medical Education* 22, 245. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03312-y>
- Zotterman, A. N., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(3), 418–425. <https://doi.org/10.1111/scs.12146>

Apêndice A

Breve Questionário Inicial – Profissionais de Saúde

INSTRUÇÕES:

As questões que se seguem pedem-lhe que forneça alguns dados pessoais, para permitir uma melhor compreensão da informação da entrevista que se seguirá.

1. Que idade tem? _____ anos

2. Com que género se identifica?

Feminino Masculino Outro

3. De momento encontra-se num relacionamento amoroso?

Sim Não

4. Se respondeu sim, diria que se encontra...

Casado Numa relação de compromisso Numa relação sem compromisso

5. Tem filhos?

Sim Não

6. Tem irmãos?

Sim Não

7. Qual é a sua profissão? _____

8. Tem alguma especialidade?

Sim Não

9. Se respondeu sim, qual é a sua especialidade? _____

10. Há quantos anos trabalha nesta área? _____

11. Trabalha num (ou mais) estabelecimento(s) de saúde...

Público(s) Privado(s) Ambo(s)

Apêndice B

Breve Questionário Inicial – Utentes

INSTRUÇÕES:

As questões que se seguem pedem-lhe que forneça alguns dados pessoais, para permitir uma melhor compreensão da informação da entrevista que se seguirá.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário junto à pergunta.

1. Que idade tem? _____ anos

2. Com que género se identifica?
__ Feminino __ Masculino __ Outro

3. De momento encontra-se num relacionamento amoroso?
__ Sim __ Não

4. Se respondeu sim, diria que se encontra...
__ Casado __ Numa relação de compromisso __ Numa relação sem compromisso

5. Tem filhos?
__ Sim __ Não

6. Tem irmãos?
__ Sim __ Não

7. Qual é a sua profissão? _____

8. Há quantos anos trabalha nesta área? _____

9. O que o/a leva a recorrer a serviços de saúde, usualmente? _____

10. Tem algum diagnóstico de doença que o faça procurar serviços de saúde?
__ Sim __ Não

11. Se respondeu sim, qual? _____

12. Frequenta, mais frequentemente, estabelecimentos de saúde:

Públicos Privados Ambos

Apêndice C

Guião de Entrevista Profissionais de Saúde

Perspetiva geral da Relação profissional de saúde – utente:

1. De um modo geral, o que considera relevante para cultivar uma boa relação profissional com os utentes que acompanha?
(e.g., comunicação, disponibilidade, etc.)

2. O que pode dificultar o estabelecimento dessa relação?

Esforços do profissional

3. Que estratégias adota para promover e manter uma relação profissional de qualidade com os utentes que acompanha?

(se não aprofundar) Por exemplo, em que medida é importante para si ...

3.1. Compreender os sentimentos e emoções dos pacientes?

3.2. Tentar colocar-se na perspetiva do utente?

3.3. Saber mais sobre o contexto em que se encontra o paciente, expectativas e história de vida?

3.4. Compreender o contexto da família, além o do próprio paciente?

3.5. Demonstrar, por palavras, compreensão pela situação da pessoa?

3.6. Em termos da comunicação, recorre a alguma estratégia particular para facilitar/melhorar a comunicação com os pacientes (e.g., humor, explicar de forma acessível a informação)?

3.7. Manter o contacto com os pacientes fora do contexto clínico (relativamente ao seu estado de saúde)?

3.7.1. Como é que isto acontece (e.g., contactos pessoais, aplicação do hospital)?

4. O que é que, da sua experiência, parece ter mais peso na confiança que o utente deposita no profissional de saúde?

5. Através da linguagem não verbal, há algo que faça conscientemente para “apoiar” o utente (e.g., manutenção do contacto visual, postura)?

6. De um modo geral, qual pensa que será o papel de aspetos do contexto (e.g., setting, conforto, tempo de consulta) no estabelecimento de uma relação de empatia com o utente?

6.1. Que ambiente mais promoverá a qualidade da relação?

Perceções face ao utente

7. Que impacto acha que a forma como interage com o utente tem na experiência do mesmo? (e.g., na forma como se sente, como reage, nos *outcomes* de saúde, adesão à terapêutica...)

8. O que considera que os pacientes mais valorizam em termos dos aspetos da relação que ainda agora discutimos (ou outros)?

Reflexão geral sobre a empatia na prática clínica

9. Em que medida considera que a empatia é uma característica presente na sua prática clínica?

10. O que julga poder ser feito, da sua parte, para melhorar?

11. Pode identificar situações em que conseguiu estabelecer uma boa relação de empatia com o utente?

11.1. Que circunstâncias específicas se associaram a esta situação?

11.2. Como é que se sentia (o próprio profissional) nessa altura?

12. Pode identificar situações em que aconteceu o contrário?

12.1. Que circunstâncias específicas se associaram a esta situação?

12.2. Como é que se sentia (o próprio profissional) nessa altura?

13. Há aspetos, relacionados com a forma como se sente, que considere que têm mais influência na sua capacidade de empatia para com o utente? (e.g., cansaço, agitação)

14. Há aspetos, associados à sua experiência como utente de saúde que considera influenciarem a sua prática clínica em termos da relação com o utente?

15. O que pensa que pode ser feito, de um modo geral, para que a empatia na relação com os pacientes seja mais (facilmente) aplicada em contexto hospitalar?

Papel da tecnologia na relação

16. Qual é, para si, o papel que a tecnologia tem ao nível da relação com o paciente?

17. Mais recentemente, de que forma é que as ferramentas tecnológicas têm facilitado o relacionamento com os utentes?

18. E de que forma têm dificultado este relacionamento?

19. De um modo geral, diria que a tem tecnologia tem mais aspetos positivos ou negativos no âmbito da relação que os profissionais de saúde mantêm com os utentes?

20. Que investimentos/avanços pensa poderem ser feitos no que respeita ao uso das tecnologias no sentido de promover a empatia na relação entre profissionais de saúde e utentes?

Apêndice D

Guião de Entrevista

Utentes

Perspetiva geral da relação utente - profissionais de saúde:

1. De um modo geral, na sua perspetiva, o que caracteriza uma boa relação com os profissionais de saúde que o acompanham?
(e.g., comunicação, postura, disponibilidade, etc.)
2. O que pode dificultar o estabelecimento dessa relação?
3. Que aspetos considera que poderiam ser melhorados na sua interação com os profissionais de saúde com quem tem contactado?
4. Relativamente ao relacionamento com estes profissionais, o que poderia realçar como mais positivo?

Relação com um profissional de saúde que o acompanhe

5. O que mais valoriza em termos dos aspetos da relação que temos vindo a discutir (ou outros)?
 - 5.1. Pense no profissional de saúde que mais frequentemente o acompanha, por exemplo, o seu médico de família. O que considera que poderia ser melhorado?

Importância de aspetos da relação na perspetiva do utente

6. Que impacto acha que a forma como interage com os profissionais de saúde com que tem lidado tem tido na sua experiência enquanto utilizador de serviços de saúde? (e.g., na forma como se sente, como reage, na saúde, adesão à terapêutica...)

Reflexão geral sobre a empatia na prática clínica

7. Em que medida sente que a empatia é uma característica presente nos contextos clínicos que frequenta normalmente?
8. De que forma é que a identifica nos profissionais de saúde?
9. O que poderia ajudar a que sentisse maior empatia por parte destes profissionais?
10. Poderia descrever uma situação específica em que sentiu forte empatia por parte de um profissional de saúde?
11. Poderia descrever ma situação específica em que sentiu menor/falta de empatia por parte de um profissional de saúde?
12. O que pensa que poderia fazer para promover um melhor relacionamento entre si e os profissionais de saúde com que interage/virá a interagir?

Papel da tecnologia na relação

13. Qual é, para si, o papel da tecnologia na relação com o profissional de saúde que o acompanha e com a instituição de saúde?
14. Mais recentemente, de que forma as ferramentas tecnológicas têm facilitado o relacionamento com os profissionais de saúde que o acompanham?
15. E de que forma têm dificultado este relacionamento?
16. De um modo geral, diria que a tecnologia traz mais aspetos positivos ou negativos para a relação que os utentes têm com os profissionais de saúde?
17. Que investimentos/avanços pensa poderem ser feitos no uso das tecnologias para promover a empatia na relação entre utentes e profissionais de saúde?

Apêndice E

CONSENTIMENTO INFORMADO

Venho solicitar a sua colaboração numa investigação, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde, da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Este estudo tem como objetivo explorar os aspetos da relação, entre profissionais de saúde e utentes, que contribuem para uma maior satisfação dos utentes face ao serviço prestado, assim como a utilidade da tecnologia neste sentido.

Assim, se concordar em participar, será convidado a responder a uma entrevista, com a duração estimada de 30-40 minutos, em data, horário e local da sua conveniência, e a permitir a gravação áudio da entrevista, de forma a permitir a sua transcrição e respetiva análise.

A sua participação é voluntária, pelo que poderá retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional. Importa referir que as suas respostas serão mantidas em confidencialidade, sendo que apenas o entrevistador terá acesso aos seus dados pessoais. Poderá, em qualquer momento, esclarecer qualquer dúvida através do endereço de e-mail s-ibserra@ucp.pt.

A sua participação neste trabalho contribuirá para enriquecer a informação existente acerca desta temática na literatura, assim como a minha formação académica na área da Psicologia. Não se antecipam quaisquer riscos associados à participação neste estudo, nem haverá quaisquer custos envolvidos.

Ao consentir, reconhece que a sua participação no estudo é voluntária, que tem no mínimo 18 anos de idade e que tem conhecimento que pode escolher desistir a qualquer momento e por qualquer motivo.

Agradeço, desde já, a sua atenção.

CONSENTIMENTO

Assinatura do participante

___/___/___

Data

Assinatura da investigadora

___/___/___

Data

Apêndice F

Tabela 1*Sistema Hierárquico de Temas Identificados.*

Lista de Códigos/Temas	Segmentos codificados
Relação profissional de saúde-utente	846
Empatia	346
Atributos associados à empatia	145
Outros atributos	15
Paciência	13
Atenção	28
Empenho	9
Interesse	11
Ajuda	27
Preocupação	20
Escuta ativa	22
Perceção geral da empatia na relação	48
Estratégias adotadas pelos profissionais de saúde	43
Sensibilidade/Adequação ao contexto	34
Foco na pessoa	26
Proximidade da relação	24
Reconhecimento da empatia por parte dos utentes	17
Estratégias adotadas pelos utentes	9
Comunicação	117
Comunicação no geral	14
Comunicação verbal	37
Comunicação não-verbal	25
Transmissão de esperança/positividade	5
Transmissão de informação	36
Disponibilidade	113
Disponibilidade Temporal	62
Disponibilidade Intrínseca	20
Acompanhamento	31
Confiança	111
Confiança no profissional de saúde	34
Conforto/Abertura na relação	39
Domínio teórico/técnico dos profissionais de saúde	38

Tabela 1 (cont.)*Sistema Hierárquico de Temas Identificados.*

Códigos/Temas	Segmentos codificados
Consequências da relação	71
Resposta dos utentes	24
Satisfação dos utentes	11
Satisfação dos profissionais com o trabalho	9
Descrição de experiências vivenciadas	26
Experiências que marcaram pela positiva	13
Experiências que marcaram pela dificuldade	13
Funcionamento dos estabelecimentos	34
Espaço físico	20
Tempo de espera	9
Procedimentos	5
Princípios éticos	22
Confidencialidade	5
Privacidade	2
Respeito	15
Trabalho em equipa/Apoio multidisciplinar	20
Primeiras impressões	12
Dificuldades	107
Dificuldades diversas na relação	51
Escassez de recursos	20
Características/Perspetivas individuais	18
Desgaste dos profissionais de saúde	15
Falta de Literacia em Saúde	3
Tecnologia	176
Postura face à tecnologia na saúde	99
Postura negativa face à tecnologia na saúde	41
Postura positiva face à tecnologia na saúde	58
Contacto com a tecnologia aplicada à saúde	37
Sugestões para a aplicação de tecnologia em prol da relação	29
Dificuldade na utilização/acesso à tecnologia	11
Total	1129