

MESTRADO
COMUNICAÇÃO CLÍNICA

PERCEPTION OF COMMUNICATION STRATEGIES, SATISFACTION AND QUALITY OF NUTRITION TELECONSULTATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Joana Rita Rosendo Dias Moreira

M

2020





FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

PERCEPTION OF COMMUNICATION
STRATEGIES, SATISFACTION AND QUALITY OF
NUTRITION TELECONSULTATION DURING
THE COVID-19 PANDEMIC

Joana Rita Rosendo Dias Moreira

Mestrado

em Comunicação Clínica

Trabalho efetuado sob a Orientação de

Professora Doutora Margarida Maria Carvalho de Figueiredo Ferreira Braga

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

“Patient Education and Counseling”

2020

Ao meu Pai pelas memórias que deixou...
...à minha Mãe por aquilo que hoje sou!

À minha Inês, a minha-mais-que-tudo,

Aos meus afilhados, os meus pequenos-Reis

À minha família

Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Figueiredo Braga, uma Professora de excelência e uma orientadora excecional. Foi um privilégio e orgulho. Obrigada por tudo o que me ensinou, pelo incentivo, apoio, paciência e disponibilidade ao longo desta jornada. Agradeço-lhe o facto de me ter feito “crescer” quanto “pessoa” e profissional. Um muito obrigada.

À São e à Carla, a minha família Cosmiana, agradeço o companheirismo, a amizade (e)terna, a boa disposição e as longas tertúlias de sábado, cheias de humor, que contribuíram para a construção desta verdadeira amizade.

Para vocês: “Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Aos professores do Mestrado em Comunicação Clínica e colegas de turma pela partilha de conhecimentos e por terem contribuírem na minha formação.

À Prof. Doutora Tânia Pires agradeço o apoio e disponibilidade permanente. Obrigada pela a colaboração, pelos ensinamentos e acima de tudo pela amizade.

À Rafaela N., um agradecimento especial, por (des)encaminhar-me pelos trilhos da Comunicação. Obrigada por esta amizade infinita que resiste desde as longas viagem de autocarro. Agradeço-te por todas as palavras de incentivo e apoio ilimitado, nos bons e maus momentos. Obrigada por todo o tempo e por me ajudares tanto e tão bem.

À Juliana F., por esta nova amizade, agradeço toda a ajuda que me facultou, principalmente na análise estatística e revisões. Agradeço cada sugestão e conselho dado nesta reta final, mas acima de tudo por cada mensagem de apoio enviada e incentivo. Obrigada pela companhia, pelas conversas e gargalhadas na copa.

À Beatriz, que apesar de se encontrar a mais de 1000kms de distância, esteve sempre disponível para ajudar-me.

À minha Mary-Mary, pela amizade incondicional, pelo carinho, pelas horas de desabafos, pelo apoio, pelas gargalhas e diversão nas longas noites de conversa. E por me continuar a fazer acreditar que na faculdade é possível fazer amigos para a vida!

Ao meu pai, que apesar de não estar presente fisicamente, certamente estará orgulhoso pela pessoa em que me tornei. Obrigada do fundo do coração por fazeres de mim a pessoa que sou.

À minha mãe, o maior exemplo que esta vida me deu! Obrigada pelo apoio incondicional e pelos valores que sempre me transmitiu, entre os quais a força para nunca desistir de lutar. Obrigada pela compreensão nos momentos de maior indisponibilidade, pela sinceridade, esforço, paciência, carinho e acima de tudo pelo amor incondicional de mãe. Obrigada, por seres minha mãe.

À minha Inês “de Castro”, minha irmã-“filha”, que será sempre a minha pequenina, a minha protegida. Obrigada por seres a maior amiga que esta vida me deu, apesar das desavenças entre irmãs, serás sempre a minha outra metade. Obrigada por acreditares em mim mais do que ninguém. Obrigada pelo amor absoluto e verdadeira amizade. Obrigada, por tudo, minha querida mana!

Ao meu Nicky, fiel companheiro, obrigada pelas receções, brincadeiras e empatia. Serás sempre o nosso bebé!

A todos(as) os(as) nutricionistas, pelo tempo despendido e contributo indispensável!

E por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram de certa forma para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Obrigada!

Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar para além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.

Fernando Pessoa, in Mensagem

Índice

1. Introduction	2
2. Methods	4
2.1. <i>Population</i>	4
2.2. <i>Instrument</i>	4
2.3. <i>Procedures</i>	6
2.4. <i>Ethics</i>	6
2.5. <i>Statistical analysis</i>	6
3. Results	7
3.1. <i>Sociodemographic and professionals characterization</i>	7
3.2. <i>Professional Practice - face-to-face consultations and teleconsultations</i>	8
3.3. <i>Communication strategies in teleconsultations</i>	11
3.3.1. <i>Perceived advantages and disadvantages regarding teleconsultations</i> ..	16
3.4. <i>Satisfaction degree regarding face-to-face and distance consultations</i>	17
4. Discussion and conclusion	19
4.1. <i>Discussion</i>	19
4.2. <i>Conclusion</i>	22
References	23

1. Introduction

Technology has evolved rapidly and has modified the way people live and interact as well as how services are processed in wide ranging areas. With a need to combat geographical barriers, manage disease more efficiently and foster patient's quality of life, varied options have emerged in the health domain, as in the case of telehealth ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

Nutrition consultations undertaken via telehealth offer a flexible modality in efficient and cost-effective nutritional counselling. This assistance modality permits regular and supported monitoring to a large demographic within the community that requires dietetic services ⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾, in particular patients with chronic illnesses influenced by the nutritional pattern - obesity, type 2 diabetes, cardiovascular diseases, cancer and chronic kidney disease ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

According to the World Health Organization, the telehealth refers to the healthcare services offered at distance that utilize Information and Communications Technology (ICT) as a vehicle. Communication can be undertaken synchronously (bidirectional communication in real time as for example, phone consultations and videoconference) and/or asynchronously (unidirectional communication at any moment in time as for example, through text messages, e-mails and websites) ⁽¹¹⁾. The digital healthcare modalities further include remote nutritional interventions through the *eHealth service*, using Web based programmes, software programmes and mobile health options (*mHealth*). That include smartphone applications (apps), text message programmes and portable devices ⁽¹²⁾.

Due to ICT's rapid evolution and the extent of its use, a recent study was undertaken on the use of these tools in the professional practice of nutritionists in Portugal. ⁽¹³⁾ A large number of nutritionists identify a great potential in online platforms, from reciprocal economic benefits, shortening of distances and barriers associated with travelling, rapid responses to patient requests, patient and service provider comfort and response to a wider number of patients ⁽⁴⁾⁽¹³⁾. Conversely, some disadvantages were identified, from unclear definition of the act of consultation, disloyal competition, inadequacy in the diagnosis and/or first consultation, decreased rigour, limitation of the evaluation and re-evaluation in terms of objectivity and effectiveness, the (possible) lack of quality of the process,

the impossibility anthropometric evaluation and of the patient's reaction, as in the assistance of data interpretation ⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾.

Although the literature on guidelines towards a professional practice and nutritional counselling is vast, empirical studies predominantly focus on the final effectiveness of the counselling and not on the quality of communication and relation between patient and nutritionist. ⁽¹⁸⁾

The interaction between nutritionist and patient is crucial for the success of the nutritional counselling process, equally, the establishing of trust in the nutritionist-patient relation during intervention is fundamental to achieve the proposed results ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾. The capacity to communicate empathically, demonstrating respect and tolerance is vital in the patient's adhesion to the eating plan proposed ^(X2). The nutritionist's positive attitude, from corporal gestures to facial expressions affects the negotiation and acceptance of the treatment and the patient's motivation. Basic communication strategies such as welcoming the patient and initiating the interview, attentive listening and showing attention, ^{x)} interpreting and adjusting non-verbal language and identifying and responding to emotions, contribute to a higher comfort, expressivity and involvement of the patient. ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾. The sharing of information, the capacity to involve the patient in the therapeutic plan, based on a shared decision model, are important in the nutritional intervention's effectiveness. (X3) Nutritionists play an important role in the transmission of knowledge on nutrition and food literacy, and can contribute to the development of the patient's capacity to monitor and control the illness through diet. Equally, the counselling must always be tailored, clear, reassuring, employing accessible language adapted to the patient ⁽⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

These communication strategies must be employed and adjusted when digital interventions in nutrition occur. In response to the COVID-19 pandemic, the Portuguese health authorities reenforced the use of ICTs as health policy to reorganize and normalize health services ⁽¹⁾. In previous studies, health professionals state that the introduction of a different consultation system, such as video or telephone consultations, can influence the clinical communication's efficiency, since there is a necessity to change routines and acquire skills to maintain quality of care and interact with the patients ⁽⁵⁾⁽¹⁶⁾. When undertaking telephone or online consultations, it is particularly important to identify the patient's necessities, be present and attentive to the informative content and

emotions, be empathic and efficient in the sharing of information. So as to guarantee the service's quality and effectiveness of teleconsultations, it is essential to evaluate the perception of the professionals on the challenges and advantages of this intervention modality ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. This assessment will allow the creation of guidelines and formative proposals toward the delivery of distance consultations whenever necessary.

This study's objective is to explore the perception of the communication styles and strategies, satisfaction, and quality, of the nutrition consultation during the COVID-19 pandemic.

2. Methods

2.1. Population

Nutritionists practicing in the area of Clinical Nutrition in mainland Portugal and autonomous regions, graduates in Nutrition Sciences, Dietetics or Dietetics and Nutrition were invited to participate in the study. The convenience sample was taken through a "snow ball" approach, mostly via social networks. The inclusion criteria were having undertaken teleconsultations – via telephone, mobile or video-consultation during the COVID-19 pandemic. Healthcare professionals that did not perform clinical practice during the pandemic were excluded.

2.2. Instrument

The questionnaire for data collection was developed by the authors specifically for this study. The construction of this instrument followed three phases: 1. Literature Review, 2. Preparation of Questionnaire and 3. Validation.

Published articles on Pubmed's database between 2000 e 2020, with keywords "inquiry" OR "questionnaire" AND "telemedicine" OR "telehealth" OR "teleconsultations in nutrition" OR "teleconsultations in dietetics" AND "communication" AND "clinical skills" were reviewed. The Manual "Clinical Communication Competencies", edited by Clinical Communication specialists, of

the Medical Psychology Department Unit of Clinical Neurosciences and Mental Health of the Faculty of Medicine of University of Porto, the guidelines available on International Association for Communication in Healthcare (EACH) database: Telehealth tip sheet for phone & video consultations, the Calgary-Cambridge guides on telephone consultations & difficult conversations and E-learning Course, Communication skills for telephone consultations, & E-learning course: Communication skills for video consultations were consulted.

The questionnaire was submitted to three groups of different specialists – experts and educators on communication in healthcare (n=2), professionals within education: middle school teachers (n=3) and health professionals: nutritionist, psychologist and speech therapist (n=3). The objectives, context and the population of the study were presented, and the questionnaire was submitted to the critical appraisal of this panel. All suggestions were analysed and considered for inclusion in the final version of the questionnaire, if pertinent. The nutritionists that took part in the pre-test were not included later as participants in the study.

The questionnaire is composed of four sections. A: sociodemographic and professional characterization of the nutritionists, B: assessment of clinical communication strategies utilized during distance consultations, C: nutritionists' perspective on the efficiency and applicability of teleconsultations, and E: degree of satisfaction of the professionals in relation to face-to-face and teleconsultations.

The sociodemographic characterization includes gender, age, civil status, geographic area, educational and professional degree and training in clinical communication. The nutritionists' professional characterization includes the assessment of the professional practice before and during the pandemic, time of professional exercise, number of average weekly hours dedicated to clinical practice, number of average consultations in a week, location and type of work.

The assessment of the clinical communication skills during the teleconsultations was subdivided in five dimensions so as to assess the different stages of a consultation: context preparation, initiating the consultation, gathering and sharing information. The questions employ a Likert scale of frequency, varying between 0 = never e 5 = always. Nutritionist's perceptions of the advantages an challenges of distance consultations were also scrutinized

Questions relative to the satisfaction of the health professional regarding the telephone/mobile consultations and video consultations format were included.

2.3. Procedures

The study followed an observational transversal design. The questionnaire was applied through the electronic platform - Google Forms®. Using the available database on the Nutritionists Order (NO) professional registry, it was possible to collect access data to the nutritionists subscribed on NO. The invitation to participate and questionnaire distribution was done via e-mail, social platforms LinkedIn® e Facebook®. Information on the study's objectives and procedures was made available to all participants and those who agreed to participate signed an informed consent form.

2.4. Ethics

The study was submitted to and approved by the Ethics Commission for Health of the Hospital Centre of São João / Faculty of Medicine of Porto University (annex xxx). Information on the study procedures and objectives, confidentiality and anonymity of data collected, and an informed consent form designed respecting the "Helsinki Declaration" of the World Medical Association were included.

2.5. Statistical analysis

Toward the statistic processing of data, answers were codified, places on a calculus sheet, constructing a data base on Microsoft Excel e later transcribed to the applicative software Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS®) version-24.0.

In the data analysis, the collected information was analysed through descriptive statistic, namely, frequencies (relative), central tendency measures (arithmetic average), dispersion measures (standard deviation) and Test t-Student. A descriptive and inferential statistics analysis was undertaken.

3. Results

3.1. Sociodemographic and professionals characterization

The sample includes 77 participants, the majority being female (94%). We verified that 44% of nutritionists is between 21 and 29 years old, 39% between 30 and 39 years old, 12% between 40 and 49 years old and 5% between 50 and 59 years old. The more representative areas of residence were the North (46%) and Centre (47%).

Regarding academic training, 47% of the sample is a graduate of Nutrition Sciences, Dietetics or Dietetics and Nutrition, 30% postgraduate and 18% and 5% has a master degree and doctorate, respectively. In relation to training in clinical communication, 40% of participants report not having training, 13% undertook postgraduate/masters studies, 27% undertook workshops, 12% continuous education courses e 8% other type of training.

Relative to professional experience, 44% of the sample has less than 5 years of clinical experience, 50% between 6 and 19 years, and 6% has more than 20 years of experience. (Table 1)

Table 1

Sociodemographic and professional characterization (n=77)

	%
Gender	
Female	94 (100)
Male	6 (100)
Age groups	
[21-29]	44 (100)
[30-39]	39 (100)
[40-49]	12 (100)
[50-59]	5 (100)

Geographical area

North	46 (100)
Center	47 (100)
South	7 (100)

Academic Degree

Graduation	47 (100)
Postgraduate	30 (100)
Master's degree	18 (100)
Doctorate	5 (100)

Training in clinical communication

Postgraduate or master's degree	13 (100)
Workshop	27 (100)
Course / Continuing education	12 (100)
Other type of training	8 (100)
No training	40 (100)

Professional experience, years

< 5	44 (100)
[6-9]	25 (100)
[10-19]	25 (100)
> 20	6 (100)

Values are presented in absolute numbers (%)

3.2. Professional Practice - face-to-face consultations and teleconsultations

Comparing the professional practice before and during the pandemic, the participants referred undertaking consultations in a face-to-face format in 99% of cases, before the pandemic, however during the pandemic this number reduced

significantly ($p = 0.0$) and only 44% maintained the presential format, 53% used the online format and only 5% undertook consultations via telephone/mobile.

The number of weekly presential consultations showed a significative reduction ($p = 0.0$) as well as the number of hours spent in that activity ($p = 0.0$). Reciprocally, the number of consultations undertaken via telephone and online and the number of hours spent in those consultations before and during the pandemic increased significantly ($p = 0.02$ e $p = 0.12$).

In relation to the duration of the first consultations and follow-up consultations, no significative differences were detected in teleconsultations (telephone and online). Interestingly in face-to-face consultations the first consultation's length diminished significantly during the pandemic. A reduced length of first consultations was already present in online consultations when compared with face-to-face consultations, before the pandemic, not seen in follow up. (Table 2)

Table 2 - Characterization of professional practice before and during the pandemic

	Before Pandemic	During Pandemic	*p value
	%	%	
Format for exercising professional activity			
Presential	99 (100)	42 (100)	0,00 ¹
Online	1 (100)	53 (100)	
Mobile phone	0 (100)	5 (100)	
Workplace			
Hospital	14 (100)	13 (100)	0,02 ¹
Local health unit	8 (100)	8 (100)	
Personalized health care units	4 (100)	4 (100)	
Medical offices	46 (100)	42 (100)	
Pharmacies	12 (100)	12 (100)	
Aesthetics centres	1 (100)	1 (100)	
Gyms	9 (100)	8 (100)	

Private social solidarity institutions	3 (100)	5 (100)	
Others	3 (100)	7 (100)	
Face-to-face consultations (hours per week)			
< 5	8 (100)	27 (100)	0,00 ¹
[5-20]	18 (100)	28 (100)	
[20-35]	25 (100)	25 (100)	
> 35	49 (100)	20 (100)	
Face-to-face consultations (number per week)			
< 20	39 (100)	72 (100)	0,00 ¹
[20-50]	46 (100)	27 (100)	
[50-100]	15 (100)	1 (100)	
1st face-to-face consultations (minutes)			
< 30	3 (100)	22 (96)	0,00 ¹
> 30	97 (100)	74 (96)	0,00 ²
Follow-up face-to-face consultations (minutes)			
< 30	78 (100)	75 (96)	0,34 ¹
> 30	22 (100)	21 (96)	0.49 ²
Online consultations (hours per week)			
< 5	52 (100)	25 (100)	0,02 ¹
[5-20]	20 (100)	40 (100)	
[20-35]	14 (100)	22 (100)	
> 35	14 (100)	13 (100)	
Online consultations (number per week)			

< 20	82 (100)	68 (100)	0,12 ¹
[20-50]	14 (100)	30 (100)	
[50-100]	4 (100)	2 (100)	

1st online consultations (minutes)

< 30	14 (92)	18 (92)	0,56 ¹
> 30	78 (92)	78 (92)	

Follow-up online consultations (hours per week)

< 30	70 (92)	79 (97)	0,81 ¹
> 30	22 (92)	18 (97)	

*Values are presented in absolute numbers (%) * T-test test for independent samples*

¹comparasion before and during the pandemic;²comparasion between face-to-face and online consultations before the pandemic

3.3. Communication strategies in teleconsultations

Communications strategies reported by the nutritionists were divided according to the consultation stage: setting the context, initiating the consultation, gathering information, information sharing and planning, and closing the consultation (table 3).

Table 3 - Clinical communication during consultations, perception of professionals

Setting the context	
1. The scheduling (date and time) was carried out with the patient's knowledge and consent.	4.7 ± 0.7
4. I guarantee a private environment, without interruptions, away from noisy areas (people talking, electronic devices, among others)	4.7 ± 0.6
3. I check that my workplace and background are free of distractions.	4.5 ± 0.9
2. To prepare for the consultation, I review the patient's existing history.	4.5 ± 0.8

8. I prepared to provide the patient with guidance and clarification on resources and methodologies.	4.5 ± 0.7
6. Make sure that I am sitting comfortably before contacting the patient.	4.4 ± 0.9
10. I prepared to provide the patient with guidance and clarification on prices and payment methods.	4.1 ± 1.3
9. I prepared to provide the patient with guidance and clarification on care to be taken during the session.	4.1 ± 1.0
5. The program adopted for online consultations, as well as the associated tools - audio and camera, are previously tested.	4.0 ± 1.2
7. I take a deep breath before starting the consultation.	3.1 ± 1.4

Initiating the consultation

1. At the beginning of the 1st video consultation with the patient, I identify myself and present myself appropriately.	4.7 ± 0.6
4. I confirm with the patient that he can hear and see well.	4.6 ± 0.7
2. I confirm the patient's identity.	4.5 ± 0.8
6. I explain to the patient why the consultation is carried out in an online format, as well as the time it would take.	3.9 ± 1.1
3. I make sure that the patient is in a private place, mentioning that the consultation will be confidential.	3.7 ± 1.3
5. I explain to the patient how to proceed if the appointment is disconnected.	3.3 ± 1.4
7. I ask the patient for authorization to take notes during the consultation.	2.9 ± 1.6

Gathering information

27. I collect information about general and specific eating habits.	4.9 ± 0.4
19. I collect information about past medical history.	4.8 ± 0.5
26. I collect information about physical activity / history of sports practice.	4.8 ± 0.5
02. I ask the patient for specific technical data, such as weight, height, among other data.	4.8 ± 0.5
13. I define the priority objectives of the intervention with the patient.	4.6 ± 0.7
14. I ask the patient about when the current illness / problem / situation arose.	4.6 ± 0.7
01. I ask the patient if he has carried out any recent analytical study.	4.6 ± 0.7

12. When I use technical terms, I explain them to the patient	4.6 ± 0.6
01. During the 1st consultation, I start the consultation by asking the patient about the reasons / problems / concerns that led to the online consultation.	4.5 ± 1.0
18. I ask the patient about the context of the disease / problem / current situation.	4.5 ± 0.8
22. I collect information about employment / daily activities and leisure activities.	4.5 ± 0.8
02. I try to create opportune moments to respond to the patient's emotions, avoiding interrupting them.	4.5 ± 0.7
05. I use expressions of active listening / encouragement (ex: "hum-hum", "ok", "continue").	4.5 ± 0.7
15. I question the patient about how the current illness / problem / situation appeared.	4.5 ± 0.7
08. I use an appropriate tone of voice.	4.5 ± 0.6
09. I speak clearly.	4.5 ± 0.6
04. I maintain eye contact.	4.4 ± 0.9
16. I ask the patient if there is anything that is aggravating and / or alleviating the current illness / problem / situation.	4.4 ± 0.8
17. I ask the patient about whether the problem is associated with something specific.	4.4 ± 0.8
11. Use simple language, appropriate to the patient's level and understanding.	4.4 ± 0.6
25. I collect information about specific habits, such as substance use - tobacco, alcohol, drugs.	4.3 ± 1.0
03. I nod.	4.3 ± 0.9
20. I collect information about the family medical history.	4.1 ± 1.1
07. I make summaries / summaries, allowing to review the patient's history, condensing it, indicating that they were heard	4.1 ± 0.9
24. I collect information about mood and stress.	4.1 ± 0.9
06. I give back to the patient an idea of what they transmitted, through my own words (I paraphrase the patient's idea).	4.0 ± 0.8
21. I collect information about the household, personal relationships and / or support systems.	3.8 ± 1.1

10. I use technical terms / expressions.	3.6 ± 0.9
23. I collect information about religion and / or spirituality; cultural / ethnic environment.	2.3 ± 1.3

Information and decision sharing

01. I identify the problem and present the various options available to address it (eg, dietary tips, meal plan, preventive strategies, ...).	4.7 ± 0.6
07. I share and make available the material / tools necessary for the patient to fulfill the agreed plan.	4.7 ± 0.6
03. A plan has been agreed and I emphasize to the patient the importance of complying with it.	4.7 ± 0.5
04. I provide complete instructions on the plan to adopt.	4.7 ± 0.5
02. When presenting the different options, I present the objectives, risks, and benefits, clearly, without bias resulting from their inclinations.	4.5 ± 0.9
05. I identify possible obstacles during treatment and what resources are available to overcome them.	4.3 ± 0.8
06. I ask the patient to reformulate / repeat the instructions given to make sure they understood the message.	3.6 ± 1.1

Planning and closing

09. I schedule the follow-up consultation, according to my availability and the patient's preference.	4.7 ± 0.7
10. I finish the consultation by reassuring the patient (ex. "I will be available, if necessary") and in a personalized way (ex. "I was very happy to talk to you...")	4.7 ± 0.6
03. I confirm with the patient that they have understood the plan and the agreement to do it.	4.6 ± 0.6
07. I make my professional email available to the patient.	4.5 ± 1.0
04. I express my availability outside the consultation hours.	4.4 ± 0.9
02. I summarize with the patient the main points of the plan.	4.4 ± 0.8
05. I provide the phone / mobile number of the clinic / employer to the patient.	4.3 ± 1.2
08. I make my clinic / employer email available to the patient.	3.7 ± 1.5

01. In this final phase of the online consultation, I inform the patient that it is ending (ex: "We are finishing, we still have a few minutes, ").	3.4 ± 1.3
06. I make my phone / private / personal phone number available to the patient.	3.0 ± 1.6

Values are presented in mean ± standard deviation. 1=Never; 2 = Rarely; 3=Sometimes; 4=Almost always; 5=Always;

When setting the stage, the participants reported higher use of shared scheduling of the consultation and guarantee of a private environment without interruptions (mean 4.7 ± 0.7 and 4.7 ± 0.6 respectively). Conversely, "taking a deep breath before starting the consultation" was the less used strategy.

When initiating the consultation, nutritionist reported to always or almost always introduced themselves, confirmed that the could hear and see them appropriately, and confirmed the patient's identity.

Regarding the gathering information and exploration of problems information during the nutrition consultation, all the answers scored above 4 with the exception of item 2. "I collect information about household, personal relationships and/or support systems", item 10 "I use technical terms/expressions" and item 23: "I collect information about religion and/or spirituality; cultural/ethic environment".

In the items dedicated to information sharing and decision making we found mean scores between 4.7 and 4.3 with the exception of item 6: "I ask the patient to reformulate/repeat the instructions given to make sure he/she understood the message".

Regarding the planning and closing of the consultation the higher scores were found in: scheduling the follow-up consultation, according to availability and preference of nutritionist and patient, reassuring the patient, and confirm with the patient that they have understood and agree with the plan. The lowest score was found in "I make my personal phone number available to the patient". The results are detailed in Table 3.

3.3.1. Perceived advantages and disadvantages regarding teleconsultations

Questions reaching the higher agreement were “Patients and professionals are equally comfortable with face-to-face consultations”, “The time was sufficient to work on all the necessary matters” and the occurrence of technical difficulties and obstacles (audio/camera failure, network failure,...).

The assumptions that “Communication is more effective” (2.3 ± 0.9) and “I got better results” (2.4 ± 0.8), when using teleconsultations were with lower agreement score.

(Table4)

Table 4 – Perceived advantages and disadvantages regarding teleconsultations

	Mean $\pm$ SD
1. Before the pandemic, I already had consultations by phone / mobile phone and video consultations.	2.4 ± 1.6
2. I was not familiar with the technologies and programs for video consultations.	2.2 ± 1.4
3. I did not feel comfortable making inquiries via computers / mobile phone / phone.	1.9 ± 1.1
4. I felt more comfortable doing consultations via computers / mobile phone / phone than in person.	1.9 ± 1.2
5. I felt equally comfortable doing consultations in relation to face-to-face consultations.	3.8 ± 1.1
6. Patients are not comfortable making appointments via computers / mobile phone / telephone.	2.6 ± 1.2
7. Patients are more comfortable with face-to-face consultations.	2.9 ± 1.1
8. Patients are equally comfortable with face-to-face consultations.	3.2 ± 1.2
9. The time was sufficient to work on all the necessary matters.	4.2 ± 1.0
10. There are obstacles and interruptions (audio / camera failure, network failure,...)	3.2 ± 1.2
11. Communication is more effective.	2.3 ± 0.9
12. I got better results	2.4 ± 0.8

13. They allow better frequency / regularity of consultations.	3.3 ± 1.4
14. Increased workload	2.8 ± 1.3

Values are presented in mean ± standard deviation. 1=Strongly disagree; 2=Partly disagree; 3=Do not disagree or agree; 4=Agree Strongly; 5=Agree;

3.4. Satisfaction degree regarding face-to-face and distance consultations

Regarding general satisfaction, nutritionists feel significantly more satisfied with face-to-face consultations ($p=$) than with telephone consultations. Similar satisfaction was detected between telephone/mobile consultations, (3.2 ± 1.2) and video consultation (3.8 ± 1.0). (table 5).

Table 5

Satisfaction regarding the type of consultation

	Mean ± SD
1. In general, indicate your degree of satisfaction with the face-to-face consultations.	4.4 ± 0.8
2. In general, indicate your level of satisfaction with consultations via telephone / mobile phone.	3.2 ± 1.2
3. In general, indicate your level of satisfaction with the video consultations.	3.8 ± 1.0

Values are presented in mean ± standard deviation. 1=Strongly disagree; 2=Partly disagree; 3=Do not disagree or agree; 4=Agree Strongly; 5=Agree;

3.5. Opinions about teleconsultations, professionals' perception

Regarding phone consultations, nutritionists considerer they are not to eliminate from their practice (1.8 ± 1.1), and not to just end or initiate the therapeutic intervention (1.6 ± 0.9 and $1.7 \pm 1,0$),

On the contrary, our participants agree (4.1 ± 1.1) in maintaining telephone/mobile consultations as a way to complement face-to-face consultations, and considerer the use of this communication format with the

purpose to adapt to patients' situations (economic, travel, access to technical means,...) (4.3 ± 1.0).

Regarding video consultations, nutritionists strongly agree that they are to be maintained, as a complement to face-to-face consultations (4.1 ± 1.1), since they permit to adapt to the patients' situations (4.5 ± 0.7). In parallel, we can verify that nutritionists strongly disagree (1.8 ± 1.1) in eliminating this clinical practice definitively. They disregard the exclusive use of video consultation in the 1st consultation (1.6 ± 0.9) and when concluding of the therapeutic process (1.7 ± 1.0), (Table 6)

Table 6

Opinions about teleconsultations, professionals' perception

Telephone/mobile consultations	Mean $\pm$ SD
1. They are to be maintained exclusively.	2.2 ± 1.2
2. They are to be maintained, as a complement to face-to-face consultations.	4.1 ± 1.1
3. They are to be eliminated from my practice	1.8 ± 1.1
4. They are to be adapted to the patients' situations (economic, travel, access to technical means,...)	4.3 ± 1.0
5. They are only valid for starting a process (1st consultation).	1.6 ± 0.9
6. They are only valid for follow-up appointments.	2.3 ± 1.3
7. They are just to end processes.	1.7 ± 1.0
Online consultations	Mean $\pm$ SD
1. They are to be maintained exclusively.	2.0 ± 1.2
2. They are to be maintained, as a complement to face-to-face consultations.	4.1 ± 1.0
3. They are to be eliminated from my practice	1.7 ± 1.0
4. They are to adapt to the patients' situations (economic, travel, access to technical means,...)	4.5 ± 0.7
5. They are only valid for starting a process (1st consultation).	1.8 ± 1.1
6. They are only valid for follow-up appointments.	2.2 ± 1.3
7. They are just to end processes.	1.7 ± 1.0

Values are presented in mean $\pm$ standard deviation. 1=Strongly disagree; 2=Partly disagree; 3=Do not disagree or agree; 4=Agree Strongly; 5=Agree;

4. Discussion and conclusion

4.1. Discussion

Nutritionists reported a significant change in the consultation setting, before and during the pandemic. Due to the new guidelines and regulations stipulated by the public health policy to organize the healthcare services during the pandemic ⁽¹⁾, health professionals needed to reorganize and undertake their professional activity through preferably online platforms ⁽²⁾. If before the pandemic 99% of the nutritionists inquired undertook their consultations face-to-face, this number reduced significantly, in line with recently published literature. ⁽²⁷⁾

Nutritionists also considerably changed the working context. Probably working from home was the more relevant factor. These changes have had an impact in the labour organization of each nutritionist, since a significant difference in workload was verified, and nutritionists saw their working schedules reduced.

Results show that the majority of the studied nutritionists have had training in clinical communication. Clinical communication is a major contribute to the quality of nutrition consultations. Others have stated that in nutrition counselling, communication strategies include active listening, skills in behavior change and information sharing skills in order to “assist patients to problem-solve”.⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾

During teleconsultations, the results show that nutritionists have specific communication competencies. In the preparation of the context, nutritionists took special attention on the scheduling of consultation with patient’s consent, we think this may be due to clinician’s necessity to organize their own schedule.

Assuring a private environment is another of the preoccupations highlighted by the nutritionists, so as to guarantee all conditions for privacy. This behaviour favours the empathic relation with the patient since the start of the session, resulting in increased adherence to the decisions and therapeutic plan (30)

When collecting information about the patients problems and perspectives our participants reported the use of non-verbal communication skills (nodding with the head) use active and encouraging listening expressions, summaries and paraphrases. This phase of the consultation has a determining role in the search for answers to specific clinical questions, permitting the nutritionist to gather all necessary information to later adequately design the best plan for the patient ⁽²⁹⁾. According to Cant, nonverbal communication as body language and nodding, are skills expected by the patient. ⁽²⁹⁾⁽³²⁾ Even when patients are unable to view the professional there are aware of their body posture. Nonverbal skills are determinant to the effectiveness of the consultation, and to appropriately convey empathy and understanding ⁽³¹⁾

An interesting aspect in the results, is the nutritionists fail in investigating religion, spirituality and ethnicity. Due to cultural diversity, nowadays it is relevant to understand and explore the patient's cultural context in order to adapt the eating plan later. Clinicians must use approaches that recognize and account for the culture and values of the patient, not only in understanding the nature of a patient's problems but also in suggesting treatment and solution. ^(33f)

The involvement of the patient in therapeutic decisions is of high importance to the nutritionist, guiding the patient honestly, presenting the different options, manifesting their opinion founded on the technical knowledge they possess. This approach is of utmost importance since it promotes adhesion to the treatment, and better results. ⁽³²⁾ conversely, Insufficient counselling skills worsen clinical outcomes, by reducing understanding and adherence to nutritional recommendations ⁽²⁹⁾ . Our sample reported a noteworthy ability to share information and decisions in the context of teleconsultations.

These strategies, coupled with a positive attitude and an empathic understanding of the difficulties of the process, support the patient and contributes to the establishment of a therapeutic relationship.

In relation to the consultation, a reduction in time spent in first consultations was verified in face-to-face consultations, in line with the reduced length of teleconsultations either before and during the pandemic. According to some studies, this could derives from aiming to avoid propagation of the virus when

having an in person contact and fear, both from professionals and patients, when returning to routine health care ⁽³⁴⁾ In follow-up consultations, no differences were noted, eventually due to the fact that there was no face-to-face contact between nutritionist and patient, leaving both comfortable with the situation.

We corroborate that our participants felt already familiarized and prepared to use the technologies and platforms adapted to teleconsultations. Due probably to their age, they were equally comfortable doing teleconsultations as face-to-face consultations and are able to address all necessary issues. Younger professionals have a natural propensity to use digital media, and digital technologies as an alternative to face-to-face traditional interventions. ⁽³⁶⁾

On the other hand, nutritionists do not feel the need to use breathing techniques to alleviate stress and prepare for the clinical encounter. This may be due to the referred experience in using technology in the clinical practice.

Despite the diverse benefits and an adequate general satisfaction, nutritionists mention face-to-face consultations as more effective than teleconsultations. Others have reported however that online or telephone dietetic consultations may represent a cost-effective and efficient alternative or complement to traditional in-person consultations⁽⁴⁾

Nutritionists prefer maintaining teleconsultations as a complement to face-to-face consultations, namely the 1st consultation and ending of the process. For particular circumstances, such as economic situations, travel, teleconsultations may present advantages.

In summary, we would say nutritionists have basic clinical communication competencies. The patterns of affective behaviour and empathy were identified as the most used patterns by the nutritionists. When telehealth will almost certainly be a part of nutritionist's clinical work, the development of tailored communications skills is mandatory, fostering acceptance and satisfaction in both patients and health professionals.

Limitations

This study presents some limitations. The nature of recruitment unable representativity. The use of a five-point scale may have reduced the opportunity to note more subtle changes. In the present work assessment of communication

strategies was accomplished through a self-report instrument. Self-reported abilities are recognized to possess subjective and social desirability bias. It would be important, in the future, to include objective measures to evaluate communication strategies in teleconsultations.

4.2. Conclusion

Despite varied advantages presented, nutritionists continue to prefer face-to-face consultations, reporting their better effectiveness in patient support. However, they also recognize the usefulness and appropriateness of the format in the present epidemiological circumstances. They demonstrate appropriate use of communications strategies at different stages of the clinical interaction, and appear to privilege respect and attention to the patients' needs and comfort.

This data may contribute to the development of recommendations on which specific and tailored communication competencies for healthcare professionals are more relevant during teleconsultations.

References

- (1) Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022. 2019.
- (2) Ordem dos Nutricionistas. Guia Orientador “Atividade do nutricionista com recurso às tecnologias de informação e comunicação “. GO 05/2020. Versão 01. Porto: Departamento da Qualidade, Ordem dos Nutricionistas; 2020. Disponível em: www.ordemdosnutricionistas.pt
- (3) Filipe, Marta. Telessaúde: Análise económica do projeto de Telemonitorização da DPOC na ULSAM. 2019. Tese de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- (4) Kelly, J.T., Allman-Farinelli, M., Chen, J., et al. Dietitians Australia position statement on telehealth. Nutr Diet. 2020
- (5) Jiménez-Rodríguez, D., García, A.; Robles, J., Slavador, M., Ronda, F., & Arroqante, O. Increase in vídeo consultations during the COVID-19 pandemic: healthcare professionals’ perceptions about their implementation and adequate management. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. 17, 5112; doi: 10.3390/ijerph17145112
- (6) Holzapfel et al.: One-Year Weight Loss with a Telephone-Based Lifestyle Program. Obes Facts 2016; 9:230–240.
- (7) Benson GA, Sidebottom A, Hayes J, et al. Impact of ENHANCED (diEtitiaNs helping pAtieNts CarE for diabetes) telemedicine randomized controlled trial on diabetes optimal care outcomes in patients with type 2 diabetes. J Acad Nutr Diet. 2019;119(4):585-598.
- (8) Ventura Marra M, Lilly CL, Nelson KR, Woofter DR, Malone J. A pilot randomized controlled trial of a telenutrition weight loss intervention in middle-aged and older men with multiple risk factors for cardiovascular disease. Nutrients. 2019;11(2):229.
- (9) Harrigan M, Cartmel B, Loftfield E, et al. Randomized trial comparing telephone versus in-person weight loss counseling on body composition and circulating biomarkers in women treated for breast cancer: the lifestyle, exercise, and nutrition (LEAN) study. J Clin Oncol. 2016;34(7):669-676.

- (10) Kelly JT, Warner MM, Conley M, et al. Feasibility and acceptability of telehealth coaching to promote healthy eating in chronic kidney disease: a mixed-methods process evaluation. *BMJ Open*. 2019;9(1):e024551.
- (11) World Health Organization. Global Diffusion of eHealth: Making Universal Health Coverage Achievable: Report of the Third Global Survey on eHealth. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
- (12) Chen J, Lieffers J, Bauman A, Hanning R, Allman-Farinelli M. The use of smartphone health apps and other mobile health (mHealth) technologies in dietetic practice: a three country study. *J Hum Nutr Diet*. 2017 Aug;30(4):439-452. doi: 10.1111/jhn.12446.
- (13) Ordem dos Nutricionistas. Parecer referente à utilização das tecnologias de informação e comunicação. 2015. Porto, Portugal. URL: https://www.ordemdosnutricionistas.pt/documentos/infoon/01/Parecer_referente_tecnologias_informacao.pdf
- (14) Khan MNB. Telephone consultations in primary care, how to improve their safety, effectiveness and quality *BMJ Open Quality* 2013; 2:u202013.w1227. doi: 10.1136/bmjquality.u202013.w1227
- (15) Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, Campbell J, McKinstry B. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2019 Aug 29;69(686):e586-e594. doi: 10.3399/bjgp19X704141. PMID: 31160368; PMCID: PMC6617540 Atherton H, Brant H, Ziebland S, et al. Alternatives to the face-to-face consultation in general practice: focused ethnographic case study. *Br J Gen Pract*. 2018;68(669):e293-e300. doi:10.3399/bjgp18X694853
- (16) Hammersley V, Donaghy E, Parker R, McNeilly H, Atherton H, Bikker A, Campbell J, McKinstry B. Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *Br J Gen Pract*. 2019 Aug 29;69(686):e595-e604. doi: 10.3399/bjgp19X704573. PMID: 31262846; PMCID: PMC6607843.
- (17) Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, Campbell J, McKinstry B. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2019 Aug

29;69(686):e586-e594. doi: 10.3399/bjgp19X704141. PMID: 31160368; PMCID: PMC6617540

- (18) Lu AH, Dollahite J. Assessment of dietitians' nutrition counselling self-efficacy and its positive relationship with reported skill usage. *J Hum Nutr Diet*. 2010 Apr;23(2):144-53. doi: 10.1111/j.1365-277X.2009.01024.x.
- (19) Endevelt R, Gesser-Edelsburg A. A qualitative study of adherence to nutritional treatment: perspectives of patients and dietitians. *Patient Prefer Adherence*. 2014 Feb 4;8:147-54. doi: 10.2147/PPA.S54799. PMID: 24523580; PMCID: PMC3920924.
- (20) Shaw, S.; Seuren, L.M.; Wherton, J.; Cameron, D.; A'Court, C.; Vijayaraghavan, S.; Morris, J.; Bhattacharya, S.; Greenhalgh, T. Video consultations between patients and clinicians in diabetes, cancer, and heart failure services: Linguistic ethnographic study of video-mediated interaction. *J. Med. Internet Res*. 2020, 22, e18378.
- (21) Goodchild CE, Skinner TC, Parkin T. The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *J Hum Nutr Diet*. 2005 Jun;18(3):181-5. doi: 10.1111/j.1365-277X.2005.00606.x. PMID: 15882380.
- (22) Mirkarimi K, Kabir MJ, Honarvar MR, Ozouni-Davaji RB, Eri M. Effect of Motivational Interviewing on Weight Efficacy Lifestyle among Women with Overweight and Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Iran J Med Sci*. 2017;42(2):187-193.
- (23) Cant RP, Aroni RA. Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *J Hum Nutr Diet*. 2008 Oct;21(5):502-11. doi: 10.1111/j.1365-277X.2008.00883.x. Epub 2008 Jul 9. PMID: 18631285.
- (24) Ramesh S. et al.; Importance of healthcare dietitians' communication skills. *International Journal of Advance Research, Ideas and Innovations in Technology*. 2019. 5(2)
- (25) Cardoso, R., et al. *Competências Clínicas de Comunicação*. 1ª Edição. Porto. Unidade de Psicologia Médica. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- (26) Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press (Oxford)

- (27) Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press (Oxford)
- (28) The paediatric weight management office visit via telemedicine: pre- to post-COVID-19 pandemic Valerie M O'Hara 1, Starr V Johnston 1, Nancy T Browne 1
- (29) Cant RP. Communication competence within dietetics: dietitians' and clients' views about the unspoken dialogue--the impact of personal presentation. *J Hum Nutr Diet.* 2009 Dec;22(6):504-10. doi: 10.1111/j.1365-277X.2009.01017.x. PMID: 20002949.
- (30) S. Notaras, M. Mak, N. Wilson Advancing practice in dietitians' communication and nutrition counselling skills: a workplace education program. The British Dietetic Association 2018 <https://doi.org/10.1111/jhn.12569>
- (31) Lindsley I, Woodhead S, Micallef C, Agius M. The Concept of Body Language in the Medical Consultation. *Psychiatr Danub.* 2015 Sep;27 Suppl 1:S41-7. PMID: 26417735.
- (32) Cant RP, Aroni RA. Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *J Hum Nutr Diet.* 2008 Oct;21(5):502-11. doi: 10.1111/j.1365-277X.2008.00883.x. Epub 2008 Jul 9. PMID: 18631285.
- (33) Swihart DL, Yarrarapu SNS, Martin RL. Cultural Religious Competence In Clinical Practice. [Updated 2020 Oct 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216/>
- (34) Patel S, Lorenzi N, Smith T, Carlson BR, Sternberg P Jr.. Critical Insights from Patients during the Covid-19 Pandemic. *NEJM Catal Innov Care Deliv.* 2020;10.1056/CAT.20.0299. Published 2020 Jul 13. doi:10.1056/CAT.20.0299
- (35) Doctors, Students Expect and Embrace Many Tech Advances: Survey - Medscape - Jan 10, 2020.
- (36) Barney A, Buckelew S, Mesheriakova V, Raymond-Flesch M. The COVID-19 Pandemic and Rapid Implementation of Adolescent and Young Adult Telemedicine: Challenges and Opportunities for Innovation. *J Adolesc Health.* 2020;67(2):164-171. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.05.006

Anexos	Anexo 1: Protótipo do inquérito realizado aos nutricionistas
	Anexo 2: Aprovação Ética pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ) / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)

O presente questionário destina-se a ser preenchido por Nutricionistas que exerçam a sua prática profissional na área clínica e que tenham efetuado a mesma recentemente em contexto online (vídeo consulta) e/ou telefone/telemóvel.

O inquérito em questão insere-se no âmbito de um estudo académico, integrado no Mestrado em Comunicação Clínica e pretende avaliar a experiência das consultas em contexto não presencial, os padrões de comunicação usados bem como a qualidade e eficácia deste tipo de consultas – por telefone/telemóvel ou videochamada.

Todos os dados recolhidos são confidenciais, sendo unicamente utilizados no âmbito desta investigação. A cada participante será atribuído um código, não sendo possível identificar quem respondeu.

Agradecemos a sua disponibilidade para preencher o seguinte questionário, é muito importante a sua participação!

Joana Rita Moreira e Margarida Figueiredo-Braga

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Dados sociodemográficos

Indique o seu género

(0) Feminino ☐

(1) Masculino ☐

Indique a sua idade

(1) Entre 21 e 29 anos ☐

(2) Entre 30 e 39 anos ☐

(3) Entre 40 e 49 anos ☐

(4) Entre 50 e 59 anos ☐

(5) Entre 60 e 65 anos ☐

Estado civil

(1) Solteiro/a ☐

(2) Casado/a/ União de facto ☐

(3) Divorciado/a/Separado/a ☐

(4) Viúvo/a ☐

Área geográfica de residência

(1) Norte ☐

(2) Centro ☐

(3) Lisboa ☐

(4) Alentejo ☐

(5) Algarve ☐

(6) RAM – Região Autónoma da Madeira ☐

(7) RAM – Região Autónoma dos Açores ☐

Habilitações literárias

(1) Licenciatura em Ciências da Nutrição, Dietética ou Nutrição e Dietética ☐

(2) Pós-Graduação ☐

(3) Mestrado ☐

(4) Doutoramento ☐

Formação em Comunicação Clínica (assinale todas as opções que se aplica):

-
- (1) Pós-Graduação e/ou Mestrado ☐
- (2) Workshop e/ou Seminários ☐
- (3) Ação de formação e/ou unidade curricular ☐
- (4) Outro (congressos, simpósios) ☐
- (5) Nenhuma ☐
-

Caracterização Profissional

Tempo de exercício profissional na área clínica.

- (1) ≤ a 5 anos de serviço ☐
- (2) Entre 6 e 9 anos de serviço ☐
- (3) Entre 10 a 19 anos de serviço ☐
- (4) ≥ 20 anos de serviço ☐

Presta serviços em mais do que uma entidade?

- (0) Não ☐
- (1) Sim ☐ N.º de entidades
-

Antes da pandemia, indique qual o formato em que exerce a sua atividade (assinale todas as opções que se aplica)

- (1) Presencial ☐
- (2) Online (ex.: vídeo consulta) ☐
- (3) Telefone/telemóvel ☐

Durante a pandemia, indique qual o formato em que exerce a sua atividade (assinale todas as opções que se aplica)

- (1) Presencial ☐
- (2) Online (ex.: vídeo consulta) ☐
- (3) Telefone/telemóvel ☐

Antes da pandemia, qual(is) a(s) entidade(s) onde exerce a atividade clínica.

- (1) Hospital Central ☐
- (2) Hospital Distrital ☐
- (3) Unidade Local de Saúde (ULS) ☐
- (4) Unidade de Saúde Familiar (USF) ☐
- (5) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ☐
- (6) Hospital privado ☐
- (7) Consultório Próprio privado ☐
- (8) Consultório Médico privado ☐
- (9) Farmácias ☐
- (10) Centros de Estéticas e/ou SPA's ☐
- (11) Ginásios, *Health Clubs* e/ou Clubes de Modalidades Desportivas ☐
- (12) IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social ☐
- (13) Lares de idosos e Centros de dia ☐
- (14) Outras. ☐ Qual(is) _____

Durante a pandemia, qual(is) a(s) entidade(s) onde exerce a atividade clínica.

- (1) Hospital Central ☐
- (2) Hospital Distrital ☐
-

-
- (3) Unidade Local de Saúde (ULS) ☐
- (4) Unidade de Saúde Familiar (USF) ☐
- (5) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ☐
- (6) Hospital privado ☐
- (7) Consultório Próprio privado ☐
- (8) Consultório Médico privado ☐
- (9) Farmácias ☐
- (10) Centros de Estéticas e/ou SPA's ☐
- (11) Ginásios, *Health Clubs* e/ou Clubes de Modalidades Desportivas ☐
- (12) IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social ☐
- (13) Lares de idosos e Centros de dia ☐
- (14) Outras. ☐ Qual(is) _____
-

EM CONTEXTO CLÍNICO PRESENCIAL

Antes da pandemia, indique:

Número médio de horas semanais dedicadas à prática clínica

- (1) 1 a 5h ☐
- (2) 6 a 10h ☐
- (3) 11 a 15h ☐
- (4) 16 a 20h ☐
- (5) 21 a 25h ☐
- (6) 26 a 30h ☐
- (7) 31 a 35h ☐
- (8) 36 a 40h ☐
- (9) >40h ☐
-

Número médio de consultas durante uma semana

- (1) Menos de 20 consultas presenciais ☐
- (2) Entre 20 a 50 consultas presenciais ☐
- (3) Entre 50 a 100 consultas presenciais ☐
- (4) Entre 100 a 200 consultas presenciais ☐
- (5) Mais de 200 consultas presenciais ☐
-

Duração média de uma 1.ª consulta

Duração média das consultas de seguimento

Durante a pandemia, indique:

Número médio de horas semanais dedicadas à prática clínica

- (1) 1 a 5h ☐
- (2) 6 a 10h ☐
- (3) 11 a 15h ☐
-

-
- (4) 16 a 20h ☐
- (5) 21 a 25h ☐
- (6) 26 a 30h ☐
- (7) 31 a 35h ☐
- (8) 36 a 40h ☐
- (9) >40h ☐
-

Número médio de consultas durante uma semana

- (1) Menos de 20 consultas presenciais ☐
- (2) Entre 20 a 50 consultas presenciais ☐
- (3) Entre 50 a 100 consultas presenciais ☐
- (4) Entre 100 a 200 consultas presenciais ☐
- (5) Mais de 200 consultas presenciais ☐
-

Duração média de uma 1.ª consulta

Duração média das consultas de seguimento

EM CONTEXTO CLÍNICO NÃO PRESENCIAL/ONLINE

Antes da pandemia, indique:

Número médio de horas semanais dedicadas à prática clínica

- (1) 1 a 5h ☐
- (2) 6 a 10h ☐
- (3) 11 a 15h ☐
- (4) 16 a 20h ☐
- (5) 21 a 25h ☐
- (6) 26 a 30h ☐
- (7) 31 a 35h ☐
- (8) 36 a 40h ☐
- (9) >40h ☐
-

Número médio de consultas durante uma semana

- (1) Não realizei consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
- (2) Menos de 20 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
- (3) Entre 20 a 50 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
- (4) Entre 50 a 100 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
- (5) Entre 100 a 200 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
- (6) Mais de 200 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
-

Duração média de uma 1.ª consulta

Duração média das consultas de seguimento

Durante a pandemia, indique:

Número médio de horas semanais dedicadas à prática clínica

- (1) 1 a 5h ☐
(2) 6 a 10h ☐
(3) 11 a 15h ☐
(4) 16 a 20h ☐
(5) 21 a 25h ☐
(6) 26 a 30h ☐
(7) 31 a 35h ☐
(8) 36 a 40h ☐
(9) >40h ☐

Número médio de consultas durante uma semana

- (1) Não realizei consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
(2) Menos de 20 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
(3) Entre 20 a 50 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
(4) Entre 50 a 100 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
(5) Entre 100 a 200 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐
(6) Mais de 200 consultas por telefone/vídeo consulta (consultas não presenciais) ☐

Duração média de uma 1.ª consulta

Duração média das consultas de seguimento

Comunicação durante consultas online, telefone/telemóvel e presenciais

Consultas online/telefone/telemóvel						
Antes de iniciar a vídeo consulta - preparação do contexto	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
1. O agendamento (data e hora) foi realizado com o conhecimento e consentimento do doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Para preparação da consulta, realizo uma revisão ao histórico já existente do doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Verifico se o meu local de trabalho bem como plano de fundo não apresentam distrações.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Asseguro um ambiente privado, sem interrupções, longe de áreas barulhentas (pessoas a falar, aparelhos eletrónicos, entre outros).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. O programa adotado para as consultas online, bem como as ferramentas associadas – áudio e câmara, são testados previamente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Certifico-me que estou sentado/a confortavelmente antes de entrar em contacto com o doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Respiro fundo antes de iniciar a consulta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Preparei-me para fornecer ao doente orientações e esclarecimentos sobre recursos e metodologias.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Preparei-me para fornecer ao doente orientações e esclarecimentos sobre cuidados a ter durante a sessão.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Preparei-me para fornecer ao doente orientações e esclarecimentos sobre preços e modo de pagamento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

No início da consulta online	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
11. No início da 1.ª vídeo consulta com o doente, identifico-me e apresento-me devidamente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Confirmo a identidade do doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Certifico-me que o doente está num local privado, mencionando que a consulta será confidencial.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Confirmo com o doente se consegue ouvir e ver bem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Explico ao doente como proceder caso a consulta se desconecte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Explico ao doente o motivo pela qual a consulta é realizada num formato online, bem como o tempo que a mesma iria durar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Peço autorização ao doente para tirar notas ao longo consulta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Durante a recolha de informação:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
18. Durante a 1.ª consulta, começo a consulta por solicitar ao doente sobre qual(is) os motivos/problemas/preocupações que o levaram à consulta online.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Procuro criar momentos oportunos para responder às emoções do doente, evitando interromper o mesmo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Durante as sessões online costumo ter os seguintes cuidados para dar feedback ao doente e realizar a consulta:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
20. Aceno com a cabeça	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Mantenho o contacto ocular.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Uso expressões de escuta ativa/encorajamento (ex: "hum-hum", "ok", "continue")	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Devolvo ao doente uma ideia do que este transmitiu, mas pelas minhas palavras (parafraseio a ideia do doente).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Realizo sumários/resumos, permitindo rever a história do doente, condensando-a, indicando-lhe que foi ouvido.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. Uso um tom de voz adequado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Falo com clareza	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Uso termos/expressões técnicas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Uso linguagem simples, adequada ao nível e compreensão do doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Quando uso termos técnicos, explico-os ao doente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Defino com o doente os objetivos prioritários da intervenção.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
Durante a recolha de informação:						
31. Questiono o doente sobre quando surgiu a doença/problema/situação atual.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Questiono o doente sobre como é que apareceu a doença/problema/situação atual.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Questiono o doente sobre se há algo que esteja a agravar e/ou aliviar a doença/problema/situação atual.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Questiono o doente sobre se associa o problema a algo específico.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Questiono o doente sobre qual o contexto da doença/problema/situação atual.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Recolho informações sobre:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
36. A história clínica passada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. A história clínica familiar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. O agregado familiar, relações pessoais e/ou sistemas de apoio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. O emprego/atividades diárias e atividades de lazer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. A religião e/ou espiritualidade; ambiente cultural/étnico.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. O humor/ânimo e stress.	☐	☐	☐	☒	☐	☐
42. Os hábitos específicos, tais como uso de substâncias - tabaco, álcool, drogas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. As atividade física/história de prática desportiva.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. Os hábitos alimentares gerais e específicos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
Durante a recolha de informação – exame físico						
45. Questiono o doente se realizou algum estudo analítico recente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

46. Solicito ao doente dados técnicos específicos, tais como peso, altura, entre outros dados.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Partilha de informação com doente	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
47. Identifico o problema e apresento as várias opções disponíveis para abordar o mesmo (ex: dicas alimentares, plano alimentar, estratégias preventivas, ...).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48. Ao apresentar as diferentes opções, apresento os objetivos, riscos e benefícios, de forma clara, sem enviesamentos decorrentes das suas inclinações.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49. Acordado um plano e realço junto do doente a importância no cumprimento do mesmo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50. Forneço instruções completas sobre o plano adotar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. Identifico possíveis obstáculos durante o tratamento e quais os recursos disponíveis para os ultrapassar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52. Peço ao doente que reformule/repita as indicações dadas para me certificar que compreendeu a mensagem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53. Partilho e disponibilizo o material/ferramentas necessárias ao doente para cumprir o plano acordado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Partilha de informação com doente	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
54. Nesta fase final da consulta online, informo o doente que a mesma está a terminar (ex: “Estamos a acabar, ainda temos alguns minutos,...”).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55. Resumo com o doente os pontos principais do plano.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56. Confirmo com o doente se compreendeu o plano e se está de acordo com o combinado fazer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57. Manifesto a minha disponibilidade fora do horário de consultas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58. Disponibilizo o número de telefone/telemóvel da clínica/entidade empregadora ao doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

59. Disponibilizo o meu número de telefone/telemóvel particular/pessoal ao doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
60. Disponibilizo o meu e-mail profissional ao doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
61. Disponibilizo o meu e-mail clínica/entidade empregadora ao doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
62. Agendo, de acordo com a minha disponibilidade e preferência do doente, a consulta de seguimento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
63. Termina a consulta tranquilizando o doente (ex. "Estarei disponível, se precisar") e de forma personalizada (ex. "Tive muito gosto em conversar consigo...")	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Na sua opinião as consultas por telefone/telemóvel:	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
São para manter de forma exclusiva.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São para manter, como complemento às consultas presenciais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São para eliminar da minha prática	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São para adequar às situações dos doentes (económica, deslocação, acesso a meios técnicos,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São válidas apenas para iniciar um processo (1.ª consulta).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São válidas apenas para as consultas de seguimento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São apenas para terminar processos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Na sua opinião a consulta por vídeo consulta	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
São para manter de forma exclusiva.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São para manter, como complemento às consultas presenciais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São para eliminar da minha prática	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São para adequar às situações dos doentes (económica, deslocação, acesso a meios técnicos,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São válidas apenas para iniciar um processo (1.ª consulta).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

São válidas apenas para as consultas de seguimento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
São apenas para terminar processos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Como profissional, como se sentiu em relação às consultas por telefone/telemóvel e vídeo-consultas:	Discordo totalmente	Concordo parcialmente	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
Antes da pandemia, já realizava consultas por telefone/telemóvel e vídeo consultas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Não estava familiarizado/a com as tecnologias e programas para as vídeo consultas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Não me senti confortável em realizar consultas através de computadores/telemóvel/telefone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Senti-me mais confortável em realizar consultas através de computadores/telemóvel/telefone do que presencialmente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Senti-me igualmente confortável em realizar consultas em relação às consultas presenciais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Como profissional, qual a sua opinião em relação à perspectiva do doente.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
Os doentes não se sentem confortáveis em realizar consultas através de computadores/telemóvel/telefone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Os doentes sentem-se mais confortáveis em relação às consultas presenciais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Os doentes sentem-se igualmente confortáveis em relação às consultas presenciais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Em comparação com as consultas presenciais, nas consultas por telefone/telemóvel/vídeo consulta:	Discordo totalmente	Concordo parcialmente	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
O tempo foi suficiente para trabalhar todos os assuntos necessários.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Há obstáculos e interrupções (falha áudio/câmara, falha rede,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

A comunicação é mais eficaz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Obtive melhores resultados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Permite melhor periodicidade/regularidade das consultas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aumento da carga de trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Adequado	Satisfeito	Muito satisfeito	Não se aplica
De forma geral, indique o seu grau de satisfação com as consultas presenciais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De forma geral, indique o seu grau de satisfação com as consultas via telefone/telemóvel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De forma geral, indique o seu grau de satisfação com as vídeo consultas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Parecer da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Perceção dos padrões de comunicação, satisfação e qualidade da consulta não presencial de nutrição durante a pandemia COVID-19

Nome da Investigadora Principal: Dra. Joana Rita Rosendo Dias Moreira, licenciada em Ciências da Nutrição

Onde decorre o Estudo: Na FMUP

Objectivos do Estudo:

Avaliar a experiência dos nutricionistas durante as consultas não presenciais (online, telefone e telemóvel). Avaliar as estratégias de comunicação adotadas pelos nutricionistas durante as consultas não presenciais (online, telefone e telemóvel) durante a Pandemia Covid-19.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Comunicação Clínica da FMUP, sob orientação da Prof.^a Doutora Margarida Maria Carvalho de Figueiredo Braga.

Conceção e Pertinência do estudo:

Pretende-se com o presente estudo identificar os meios de comunicação adotados pelos nutricionistas para comunicar com os seus doentes durante a Pandemia Covid-19; comparar o panorama profissional, antes e durante a pandemia, no que diz respeito ao fluxo de trabalho (número médio de horas semanais, número médio consultas e duração consultas); identificar o tipo de preparação dos nutricionistas para iniciar as consultas não presenciais – online, telefone e telemóvel; identificar os padrões de comunicação usados pelos nutricionistas nas diferentes etapas de uma consulta - início da consulta, durante a recolha de informação, durante o exame físico, partilha de informação com o doente; perceber qual a opinião dos nutricionistas e como se sentiram relativamente às consultas online, por telefone e telemóvel; identificar a perceção dos nutricionistas e relação à perspetiva do doente em relação às consultas não presenciais - online e por telefone/telemóvel; comparar as consultas presenciais com as consultas não presenciais relativamente à comunicação, resultados e carga de trabalho; perceber o grau de satisfação dos nutricionistas relativamente às consultas não presenciais - online e por telefone/telemóvel e presenciais.

O questionário, construído após uma revisão literária com base nos objetivos do estudo, será utilizado sob a forma digital, com recurso à plataforma *Google Forms*, e será enviado para contactos pessoais/profissionais da investigadora, com recurso a base de dados da Ordem dos Nutricionistas, e de instituições de ensino das Ciências da Nutrição, e redes sociais, nomeadamente grupos específicos da área da Nutrição Clínica.

Os resultados permitirão conhecer as estratégias de comunicação e a perceção dos nutricionistas sobre as vantagens e limitações deste tipo de consultas. Este conhecimento poderá informar linhas de orientação e boas práticas para os nutricionistas, aumentando a aceitabilidade deste tipo de consulta.

Benefício/risco:

O único incómodo para os participantes será o tempo dispensado no preenchimento do questionário *online*.

Confidencialidade dos dados:

Os questionários serão anónimos e os dados recolhidos serão codificados.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação ao participante e de modelo de CI.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: maio de 2021

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projeto de investigação.

Porto, 18 de setembro de 2020

O Relator da CE, Doutor Pedro Brito





Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Perceção dos padrões de comunicação, satisfação e qualidade da consulta não presencial de nutrição durante

Nome do investigador: Joana Rita Rosendo Dias Moreira

Endereço eletrónico: jrita.moreira@gmail.com

Contacto telefónico: 916992969

Caracterização da investigação:

☐ Estudo retrospectivo

☒ Estudo observacional

☐ Estudo prospetivo

☐ Inquérito

☐ Outro. Qual? _____

Tipo de investigação:

☐ Com intervenção

☒ Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): ☐ Sim ☒ Não

Promotor (se aplicável): _____

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Margarida Maria Carvalho de Figueiredo Braga

Endereço eletrónico: mmfb@med.up.pt

Local/locais onde se realiza a investigação: _____

Data prevista para início: 20 / 09 / 2020

Data prevista para o término: 01 / 05 / 2021

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

Avaliar a experiência dos nutricionistas durante as consultas não presenciais (online, telefone e telemóvel).

Avaliar as estratégias de comunicação adotadas pelos nutricionistas durante as consultas não presenciais (online, telefone e telemóvel) durante a Pandemia Covid-19.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos):

Os resultados permitirão conhecer as estratégias de comunicação e a perceção dos nutricionistas sobre as vantagens e limitações deste tipo de consultas. Este conhecimento poderá informar linhas de orientação e boas práticas para os nutricionistas, aumentando a aceitabilidade deste tipo de consulta.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

Os questionários serão anónimos e os dados recolhidos serão codificados.

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico?

☐ Sim ☒ Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes?

☐ Sim ☒ Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização?

☐ Sim ☐ Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: ☐ Sim ☒ Não

Voluntários saudáveis: ☒ Sim ☐ Não

Menores de 18 anos: ☐ Sim ☒ Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia:

☐ Sim ☐ Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado:

☒ Sim ☐ Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

Existe informação escrita aos participantes: ☒ Sim ☐ Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

☒ Investigador ☐ Promotor ☐ Ambos ☐ Serviço onde é realizado

☐ Não aplicável

Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Riscos/incómodos previsíveis:

O único incómodo para os participantes será o tempo dispensado no preenchimento do questionário que se tentou colmatar com o formato online para evitar deslocações

São dadas contrapartidas aos participantes:

- pela participação ☐ Sim ☒ Não ☐ Não aplicável

- pelas deslocações ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

- pelas faltas ao emprego ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

- por outras perdas e danos ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

☒ Investigador ☐ Promotor ☐ Serviço onde é realizado

☐ Não aplicável

Outro: _____

Existe protocolo financeiro? ☐ Sim ☒ Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- ☐ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- ☐ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- ☒ Protocolo do estudo
- ☐ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- ☐ Profissional de ligação
- ☐ Informação dos orientadores
- ☒ Informação ao participante
- ☒ Modelo de consentimento
- ☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): protótipo em formato word do inquérito online
- ☒ Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- ☐ Protocolo financeiro
- ☐ Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 11 de setembro de 2020
Nome legível: Joana Rita Rosendo Dias Moreira


Assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/FMUP

Emitido na reunião plenária da CE de 12/09/2020

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.



Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética