

Como citar este artigo:
BEZERRA, I. N. M.; MATA, A.
N. S.; AZEVEDO, K. P. M.;
LIMA, J. C. S.; SANTOS,
G. M.; PIUVEZAM,
G.; Autoeficácia
das habilidades de
comunicação: avaliação dos
profissionais da estratégia
saúde da família. Revista
Saúde (Sta. Maria). 2024; 50.

Autor correspondente:
Nome: Isaac Newton
Machado Bezerra
E-mail: isaac.ufrn30@gmail.
com

Formação: Bacharel
em Saúde Coletiva pela
Universidade Federal do
Rio Grande do Norte-UFRN,
Especialista em Saúde
da Família pelo Centro
Acadêmico de Vitória-
CAV/UFPE, Residente
em Saúde Coletiva pelo
Instituto Aggeu Magalhães-
FIOCRUZ.

Filiação Institucional:
Instituto de Pesquisa
Aggeu Magalhaes-
FIOCRUZ

Data de Submissão:
10/05/2023

Data de aceite:
01/06/2023

Conflito de Interesse: Não
há conflito de interesse

DOI: 10.5902/223658383738



Autoeficácia das habilidades de comunicação: avaliação dos profissionais da estratégia saúde da família

Self-efficacy of communication skills: evaluation of professionals of the family health strategy

Isaac Newton Machado Bezerra, Ádala Nayana de Sousa Mata, Kesley Pablo
Morais de Azevedo, Jônia Cybele Santos Lima, Gilberto Martins Santos,
Grasiela Piuvezam.

Resumo:

Objetivo: Realizar uma descrição da autoeficácia dos profissionais inseridos nas Equipes de Saúde da Família sobre suas Habilidades de Comunicação. Métodos: Estudo epidemiológico do tipo transversal com profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde, com a aplicação do Questionário de Autoeficácia. O escore total foi utilizado para a realização dos testes estatísticos, como o Teste T independente, ANOVA e Post-Hoc de Bonferroni, considerando o valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. Resultados: A amostra foi composta por 170 profissionais vinculados as eSF dos cinco distritos sanitários, com distribuição paritária entre nível médio e superior. O sexo feminino foi predominante com (68,1%) de representatividade, entre os cargos os Agentes Comunitários de Saúde foram maioria (26,19%), 41,64% dos entrevistados trabalham a mais de 7 anos na APS. Os itens que apresentaram menor média foram os relacionados a dar notícias difíceis (7,56) e lidar com pacientes/familiares irritados (7,55). A análise estatística apontou uma melhor avaliação por parte dos profissionais que tiveram algum tipo de treinamento de HC ($p < 0,027$), bem como, aqueles que possuíam cargo de nível superior ($p < 0,01$). Conclusão: Os profissionais de saúde avaliam, de forma geral, que possuem uma boa autoeficácia das suas Habilidades de Comunicação. No entanto, identifica-se a necessidade de melhoria em pontos como a comunicação de más notícias, e de expansão do treinamento para todos os profissionais de saúde, a fim de garantir a melhoria dos serviços de saúde para o cuidado centrado no paciente.

Palavras-chave: (Fonte: DeCS) Autoeficácia; Capacitação, Pessoal de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

Abstract:

Objective: To carry out a description of the self-efficacy of the professionals inserted in the Family Health Teams about their Communication Skills. Methods: Epidemiological cross-sectional study with professionals working in Primary Health Care, with the application of the Self-Efficacy Questionnaire. The total score was used to perform the statistical tests, such as the independent T Test, ANOVA and Bonferroni's Post-Hoc test, considering the value of $p < 0.05$ as statistically significant. Results: The sample consisted of 170 professionals linked to the eSF of the five health districts, with an even distribution between medium and higher levels. The female gender was predominant (68.1%) of representation, among the positions the Community Health Agents were the majority (26.19%), 41.64% of the interviewees work for more than 7 years in the PHC. The items with the lowest average were those related to breaking difficult news (7.56) and dealing with irritated patients / family members (7.55). The statistical analysis showed a better evaluation by the professionals who had some type of training in HC ($p < 0.027$), as well as those who had a higher education position ($p < 0.01$). Conclusion: Health professionals evaluate, in general, that they have a good self-efficacy of their Communication Skills. However, there is a need for improvement in points such as the communication of bad news, and the expansion of training for all health professionals, in order to guarantee the improvement of health services for patient-centered care.

Keywords: Self Efficacy; Training; Health Personnel; Family Health Strategy; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A reforma dos sistemas de saúde em busca de uma maior eficiência tem sido uma busca constante em todo o mundo. Diversos fatores podem ser apontados como limitantes, como o conflito de interesses entre os atores envolvidos e as políticas públicas adotadas pelos países, que influenciam diretamente o comportamento das instituições de saúde e sua organização¹. No contexto brasileiro, as políticas de saúde têm passando por uma transição de um modelo médico centrado, focado na doença e nas tecnologias duras², para um modelo de promoção a saúde, voltado à prevenção das doenças e proteção da saúde, com ações coletivas e individuais, centradas nas necessidades dos territórios com a ampliação do acesso e fortalecimento dos vínculos³.

Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada, assumindo também o papel de ordenadora das redes e a responsabilidade pela coordenação e organização do cuidado². Nesse nível de atenção, os problemas intrinsecamente ligados ao contexto social são comuns e demandam a realização de ações diretas no território, considerando as suas necessidades de saúde⁴. Nesse sentido, há a valorização da promoção à saúde e da prevenção de doenças e agravos, por meio da utilização das tecnologias leves, da comunicação e da articulação entre os serviços.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que sistemas de saúde eficazes e de qualidade devem ter como prioridade as pessoas, seus valores e sua inserção na comunidade em que vivem⁵. Assim, a Atenção Centrada no Paciente (ACP) tem se destacado, nas mudanças ocorridas no modelo assistencial, por buscar um olhar mais voltado para as necessidades e expectativas dos usuários. Alguns atributos da ACP estão positivamente associados à percepção de melhoria da qualidade do cuidado, como o profissional passar tempo suficiente com o paciente e o desenvolvimento de suas habilidades de comunicação⁶.

As Habilidades de Comunicação (HC) podem ser desenvolvidas e integradas na prática profissional como uma tecnologia leve do cuidado, como o acolhimento, a escuta qualificada e o diálogo. No processo de cuidado na APS, constituem-se como ferramentas importantes, capazes de fortalecer os elos e potencializar as ações de cunho educativo,

aumentando a capacidade de influência sobre as comunidades, famílias e indivíduos e através dessa mudar hábitos danosos à saúde⁷. Contudo, a legitimação da utilização dessas tecnologias esbarra no despreparo dos profissionais e na falta de compreensão de sua importância⁸.

O treinamento dessas habilidades vem se fortalecendo por promover a interação entre paciente e profissional, sendo considerada uma estratégia eficaz na abordagem a pacientes menos comunicativos, potencializando os efeitos do cuidado⁹. Dessa forma, estudos buscam por meio da avaliação da autoeficácia, prever o desempenho de um indivíduo em contextos específicos e modificá-lo como resultado de aprendizado, experiência e feedback, que estão diretamente relacionadas às mudanças no desempenho e no comportamento dos indivíduos¹⁰.

Diante desse contexto, torna-se importante identificar como os profissionais de saúde percebem as suas habilidades de comunicação no atendimento aos pacientes, para efetivação de um atendimento de qualidade baseado na escuta, no diálogo e na formação de vínculo¹¹. Portanto, este estudo tem por objetivo realizar uma descrição da autoeficácia dos profissionais inseridos nas Equipes de Saúde da Família (eSF) sobre suas habilidades de comunicação, no município de Natal, Rio Grande do Norte/RN.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, exploratório, quantitativo, do tipo transversal com profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), vinculados as eSF do município de Natal, Rio Grande do Norte. O estudo foi orientado pelo protocolo de estudos transversais Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)¹².

A amostra do estudo foi composta por 170 profissionais e caracterizada como de conveniência. Integraram 85 profissionais com formação de nível médio/técnico e 85 profissionais com formação de nível superior, indicados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como obrigatórios na composição das eSF: enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os profissionais das equipes de Saúde Bucal (ESB): odontólogo e Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal (ASB/TSB)¹³.

Os critérios de inclusão foram: 1- estar vinculado a uma eSF, 2- ocupar cargo indica-

do pela PNAB como obrigatório ou complementar na eSF. Foram excluídos da pesquisa profissionais que, no momento da entrevista, ocupavam cargos de gerência ou administrativos nas USF.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e junho de 2019. Os profissionais foram abordados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que trabalhavam, e convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Foram entrevistados profissionais que atuam nos cinco Distritos Sanitários do município (Sul, Oeste, Leste, Norte I e Norte II), considerando os diversos territórios e contextos de práticas¹⁴.

Foi utilizado como variável dependente a Habilidade de Comunicação, avaliada por meio do Questionário de Autoeficácia (SE-12). O SE-12, instrumento autoaplicável, foi desenvolvido por Axboe et al com a finalidade de dar mais precisão às avaliações dessa habilidade nos profissionais de saúde, utilizando como referência o Guia Calgary-Cambri-idge, que considera as etapas do atendimento com o paciente. Foram incluídos 12 itens fundamentais relativos à comunicação profissional-paciente, iniciando com a questão “O quanto você é capaz de...”, que são avaliados numa escala que varia entre 1 (muito incapaz) a 10 (muito capaz), e uma caixa de seleção “não se aplica”, o instrumento também conta com 5 itens complementares, voltados as habilidades relacionais com pacientes e familiares¹⁰. As variáveis independentes do estudo foram: sexo, idade, estado civil, renda, cargo, formação, tempo de atuação na AB e participação em curso de treinamento de habilidades de comunicação.

Os dados foram tabulados e analisados com a utilização do software de análise estatística SPSS 20. A distribuição dos dados foi verificada através do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov constatando que há distribuição normal dos dados ($p > 0,05$), além disso, o teste de Levene mostrou que as variâncias são homogenias ($p > 0,05$). Os dados foram analisados a partir do test T para amostras independentes e ANOVA de uma via, considerando o valor de $p < 0,05$ como significativos.

Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA), sob o CAAE nº 66567017.9.000.5568, Número do Parecer: 2.171.554.

RESULTADOS

A amostra foi composta na maioria por mulheres (61,8%), profissionais casados (42,9%) e com renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos (38,2%). As idades variaram entre 21 e 68 anos, com média de 41,64 (DP 12,06). A categoria com maior representatividade foram os ACS (26,5%) o que está de acordo com os princípios da PNAB, considerando que eles representam a categoria com maior quantitativo nas equipes¹³.

No tocante ao processo de formação continuada 26,19% dos profissionais informaram ter participado de algum tipo treinamento em Habilidades de Comunicação (HC) (Tabela I).

Tabela I. Caracterização dos itens do Questionário de autoeficácia (SE-12), e a distribuição de respostas de acordo com sexo, idade, cargo, tempo de atuação e treinamento anterior em HC. Natal, Brasil, 2020.

Item	Média Total (DP)	Sexo		Idade			Cargo		Tempo de atuação		Treinamento em HC				
		Fem (n=105)	Mas (n=64)	21 a 31 anos (n=44)	32 a 40 anos (n=43)	41 a 51 anos (n=33)	51 a 68 anos (n=38)	Nível Médio (n=85)	Nível Superior (n=85)	< 12 meses (n=36)	1 a 3 anos (n=24)	4 a 6 anos (n=26)	> 7 anos (n=81)	Sim (n=44)	Não (n=124)
1. Identificar demandas e queixas que o paciente deseja tratar	8,71 (1,24)	8,59	8,89	8,42	8,69	8,67	8,89	8,19	9,21	8,41	8,79	8,77	8,81	8,91	8,63
				8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	8,83	9,04	8,88	9,16	8,73
2. Montar um planejamento para a conversa com o paciente	8,63 (1,23)	8,47	8,87	8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	8,83	9,04	8,88	9,16	8,73
3. Estimular o paciente a falar	8,69 (1,19)	8,59	8,84	8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	8,83	9,04	8,88	9,16	8,73
4. Ouvir o paciente com atenção	8,85 (1,10)	8,78	8,95	8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	9,04	8,88	8,85	9,16	8,73
				8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	8,83	9,04	8,88	9,16	8,73
5. Incentivar o paciente a expressar seus sentimentos	8,63 (1,23)	8,54	8,78	8,48	8,47	8,79	8,71	8,24	9,02	8,64	8,17	8,92	8,69	9,14	8,46
				8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	8,83	9,04	8,88	9,16	8,73
6. Estruturar a conversa com o paciente	8,38 (1,39)	8,35	8,41	8,14	8,48	8,21	8,47	7,79	8,91	8,03	8,33	8,81	8,40	8,55	8,31
				8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	8,83	9,04	8,88	9,16	8,73
7. Demonstrar ao paciente comportamentos não verbais	8,23 (1,49)	8,12	8,38	8,27	8,33	8,03	8,06	8,23	8,77	7,94	8,54	8,81	8,05	8,28	8,22
				8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	8,83	9,04	8,88	9,16	8,73
8. Demonstrar empatia	8,88 (1,07)	8,74	9,08	8,95	9,00	8,95	9,00	8,59	9,16	9,00	8,96	8,95	8,95	8,95	8,83
				8,48	8,60	8,61	8,63	8,18	9,05	8,30	8,74	8,88	8,66	8,79	8,56
				8,36	8,70	8,72	8,89	8,24	9,14	8,39	8,75	9,00	8,74	8,98	8,60
				8,93	8,67	8,85	9,00	8,79	8,92	8,83	8,83	9,04	8,88	9,16	8,73

			8,67		9,15	
			8,68		8,74	
9. Identificar o que paciente sabe sobre seu problema de saúde	8,44 (1,19)	8,33 8,60	8,24 8,40 8,45 8,49	8,09 8,77	8,00 8,50 8,76 8,53	8,72 8,34
10. Verificar a compreensão do paciente	8,54 (1,11)	8,48 8,63	8,30 8,56 8,55 8,66	8,18 8,89	8,28 8,63 8,69 8,59	8,86 8,43
11. Montar um plano de cuidados	8,47 (1,30)	8,28 8,77	8,36 8,52 8,39 8,40	7,92 8,98	8,30 8,58 8,85 8,40	8,70 8,38
12. Encerrar o atendimento	8,51 (1,35)	8,42 8,67	8,51 8,42 8,52 8,39	8,08 8,92	8,29 8,58 9,04 8,42	8,67 8,45
13. Lidar com pacientes/familiares emotivos	8,20 (1,40)	8,02 8,51	8,05 8,17 8,24 8,33	7,93 8,48	7,89 8,57 8,23 8,24	8,63 8,04
14. Lidar com pacientes/familiares irritados	7,55 (1,78)	7,41 7,79	7,43 7,36 7,71 7,61	7,06 8,02	7,03 7,83 7,81 7,61	7,75 7,48
15. Dar notícias difíceis para pacientes/familiares	7,56 (1,95)	7,31 7,97	7,45 7,78 7,83 7,08	6,87 8,19	7,34 7,78 8,04 7,41	8,00 7,36
16. Controlar o tempo de conversa com pacientes/familiares	8,14 (1,39)	7,98 8,42	7,93 8,10 8,27 8,11	7,83 8,44	7,86 8,09 8,38 8,20	8,44 8,02
17. Envolver os pacientes/familiares nas decisões do cuidado	8,27 (1,32)	8,13 8,51	7,98 8,33 8,52 8,16	7,96 8,58	8,11 8,48 8,19 8,33	8,73 8,11
Score Total	139,71 (19,21)	137,45 143,25	137,43 140,65 139,85 139,85	130,28 149,14	135,03 142,29 146,19 139,06	145,32 137,60

Fonte: Dados da pesquisa.

O escore total do SE-12 apresentou variação ente 76 e 170 pontos, sendo a média de 139,71 (DP 19,85). Os participantes do sexo masculino apresentaram médias maiores que do sexo feminino em todos os itens. As menores médias foram identificadas no item 14, lidar com pacientes/ familiares irritados (Média: 7,55) e no item 15, dar notícias difíceis para pacientes/ familiares (Média: 7,56).

Os profissionais que participaram de algum tipo de treinamento de habilidades de comunicação apresentaram média de 145,32 (DP 20,69), enquanto os que não participaram tiveram média de 137,60 (DP 19,48). Quando o utilizado a variável independente cargo, a média dos profissionais que ocupam cargo de nível superior ficou em 149,14 (DP 14,60), enquanto os de nível médio apresentaram média de 130,28 (DP 20,10) (Figura I).

Figura 1: Distribuição das médias dos itens de autoeficácia dos profissionais de saúde considerando a participação em Treinamento de Habilidades de Comunicação (A) formação de nível médio e superior (B), Natal, 2020.

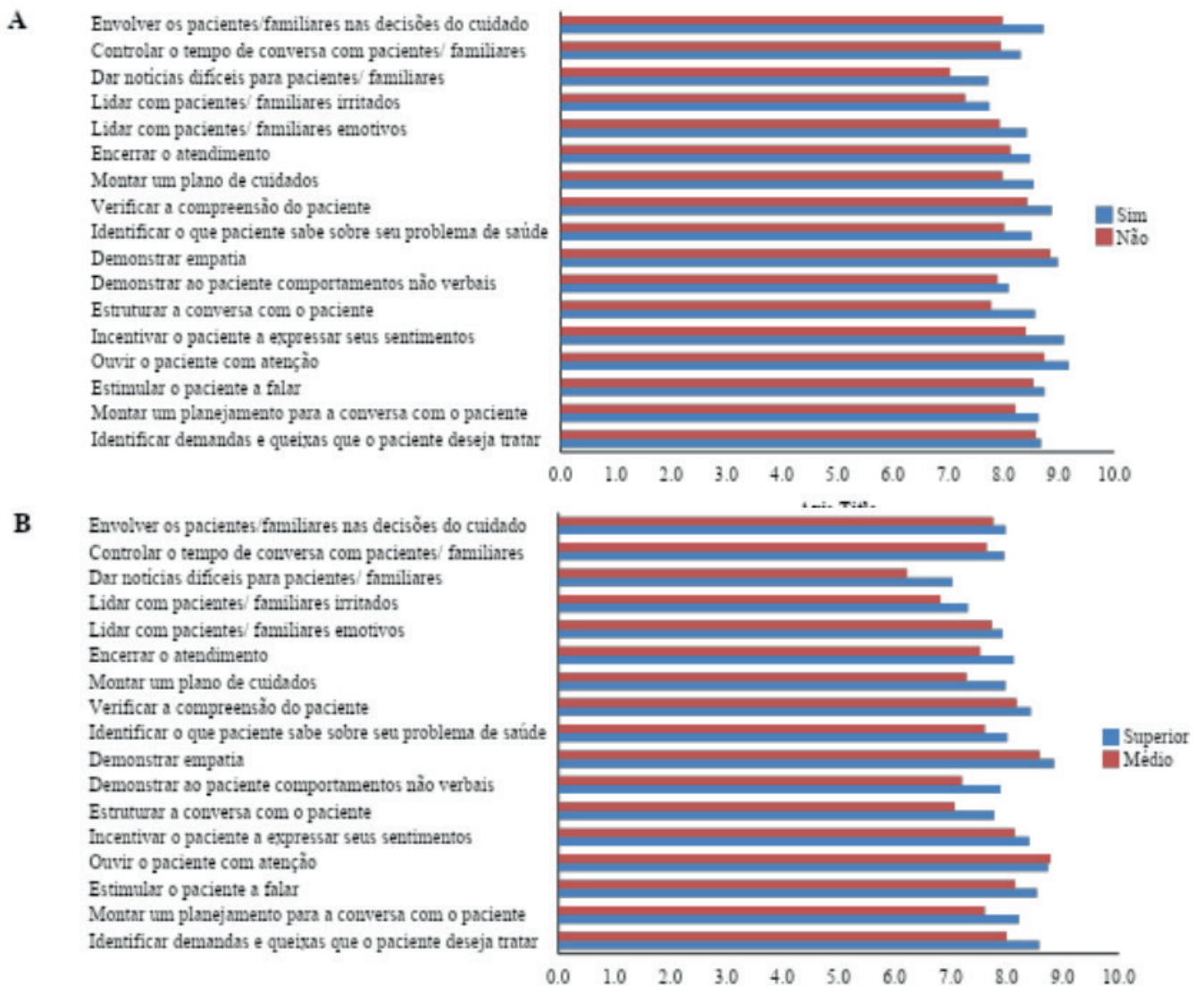


Figura 2. Gráfico Scatterplot análise bivariada Cargo X Escore total SE-12.

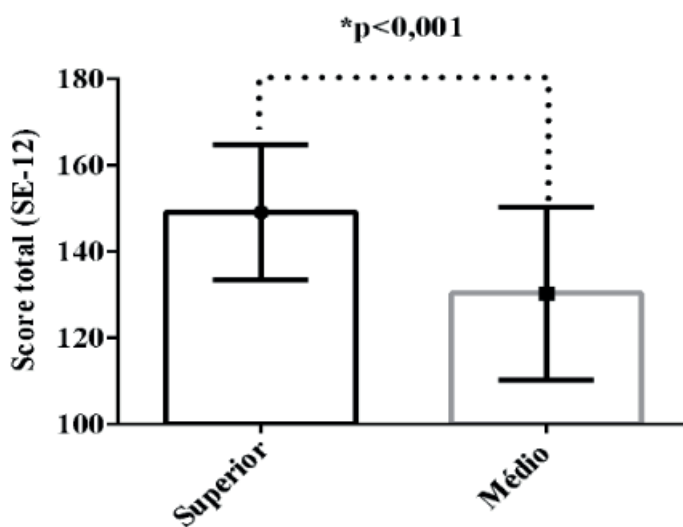
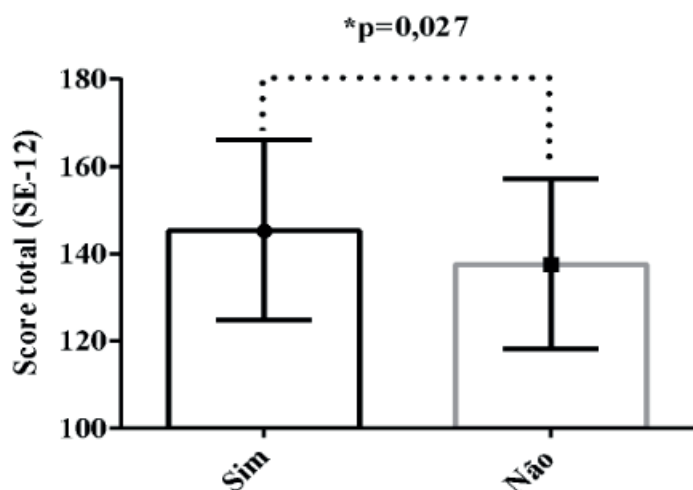


Figura 3. Gráfico Scatterplot análise bivariada Treinamento de Habilidades de Comunicação X Score total SE-12.



O teste ANOVA de um fator não apresentou valor significativo ($p=0,161$), indicando que não existe associação entre o tempo de atuação na APS e o Escore total do SE-12, porém mostrou valor significativo ($p<0,001$) na comparação entre o Escore total do SE-12 e os cargos dos profissionais, a partir do teste de Post-Hoc de Bonferroni foi identificado quais cruzamentos apresentaram valores significativos (Tabela II).

Tabela 2. Teste de Post-Hoc de Bonferroni do escore total do Questionário de autoeficácia (SE-12), e os cargos dos profissionais das ESF. Natal, Brasil, 2020.

Cargo	Enfermeiro DM* p	Téc/Aux de enfermagem m DM* p	Médico DM* p	Téc/Aux Saúde Bucal DM* p	Cirurgião dentista DM* p	Agente Comunitário de Saúde (ACS) DM* p
Enfermeiro	-	14,768 0,019	3,194 1,000	12,128 0,359	-2,427 1,000	24,106 0,000
Téc/Aux de enfermagem m	14,768 0,019	-	-11,573 0,257	-2,640 1,000	-17,195 0,013	9,338 0,481
Médico	3,194 1,000	-11,573 0,257	-	8,933 1,000	-5,621 1,000	20,911 0,000
Téc/Aux Saúde Bucal	12,128 0,359	-2,640 1,000	8,933 1,000	-	14,555 0,195	11,978 0,323
Cirurgião dentista	-2,427 1,000	-17,195 0,013	-5,621 1,000	14,555 0,195	-	26,532 0,000
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	24,106 0,000	9,338 0,481	20,911 0,000	11,978 0,323	26,532 0,000	-

*DM= Diferença Média

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A qualificação dos profissionais de saúde, no tocante ao aprimoramento das suas habilidades de comunicação, tem sido discutida mundialmente como importante para melhoria do cuidado e das relações profissional-paciente. Essas habilidades se constituem como um elemento fundamental para o fortalecimento dos serviços de saúde e o aprimoramento da Atenção Centrada no Paciente¹¹. Dessa forma, estudos nessa área, que envolvam avaliação, treinamento e discussão dessas habilidades, são fundamentais para garantir a educação continuada dos profissionais na melhoria de suas competências relacionais.

O presente estudo, que permitiu caracterizar os profissionais de saúde e suas habilidades de comunicação, aponta para a feminização da área da saúde, com a inserção muito maior de mulheres que de homens, conforme já descrito na literatura¹⁵. Nesse contexto de avaliação relacional, há uma construção cultural de que o sexo feminino possui as habilidades necessárias ao cuidado de forma inata, já que historicamente a mulher assume um papel de cuidadora perante a família¹⁶. No entanto, nesse estudo, os homens obtiveram uma média superior em todos os itens de avaliação de autoeficácia, o que pode ser influenciado pela avaliação de que, culturalmente, se consideram mais capazes que as mulheres no ambiente laboral e no desempenho de suas atividades¹⁷.

Kee et al. afirmam que médicos e enfermeiros superestimam sua capacidade de comunicação com os pacientes¹⁸, o que pode justificar as médias elevadas na avaliação da autoeficácia dos profissionais inseridos nesse estudo. Porém, mesmo quando os usuários costumam ter mais iniciativa durante os atendimentos, a comunicação do profissional acaba sendo afetada pela ausência ou baixa interação com o paciente¹⁹.

As análises mostraram, ainda, que a média das avaliações dos profissionais de nível superior foram maiores que as dos profissionais de nível médio. Assim, é provável que a formação em cursos de graduação viabilize oportunidades para discussão sobre cuidado integral do paciente, com maior disponibilidade de materiais que abordam a temática na formação de nível superior^{11,18}, o que não ocorre com os profissionais de nível médio das eSF.

Dentre as categorias avaliadas, os ACS tiveram as menores médias de avaliação no es-

core total. As dificuldades no desempenho das habilidades dos ACS podem estar relacionadas a fragilidades no processo de formação, uma vez que os cursos técnicos para a área não são uma obrigatoriedade, além da incorporação de profissionais com baixa escolaridade nas equipes²⁰. Devido sua importância para a Estratégia Saúde da Família (ESF) no estabelecimento de vínculo entre a comunidade e as UBS, é extremamente necessário que seja investido no treinamento desses profissionais em habilidades de comunicação¹².

É comum a atribuição do sucesso na comunicação com os usuários como uma característica individual e intrínseca, como se as habilidades comunicacionais pudessem surgir de forma natural, como carisma ou empatia, excluindo a possibilidade e a necessidade de que essas habilidades sejam ensinadas aos profissionais²¹. No entanto, estudos apontam que essas habilidades podem ser aprendidas, com forte evidência da eficácia dos programas de treinamento^{21,22}. Os dados apontam que os profissionais que tiveram treinamento de habilidades de comunicação obtiveram média superior ($145,32 \pm 20,45$) aos que relataram não ter participado ($137,60 \pm 19,37$), apoiando a importância do processo de aprendizagem e desenvolvimento dessas habilidades.

Os profissionais comumente relatam as dificuldades de lidar com esses aspectos relacionais e de alto conteúdo emocional²³. Isso pode justificar os resultados encontrados no nosso estudo quando itens relacionados com as habilidades de lidar com pacientes e familiares irritados, e comunicar notícias difíceis apresentaram médias inferiores aos demais quesitos. Essas questões suscitam a necessidade de treinar os profissionais para que esses sejam capazes de lidar com as diversas situações e trabalhar a educação popular em saúde, a fim de promover a compreensão dos processos de trabalho, minimizando a irritabilidade perante as intercorrências⁹. Além disso, capacitar para comunicação de más notícias se mostra fundamental, pois a forma como esse se coloca perante a situação impacta diretamente na atitude do paciente, explicitando a importância de capacitar os profissionais na tentativa de tornar esse momento menos traumatizante para o usuário²⁴.

É importante investir no treinamento dos profissionais, visando à melhoria de suas habilidades de comunicação, da assistência e do cuidado, e dos parâmetros e dos serviços de saúde. Estudo realizado na Suíça analisou as principais causas de reclamações em um hospital e constatou que 43% de todas as reclamações observadas estavam ligadas a comunicação, como falta de escuta, empatia e profissionais que evitam pacientes e

parentes²⁵. E o estudo de Reader, Gillespie e Roberts (2014) fez uma análise de 59 artigos que tratavam de queixas feitas por pacientes, das quais 39% delas estavam ligadas a ‘comunicação’ e ‘tratamento’, comprovando a importância da comunicação nos processos e serviços de saúde²⁶.

O documento *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution* publicado em 2018 retrata um avanço na área da saúde em países subdesenvolvidos, porém destaca a necessidade de se avançar em busca de novos patamares de qualidade. O documento destaca a necessidade dos serviços de saúde de evoluírem junto com as necessidades da população e o desafio de ofertar serviços de alta qualidade. Em seu conteúdo ainda descreve que serviços de saúde de qualidade, aqueles tidos como estruturados e eficientes, possuem sua estrutura embasada em quatro pilares centrais: a resiliência, a eficiência, a equidade e o cuidado centrado na pessoa, sendo esse último voltado ao fortalecimento de vínculos, o reconhecimento do outro como peça-chave do cuidado e a valorização das vivências de cada um, compreendendo a singularidade de cada indivíduo²⁷.

Na busca por uma melhor estratégia de treinamento para o aperfeiçoamento dessas habilidades nos profissionais de saúde, relacionada aos conceitos da ACP, deve-se investir em pesquisas e treinamentos, na utilização de simulações²⁸ e no desenvolvimento de revisões sistemáticas para a escolha das estratégias eficazes para a realização desses treinamentos²⁹. A centralização da atenção no paciente está diretamente ligada às habilidades comunicacionais, e a organização de serviços integrados e centrados na comunidade, preceito que se liga facilmente a APS, deve ser estimulado, por ser esse o principal elo entre os usuários e os serviços de saúde³⁰.

CONCLUSÃO

A descrição da autoeficácia das HC entre os profissionais que integram as eSF, descritas nesse estudo, permitem identificar a percepção dos profissionais da relação com o usuário no desenvolvimento de suas atividades cotidianas. E possibilita a identificação das necessidades de melhoria dos serviços de saúde, ao que se refere o cuidado centrado no paciente e o desenvolvimento de HC. Os dados da pesquisa mostram que pouco se investe nesse tipo de treinamento junto aos profissionais das eSF do município estudado,

mesmo sendo constatado na literatura a efetividade dos treinamentos de habilidades de comunicação, como um potencializador da melhoria da qualidade dos serviços e de satisfação dos usuários.

Apesar da convergência dos princípios da ACP com os da APS, ainda existem muitas lacunas que impedem que os serviços possam praticar de forma mais eficaz esses princípios, indicando a necessidade de investimento na qualificação dos recursos humanos por meio da educação permanente e continuada. Deve-se considerar, ainda, a realização de estudos que considerem avaliar a estrutura dos serviços de saúde, no tocante a questões de recursos humanos, físicos e tecnológicos, que podem influenciar a condução de um atendimento de qualidade.

Profissionais preparados para um atendimento centrado na pessoa podem obter resultados mais satisfatórios no diagnóstico e tratamento dos seus pacientes, minimizando as fontes de estresse da rotina de trabalho, e viabilizando a autonomia do paciente frente ao processo saúde-doença. As condições de saúde e adoecimento geram instabilidade nos indivíduos, principalmente quando cercadas de incertezas, a exemplo da pandemia do COVID-19, que pode dificultar a adaptação e enfrentamento das situações. Dessa forma, a aproximação dos profissionais de saúde dos seus pacientes e o fortalecimento dos vínculos pode gerar sentimentos de acolhimento e segurança, necessários para um cuidado integral.

Ademais, torna-se oportuno sugerir que estudos sejam conduzidos para promover a melhoria das habilidades de comunicação. É de fundamental importância a inclusão de gestores de saúde nesse processo de formação e sensibilização dos procedimentos de melhoria na identificação das potencialidades para a inserção de treinamentos no processo formativo, bem como sua manutenção ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Göttems LBD, Mollo M de LR. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020; 54: 74. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001806>
2. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saú-

de (SUS). Saude Debate 2019; 43(5):15-28. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>.

3. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Rev Panam Salud Pública. 2018; 42:1–8. Disponível: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49559>

4. McKethan A, Berkowitz SA, Cohen M. Focusing on Population Health at Scale. Joining Policy and Technology to Improve Health. New England Journal of Medicine. 2019 Jan 10;380(2):113–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1809451>.

5. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014. 169 p. Disponível em:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598_por.pdf;jsessionid=F2A9967500B347D9A4C0A1D9331B4AB2?sequence=26

6. Guanais F, Doubova S V., Leslie HH, Perez-Cuevas R, García-Elorrio E, Kruk ME. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: Analysis of a public opinion cross-sectional survey. Sheikh A, editor. PLOS Med [Internet]. 2018; 9;15(10):e1002673. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1002673>

7. Adam LM, Jarman M, Barker M, Manca DP, Lawrence W, Bell RC. Use of healthy conversation skills to promote healthy diets, physical activity and gestational weight gain: Results from a pilot randomised controlled trial. Patient Education and Counseling. 2020 Jun;103(6):1134–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.001>

8. Amorim CB, Barlem ELD, Mattos LM de, Costa CFS da, Oliveira SG de. Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20190017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1489/20190017>

org/10.1590/1983-1447.2019.20190017

9. Hollis JL, Kocanda L, Seward K, Collins C, Tully B, Hunter M, et al. The impact of Healthy Conversation Skills training on health professionals' barriers to having behaviour change conversations: a pre-post survey using the Theoretical Domains Framework. *BMC Health Services Research*. 2021 Aug 27;21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06893-4>

10. Axboe MK, Christensen KS, Kofoed PE, Ammentorp J. Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professional. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):272-281. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0798-7>.

11. Hatfield TG, Withers TM, Greaves CJ. Systematic review of the effect of training interventions on the skills of health professionals in promoting health behaviour, with meta-analysis of subsequent effects on patient health behaviours. *BMC Health Services Research*. 2020 Jun 29;20(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05420-1>

12. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *Ann Intern Med* [Internet]. 2007; 16;147(8):573. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>»

14. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. Prática Baseada em Evidências e a análise socio-cultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020;30(2). Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>

15. Borges JL de J, Cruz MHS. Gênero e divisão sexual no trabalho em saúde. *Braz. J. Desenvolver*. 2021; 7(5):51929-44. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30306>

16. Souza ID, Pereira JA, Silva EM. Between State, society and family: the care of female caregivers. *Rev. Bras. Enferm*. 2018; 71(Suppl 6): 2720-2727. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202720&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0111>.

17. Damke LI, Cassol CA, Gomes CM. Discriminação, preconceito e dominação: A luta das mulheres por mais espaço e representação na sociedade brasileira. *Diálogo*. 2019 Apr 11;(40):55. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Diálogo/article/view/4926>

18. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Heal Prof Educ*. 2018; 4(2):97-106. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>

19. Carvalho DN, Queiroz IP, Araújo BCL, Barbosa SLES, Carvalho VCB, Carvalho S. Comunicação suplementar e/ou alternativa com adultos e idosos no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. CEFAC*. 2020; 22(5): e16019. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i3p481-489>

20. Santos CW, Farias Filho MC. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Cien Saude Colet*. 2016 ;21(5):1659-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501659&lng=pt&tlng=pt

21. Hollis JL, Seward K, Kocanda L, Collins CE, Tully B, Brett K, et al. Evaluating a train-the-trainer model for scaling-up Healthy Conversation Skills training: A pre-post survey using the Theoretical Domains Framework. *Patient Education and Counseling*. 2022

- Oct;105(10):3078–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.06.011>
22. Ammentorp J, Bigi S, Silverman J, Sator M, Gillen P, Ryan W, et al. Upscaling communication skills training – lessons learned from international initiatives. *Patient Education and Counseling*. 2021 Feb;104(2):352–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.028>
23. Morales Castillejos L, Gracia Verónica Y, Landeros Olvera E. Relación de la inteligencia emocional con el cuidado otorgado por enfermeras/os. *Revista Cuidarte*. 2020. 1;11(3). Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.989>
24. Dupont P, El-Dine GP, Santos SKZ. Relevância da comunicação de más notícias pelo profissional da saúde de maneira adequada: revisão narrativa. *REAS*. 2021;13(9):e8695. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8695>
25. Schaad B, Bourquin C, Bornet F, Currat T, Saraga M, Panese F, et al. Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: Analysis of accounts collected in a complaints center. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015; 98(6):771–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399115000890>
26. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014; 23(8):678–89. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2013-002437>
27. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018; 6(11):e1196–252. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X18303863>
28. Rodrigues JL da SQ, Portela MC, Malik AM. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Nov;24(11):4263–75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>
-

29. Mata ANS, Azevedo KPM, Braga LP, Medeiros GCBS, Segundo VHO, Bezerra INM, et al. Training programs in communication skills to improve self-efficacy for health personnel. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Aug;98(33):e16697. Disponível em: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201908160-00015>

30. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática. *Atención Primaria*. 2020 Dec;52(10):738–49. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>