

# **Influência da Comunicação Médico-Paciente na Saúde da População Idosa Inativa**

Inês Maria Gomes e Castro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

**fevereiro de 2025**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Inês Maria Gomes e Castro, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 44008 do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 04 / 02 / 2025

*Inês Maria Gomes e Castro*



## **Dedicatória**

À vó Ju, à vó Lígia, ao avô Antero, ao avô Zé  
e a todos os avós.

O que seríamos nós sem vocês e as vossas palavras de sabedoria?



## Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Vitória, pelo tempo e atenção disponibilizados para este projeto, assim como pela confiança depositada em mim.

Um agradecimento especial à Ana, por todo o apoio ao longo deste ano, em todas as vertentes, por me ter ajudado a guiar este projeto e por todas as palavras de sabedoria.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor incondicional, por serem sempre um porto seguro e por nunca duvidarem daquilo de que sou capaz ao longo destes 24 anos, sem vocês nada disto era possível. Isto também é fruto vosso!

À tia Tiz e ao tio Arlindo, por mesmo longe, fazerem sempre sentir o vosso apoio e acreditarem sempre em mim.

Às minhas meninas. À Carol por ser sempre uma fonte de luz e positivismo na minha vida. À Marta e à Diana, as minhas conterrâneas e das melhores surpresas que vieram parar comigo à Covilhã.

Às “capis”, Catarina, Maria e Filipa por serem casa fora de casa, agradeço todos os dias pelas forças do universo que nos tornaram amigas e nos decidiram juntar no 3º direito. Um obrigada nunca será suficiente, pelos surtos psicóticos conjuntos ao longo destes anos e todas as vossas palavras de encorajamento e carinho. Medicina é mais fácil com vocês ao meu lado.

Em especial, à Cat, por ser a melhor companheira de curso, amiga e *cheerleader* que podia ter, tornaste estes 6 anos a melhor aventura de sempre, o nosso meio neurónio nunca se poderá separar depois disto.

Obrigada a todos os que fizeram parte do longo percurso que me trouxe aqui, sem vocês não era ninguém. Afinal o que somos nós senão uma manta de retalhos de todos os que amamos?



## **Prefácio**

“Achamos que ouvimos, mas raramente ouvimos com verdadeira compreensão, com genuína empatia. No entanto, ouvir, deste tipo tão especial, é uma das forças mais poderosas de mudança que conheço.”

Carl Rogers (1980)



## Resumo

**Introdução:** A Comunicação Centrada no Paciente (CCP) é reconhecida como a forma de comunicação mais adequada nos cuidados de saúde. A CCP é uma competência clínica indispensável, com impacto positivo em aspetos como a adesão terapêutica, nos resultados clínicos e no bem-estar emocional dos pacientes.

**Objetivo:** O presente estudo possui como objetivo principal estudar a influência da CCP no estado de saúde da população idosa economicamente inativa.

**Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal entre agosto e setembro de 2024, com uma amostra de 94 participantes, com idade superior ou igual a 70 anos ( $M=80,60$  e  $DP=7,03$ ), a maioria do sexo feminino ( $N=56$ , 59,6%), dos quais 30 são residentes de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), 30 frequentam Centros de Dia (CD) e 34 não frequentam nenhuma das instituições mencionadas. Foram excluídos casos com patologia demencial ou trabalho remunerado. Foi aplicado um questionário composto pela Escala CCP e o SF-12v2, que avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pelo participante. Os dados obtidos foram analisados com recurso ao software SPSS (Versão 29.0.1.0).

**Resultados:** A pontuação média da CCP foi de 66,01, sendo que o grupo do sexo masculino obteve uma pontuação mais elevada do que o grupo do sexo feminino ( $p=0,031$ ). Apurou-se, simultaneamente, que valores mais elevados de CCP correspondem a participantes que não frequentam ERPI ou CD, demonstrando uma relação positiva entre a CCP e a autonomia ( $p=0,013$ ). Observou-se uma correlação estatisticamente significativa positiva entre a CCP e os domínios Funcionamento Físico (FF), Desempenho Físico (DF) e Saúde Mental (SM) da qualidade de vida relacionada com a saúde ( $\rho=0,237$ ,  $p=0,022$ ;  $\rho=0,209$ ,  $p=0,043$  e  $\rho=0,236$ ,  $p=0,022$  respetivamente). Por outro lado, observou-se uma correlação negativa entre a CCP e o domínio Vitalidade (VT) ( $\rho=-0,267$ ,  $p=0,009$ ). Estes resultados são concordantes com a correlação obtida entre a CCP e as Medida Sumário Física (MSF) e Mental (MSM), com uma relação positiva entre a CCP e a MSF ( $\rho=0,210$ ,  $p=0,042$ ) e negativa entre a CCP e a MSM ( $\rho=-0,212$ ,  $p=0,040$ ).

A oportunidade de colocar questões durante a consulta e a inclusão dos pacientes idosos nas decisões relativas à sua saúde, associaram-se a valores mais elevados de SM ( $\rho=0,316$ ,  $p=0,002$  e  $\rho=0,211$ ,  $p=0,041$ ). Simultaneamente, os participantes que

indicavam um “outro médico especialista” como médico de referência relataram que estes os incluíam mais frequentemente na tomada de decisões partilhada ( $p=0,017$ ).

**Conclusão:** Este estudo reitera a importância da CCP como pilar essencial para a promoção da qualidade de vida relacionada com a saúde, na população idosa economicamente inativa. É, por isso, importante aprofundar o conhecimento desta relação entre a comunicação clínica, a saúde e o seu bem-estar emocional e promover a CCP na prática clínica.

## **Palavras-chave**

Comunicação centrada no paciente; idosos; comunicação clínica; resultados em saúde; qualidade de vida relacionada com a saúde;

## Abstract

**Introduction:** Patient-centered communication (PCC) is widely recognized as the most suitable form of communication in healthcare settings. PCC is an essential clinical skill that positively impacts various aspects, such as therapeutic adherence, clinical outcomes and patients' emotional well-being.

**Objective:** This study aims to investigate the influence of PCC on the health status of economically inactive elders.

**Materials and Methods:** A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted between August and September 2024, involving a sample of 94 participants aged 70 years and older ( $M=80,60$ ,  $SD=7,03$ ) that predominantly consisted of female participants ( $N=56$ , 59,6%). The sample comprised 30 participants residing in Nursing Homes, 30 attending a Day Centre, and 34 who did not attend or reside in any of these institutions. Participants with dementia or those engaged in paid employment were excluded. Data were collected using a structured questionnaire, including the PCC scale and the SF-12v2, which assesses self-reported health-related quality of life. Data analysis was performed using SPSS software (version 29.0.1.0).

**Results:** The average PCC score was 66,01, with the male group scoring higher than the female group ( $p=0,031$ ). Furthermore, it was observed that higher scores were associated with participants who did not attend Nursing Homes or Day centers, indicating a positive relation between PCC and autonomy ( $p=0,013$ ). A statistically significant positive correlation was observed between PCC and the Physical Functioning (PF), Role Physical (RP) and Mental health (MH) domains of health-related quality of life ( $\rho=0,237$ ,  $p=0,022$ ;  $\rho=0,209$ ,  $p=0,043$  and  $\rho=0,236$ ,  $p=0,022$  respectively). Conversely, a negative correlation was identified between PCC and the Vitality (VT) domain ( $\rho=-0,267$ ,  $p=0,009$ ). These findings were aligned with the correlations found between PCC and the Physical Component Summary (PCS) and Mental Component Summary (MCS) scores, with a positive relation between PCC and PCS ( $\rho=0,210$ ,  $p=0,042$ ) and a negative relation between PCC and MCS ( $\rho=-0,212$ ,  $p=0,040$ ).

Opportunities to pose questions during consultations and the inclusion of older adults in decisions related to their health were associated with higher MH scores in this population ( $\rho=0,316$ ,  $p=0,002$  and  $\rho=0,211$ ,  $p=0,041$ ). Additionally, participants who identified

their primary healthcare provider as “other medical specialist” reported being more frequently included in shared decision-making processes ( $p=0,017$ ).

**Conclusion:** This study reinforces the importance of PCC as a cornerstone for promoting health-related quality of life in economically inactive older adults. Further research is needed to deepen the understanding of relationship between clinical communication, health, and emotional well-being, as well as promoting PCC in healthcare settings.

## Keywords

Patient-centered communication, elders, clinical communication, health outcomes, health-related quality of life.

# Índice

<b>Lista de Figuras</b>	<b>xvii</b>
<b>Lista de Tabelas</b>	<b>xix</b>
<b>Lista de Siglas e Acrónimos</b>	<b>xxi</b>
<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
1.1. A Comunicação	1
1.2. Importância da Comunicação na População Idosa	2
1.3. O papel do médico na Comunicação Centrada no Paciente	3
1.4. Avaliação da Comunicação Centrada no Paciente	4
<b>2. Materiais e Métodos</b>	<b>7</b>
2.1. Tipo de estudo	7
2.2. População e amostra	7
2.3. Procedimentos na recolha de dados	7
2.4. Questionário	8
2.5. Análise Estatística	10
<b>3. Resultados</b>	<b>11</b>
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	11
3.2. Caracterização da amostra quanto à competência em saúde e médico de referência	12
3.3. Comunicação Centrada no Paciente	12
3.3.1. A CCP experienciada pelos participantes	12
3.3.2. Fatores relacionados com a CCP	13
3.3.3. Relação entre a CCP, a autonomia e competência em saúde	16
3.4. Qualidade de vida relacionada com a saúde	17
3.4.1. Análise da qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pela amostra	17
3.4.2. Fatores relacionados com a qualidade de vida relacionada com a saúde	18
3.5. Relação entre a CCP e a qualidade de vida relacionada com a saúde	20
<b>4. Discussão</b>	<b>25</b>

4.1.	Limitações e oportunidades	27
4.2.	Conclusão	28
	<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>29</b>
	<b>Apêndices</b>	<b>33</b>
	<b>Anexos</b>	<b>37</b>
	Anexo I – Questionário	37
	Anexo II – Parecer da Comissão de Ética	46
	Anexo III – Autorização para utilizar o instrumento de medição SF-12v2	47
	Anexo IV – Participação na competição PostInMed	48

## **Lista de Figuras**

Figura 1: Impacto positivo da CCP em diferentes vertentes da saúde	2
Figura 2: Representação dos sete tópicos que compõe a escala CCP	9
Figura 3: Representação dos domínios e medidas sumário do SF-12v2	9



## Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da população em estudo	11
Tabela 2: Frequências da competência em saúde e médico de referência	12
Tabela 3: Frequências nas respostas às perguntas da CCP e as suas características descritivas	13
Tabela 4: Correlações entre as características sociodemográficas e a CCP	13
Tabela 5: Comparações entre grupos nos valores da CCP	14
Tabela 6: Comparação entre o médico de referência e as diferentes questões da CCP	15
Tabela 7: Comparação da CCP entre os grupos de autonomia	16
Tabela 8: Correlação entre a competência e as diferentes questões da CCP	16
Tabela 9: Pontuação dos domínios e medidas sumário da qualidade de vida relacionada com a saúde	17
Tabela 10: Correlação entre variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida relacionada com a saúde	18
Tabela 11: Comparações entre a variável sexo, autonomia e a qualidade de vida relacionada com a saúde	19
Tabela 12: Correlações entre a CCP e a qualidade de vida relacionada com a saúde	20
Tabela 13: Correlações entre as diferentes questões da CCP e a qualidade de vida relacionada com a saúde	21
Tabela A. 1: Teste de comparações múltiplas entre a CCP e a autonomia	33
Tabela A. 2: Teste de comparações múltiplas entre a CCP e médico de referência	33
Tabela A. 3: Frequências da qualidade de vida relacionada com a saúde, N° (%)	34
Tabela A. 4: Comparações entre área geográfica, região geográfica, médico de referência e a qualidade de vida relacionada com a saúde	35
Tabela A. 5: Teste de comparações múltiplas entre FF. DC, DM, MSF e autonomia	36



## Lista de Siglas e Acrónimos

CCP	Comunicação Centrada no Paciente
CD	Centro de Dia
DC	Dor Corporal
DF	Desempenho Físico
DM	Desempenho Mental
DP	Desvio Padrão
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
FF	Funcionamento Físico
FS	Funcionamento Social
INE	Instituto Nacional de Estatística
M	Média
MSF	Medida Sumário Física
MSM	Medida Sumária Mental
N	Frequência
<i>p</i>	<i>p-value</i>
RSES	Rede de Serviços e Equipamentos Sociais
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário a Idosos
SG	Saúde em Geral
SM	Saúde Mental
UBI	Universidade da Beira Interior
VT	Vitalidade
$\rho$	Correlação de Spearman



# 1. Introdução

## 1.1. A Comunicação

A comunicação é um conceito complexo e como tal difícil de definir. Na grande maioria da população, a capacidade de comunicar surge sem artificios, de forma única e individual, tendo por isso um desenvolvimento e evolução distinto de indivíduo para indivíduo que depende do seu contexto biológico, cultural e social (1–3).

Podemos afirmar que a comunicação é o modo como os Humanos exprimem as suas intenções, pensamentos ou desejos perante os seus pares. Por conseguinte, ao longo dos tempos foram identificados vários tipos de comunicação: verbal, não-verbal, escrita, visual entre outras. A função da comunicação desde os primórdios baseia-se na necessidade de dinamizar a vida em sociedade, nomeadamente para se relacionar, compreender, sentir a pertença à comunidade, assim como, para produzir o nosso desenvolvimento ao longo dos anos (3–6).

Assim sendo, a comunicação apresenta um papel chave em vários aspetos do quotidiano do ser Humano, principalmente em momentos de especial vulnerabilidade, como é o caso da necessidade de exprimir fragilidades físicas e psicológicas na busca por cuidados de saúde. Deste modo, é fundamental que haja uma comunicação articulada para que tanto o paciente como o profissional de saúde sejam compreendidos, com o objetivo de esta ser o mais eficaz possível, visto que a forma como o médico comunica com o seu paciente é tão importante como a informação que lhe irá fornecer (6–8).

A Comunicação Centrada no Paciente (CCP) defende que os cuidados de saúde devem ter sempre em consideração as crenças, preferências e valores do paciente em questão (9–11). Esta é amplamente reconhecida como o tipo de abordagem de comunicação mais adequada no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que facilita a confiança nos profissionais de saúde por parte dos pacientes. A CCP possui 6 funções base, entre elas: a troca de informação, a capacidade de resposta às emoções dos pacientes, de lidar com a incerteza do paciente, criar relações curativas, tomar decisões partilhadas e capacitar o paciente a zelar pela sua saúde (10,12). Deste modo, a CCP tem demonstrado um impacto positivo nos resultados em saúde, na adesão aos tratamentos recomendados, melhoria na capacidade de gestão da doença crónica por parte dos pacientes, maior satisfação com os cuidados de saúde e redução da ansiedade, melhorando o bem-estar emocional dos utentes (Figura 1) (10,12,13).

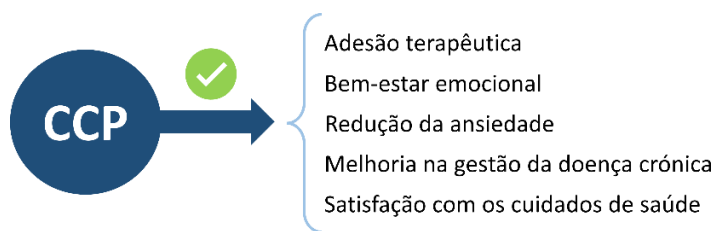


Figura 1: Impacto positivo da CCP em diferentes vertentes da saúde (10,12,13)

No decorrer das últimas décadas a comunicação tornou-se uma competência clínica indispensável dado que, é através dela que se torna possível estabelecer uma relação terapêutica de confiança entre o paciente e o profissional de saúde (12). É de salientar que este tipo de abordagem de comunicação não é uma aptidão inata, e que a sua eficácia está intimamente correlacionada com a formação, a prática e manutenção. Consequentemente, as organizações de saúde, universidades e escolas médicas, têm enfatizado a importância do ensino e capacitação dos seus estudantes e profissionais quanto a esta habilidade (6).

## 1.2. Importância da Comunicação na População Idosa

Ao longo dos últimos anos, a distribuição demográfica em Portugal tem sofrido severas alterações, sobretudo relacionadas com a diminuição da taxa de natalidade e o envelhecimento da população. Segundo dados do relatório publicado em 2023 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), 24,1% dos cidadãos portugueses apresenta uma idade igual ou superior a 65 anos (14). A população idosa tende a ser mais suscetível a uma variedade de doenças, nomeadamente doenças crónicas que requerem cuidados continuados em saúde, apresentando necessidades em saúde muito mais complexas que os seus pares mais jovens (10). Estas comorbilidades e limitações funcionais podem conduzir a um determinado grau de dependência para as suas Atividades da Vida Diária (AVD), desencadeando a necessidade de apoio por parte de serviços de cuidados sociais (15,16). Este grau de dependência pode resultar da interação entre a condição de saúde do idoso e o seu contexto social, desencadeando uma diminuição da autoestima e aumento da depressão nos idosos (15–17).

Segundo o Relatório de 2023 da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), nesse ano cerca de 40,3% das respostas sociais fornecidas foram dirigidas às pessoas idosas e/ou situação de dependência. As respostas sociais da RSES, com maior representatividade nesta faixa etária, são as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia (CD) e o Serviço de Apoio Domiciliário a idosos (SAD), sendo que em 2023 a ERPI foi a resposta com taxa de utilização média mais elevada (16).

Um estudo desenvolvido por Seddigh e colaboradores, procurou comparar os níveis de depressão e o apoio social percebido entre idosos membros de CD, idosos residentes em ERPI e idosos residentes em domicílio próprio que não frequentassem estas instituições. Tendo concluído que os idosos que frequentavam CD possuíam níveis mais elevados de capacidade para as suas AVD, tendo estas instituições relevância no fornecimento de serviços educacionais, sociais e de reabilitação (17). Outros estudos procuraram avaliar também diferentes medidas em saúde entre idosos residentes em ERPI e idosos em domicílio próprio, tendo evidenciado que idosos em domicílio próprio obtinham pontuações mais altas no Mini Exame do Estado Mental (15). Um outro estudo, concluiu que idosos que frequentam CD possuem valores mais altos de qualidade de vida comparativamente àqueles que residem em ERPI (18).

Deste modo, tendo em consideração o grande crescimento e expressividade da população desta faixa etária, assim como todas as suas particularidades, torna-se imperativo conhecer os fatores que influenciam a qualidade da sua saúde, destacando-se, entre eles, a CCP (9,10,14).

A população idosa possui necessidades diferentes quanto à comunicação em saúde, comparativamente à população mais jovem, pois por vezes as expectativas e valores dos pacientes estão interligados com a faixa etária a que pertencem (13). Portanto, a CCP é particularmente importante nesta população, de modo a assegurar que a sua voz é ouvida e que as suas necessidades são abordadas (10). Muitos participantes de um estudo realizado por Butterworth e Campbell, relataram níveis mais baixos de confiança e um envolvimento inferior ao desejado, se sentiram que não foram escutados ou que não lhes foi dedicado tempo suficiente em consulta (9). Ou seja, embora muitas vezes os pacientes idosos prefiram um profissional de saúde com uma abordagem mais paternalista quanto às tomadas de decisão, estes continuam a valorizar outros aspetos importantes da CCP (13).

### **1.3. O papel do médico na Comunicação Centrada no Paciente**

De igual forma, é importante direcionar o alvo para o outro elemento desta interação, o profissional de saúde com quem o idoso comunica. Sabemos que diferentes especialidades médicas diferem a nível de conhecimento médico, padrões de interação com os seus pacientes e tratamentos habituais, o que pode surtir efeito na qualidade da comunicação percebida pelo paciente (19).

Neste contexto, Wang e colaboradores tiveram como objetivo analisar os padrões de comunicação entre diferentes especialidades médicas de um mesmo hospital, incluindo medicina interna, cirurgia geral, médicos de família e médicos de urgência. Os resultados deste estudo evidenciaram, por exemplo, que os internistas pontuaram valores mais baixos na qualidade da sua comunicação médico-paciente, já os médicos de família tiveram um desempenho inferior aos restantes na demonstração de profissionalismo. Concluíram, deste modo, que existem diferentes táticas de comunicação preferidas entre especialidades, salientando a necessidade de as adaptar às especificidades de cada área (19).

Ao mesmo tempo, diferentes estudos revelam a continuidade de cuidados como um aspeto essencial na perceção dos pacientes quanto à qualidade destes serviços, assim como um fator facilitador da prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde (9,20,21). Este aspeto é especialmente importante nos cuidados de saúde primários, uma vez que os médicos de medicina geral e familiar são, muitas vezes, o primeiro contacto que os pacientes têm com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e quem oferece uma continuidade de cuidados a longo prazo, frequentemente acompanhando os seus doentes ao longo de toda a sua vida (20,22).

É, deste modo, relevante perceber quem é que o idoso considera como sendo o seu médico de referência e procurar compreender se este fator impacta a qualidade da CCP.

#### **1.4. Avaliação da Comunicação Centrada no Paciente**

Diversos autores, avaliaram a qualidade da CCP através da Escala *Patient Centered-Communication* (10,13,23). Esta procura avaliar as 6 funções base da CCP, mencionadas anteriormente (10,23,24). Além da avaliação da CCP, Liu e colaboradores avaliaram também a competência em saúde dos participantes, pois uma das grandes preocupações nesta população é o decréscimo da competência ou a perda da sua independência e capacidade de tomarem conta de si mesmos, devido ao declínio funcional e fisiológico relacionado com a idade (10). No entanto, ainda não existem estudos que, para além de avaliar a CCP, avaliem também a qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pelo participante, através de uma escala validada.

Este projeto tem como objetivo estudar a relação entre a comunicação médico-paciente e a qualidade de vida relacionada com a saúde da população idosa economicamente inativa. Um dos interesses deste estudo recai também na comparação entre os três

grupos de participantes, residentes em ERPI, membros de CD e idosos que não se enquadrem em nenhuma destas opções.

Além destes, possui como outros objetivos:

- 1) Realizar uma caracterização sociodemográfica da amostra;
- 2) Descrever o grau de competência em saúde dos participantes, assim como o seu médico de referência;
- 3) Analisar a CCP experienciada pelos participantes, relacionando a mesma com as suas características sociodemográficas e médico de referência;
- 4) Avaliar a relação entre a CCP, a autonomia e competência em saúde da amostra;
- 5) Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pelos participantes, relacionando-a com as variáveis sociodemográficas, competência em saúde e médico de referência.



## **2. Materiais e Métodos**

### **2.1. Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal. Os dados foram recolhidos entre agosto e setembro de 2024 através da aplicação de um questionário (Anexo I). O projeto deste estudo e o questionário foram submetidos à apreciação da Comissão de Ética da UBI, que emitiu um parecer favorável em julho de 2024 (Anexo II).

### **2.2. População e amostra**

A amostra é composta por um total de 94 participantes, dos quais 30 residentes em ERPI, 30 que frequentam CD e 34 que não frequentam qualquer uma das instituições citadas. Foi aplicado como critério de inclusão idade igual ou superior a 70 anos. Os critérios de exclusão por sua vez, consistiam em: idade inferior a 70 anos, presença de patologias demenciais e a existência de algum trabalho remunerado.

### **2.3. Procedimentos na recolha de dados**

O recrutamento das instituições a integrar no presente estudo foi feito através de uma pré-seleção a partir da base de dados da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais disponível na página *web* “cartasocial.pt”. Nesta base de dados, onde estão descritas todas as ERPI e Centros de Dia registados em Portugal, foi feita a seleção das instituições mediante a sua localização geográfica, sendo dada prioridade àquelas mais próximas dos locais de residência da investigadora principal.

À posteriori foi estabelecido contacto com estas instituições de modo a apresentar o projeto e solicitar a sua colaboração. Por fim, e mediante a autorização por parte da Mesa Administrativa das instituições em questão, foi realizada uma triagem inicial junto dos técnicos responsáveis para garantir que apenas seriam convidados a participar indivíduos que cumpriam os critérios de inclusão e que possuíam todas as capacidades e competências necessárias para responder ao questionário. Após esta triagem inicial, o estudo foi apresentado aos indivíduos pré-selecionados. Foram obtidos um número de 30 participantes residentes em ERPI e 30 indivíduos que frequentavam CD.

O questionário foi também aplicado on-line (Google *forms*®), divulgado através de redes sociais como o *Facebook*®. Tendo estado disponível entre agosto e setembro de 2024. Através destes meios foram obtidas um total de 34 respostas elegíveis.

## 2.4. Questionário

O primeiro grupo de questões era composto por 8 perguntas relacionadas com a informação sociodemográfica dos participantes, incluindo sexo (masculino, feminino), idade, anos de escolaridade (1 = 0-2 anos, 5 = >12 anos), área geográfica de residência (litoral, interior), região geográfica (urbana, moderadamente urbana, rural), tipo de residência (residência em domicílio próprio, residência em lar de idosos, outra), frequência de CD (sim, não) e, por último, se tem algum tipo de trabalho remunerado (sim, não). Foi criada a variável “autonomia”, que agrupou as questões sobre o tipo de residência e sobre a frequência de um CD, com três grupos: os residentes de ERPI, os que frequentam CD e os participantes que não se incluíam em nenhuma das condições anteriores.

O segundo grupo de questões avaliou a competência em saúde dos participantes, que foi medida através de uma questão sobre até que ponto se sentiam confiantes quanto à sua capacidade de tomar conta da própria saúde. Estas respostas foram medidas numa escala de quatro pontos (1 = nada confiante, 4 = bastante confiante) (10). Foi incluída também uma questão quanto ao médico de referência dos participantes, esta tinha três opções de resposta: médico de família, médico assistente do lar e outro médico especialista.

O grupo seguinte de questões inclui a escala CCP, mencionada anteriormente, constituída por sete perguntas (13,23). A fim de avaliar especificamente a comunicação com médicos nos últimos 12 meses avaliando as mesmas numa escala de quatro pontos (1 = nunca, 4 = sempre). As sete perguntas incluem: 1) Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta? (CCP1); 2) Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções? (CCP2); 3) Com que frequência é que o seu médico o envolve nas decisões relativas à sua saúde? (CCP3); 4) Com que frequência é que o seu médico se certifica que compreendeu corretamente as suas necessidades em saúde e aquilo que é necessário para que cuide da sua saúde? (CCP4); 5) Com que frequência é que o seu médico lhe explica as coisas de forma que as compreenda? (CCP5); 6) Com que frequência sente que o seu médico passa tempo suficiente consigo na consulta? (CCP6); 7) Com que frequência é que o seu médico o ajuda a lidar com sentimentos de incerteza quanto à sua saúde e aos seus cuidados de saúde? (CCP7) (Figura 2). Os resultados da escala foram criados através da soma de todos os resultados e transformando os mesmos num intervalo de 0 a 100, com pontuações mais altas a significar uma melhor comunicação com o profissional de saúde.



Figura 2: Representação dos sete tópicos que compõe a escala CCP

Por fim, o último grupo de questões abordou a qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pelo participante, medida através do questionário SF-12v2. Este instrumento é mais adequado quando a população alvo pertence a uma faixa etária acima dos 60 anos, pois apresenta diversas vantagens como, por exemplo, ser breve e não incluir questões sobre o trabalho (25). O SF-12v2 é composto por 12 questões que se debruçam sobre 8 domínios: Funcionamento Físico (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde em Geral (SG), Vitalidade (VT), Funcionamento Social (FS), Desempenho Mental (DM) e Saúde Mental (SM). Estes domínios, podem ser ainda, agrupados em 2 medidas distintas, a Medida Sumário Física (MSF) – que engloba o FF, DF, DC e SG – e a Medida Sumário Mental (MSM) – que é constituída pela VT, FS, DM e SM (Figura 3). A escala de resposta a estas questões varia, com perguntas cuja pontuação é representada por uma escala de 1 a 5 (1 = excelente, 5 = fraca) (1 = sempre, 5 = nunca) (1 = absolutamente nada, 5 = imenso) e outras com uma escala de resposta de 1 a 3 (1 = sim, muito limitado/a, 3 = não, nada limitado/a) (25–27). Este questionário encontra-se adaptado e validado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, a quem foi formalizado um pedido de autorização para a sua utilização (28) (Anexo III).

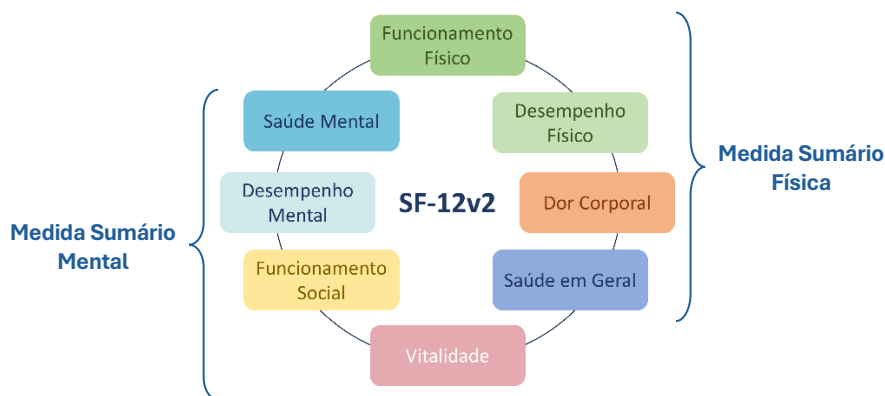


Figura 3: Representação dos domínios e medidas sumário do SF-12v2

## **2.5. Análise Estatística**

As variáveis que definem os parâmetros sociodemográficos foram analisadas com base nas frequências e nas percentagens.

Para atestar a normalidade de todas as variáveis foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov, uma vez que não se confirmou a normalidade dos dados, foram selecionados testes não paramétricos. Para fazer comparações da CCP e do SF-12v2 entre grupos (sexo e área geográfica) foi aplicado o teste de Mann-Whitney U. De modo a comparar as pontuações obtidas na escala CCP entre os grupos referentes à região geográfica, autonomia e médico de referência foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, assim como para comparar as pontuações obtidas no SF-12v2 entre estes grupos. Para avaliar a correlação entre a idade, escolaridade e competência em saúde com a CCP e a escala SF-12v2, tal como entre ambas as escalas, foi aplicada uma correlação de Spearman.

Os dados foram analisados com recurso ao software SPSS (Versão 29.0.1.0) para o Windows. Foi considerada significância estatística quando o valor de prova (*p-value*) foi inferior a 0,05.

### 3. Resultados

#### 3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

O perfil sociodemográfico dos participantes é apresentado na Tabela 1. A maioria era do sexo feminino (59,6%). Os participantes possuíam uma idade média de 80 ( $\pm 7,03$ ) anos, com um mínimo de 70 e um máximo de 95 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos inquiridos frequentou o ensino durante 3-4 anos (74,5%). O litoral foi a área geográfica de residência com um número mais elevado de respostas (84%). No que diz respeito à região geográfica, a maioria dos participantes relata pertencer a uma região moderadamente urbana (48,9%). Quanto à residência, a maioria dos respondentes tem residência em domicílio próprio (66%), seguido dos residentes em ERPI (31,9%) e apenas 2,1% dos participantes selecionaram a opção “outra”. Cerca de 33% dos participantes relataram frequentar um CD.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da população em estudo

		N	%
<b>Idade</b>	M $\pm$ DP: 80,61 $\pm$ 7,03		
	Min-Máx: 70-95		
<b>Sexo</b>	Masculino	56	59,6
	Feminino	38	40,4
<b>Escolaridade</b>	0-2 anos	13	13,8
	3-4 anos	70	74,5
	5-9 anos	5	5,3
	10-12 anos	2	2,1
	>12 anos	4	4,3
<b>Área geográfica de residência</b>	Litoral	79	84,0
	Interior	15	16,0
<b>Região geográfica</b>	Urbana	29	30,9
	Moderadamente urbana	46	48,9
	Rural	19	20,2
<b>Tipo de residência</b>	Domicílio próprio	62	66,0
	ERPI	30	31,9
	Outra	2	2,1
<b>Centro de Dia</b>	Não	63	67,0
	Sim	31	33,0
<b>Autonomia</b>	ERPI	30	31,9
	CD	30	31,9
	Nenhuma	34	36,2

N=Freqüência; M=Média; DP=desvio padrão; Min-Máx=Valor Mínimo – Valor Máximo;

### 3.2. Caracterização da amostra quanto à competência em saúde e médico de referência

Quando questionados quanto à sua confiança para tomar conta da própria saúde, metade respondeu sentir-se bastante confiante (50%), conforme é representado na Tabela 2. Por outro lado, apenas 5,3% relataram não se sentir nada confiantes para tomar conta da própria saúde.

A maioria dos participantes (77,7%) considera o médico de medicina geral e familiar, como o seu médico de referência, como descrito na Tabela 2. Comparativamente, a apenas 10,6% que mencionaram outro médico especialista. Por fim, 11,7% dos participantes apontaram o médico assistente do lar onde residem como sendo o seu médico de referência.

Tabela 2: Frequências da competência em saúde e médico de referência

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Competência em saúde</b>	Bastante confiante	47	50,0
	Relativamente confiante	26	27,7
	Um pouco confiante	16	17,0
	Nada confiante	5	5,3
<b>Médico de referência</b>	Médico de família	73	77,7
	Médico Assistente do Lar	11	11,7
	Outro médico especialista	10	10,6

N=Frequência

### 3.3. Comunicação Centrada no Paciente

#### 3.3.1. A CCP experienciada pelos participantes

De modo a avaliar a consistência interna da Escala CCP foi calculado o alfa de Cronbach, tendo sido obtido um valor de 0,84.

Na Tabela 3, estão representadas as frequências nas respostas a cada uma das questões da CCP.

Foi apurada uma média de 66,01 (intervalo de 0 a 100) de CCP percebida pelos participantes, com uma mediana de 66,67 e um coeficiente de assimetria de -0,46. Verificou-se um valor máximo de 100, em 11,7% dos participantes e o valor mínimo em 1,1% (Tabela 3).

Tabela 3: Frequências nas respostas às perguntas da CCP e as suas características descritivas

		N	%		
<b>CCP1:</b> “Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta?”	Sempre	39	41,5		
	Habitualmente	17	18,1		
	Às vezes	17	8,1		
	Nunca	21	22,3		
<b>CCP2:</b> “Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções?”	Sempre	39	41,5		
	Habitualmente	21	22,3		
	Às vezes	20	21,3		
	Nunca	14	14,9		
<b>CCP3:</b> “Com que frequência é que o seu médico o envolve nas decisões relativas à sua saúde?”	Sempre	22	23,4		
	Habitualmente	23	24,5		
	Às vezes	15	16,0		
	Nunca	34	36,2		
<b>CCP4:</b> “Com que frequência é que o seu médico se certifica que compreendeu corretamente as suas necessidades em saúde e aquilo que é necessário para que cuide da mesma?”	Sempre	44	46,8		
	Habitualmente	22	23,4		
	Às vezes	20	21,3		
	Nunca	8	8,5		
<b>CCP5:</b> “Com que frequência é que o seu médico lhe explica as coisas de forma que as compreenda?”	Sempre	62	66,0		
	Habitualmente	22	23,4		
	Às vezes	6	6,4		
	Nunca	4	4,3		
<b>CCP6:</b> “Com que frequência sente que o seu médico passa tempo suficiente consigo na consulta?”	Sempre	63	67,0		
	Habitualmente	12	12,8		
	Às vezes	16	17,0		
	Nunca	3	3,2		
<b>CCP7:</b> “Com que frequência é que o seu médico o ajuda a lidar com sentimentos de incerteza quanto à sua saúde e aos seus cuidados de saúde?”	Sempre	30	31,9		
	Habitualmente	28	29,8		
	Às vezes	22	23,4		
	Nunca	14	14,9		
<b>Características descritivas da CCP</b>					
<b>CCP</b>	M ± DP	Mediana	Coefficiente de assimetria	Máximo	Mínimo
	66,01 ± 24,77	66,67	-0,46	11,7%	1,1%

N=Frequência; M=Média; DP=desvio padrão

### 3.3.2. Fatores relacionados com a CCP

Tabela 4: Correlações entre as características sociodemográficas e a CCP

		$\rho$	<i>p-value</i>
<b>CCP</b>	Idade	-0,240	0,020
	Escolaridade	0,083	0,425

$\rho$ =Coeficiente de correlação de Spearman

Tabela 5: Comparações entre grupos nos valores da CCP

		<b>N</b>	<b>Média dos postos</b>	<b>p-value</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	56	45,51	0,031
	Masculino	38	54,86	
<b>Área geográfica de referência</b>	Litoral	79	47,18	0,79
	Interior	15	49,20	
<b>Região geográfica</b>	Urbana	29	48,78	0,439
	Moderadamente urbana	46	44,23	
	Rural	19	53,47	
<b>Médico de referência</b>	Médico de família	73	46,92	0,241
	Médico assistente do lar	11	40,23	
	Outro médico especialista	10	49,75	

N=Freqüência

Entre os fatores avaliados, a idade e o sexo dos participantes demonstraram causar impacto na qualidade de comunicação percebida pelos idosos. A idade apresentou uma correlação estatisticamente significativa negativa fraca com a CCP, indicando que à medida que a idade dos participantes aumenta há uma tendência de redução na qualidade da comunicação entre os idosos e os seus médicos de referência ( $\rho=-0,240$ ;  $p=0,020$ ), conforme descrito na Tabela 4. Adicionalmente, os homens tendem a relatar melhor comunicação com o seu médico de referência do que as mulheres ( $p=0,031$ ) (Tabela 5).

Tabela 6: Comparação entre o médico de referência e as diferentes questões da CCP

	<b>Médico de referência</b>	<b>N</b>	<b>Média dos postos</b>	<b>p-value</b>
<b>CCP1</b>	Médico assistente do lar	11	45,18	0,306
	Médico de família	73	46,22	
	Outro médico especialista	10	59,40	
<b>CCP2</b>	Médico assistente do lar	11	38,86	0,495
	Médico de família	73	48,81	
	Outro médico especialista	10	47,45	
<b>CCP3</b>	Médico assistente do lar	11	33,64	0,017
	Médico de família	73	47,05	
	Outro médico especialista	10	66,00	
<b>CCP4</b>	Médico assistente do lar	11	49,41	0,671
	Médico de família	73	46,36	
	Outro médico especialista	10	53,70	
<b>CCP5</b>	Médico assistente do lar	11	59,68	0,132
	Médico de família	73	46,54	
	Outro médico especialista	10	41,10	
<b>CCP6</b>	Médico assistente do lar	11	46,82	0,974
	Médico de família	73	47,40	
	Outro médico especialista	10	48,95	
<b>CCP7</b>	Médico assistente do lar	11	38,50	0,305
	Médico de família	73	47,68	
	Outro médico especialista	10	56,10	

CCP1: “Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta?”; CCP2: “Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções?”; CCP3: “Com que frequência é que o seu médico o envolve nas decisões relativas à sua saúde?”; CCP4: “Com que frequência é que o seu médico se certifica que compreendeu corretamente as suas necessidades em saúde e aquilo que é necessário para que cuide da mesma?”; CCP5: “Com que frequência é que o seu médico lhe explica as coisas de forma que as compreenda?”; CCP6: “Com que frequência sente que o seu médico passa tempo suficiente consigo na consulta?”; CCP7: “Com que frequência é que o seu médico o ajuda a lidar com sentimentos de incerteza quanto à sua saúde e aos seus cuidados de saúde?”

Não foi encontrada uma diferença na pontuação da CCP, como um todo, e o médico de referência dos participantes (Tabela 5). No entanto, existe uma diferença estatisticamente significativa na frequência de envolvimento nas decisões de saúde (CCP3) entre os diferentes tipos de médicos de referência ( $p=0,017$ ) (ver Tabela 6). Os resultados indicam que “outros médicos especialistas” têm uma média mais elevada, sugerindo um maior envolvimento dos participantes nas suas decisões de saúde quando comparados aos “médicos de família” ou “médicos assistentes do lar”. As comparações múltiplas indicaram que há uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo “médico assistente do lar” e “outro médico especialista” ( $p=0,014$ ) (ver Tabela A. 1).

### 3.3.3. Relação entre a CCP, a autonomia e competência em saúde

Tabela 7: Comparação da CCP entre os grupos de autonomia

		N	Média dos postos	<i>p-value</i>
<b>Autonomia</b>	ERPI	30	40,83	0,013
	CD	30	41,68	
	Nenhuma	34	58,51	

N=Freqüência

Foi apurada uma diferença estatisticamente significativa nos valores da CCP entre os grupos da variável autonomia ( $p=0,013$ ), descrita na Tabela 7, em que valores mais altos quanto à comunicação correspondem a participantes que não residiam numa ERPI e não frequentavam um CD. Foi descrita uma diferença estatisticamente significativa entre os residentes de ERPI e os participantes que não frequentavam estas instituições ( $p=0,028$ ) e entre estes e membros de CD ( $p=0,041$ ) (ver Tabela A. 2).

Tabela 8: Correlação entre a competência e as diferentes questões da CCP

	$\rho$	<i>p-value</i>	
	CCP total	0,192	0,063
	CCP1	0,062	0,554
	CCP2	0,157	0,130
<b>Competência em saúde</b>	CCP3	-0,067	0,522
	CCP4	0,362	<0,001
	CCP5	0,312	0,002
	CCP6	0,195	0,060
	CCP7	0,119	0,255

CCP1: “Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta?”; CCP2: “Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções?”; CCP3: “Com que frequência é que o seu médico o envolve nas decisões relativas à sua saúde?”; CCP4: “Com que frequência é que o seu médico se certifica que compreendeu corretamente as suas necessidades em saúde e aquilo que é necessário para que cuide da mesma?”; CCP5: “Com que frequência é que o seu médico lhe explica as coisas de forma que as compreenda?”; CCP6: “Com que frequência sente que o seu médico passa tempo suficiente consigo na consulta?”; CCP7: “Com que frequência é que o seu médico o ajuda a lidar com sentimentos de incerteza quanto à sua saúde e aos seus cuidados de saúde?”

Apesar de não ter sido detetada uma correlação estatisticamente significativa entre a CCP e a competência em saúde, tal como demonstrado na Tabela 8, foi encontrada uma correlação positiva moderada entre duas das questões que constituem a CCP e esta, em que pacientes que relataram sentir que os seus médicos faziam questão que compreendessem a informação a ser dada (CCP4), e que os seus médicos de referência

explicavam de forma clara (CCP5) apresentaram valores mais elevados de competência em saúde ( $\rho=0,362$ ,  $p<0,001$  e  $\rho=0,312$ ,  $p=0,002$ , respectivamente).

### 3.4. Qualidade de vida relacionada com a saúde

#### 3.4.1. Análise da qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pela amostra

Foi calculado o alfa de Cronbach, de modo a calcular a consistência interna do questionário SF-12v2, tendo sido registado um valor de 0,88.

A tabela de frequências relativa às respostas do questionário S-12v2 pode ser encontrada nos Apêndices (Tabela A. 3).

Tabela 9: Pontuação dos domínios e medidas sumário da qualidade de vida relacionada com a saúde

	Mínimo	Máximo	M $\pm$ DP
<b>FF</b>	0,00	100,00	47,61 $\pm$ 34,79
<b>DF</b>	0,00	100,00	53,72 $\pm$ 38,05
<b>DC</b>	0,00	100,00	15,43 $\pm$ 25,69
<b>SG</b>	0,00	100,00	74,20 $\pm$ 27,59
<b>VT</b>	0,00	100,00	56,65 $\pm$ 30,49
<b>FS</b>	0,00	100,00	30,32 $\pm$ 35,33
<b>DM</b>	0,00	100,00	79,26 $\pm$ 25,30
<b>SM</b>	0,00	87,50	46,94 $\pm$ 15,52
<b>MSF</b>	26,07	69,58	47,53 $\pm$ 10,56
<b>MSM</b>	21,06	60,29	37,98 $\pm$ 9,13

M=Média; DP=desvio padrão; FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental; MSF=Medida Sumário Física; MSM=Medida Sumário Mental

A caracterização dos participantes quanto à sua qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser encontrada na Tabela 9. Os participantes obtiveram uma média mais elevada no DM ( $M\pm DP=79,26\pm 25,30$ ), indicando menos limitações emocionais nas suas AVD. Os valores relativos à SG ( $M=74,20\pm 27,59$ ) também foram elevados, refletindo uma perceção positiva da sua saúde global. Em modo de contraste, o domínio DC obteve a média mais baixa ( $M\pm DP=15,43\pm 25,69$ ), o que aponta para um impacto significativo da dor física nas AVD dos participantes. A análise da variabilidade revelou que domínios como o FF ( $M\pm DP=47,61 \pm 34,79$ ) e FS ( $M\pm DP=30,32\pm 35,33$ ) apresentaram desvios-padrão elevados, indicando uma heterogeneidade considerável nas respostas. Por outro lado, a MSF e a MSM demonstraram desvios-padrão mais baixos, sugerindo que os níveis reportados pelos participantes são mais uniformes.

### 3.4.2. Fatores relacionados com a qualidade de vida relacionada com a saúde

Diferentes fatores demonstraram influenciar a qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pelos participantes, entre eles, a idade, o sexo, a escolaridade, a competência em saúde e a autonomia (ver Tabela 10 e Tabela 11).

Tabela 10: Correlação entre variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida relacionada com a saúde

	Idade		Escolaridade		Competência em saúde	
	$\rho$	<i>p-value</i>	$\rho$	<i>p-value</i>	$\rho$	<i>p-value</i>
<b>FF</b>	-0,366	<0,001	0,194	0,061	0,375	<0,001
<b>DF</b>	-0,321	0,002	0,249	0,016	0,474	<0,001
<b>DC</b>	-0,108	0,301	0,123	0,239	-0,429	<0,001
<b>SG</b>	0,028	0,786	-0,061	0,557	-0,370	<0,001
<b>VT</b>	0,228	0,027	-0,114	0,274	-0,302	0,003
<b>FS</b>	0,139	0,182	-0,166	0,110	-0,277	0,007
<b>DM</b>	-0,025	0,814	0,029	0,781	0,434	<0,001
<b>SM</b>	-0,172	0,098	0,340	<0,001	-0,159	0,125
<b>MSF</b>	-0,383	<0,001	0,167	0,108	0,356	<0,001
<b>MSM</b>	0,263	0,010	-0,075	0,471	-0,392	<0,001

$\rho$ =Coeficiente de correlação de Spearman; FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental; MSF= Medida Sumário Física; MSM=Medida Sumário Mental

Pode ser observada na Tabela 10 uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada entre a idade o FF ( $\rho=-0,366$ ,  $p<0,001$ ), o DF ( $\rho=-0,321$ ,  $p=0,002$ ) e a MSF ( $\rho=-0,383$ ,  $p<0,001$ ). Ou seja, com o aumento da idade dos participantes há uma tendência para um valor menor de FF, DF e MSF. Pelo contrário, foi apurada uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca entre a idade a VT ( $\rho=0,228$ ,  $p=0,027$ ) e a MSM ( $\rho=0,263$ ,  $p=0,010$ ).

Quanto à escolaridade, existe uma correlação estatisticamente significativa positiva moderada entre esta e a SM dos participantes ( $\rho=0,340$ ,  $p<0,001$ ), e uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca com o seu DF ( $\rho=0,249$ ,  $p=0,016$ ). Em que com o aumento da escolaridade há um aumento da SM e DF dos participantes.

É de notar, também, uma correlação estatisticamente significativa positiva moderada entre a competência em saúde dos participantes e o seu FF, DF, DM e a MSF ( $\rho=0,375$ ,  $p<0,001$ ;  $\rho=0,474$ ,  $p<0,001$ ;  $\rho=0,434$ ,  $p<0,001$  e  $\rho=0,356$ ,  $p<0,001$  respetivamente). Foi aferida, por outro lado, uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada entre a competência em saúde e a DC, SG, VT e a MSM ( $\rho=-0,429$ ,  $p<0,001$ ;

$\rho=-0,370$ ,  $p<0,001$ ;  $\rho=-0,302$ ,  $p=0,003$  e  $\rho=-0,392$ ,  $p<0,001$  respectivamente). Simultaneamente, foi observada uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada entre a competência em saúde e o FS dos participantes ( $\rho=-0,277$ ,  $p=0,007$ ) (ver Tabela 10).

Tabela 11: Comparações entre a variável sexo, autonomia e a qualidade de vida relacionada com a saúde

	Sexo			Autonomia			
	Média dos postos		<i>p-value</i>	Média dos postos			<i>p-value</i>
	Masculino	Feminino		ERPI	CD	Nenhuma	
<b>FF</b>	54,91	42,47	0,026	39,57	43,80	57,76	0,016
<b>DF</b>	53,21	43,63	0,090	43,65	45,55	52,62	0,367
<b>DC</b>	49,68	46,02	0,438	42,20	41,10	57,82	0,004
<b>SG</b>	44,50	49,54	0,357	48,75	50,20	44,01	0,606
<b>VT</b>	40,66	52,14	0,039	47,38	55,75	40,32	0,068
<b>FS</b>	45,80	48,65	0,596	53,53	43,67	45,56	0,281
<b>DM</b>	50,08	45,75	0,425	56,72	48,65	38,35	0,017
<b>SM</b>	49,04	46,46	0,633	40,42	45,75	55,29	0,063
<b>MSF</b>	54,99	42,42	0,028	40,10	43,68	57,40	0,026
<b>MSM</b>	41,41	51,63	0,074	54,43	48,22	40,75	0,133

FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental; MSF=Medida Sumário Física; MSM=Medida Sumário Mental

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre a variável sexo e os valores de FF e da MSF, como descrito na Tabela 11, em que participantes do sexo feminino obtiveram valores inferiores quando comparadas com o sexo masculino ( $p=0,026$  e  $p=0,028$ , respectivamente). Por outro lado, foram as participantes do sexo feminino que atingiram valores mais elevados de VT ( $p=0,039$ ). Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre a área geográfica de residência, região geográfica ou o médico de referência e a qualidade de vida relacionada com a saúde (ver Tabela A. 4).

Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre a variável autonomia e os domínios FF, DC, DM e a MSF (Tabela 11). Os indivíduos que não frequentavam CD ou ERPI apresentaram valores mais elevados nos domínios FF ( $p=0,016$ ), DC ( $p=0,004$ ) e na MSF ( $p=0,026$ ).

Quanto ao FF esta diferença é estatisticamente significativa entre os residentes de ERPI e indivíduos que residam em domicílio próprio e não frequentam CD ( $p=0,019$ ) (ver Tabela A. 5). Relativamente à DC, está presente uma diferença estatisticamente

significativa entre residentes em ERPI e os indivíduos que não frequentam instituições para idosos ( $p=0,017$ ), assim como, entre estes últimos e os idosos que frequentam CD ( $p=0,009$ ) (ver Tabela A. 5). A diferença estatisticamente significativa nos valores da MSF está presente entre o grupo residente em ERPI e os participantes que não frequentam instituições de apoio à pessoa idosa ( $p=0,034$ ) (ver Tabela A. 5).

Já os participantes residentes em ERPI apresentam níveis mais elevados de DM quando comparados com os restantes indivíduos ( $p=0,017$ ), esta diferença é estatisticamente significativa entre o grupo residente em ERPI e os indivíduos que não frequentam quer estas instituições quer CD ( $p=0,014$ ) (ver Tabela A. 5).

### 3.5. Relação entre a CCP e a qualidade de vida relacionada com a saúde

Tabela 12: Correlações entre a CCP e a qualidade de vida relacionada com a saúde

	$\rho$	<i>p-value</i>	
CCP	FF	0,237	0,022
	DF	0,209	0,043
	DC	0,024	0,816
	SG	-0,181	0,081
	VT	-0,267	0,009
	FS	-0,129	0,217
	DM	-0,020	0,846
	SM	0,236	0,022
	MSF	0,210	0,042
	MSM	-0,212	0,040

$\rho$  = Coeficiente de correlação de Spearman; FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental; MSF= Medida Sumário Física; MSM= Medida Sumário Mental

A CCP demonstrou influenciar diversos domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde, apresentando uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca entre a esta e o FF, DF, SM e a MSF ( $\rho=0,237, p=0,022$ ;  $\rho=0,209, p=0,043$ ;  $\rho=0,236, p=0,022$  e  $\rho=0,210, p=0,042$  respetivamente) como descrito na Tabela 12. Em modo de contraste, observou-se uma correlação estatisticamente significativa negativa fraca entre a CCP a VT e a MSM ( $\rho=-0,267, p=0,009$  e  $\rho=-0,212, p=0,040$ , respetivamente) (Tabela 12).

Tabela 13: Correlações entre as diferentes questões da CCP e a qualidade de vida relacionada com a saúde

		<b><math>\rho</math></b>	<b><i>p-value</i></b>
<b>CCP1:</b> “Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta?”	FF	0,235	0,023
	DF	0,157	0,132
	DC	0,170	0,101
	SG	-0,104	0,317
	VT	-0,306	0,003
	FS	-0,183	0,078
	DM	-0,111	0,287
	SM	0,316	0,002
	MSF	0,220	0,033
	MSM	-0,234	0,023
<b>CCP2:</b> “Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções?”	FF	0,212	0,040
	DF	0,162	0,119
	DC	0,039	0,710
	SG	-0,090	0,387
	VT	-0,184	0,076
	FS	-0,056	0,594
	DM	-0,044	0,673
	SM	0,171	0,100
	MSF	0,201	0,052
	MSM	-0,173	0,093
<b>CCP3:</b> “Com que frequência é que o seu médico o envolve nas decisões relativas à sua saúde?”	FF	0,154	0,139
	DF	0,038	0,716
	DC	0,133	0,202
	SG	-0,085	0,415
	VT	-0,198	0,055
	FS	0,093	0,373
	DM	-0,163	0,116
	SM	0,211	0,041
	MSF	0,076	0,464
	MSM	-0,040	0,703
<b>CCP4:</b> “Com que frequência é que o seu médico se certifica que compreendeu corretamente as suas necessidades em saúde e aquilo que é necessário para que cuide da mesma?”	FF	0,144	0,165
	DF	0,187	0,071
	DC	-0,043	0,680
	SG	-0,073	0,484
	VT	-0,168	0,106
	FS	0,036	0,730
	DM	0,017	0,872
	SM	0,043	0,681
	MSF	0,149	0,151
	MSM	-0,136	0,192
<b>CCP5:</b> “Com que frequência é que o seu médico lhe explica as coisas de forma que as compreenda?”	FF	0,110	0,292
	DF	0,143	0,169
	DC	-0,080	0,441
	SG	-0,178	0,086
	VT	-0,078	0,455
	FS	-0,056	0,591

	DM	0,139	0,180
	SM	-0,062	0,552
	MSF	0,073	0,483
	MSM	-0,110	0,290
	FF	0,081	0,436
	DF	0,198	0,056
	DC	-0,202	0,051
	SG	-0,248	0,016
	VT	-0,108	0,298
	FS	-0,254	0,014
	DM	0,184	0,075
	SM	0,113	0,280
	MSF	0,078	0,453
	MSM	-0,129	0,214
	FF	0,153	0,141
	DF	0,151	0,146
	DC	0,020	0,848
	SG	-0,169	0,104
	VT	-0,202	0,051
	FS	-0,191	0,065
	DM	0,043	0,681
	SM	0,145	0,165
	MSF	0,156	0,132
	MSM	-0,186	0,072

FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental; MSF=Medida Sumário Física; MSM=Medida Sumário Mental

Ao analisar o efeito de cada uma das questões que compõe a CCP nos diferentes componentes da qualidade de vida relacionada com a saúde, como descrito na Tabela 13, é relevante relatar a existência de uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca entre a questão “Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta?” e os domínios FF e a MSF ( $\rho=0,235$ ,  $p=0,023$ ;  $\rho=0,220$ ,  $p=0,033$ , respetivamente). Sendo que com o domínio SM esta correlação é moderada ( $\rho=0,316$ ,  $p=0,002$ ). Houve, por outro lado, uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada entre esta questão e a VT ( $\rho=-0,306$ ,  $p=0,003$ ), e uma correlação negativa fraca entre ela e a MSM ( $\rho=-0,234$ ,  $p=0,023$ ) (Tabela 13).

Existe uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca entre a questão “Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções?” e o domínio FF ( $\rho=0,212$ ,  $p=0,040$ ) (Tabela 13).

Podemos descrever também, a existência de uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca entre a questão “Com que frequência é que o seu médico o

envolve nas decisões relativas à sua saúde?” e o domínio SM, em que participantes que relataram um maior envolvimento nas suas decisões de saúde apresentam pontuações mais elevadas de SM ( $\rho=0,211$ ,  $p=0,041$ ) (Tabela 13).

Relativamente à questão “Com que frequência sente que o seu médico passa tempo suficiente consigo na consulta?” há uma correlação estatisticamente significativa negativa fraca entre esta e o domínio SG e FS ( $\rho=-0,248$ ,  $p=0,016$ ;  $\rho=-0,254$ ,  $p=0,014$  respetivamente) (Tabela 13).



## 4. Discussão

Este estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a comunicação médico-paciente e a qualidade de vida relacionada com a saúde em idosos economicamente inativos, considerando as variáveis sociodemográficas, a autonomia dos participantes e o tipo de médico de referência. A presente discussão visa contextualizar os principais achados à luz da literatura existente e explorar as implicações práticas, bem como as limitações do estudo.

A idade avançada associa-se a um maior risco de doenças crônicas, declínio funcional físico e um grau de literacia em saúde inferior. Além disso, os idosos estão mais provavelmente emocionalmente vulneráveis (9). Diferentes estudos demonstram que a ansiedade relacionada com a incerteza e a preocupação quanto à saúde é prevalente nesta população, tornando-se, assim, imperativo procurar formas de lidar com a incerteza e sentimentos negativos, de modo a aumentar a sua confiança, competência e níveis de saúde (10,29).

Neste contexto, foi observada uma correlação negativa entre a idade e a percepção da CCP. Esta sugere que à medida que envelhecem, os participantes reconhecem a vulnerabilidade do seu estado de saúde, o que aumenta as suas necessidades e expectativas quanto aos cuidados de saúde que lhes são fornecidos, nomeadamente quanto à sua integração nas tomadas de decisão (9,13,30). Simultaneamente, é de salientar, que esta população pode possuir condições em saúde que dificultem a compreensão e a troca de informação em consulta, nomeadamente relacionadas com a cognição e a audição, as quais passam frequentemente despercebidas (31).

Adicionalmente, foi apurada uma diferença significativa entre sexos, em que participantes do sexo masculino reportaram melhores experiências de comunicação com os seus médicos de referência. Esta discrepância pode ser justificada pelas diferenças culturais e sociais que influenciam a forma como estes idosos interagem com os seus profissionais de saúde. A literatura sugere que os homens tendem a valorizar aspetos mais objetivos da comunicação, enquanto que as mulheres podem priorizar a empatia e aspetos relacionais, que nem sempre são suficientemente enfatizados na prática clínica (32).

A CCP também demonstrou relacionar-se positivamente com a autonomia. Os idosos que reportaram níveis mais elevados de CCP vivem em domicílio próprio, sem frequentar instituições (ERPI ou CD). Esta associação encontra-se alinhada com as ilações de

Butterworth e Campbell, que destacam que idosos mais autônomos, mantêm um maior controle sobre sua vida cotidiana, potenciando uma participação mais ativa nas consultas e, conseqüentemente, melhores experiências de CCP o que fortalece a sua relação médico-paciente (9,13).

Diferentes dimensões da CCP podem exercer diferentes influências na competência e nos resultados em saúde da população idosa. Foi comprovada uma relação positiva entre as questões relativas à compreensão (CCP4) e explicação (CCP5) da escala CCP e os níveis de competência em saúde dos participantes, sugerindo que pacientes cujo médico de referência se certifica que explica a informação de forma correta e que os seus pacientes a compreenderam corretamente se sentem mais competentes para tomar conta de si mesmos.

Liu e colaboradores, destacam a questão relativa à inclusão dos pacientes nas suas decisões de saúde (CCP3), como relevante e relacionada com a competência e os resultados em saúde (10). No presente estudo, a toma de decisões partilhada foi mais frequente entre aqueles que identificaram “outros médicos especialistas” como o seu médico de referência, comparativamente aos médicos de família ou assistentes do lar. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na percepção global da CCP entre os grupos. Esta diferença pode refletir a abordagem mais especializada e focada que caracteriza estes “outros médicos especialistas”. Estudos recentes sugerem que médicos de outras especialidades, devido à natureza específica das suas áreas de atuação, tendem a envolver mais os pacientes em decisões, especialmente em situações clínicas complexas que exigem maior partilha de informação e discussão sobre possíveis opções terapêuticas. A toma de decisões partilhada demonstrou um impacto positivo na SM, suportada pela literatura, destacando o papel mediador da CCP na construção da confiança no médico e na redução da ansiedade relacionada com a saúde (10,13).

No que se refere à saúde física dos participantes, foi descrita uma relação positiva entre a CCP e a MSF, reiterando que uma comunicação eficaz pode desempenhar um papel significativo na promoção de melhores resultados físicos, como funcionalidade e a capacidade de desempenhar atividades diárias. A literatura, corrobora esta ideia, uma vez que a CCP melhora a gestão de patologias crónicas e promove a adesão terapêutica (8,10,33).

Quanto à componente mental da qualidade de vida relacionada com a saúde, o presente estudo indica que a CCP está associada de forma negativa com a MSM, no entanto é de

relembrar que esta medida sumária é composta por diferentes domínios. Enquanto a CCP apresentou uma relação positiva com o domínio SM, a relação com a VT demonstrou-se negativa. Estes achados sugerem que a qualidade da comunicação médico-paciente exerce uma influência significativa, embora diferenciada, nos diferentes aspetos psicológicos desta população.

A relação positiva encontrada entre a CCP e a SM reforça, mais uma vez, o impacto positivo de uma comunicação empática e centrada no paciente na promoção do bem-estar emocional. Esta abordagem facilita o alívio de sentimentos de ansiedade, promove o apoio emocional e reforça a confiança no médico, especialmente em pacientes idosos que enfrentam desafios emocionais associados ao envelhecimento, como a solidão e incerteza quanto ao futuro (9,10,12). Estes achados corroboram estudos prévios que destacam a CCP como mediadora na construção de confiança e melhoria da saúde mental (9).

Por outro lado, a correlação negativa entre CCP e a VT pode refletir características particulares da população em estudo. A VT descreve os níveis de energia e disposição geral de um indivíduo, parâmetros extremamente subjetivos e que podem ser influenciados por uma variedade de fatores físicos e psicológicos. Pacientes que apresentem diversas comorbidades e condições crónicas podem perceber a CCP como uma oportunidade de discutir abertamente as suas limitações e sintomas, o que pode, conseqüentemente aumentar a sua consciência quanto ao grau de fragilidade, contribuindo para uma percepção negativa da VT (12).

Por último, a relação negativa entre a percepção do tempo que o médico dedica ao paciente (CCP6) e os domínios SG e FS é um resultado bastante contraintuitivo. No entanto, pode ser explicado pela maior prevalência de comorbidades e condições crónicas na população idosa, o que pode, por sua vez, condicionar uma necessidade de consultas mais longas para abordar todas as patologias e preocupações demonstradas pelos pacientes.

#### **4.1. Limitações e oportunidades**

Devemos notar que este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra (94 participantes) é relativamente pequeno o que pode limitar a generalização dos resultados. Além disso, devemos ter em conta a heterogeneidade da população idosa, quer a nível de autonomia, quer ao nível das patologias subjacentes, o que pode enviesar os resultados em saúde. Assim

como, o facto de a escala usada para a avaliação ser baseada unicamente na percepção dos participantes quanto ao seu estado de saúde. A ausência de uma componente qualitativa impede uma compreensão mais aprofundada das experiências subjetivas dos participantes em relação à CCP. É de salientar, também, que tratando-se este de um estudo transversal, não nos é possível determinar a direção dos efeitos nas relações entre a comunicação médico-paciente e outras variáveis do nosso estudo.

Ainda assim, os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica e formação dos profissionais de saúde, voltando a salientar a importância da inclusão de aulas teórico-práticas referentes à Comunicação Clínica. Ao mesmo tempo deve ser sugerida a implementação de ações de formação que alertem profissionais que se encontrem atualmente no ativo, quanto aos benefícios de uma abordagem de CCP.

Por último, este volta a reforçar que os profissionais devem adaptar as suas estratégias de comunicação às necessidades específicas das populações mais vulneráveis, nomeadamente idosos residentes em ERPI ou que frequentem Centros de Dia, de modo a promover não apenas o seu funcionamento físico, mas também o bem-estar emocional destes pacientes.

## **4.2. Conclusão**

Este estudo reitera a importância da CCP como pilar essencial para a promoção da qualidade de vida relacionada com a saúde, na população idosa economicamente inativa. Salienta-se, de igual forma, a complexidade dos desafios associados à saúde mental nesta faixa etária, sublinhado a necessidade de estratégias de cuidado que considerem as especificidades físicas, emocionais e sociais de cada indivíduo. Destacando a necessidade de implementar estratégias que integrem a CCP como elemento-chave da prestação de cuidados de saúde.

## Referências Bibliográficas

1. Veit W, Browning H. The scaffolded evolution of human communication. *Behav Brain Sci* [Internet]. 2023 Feb 17 [cited 2024 Dec 6];46:e17. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/scaffolded-evolution-of-human-communication/1BA5790A4262D6CBD547D5B99701022B>
2. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD. Chapters 2: Some Tentative Axioms of Communication. In: *Pragmatics of Human Communication*. Palo Alto, California: W. W. Norton & Company, Inc.; 1967. p. 143.
3. Danaher TS, Berry LL, Howard C, Moore SG, Attai DJ. Improving How Clinicians Communicate With Patients: An Integrative Review and Framework. *J Serv Res*. 2023;26(4):493–510.
4. Craig RT. *Communication*. Oxford University Press; 2017 [cited 2024 Sep 12]. Definitions and Concepts of Communication. Available from: <https://oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199756841/obo-9780199756841-0172.xml>
5. Braithwaite DO. *Psychology Today*. 2021 [cited 2024 Sep 12]. Why Communication Matters. Available from: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/communication-matters/202107/why-communication-matters>
6. Mendes Nunes JM. *Comunicação em Contexto Clínico*. Lisboa: Bayer Health Care; 2010. 1–203 p.
7. Koenig CJ, Beach W. *Communication*. Oxford University Press; 2021. Patient-Provider Communication. Available from: <https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199756841/obo-9780199756841-0269.xml?rskey=YBSO15&result=1&q=patient+centered+communication#firstMatch>
8. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *J Health Commun* [Internet]. 2018;03(03). Available from: <http://healthcare-communications.imedpub.com/trust-and-communication-in-a-doctorpatient-relationship-a-literature-review.php?aid=23072>
9. Butterworth JE, Campbell JL. Older patients and their GPs: shared decision

- making in enhancing trust. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2014 Nov;64(628):e709–18. Available from: <https://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/bjgp14X682297>
10. Liu PL, Zhang L, Ma X, Zhao X. Communication Matters: The Role of Patient-Centered Communication in Improving Old Adults' Health Competence and Health Outcomes. *Health Commun* [Internet]. 2024 Jan 28;39(2):363–75. Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2166209>
  11. Wang D, Liu C, Zhang X. Do physicians' attitudes towards patient-centered communication promote physicians' intention and behavior of involving patients in medical decisions? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):1–11.
  12. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 Aug 22;23(1):886. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09869-8>
  13. Trivedi N, Moser RP, Breslau ES, Chou WYS. Predictors of Patient-Centered Communication among U.S. Adults: Analysis of the 2017-2018 Health Information National Trends Survey (HINTS). *J Health Commun* [Internet]. 2021 Jan 2;26(1):57–64. Available from: <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1878400>
  14. INE. Estimativas de População Residente em Portugal - 2022. Destaque informação à Comun Soc [Internet]. 2023;1–14. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2)
  15. Lopes MJ, de Pinho LG, Fonseca C, Goes M, Oliveira H, Garcia-Alonso J, et al. Functioning and cognition of portuguese older adults attending in residential homes and day centers: A comparative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13).
  16. Planeamento GG de E e. CARTA SOCIAL - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2023. Lisboa; 2023.
  17. Seddigh M, Hazrati M, Jokar M, Mansouri A, Bazrafshan MR, Rasti M, et al. A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2020;25(2):160. Available from: [https://journals.lww.com/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_109\\_18](https://journals.lww.com/10.4103/ijnmr.IJNMR_109_18)
  18. Simeão SF de AP, Martins GA de L, Gatti MAN, De Conti MHS, De Vitta A, Marta

- SN. Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day center. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(11):3923–34.
19. Wang YF, Lee YH, Lee CW, Lu JY, Shih YZ, Lee YK. The Physician-Patient Communication Behaviors Among Medical Specialists in a Hospital Setting. *Health Commun* [Internet]. 2024 May 11;39(6):1235–45. Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2210379>
  20. Pereira AV, Jorge GP, Guerra NC, Branco PR. O médico de família ideal - Perspectiva do utente. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24(5):555–64.
  21. Schuttner L, Hockett Sherlock S, Simons CE, Johnson NL, Wirtz E, Ralston JD, et al. My Goals Are Not Their Goals: Barriers and Facilitators to Delivery of Patient-Centered Care for Patients with Multimorbidity. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2022 Dec 23;37(16):4189–96. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11606-022-07533-1>
  22. Doty MM, Tikkanen R, Shah A, Schneider EC. Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries. *Health Aff* [Internet]. 2020 Jan 1;39(1):115–23. Available from: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.01088>
  23. Moser RP, Trivedi N, Murray A, Jensen RE, Willis G, Blake KD. Patient-Centered Communication (PCC) scale: Psychometric analysis and validation of a health survey measure. Nazari N, editor. *PLoS One* [Internet]. 2022 Dec 30;17(12):e0279725. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0279725>
  24. Hong H, Oh HJ. The Effects of Patient-Centered Communication: Exploring the Mediating Role of Trust in Healthcare Providers. *Health Commun* [Internet]. 2020 Mar 20;35(4):502–11. Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1570427>
  25. Cruz KCT da, Oliveira DC de, D'Elboux MJ. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde do idoso por meio do SF-12. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2012;6(3):283–92. Available from: <http://ggaging.com/details/192/pt-BR/assessment-of-quality-of-life-related-to-health-of-the-elderly-through-the-sf-12>
  26. Shou J, Ren L, Wang H, Yan F, Cao X, Wang H, et al. Reliability and validity of 12-item Short-Form health survey (SF-12) for the health status of Chinese community elderly population in Xujiahui district of Shanghai. *Aging Clin Exp Res*. 2016;28(2):339–46.

27. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1171–8.
28. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Questionário de Estado de Saúde (SF-12v2) - Versão Portuguesa. Coimbra; 2000.
29. Parlapani E, Holeva V, Nikopoulou VA, Sereslis K, Athanasiadou M, Godosidis A, et al. Intolerance of Uncertainty and Loneliness in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 Aug 19;11(August):1–12. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.00842/full>
30. Zawisza K, Galas A, Tobiasz-Adamczyk B. Factors associated with patient satisfaction with health care among Polish older people: results from the polish part of the COURAGE in Europe. *Public Health* [Internet]. 2020 Feb;179:169–77. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.012>
31. Völter C, Götze L, Dazert S, Wirth R, Thomas JP. Impact of Hearing Loss on Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2020 Dec;Volume 15:2453–67. Available from: <https://www.dovepress.com/impact-of-hearing-loss-on-geriatric-assessment-peer-reviewed-article-CIA>
32. Brink-Muinen A Van Den, Dulmen S van, Messerli-Rohrbach V, Bensing J. Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2002 Dec;48(3):253–64. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399102001787>
33. Perry RG, Mitchell JA, Hawkins J, Johnson-Lawrence V. The Role of Age and Multimorbidity in Shaping Older African American Men’s Experiences with Patient–Provider Communication. *Geriatrics* [Internet]. 2018 Oct 24;3(4):74. Available from: <https://www.mdpi.com/2308-3417/3/4/74>

## Apêndices

Tabela A. 1: Teste de comparações múltiplas entre a CCP3 e médico de referência

	N	Média dos postos	<i>p-value</i>	Comparações Múltiplas#2		
<b>Médico assistente do lar (M1)</b>	11	33,64	0,017#1	M1-M2	M1-M3	M2-M3
<b>Médico de família (M2)</b>	73	47,05		0,339	0,014	0,096
<b>Outro médico especialista (M3)</b>	10	66,00				

N=Freqüência;

#1=Teste de Kruskal-Wallis;

#2=Comparações múltiplas da média das ordens com correção de Bonferroni

Tabela A. 2: Teste de comparações múltiplas entre a CCP e a autonomia

	N	Média dos postos	<i>p-value</i>	Comparações Múltiplas#2		
<b>ERPI</b>	30	33,64	0,013#1	ERPI-CD	ERPI-Nenhuma	CD-Nenhuma
<b>CD</b>	30	47,05		1,000	0,028	0,041
<b>Nenhuma</b>	34	66,00				

N=Freqüência;

#1=Teste de Kruskal-Wallis ;

#2=Comparações múltiplas da média das ordens com correção de Bonferroni

Tabela A. 3: Frequências da qualidade de vida relacionada com a saúde, N° (%)

		<b>Excelente</b>	<b>Muito Boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Razoável</b>	<b>Fraca</b>
<b>1.</b>	Em geral diria que a sua saúde é:	7 (7,4%)	3 (3,2%)	24 (25,5%)	36 (38,3%)	24 (25,5%)
				<b>Sim, muito limitado/a</b>	<b>Sim, um pouco imitado/a</b>	<b>Não, nada limitado/a</b>
<b>2.</b>	As perguntas que se seguem são sobre que atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?					
	a. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa:			23 (24,5%)	45 (47,9%)	26 (27,7%)
	b. Subir vários lanços de escadas?			37 (39,4%)	32 (34,0%)	25 (26,6%)
		<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
<b>3.</b>	Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve o seu trabalho ou outras atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?					
	Fez menos do que queria?	23 (24,5%)	15 (16,0%)	12 (12,8%)	10 (10,6%)	34 (36,2%)
	Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades?	20 (21,3%)	19 (20,2%)	16 (17,0%)	8 (8,5%)	31 (33,0%)
<b>4.</b>	Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)					
	Realizou menos do que queria?	6 (6,4%)	8 (8,5%)	18 (19,1%)	16 (17,0%)	46 (48,9%)
	Realizou o trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente que o habitual?	2 (2,1%)	4 (4,3%)	13 (13,8%)	10 (10,6%)	65 (69,1%)
		<b>Absolutamente nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
<b>5.</b>	Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	64 (68,1%)	11 (11,7%)	11 (11,7%)	7 (7,4%)	1 (1,1%)
		<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
<b>6.</b>	As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor, dê a resposta que melhor descreva como se sentiu.					
	Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	32 (34,0%)	26 (27,7%)	16 (17,0%)	18 (19,1%)	2 (2,1%)
	Se sentiu com muita energia?	9 (9,6%)	16 (17,0%)	27 (28,7%)	25 (26,6%)	17 (18,1%)
	Se sentiu deprimido/a?	7 (7,4%)	17 (18,1%)	21 (22,3%)	22 (23,4%)	27 (28,7%)

7.	Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	45 (47,9%)	16 (17,0%)	9 (9,6%)	16 (17,0%)	8 (8,5%)
----	---	------------	------------	----------	------------	----------

Tabela A. 4: Comparações entre área geográfica, região geográfica, médico de referência e a qualidade de vida relacionada com a saúde

	Área geográfica de residência			Região Geográfica				Médico de referência			
	Média dos postos		<i>p-value</i>	Média dos postos			<i>p-value</i>	Média dos postos			<i>p-value</i>
	Litoral	Interior		Urbana	Moderadamente Urbana	Rural		Médico de Família	Médico Assistente do Lar	Outro médico especialista	
<b>FF</b>	45,39	58,63	0,077	51,17	44,72	48,63	0,580	48,19	47,77	42,15	0,797
<b>DF</b>	46,02	55,30	0,220	47,57	47,61	47,13	0,998	47,76	59,77	32,10	0,061
<b>DC</b>	47,22	48,97	0,783	52,14	44,35	48,05	0,342	48,16	43,73	46,85	0,827
<b>SG</b>	48,30	43,27	0,492	48,91	48,86	42,05	0,594	46,53	48,36	53,65	0,714
<b>VT</b>	49,70	35,93	0,065	43,79	51,65	43,11	0,331	48,61	34,86	53,30	0,212
<b>FS</b>	49,43	37,33	0,093	48,60	48,79	42,68	0,655	46,97	52,09	46,30	0,816
<b>DM</b>	46,82	51,10	0,0556	53,62	44,42	45,61	0,304	45,60	57,14	50,80	0,352
<b>SM</b>	45,32	58,97	0,060	47,93	43,61	56,26	0,196	48,37	36,55	53,20	0,278
<b>MSF</b>	45,36	58,77	0,081	50,84	45,37	47,55	0,699	48,05	53,09	37,30	0,389
<b>MSM</b>	49,44	37,30	0,114	46,22	49,09	45,61	0,856	47,32	42,36	54,50	0,591

FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental; MSF=Medida Sumário Física; MSM=Medida Sumário Mental

Tabela A. 5: Teste de comparações múltiplas entre FF, DC, DM, MSF e autonomia

		<b>N</b>	<b>Média dos postos</b>	<b>p-value</b>	<b>Comparações Múltiplas#2</b>		
<b>FF</b>	ERPI	30	39,57	0,016#1	ERPI-CD	ERPI-Nenhuma	CD-Nenhuma
	CD	30	43,80		1,00	0,019	0,109
	Nenhuma	34	57,76				
<b>DC</b>	ERPI	30	42,20	0,004#1	ERPI-CD	ERPI-Nenhuma	CD-Nenhuma
	CD	30	41,10		1,00	0,009	0,017
	Nenhuma	34	57,82				
<b>DM</b>	ERPI	30	56,72	0,017#1	ERPI-CD	ERPI-Nenhuma	CD-Nenhuma
	CD	30	48,65		0,335	0,014	0,679
	Nenhuma	34	38,35				
<b>MSF</b>	ERPI	30	40,10	0,026#1	ERPI-CD	ERPI-Nenhuma	CD-Nenhuma
	CD	30	43,68		1,00	0,034	0,134
	Nenhuma	34	57,40				

N=Frequência;

#1=Teste de Kruskal-Wallis;

#2=Comparações múltiplas da média das ordens com correção de Bonferroni

## Anexos

### Anexo I – Questionário

# Influência da Comunicação Médico-Paciente na Saúde da População Idosa Inativa

Este questionário destina-se a um projeto de dissertação de mestrado a desenvolver por Inês Maria Gomes e Castro, investigadora principal e aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde pertencente à Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Vitória.

O estudo “Influência da Comunicação Médico-Paciente na Saúde da População Idosa Inativa” pretende conhecer e avaliar a qualidade da comunicação entre a população idosa inativa e os seus médicos, percebendo de que forma é que tal influência a sua qualidade de vida e a sua saúde.

Peço que colabore connosco, pois a sua participação será essencial para concretizar com êxito este projeto.

Solicitamos assim, que responda a um questionário composto por questões simples e rápidas com tempo médio previsto de 4 minutos, sendo que não existe qualquer benefício, risco, inconvenientes ou potenciais contrapartidas, como despesas, relativamente à sua participação neste projeto.

Este trabalho envolve como investigadores Inês Maria Gomes e Castro e Professor Doutor Paulo Vitória, não havendo qualquer tipo de apoio financeiro para a realização deste projeto ou outros, diretos ou indiretos, reais ou potenciais, presumíveis para além dos científicos / académicos.

A sua confidencialidade está garantida, sendo que apenas os investigadores supramencionados têm acesso aos seus dados pessoais, os quais, em todo o caso, não serão divulgados, pois serão utilizados sob codificação.

A participação que solicito é voluntária, isto é, não se sinta obrigado a participar, e pode decidir não participar desde o primeiro momento ou noutra qualquer, sem que daí advenham quaisquer prejuízos para si em qualquer perspetiva.

Uma vez que a sua decisão de participar é voluntária, livre, e informada pelo presente documento, mas também esclarecida em tudo o que tiver dúvidas, qualquer pergunta, dúvida ou informação adicional de que necessite para a sua decisão poderá ser-me colocada ou transmitida através do contacto com a investigadora principal: Inês Castro (email: a44008@fcsaude.ubi.pt)

---

\* Indica uma pergunta obrigatória

1. **Consentimento Livre, Informado e Esclarecido** \*

O questionário é anónimo e as respostas tratadas com a garantia da confidencialidade.

As suas respostas serão tratadas de forma agregada, juntamente com as respostas dadas pelos/as outros/as participantes e apenas serão utilizados para fins estatísticos, no contexto do presente estudo.

A colaboração de cada participante é livre e voluntária.

Caso aceite participar no estudo, pedimos-lhe que confirme o seu consentimento, assinalando a caixa "Concordo". Desta forma, reconhece:

1. Ter lido as informações do texto inicial e dar o seu consentimento;
2. Participar na investigação numa base voluntária;
3. A sua participação de ser uma única vez (preenchimento e submissão do questionário);
4. Dar o seu consentimento para a utilização de dados deste questionário para investigação;
5. Saber que os dados serão tratados garantindo a anonimidade;

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo

Não concordo

**I. Informação Sociodemográfica**

Esta secção do inquérito é composta por um número reduzido de questões. As suas respostas permitirão conhecer os/as participantes, assim como identificar a idade e a região geográfica onde estão a residir, contamos com a sua colaboração.

2. **Sexo:** \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

3. Idade: \*

---

4. Quantos anos de escolaridade possui? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 0 - 2 anos
- 3 - 4 anos
- 5 - 9 anos
- 10 - 12 anos
- > 12 anos

5. Área geográfica: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Litoral
- Interior

6. Região geográfica: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Urbana
- Moderadamente urbana
- Rural

7. Tipo de residência: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Residência em domicílio próprio
- Residência em Lar de Idosos
- Outra

8. Frequenta algum Centro de Dia para Idosos? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

9. Neste momento tem algum tipo de trabalho remunerado? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## II. Estado de Saúde

10. No geral, quão confiante se sente quanto à sua capacidade de tomar conta da sua própria saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Nada confiante

Um pouco confiante

Relativamente confiante

Bastante confiante

11. Quando pensa no seu médico de referência, qual das seguintes opções se aplica? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Médico de família

Outro Médico especialista

Médico assistente do lar

### III. Escala PCC

As seguintes questões são relativas à sua comunicação com médicos com quem teve contacto nos passados 12 meses:

12. Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca  
 Às vezes  
 Habitualmente  
 Sempre

13. Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca  
 Às vezes  
 Habitualmente  
 Sempre

14. Com que frequência é que o seu médico o envolve nas decisões relativas à sua saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca  
 Às vezes  
 Habitualmente  
 Sempre

15. Com que frequência é que o seu médico se certifica que compreendeu corretamente as suas necessidades em saúde e aquilo que é necessário para que cuide da mesma? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca  
 Às vezes  
 Habitualmente  
 Sempre

16. Com que frequência é que o seu médico lhe explica as coisas de forma que as compreenda? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca  
 Às vezes  
 Habitualmente  
 Sempre

17. Com que frequência sente que o seu médico passa tempo suficiente consigo na consulta? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca  
 Às vezes  
 Habitualmente  
 Sempre

18. Com que frequência é que o seu médico o ajuda a lidar com sentimentos de incerteza quanto à sua saúde e aos seus cuidados de saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca  
 Às vezes  
 Habitualmente  
 Sempre

#### **IV. Questionário SF-12v2**

As perguntas que se seguem pedem-lhe a sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação ajudar-nos-á a saber como se sente, e como é capaz de desempenhar as atividades habituais.

19. Em geral, diria que a sua saúde é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Excelente  
 Muito boa  
 Boa  
 Razoável  
 Fraca

As perguntas que se seguem são sobre que atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se Sim, quanto?

20. **Atividades moderadas**, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, muito limitado/a
- Sim, um pouco limitado/a
- Não, nada limitado/a

21. Subir **vários** lanços de escada: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, muito limitado/a
- Sim, um pouco limitado/a
- Não, nada limitado/a

Durantes as últimas 4 semanas, quanto tempo teve o seu trabalho ou outras atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas **últimas quatro semanas**...

22. Fez **menos** do que queria? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Algum tempo
- Pouco tempo
- Nunca

23. Sentiu-se limitado/a no **tipo** de trabalho ou outras atividades? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Algum tempo
- Pouco tempo
- Nunca

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas **últimas quatro semanas**...

24. Realizou **menos** do que queria \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre  
 A maior parte do tempo  
 Algum tempo  
 Pouco tempo  
 Nunca

25. Realizou o trabalho ou outras atividades **menos cuidadosamente** que o habitual \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre  
 A maior parte do tempo  
 Algum tempo  
 Pouco tempo  
 Nunca

26. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Absolutamente nada  
 Pouco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor, dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu.

Quanto tempo, durante as **últimas quatro semanas**...

27. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Algum tempo
- Pouco tempo
- Nunca

28. Se sentiu com muita energia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Algum tempo
- Pouco tempo
- Nunca

29. Se sentiu deprimido/a? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Algum tempo
- Pouco tempo
- Nunca

30. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Algum tempo
- Pouco tempo
- Nunca

## Anexo II – Parecer da Comissão de Ética



comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

### Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2024-036-ID2274

Na sua reunião de 16 de julho de 2024, a Comissão de Ética apreciou a documentação submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Influência da Comunicação Médico-Paciente na Saúde da População Idosa Inativa**”, da proponente **Inês Maria Gomes e Castro**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2024-036.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, pelo que esta Comissão de Ética emite um parecer favorável à realização do projeto, nos moldes descritos naquela documentação.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO  
FERNANDES NUNES**  
Num. de Identificação: BI102417849  
Data: 2024.07.18 08:28:51+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Associada)

## Anexo III – Autorização para utilizar o instrumento de medição SF-12v2



Inês Maria Gomes e Castro <a44008@fcsaude.ubi.pt>

---

### Pedido de autorização para utilização do SF-12v2

---

rimas@fe.uc.pt <rimas@fe.uc.pt>

1 de abril de 2024 às 12:57

Para: Inês Maria Gomes e Castro <a44008@fcsaude.ubi.pt>

Cara Inês Castro,

É com muito gosto que enviamos, em anexo, a versão portuguesa do SF-12 para utilizar no seu projeto de investigação.

Melhores cumprimentos.

Inês Ribeiro




Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde

[Citação ocultada]

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Av. Dias da Silva, 165, 3004-512- Coimbra- Portugal

---

 SF-12\_PT.pdf  
103K

## Anexo IV – Participação na competição PostInMed

