

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de pesquisa: Processos Saúde-doença em Contextos Institucionais

Bruna Madrid da Rosa

**Comportamento comunicativo e percepção da doença na oncologia:
visão de médicos e pacientes**

Orientadora:
Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo, junho de 2017

BRUNA MADRID DA ROSA

**Comportamento comunicativo e percepção da doença na oncologia:
visão de médicos e pacientes**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora:
Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo, junho de 2017

R788c Rosa, Bruna Madrid da.
Comportamento comunicativo e percepção da doença
na oncologia : visão de médicos e pacientes / Bruna Madrid
da Rosa. – 2017.
72 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
2017.

"Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro."

1. Relação médico-paciente. 2. Comunicação. 3. Neoplasias.
4. Percepção da doença. I. Título.

CDU 159.9

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

*“Todos elogiam o sonho, que é o
descansar da vida. Mas é o contrário,
Doutor. A gente precisa do viver para
descansar dos sonhos”.*

Mia Couto

*Este trabalho é dedicado
especialmente ao meu amor
Claudio, por seu apoio
incondicional ao longo
desta jornada.*

AGRADECIMENTOS

Ao Cláudio, meu companheiro, amor, parceiro, amigo e grande apoiador deste sonho. Obrigada pela paciência, pelo apoio incondicional durante os momentos em que precisei estar ausente. Obrigada pelos abraços e palavras de incentivo.

Aos pacientes que aceitaram doar um pouco do seu tempo e energia respondendo aos questionários e tornando esta pesquisa possível. Aos médicos que me ajudaram, não apenas respondendo a pesquisa, mas me indicando artigos e materiais. Obrigada também pelas conversas esclarecedoras que contribuíram muito para meu entendimento a respeito do câncer e da prática médica. Às Instituições que abriram suas portas e acreditaram no meu trabalho, possibilitando a coleta de dados com os pacientes.

À minha orientadora Profa. Elisa, que me acolheu no seu grupo de pesquisa e por ter me proporcionado ótimas experiências relacionadas à ciência. Obrigada por estar disponível para me auxiliar sempre que precisei.

À Lisa, por ser minha parceira incansável enquanto estava escrevendo e estudando, me olhando e sempre pertinho. Prometo recompensar minha ausência nos passeios.

Às minhas colegas de trajetória, Ana Luísa Dornel e Luciane Linden, pelo carinho, amizade sincera, cafés e almoços regados a risadas e muito companheirismo. Meus presentes do mestrado.

Aos meus amigos e familiares por entenderem minhas ausências e torcerem por mim em todos os momentos. Em especial à minha sogra, Liane, pelo apoio na busca por participantes durante a coleta de dados.

Aos professores da banca, pela dedicação e cuidado com que contribuíram para meu projeto. Sinto-me honrada em contar com profissionais que tanto admiro para fazer parte deste trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| RESUMO | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| APRESENTAÇÃO | 5 |
| | |
| SEÇÃO I- COMPORTAMENTO COMUNICATIVO EM ONCOLOGIA: VISÃO DE MÉDICOS E PACIENTES | 7 |
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 MÉTODO | 10 |
| 2.2 Participantes | 10 |
| 2.3 Instrumentos | 11 |
| 2.4 Procedimentos e delineamento | 12 |
| 2.5 Análise de dados | 14 |
| 3 RESULTADOS | 14 |
| 3.1 Análises descritivas | 14 |
| 3.1.1 <i>Dados biossociodemográficos da amostra</i> | 14 |
| 3.1.2 <i>Comportamento comunicativo do médico</i> | 16 |
| 4 DISCUSSÃO | 22 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 |
| REFERÊNCIAS | 30 |
| | |
| SEÇÃO II- COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: O QUE O MÉDICO DEVE INFORMAR AO PACIENTE? | 32 |
| 5 INTRODUÇÃO | 33 |
| 6 MÉTODO | 38 |
| 6.1 Participantes | 38 |
| 6.2 Instrumentos | 39 |
| 6.3 Procedimentos e delineamento | 40 |
| 6.4 Análise de dados | 42 |
| 7 RESULTADOS | 42 |
| 7.1 Análises descritivas | 42 |
| 7.1.1 <i>Dados sociodemográficos e clínicos da amostra</i> | 42 |
| 7.1.2 <i>Percepções sobre as informações dadas no diagnóstico a partir das dimensões do MSC</i> | 45 |
| 7.1.3 <i>Comparações entre as dimensões do modelo de senso comum e a comunicação do diagnóstico e variáveis sociodemográficas</i> | 46 |
| 8 DISCUSSÃO | 48 |
| CONCLUSÃO | 55 |
| REFERÊNCIAS | 56 |
| | |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO | 60 |
| | |
| APÊNDICE A - Parecer consubstanciado do CEP | 64 |
| APÊNDICE B- Dados sociodemográficos e clínicos - paciente | 65 |
| APÊNDICE C- Dados sociodemográficos- profissionais da saúde | 66 |
| APÊNDICE D - Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão para pacientes – profissional | 67 |

| | |
|--|----|
| APÊNDICE E- Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão para profissionais da saúde – profissional _____ | 69 |
| APÊNDICE F - Questionário das percepções das informações fornecidas pelo profissional de saúde – versão paciente _____ | 71 |
| APÊNDICE G - Questionário das percepções das informações fornecidas pelo profissional de saúde – versão profissionais _____ | 72 |

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra | 15 |
| Tabela 2: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do instrumento QCCM por grupo (Médico/Paciente) | 16 |
| Tabela 3: Dimensão Desafio do instrumento QCCM | 18 |
| Tabela 4: Dimensão Encorajamento e elogio do instrumento QCCM | 18 |
| Tabela 5: Dimensão Apoio não-verbal do instrumento QCCM | 19 |
| Tabela 6: Dimensão compreensão e relação amigável do instrumento QCCM | 19 |
| Tabela 7: Dimensão Controle do instrumento QCCM | 20 |
| Figura 1: Respostas de pacientes e médicos do QCCM | 21 |
| Tabela 8: Dados sociodemográficos da amostra | 43 |
| Tabela 9: Distribuição absoluta e relativa para a totalização das respostas (por categorias) de cada instrumento | 44 |
| Tabela 10: Respostas baseadas nas dimensões do MSC | 45 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|----------|--|
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| DP | Desvio Padrão |
| Dra | Doutora |
| MSC | Modelo do Senso Comum |
| Profa. | Professora |
| QCCM | Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNISINOS | Universidade do Vale do Rio dos Sinos |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

COMPORTAMENTO COMUNICATIVO E PERCEPÇÃO DA DOENÇA NA ONCOLOGIA: VISÃO DE MÉDICOS E PACIENTES

RESUMO

Esta dissertação é composta por dois artigos empíricos derivados de um projeto de pesquisa realizado sobre a percepção do comportamento comunicativo do médico que atua na oncologia, através da visão de médicos e pacientes. No primeiro artigo, avaliou-se a percepção de médicos e pacientes em relação ao comportamento comunicativo do médico referente às dimensões desafio, encorajamento e elogio, apoio não-verbal, compreensão e relação amigável, e controle. No segundo artigo, foi avaliada a comunicação do médico, também sob a perspectiva de médicos e pacientes, em relação às dimensões que compõem a percepção da doença a partir do Modelo do Senso-comum (identidade, causas, consequências, duração, controle, coerência e representação emocional). Ambos os estudos tiveram delineamento transversal observacional. Participaram dos estudos 68 pacientes adultos, com diagnóstico de câncer de diversos tipos e estágios da doença. Também participaram 58 médicos que atuavam há pelo menos um ano na área da oncologia. No estudo 1, os resultados revelaram que as percepções de médicos e pacientes divergiram em relação às dimensões desafio, encorajamento e elogio e controle, revelando que os médicos acreditam que estimulam os pacientes a se expressarem nas consultas, encorajam a seguir o tratamento proposto e constroem conjuntamente o tratamento, ao contrário das percepções dos pacientes. No estudo 2, os resultados revelaram que também houve diferenças significativas em relação às percepções de médicos e pacientes referentes às percepções da doença na comunicação do médico. Observou-se que os médicos acreditam que comunicam sobre os sintomas, causas, consequências, duração e controle da doença aos pacientes, enquanto os pacientes não percebem desta maneira, demonstrando uma distância na comunicação entre eles. Conclui-se que as avaliações que os médicos fazem de sua comunicação se mostra mais positiva do que a forma como os pacientes a percebem.

Palavras-chave: relação médico-paciente, comunicação, neoplasias, percepção da doença

COMMUNICATIVE BEHAVIOR AND DISEASE PERCEPTION IN ONCOLOGY: PHYSICIANS AND PATIENTS PERSPECTIVE

ABSTRACT

This dissertation is composed of two empirical articles derived from a research project developed on the perception of the Oncology physician's communicative behavior, through the perception of doctors and patients. In the first article, it was evaluated the perception of physicians and patients regarding the communicative behavior of the physician concerning the dimensions of challenge; encouragement and praise; non-verbal support; understanding; and friendly relationship and control. In the second article, the physician's communication, also from the perspective of physicians and patients, was evaluated regarding the disease perception dimensions from the Common - Sense Model (identity, causes, consequences, duration, control, coherence and emotional representation). Both studies had an observational cross-sectional design. A total of 68 adult patients with a cancer diagnosis of various types and stages of the disease participated in the study. The participants were also 58 physicians who had been working for at least one year in the field of Oncology. In study 1, the results revealed that physicians and patients perceptions diverged in relation to the dimensions of challenge, encouragement and praise, and control, revealing that physicians believe they stimulate patients to express themselves in the appointments, encourage them to follow the proposed treatment and work together in the medical care, unlike patients' perceptions. In study 2, the results also revealed significant differences regarding the perceptions of physicians and patients regarding the perceptions of the disease in the physician's communication. It was observed that the physicians believed they communicate symptoms, causes, consequences, duration and disease control to patients, while patients did not perceive the same way, demonstrating a distance in communication between them. It is concluded that the evaluations the doctors made of their communication were shown more positive than the patients perception.

Key-words: physician-patient relationship, communication, neoplasias, disease perception

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação refere-se a uma pesquisa que investigou a percepção de médicos que atuam na oncologia e de pacientes com câncer em relação ao comportamento comunicativo do médico. O trabalho foi orientado pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, vinculada à linha de pesquisa “Processo de Saúde-Doença em Contextos Institucionais” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O interesse pela temática surgiu a partir da minha inserção no grupo de pesquisa que investiga diferentes temas relacionados à psicologia clínica e da saúde. No início do meu ingresso no mestrado, estava em fase final uma pesquisa qualitativa que investigou a comunicação profissional-paciente em oncologia e que me despertou o interesse em aprofundar essa temática.

Nota-se que o número de pessoas acometidas pelo câncer tem crescido nos últimos anos. Consequentemente, este diagnóstico impacta a vida do paciente e daqueles que o rodeiam. A partir disso, é essencial que seja desenvolvida uma forma de comunicação eficaz em relação aos cuidados e, ao mesmo tempo, acolhedora. A forma como o diagnóstico é comunicado pode impactar o paciente desde aspectos emocionais até a adesão ao tratamento. Assim, entende-se que a comunicação médico-paciente é essencial para contribuir para melhores resultados clínicos e satisfação dos pacientes. Dessa forma, diferentes teorias e pesquisas foram realizadas para chegar nos construtos comportamento comunicativo e percepções da doença a partir do modelo do senso comum, para investigar a comunicação médico-paciente na área da Oncologia. Existem atualmente conhecimentos consistentes sobre as crenças do indivíduo como fundamentais para a adesão a regimes de tratamento (estilo de vida ou medicamentosos)

e da importância das habilidades de comunicação para a compreensão das informações sobre diagnóstico e tratamento.

Assim, o presente estudo está organizado em duas seções: A Seção I compreende um artigo empírico intitulado “Comportamento comunicativo em oncologia: visão de médicos e pacientes”, no qual são apresentados e discutidos os resultados de um estudo investigativo sobre o comportamento comunicativo do médico. A seção II compreende um artigo empírico denominado “Comunicação em Oncologia: o que o médico deve informar ao paciente?”, que apresenta os resultados e a discussão de um estudo que investigou a comunicação médico-paciente baseada nas dimensões da percepção da doença.

SEÇÃO I- COMPORTAMENTO COMUNICATIVO EM ONCOLOGIA: VISÃO DE MÉDICOS E PACIENTES

COMMUNICATIVE BEHAVIOR IN ONCOLOGY: PHYSICIANS AND PATIENTS PERSPECTIVE

Resumo: Este estudo foi desenvolvido a fim de examinar e comparar as percepções de médicos e pacientes a respeito do comportamento comunicativo do médico que atua na oncologia. Participaram deste estudo 58 médicos que atuam na oncologia há pelo menos um ano e 68 pacientes adultos, com diagnóstico de câncer, de diversos tipos e estágios da doença. Os participantes responderam a um Questionário sociodemográfico e ao QCCM (Questionário do comportamento comunicativo do médico - versão de médicos e pacientes). Os resultados deste estudo sugerem que as percepções referentes ao comportamento comunicativo do médico se mostraram diferentes em relação à percepção dos próprios profissionais e dos pacientes, sendo que os médicos percebem sua comunicação de forma mais positiva. No que se refere às dimensões desafio, encorajamento e elogio e controle, os médicos se mostraram mais otimistas do que pacientes em relação ao comportamento comunicativo do médico, mostrando que há lacunas na comunicação médico-paciente.

Palavras-chave: comunicação, relação médico-paciente, comunicação em saúde, neoplasias.

Abstract: The purpose of this study was to examine and compare the perceptions of physicians and patients regarding the communicative behavior of the physician who works in Oncology. The participants were 58 physicians who worked in Oncology for at least one year and 68 adult patients with a cancer diagnosis of different types and stages of the disease. Both physicians and patients answered a sociodemographic questionnaire and the PCBQ (Physician Communicative Behavior Questionnaire - versions for doctors and patients). The results suggest that the physician communicative behavior indicated different perceptions between the physicians and the patients, in which the physicians perceived their communication more positively than the patients. Conclusion: In the dimensions of challenge, encouragement and praise, and control, physicians were more optimistic than patients about the physician's communicative behavior, showing there are gaps in physician-patient communication.

Keywords: communication, physician-patient relationship, health communication, neoplasias

1 INTRODUÇÃO

O ser humano é um ser relacional por natureza, visto que se duas pessoas estão no mesmo ambiente, pressupõe-se que haja comunicação. Uma das propriedades da comunicação é a “impossibilidade de não comunicar” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967).

O processo comunicativo se faz fundamental nas mais diversas áreas de interações sociais. Um exemplo relevante é o processo comunicativo entre médico e paciente, em que ambos interagem de forma verbal e não verbal afim de promover um tratamento efetivo e a manutenção da saúde (Croitor, 2010). Existem quatro componentes que nos ajudam a compreender a comunicação em saúde: 1. Objetivos dos participantes; 2. Necessidades, crenças, valores, conhecimentos, habilidades e emoções de cada participante; 3. O processo de comunicação e forma com que as mensagens são enviadas e recebidas; 4. Avaliar o contexto em que a comunicação ocorre. A verificação prévia de todos estes componentes, são essenciais para que a comunicação aconteça de forma mais efetiva (Gutiérrez, Castro & Fernández-Conde, 2014).

A comunicação e as relações interpessoais fazem parte do trabalho do médico, e a qualidade desta relação é que determinará sua eficiência. Na área da saúde, em especial na oncologia, a comunicação efetiva poderá realmente ajudar o paciente a entender e enfrentar seus problemas, perceber a sua participação em busca de alternativas para a solução dos mesmos e também ajudá-lo a buscar novos padrões de comportamento (Frenkel & Cohen, 2014).

O diagnóstico de câncer costuma produzir um forte impacto negativo na vida da pessoa, seja pelo medo dos efeitos adversos do tratamento (ex. perda de cabelo, procedimentos dolorosos, perda de peso, perdas emocionais e sociais) ou pelo intenso medo da morte (Li, Fitzgerald & Rodin, 2012). Desta forma, é essencial que o abalo emocional causado pela doença seja também levado em consideração pelos profissionais da saúde que atuam em oncologia. O estresse psicológico causado pelo impacto do diagnóstico pode ser amenizado através de uma comunicação eficaz e de apoio do seu médico e de toda a equipe (Moore, Rivera Mercado, Grez Artigues & Lawrie, 2013).

O sucesso de qualquer consulta depende de como o paciente e profissional se comunicam entre si. Há fortes evidências de que a qualidade da comunicação está relacionada com resultados clínicos (Gask&Usherwood, 2002). Para ser efetiva, é importante que a comunicação seja bidirecional, ou seja, deve-se obter uma resposta e validação das mensagens emitidas (Silva, 1996). O profissional da saúde tem grande responsabilidade no que acontece com o paciente (emoções, atitudes, intenções), ao verificar ou não o entendimento dele sobre as mensagens emitidas (Silva, 1996). Os pacientes geralmente dão pistas verbais e não verbais sobre seus desconfortos, mesmo quando estes são de ordem psicológica ou social (Gask&Usherwood, 2002).

A comunicação verbal caracteriza-se por ser expressa através de palavras, sejam elas escritas ou faladas (Silva, 1996). Na área de saúde, faz-se essencial que os profissionais se certifiquem de que o paciente realmente entendeu as informações que lhe foram transmitidas. O diálogo envolve, além das palavras, o tom de voz, lentidão ou rapidez do discurso, características verbais e não verbais. Todos estes fatores estão conectados e fazem parte da comunicação entre duas pessoas (Frenkel & Cohen, 2014). A comunicação não verbal pode ser definida pelas informações obtidas por meio de pistas sutis como: gestos, expressões faciais e corporais, postura, distanciamento entre os indivíduos (Silva, 1996). Comunicar-se de forma eficaz é conseguir interpretar todos os sinais que estão subjacentes às palavras. O silêncio, o olhar, a forma de sentar e vestir-se em si, já constituem uma forma de comunicação (Watzlawick et al., 1967).

A comunicação é essencial para o profissional estabelecer uma relação de confiança com o paciente, coletar informações e ajudá-lo nas decisões sobre seus cuidados. Uma das tarefas mais difíceis no tratamento do câncer é determinar a melhor forma de se comunicar com os pacientes e fornecer apoio emocional adequado, de forma que haja empatia, simpatia, escuta, humor, que incentive perguntas e que verifique

a compreensão do paciente (Frenkel & Cohen, 2014). A comunicação técnica com apoio emocional (provisão de informações técnicas relativas ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, considerando também os aspectos emocionais do paciente) favorece a sensação de amparo e a satisfação do paciente oncológico, além de ampliar sua esperança na vida e oferecer conforto perante a morte (Bianchini, 2015).

Uma comunicação efetiva é essencial para a construção de um relacionamento positivo com o paciente, fazendo com que o mesmo se sinta acolhido e cuidado. Atualmente, evidencia-se uma tendência de comunicação médica mais clara, expondo abertamente diagnósticos e prognósticos (Nonino, Magalhães & Falcão, 2012).

As mudanças que vêm acontecendo na sociedade e na área da saúde têm feito com que os pacientes tenham mudado suas expectativas em relação ao médico e sobre como os médicos percebem seus pacientes. Há uma grande ênfase na redução de fatores de riscos de forma a persuadir as pessoas para terem ações preventivas e evitar riscos à saúde. Muitos pacientes querem mais informações sobre o que eles têm e muitos deles também querem participar nas decisões sobre seu tratamento sob a luz das chances de sucesso do tratamento e em relação a efeitos colaterais (Gask & Usherwood, 2002).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi examinar e comparar a percepção de pacientes e médicos a respeito do comportamento comunicativo de médicos que atuam na área da oncologia.

2 MÉTODO

2.2 Participantes

Participaram desse estudo 68 pacientes adultos com idade entre 23 e 79 anos, homens e mulheres, com diagnóstico de câncer de diversos tipos e estágios da doença, e que se interessaram em participar da pesquisa. Também participaram 58 médicos com

idade entre 27 e 64 anos. Grande parte deles tem especialização em oncologia (n=45), homens e mulheres e que trabalham diretamente com pacientes oncológicos há no mínimo um ano.

A amostragem aconteceu por conveniência e através da técnica bola de neve, em que os participantes foram convidados a responder os questionários de forma presencial e online. Foram convidados a participar desse estudo pacientes em tratamento ambulatorial. Os participantes foram adultos acima de 18 anos de idade, homens e mulheres. Somente foram incluídos pacientes que possuíam diagnóstico conclusivo de câncer nos últimos cinco anos. Não foram envolvidos na pesquisa os pacientes que não tinham conhecimento acerca do seu diagnóstico. Foram excluídos aqueles que não apresentavam condições de saúde adequadas para responderem aos questionários (dificuldades de audição, fala, fraqueza), conforme orientação da equipe médica. Todos os médicos oncologistas e residentes em oncologia foram convidados a participar da pesquisa de forma online. Como critério de inclusão dos profissionais, foi requerido atuação de pelo menos um ano na oncologia. Foram convidados em torno de 250 profissionais e 150 pacientes.

2.3 Instrumentos

1. Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes (APÊNDICEB): fornecidos por autorrelatos, que investigou aspectos relacionados à idade do paciente, sexo, diagnóstico, tempo de diagnóstico, comorbidades etc.

2. Questionário dos dados sociodemográficos dos médicos (APÊNDICEC): levantou dados sobre idade, sexo, especialidade, tempo de atuação profissional na Instituição e carga horária de trabalho.

3. Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM) – versão paciente e versão profissional (Croitor, 2010; APÊNDICE D): O instrumento, baseado no Teacher Communication Behavior Questionnaire (TCBQ), analisa a percepção dos pacientes e dos próprios profissionais em relação ao comportamento comunicativo do médico. Este instrumento contém perguntas sobre a interação que o paciente tem com o médico durante a consulta. É composto por 23 questões divididas em cinco escalas que são: desafio (α 0,65); encorajamento e elogio (α 0,75); apoio não verbal(α 0,90); compreensão e relação amigável(α 0,86), e controle (α 0,70). As respostas são informadas a partir de uma escala Likert de 1 (um) (discordo plenamente) a 5 (cinco) (concordo plenamente). Neste estudo, a ordem foi invertida ao passar a base de dados SPSS, portando, deve-se considerar: 1 (um) (concordo plenamente) a 5 (cinco) (discordo plenamente). Assim, foi investigada a frequência em que cada interação aconteceu a partir das lembranças dos pacientes em relação ao comportamento comunicativo do médico durante as consultas. A análise de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala original total é de 0,87. Nesse estudo, o alfa encontrado da escala total foi de 0,94 (e as dimensões variaram de 0,65 a 0,90).

2.4 Procedimentos e delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento observacional transversal e de comparação de grupos médicos x pacientes (Creswell, 2010). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (CEP 16/008).

Os pacientes e médicos foram convidados a participar da pesquisa através de redes sociais e e-mails. Inicialmente, o convite para participação na pesquisa foi divulgado na página do grupo de pesquisa do qual a autora faz parte – Grupo de Estudos

Avançados em Psicologia da Saúde – GEAPSA/UNISINOS (<https://www.facebook.com/geapsa/>) e também através de e-mails de contatos que a pesquisadora possuía. Foi solicitado que as pessoas divulgassem o link para participação da pesquisa entre os seus contatos, a fim de obter a amostra pretendida.

O convite para participação na pesquisa teve um link em que o participante abria e estava disponível o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online e, em seguida, os instrumentos a serem respondidos. Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e também receberam esclarecimentos sobre o caráter voluntário da participação e garantia de sigilo dos dados de identificação. A partir disso, os pacientes e profissionais que concordaram participar da pesquisa assinaram de forma online o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após, responderam aos instrumentos. O tempo médio para preencher os questionários foi de 20 minutos por pessoa.

A coleta de dados com os pacientes aconteceu de forma presencial entre os participantes que estavam em tratamento em um hospital do interior do Rio Grande do Sul que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com pacientes vinculados a uma Organização Não-governamental (ONG) de Porto Alegre voltada para o apoio de pacientes com câncer e também com coletas online através de uma rede social (Facebook). A pesquisa foi realizada através de formulário online (google docs) e de uma página (<http://comunicacao-em-oncologia-pacientes.webnode.com.br/>) para divulgação nas redes sociais. As coletas presenciais foram realizadas no período de julho de 2016 a setembro de 2016 e as coletas via redes sociais aconteceram de agosto de 2016 a janeiro de 2017. No hospital a coleta foi realizada enquanto os pacientes realizavam o procedimento de quimioterapia. Na ONG, foi realizada na sala de atendimento da sede. Na presencial a pesquisadora preenchia o formulário no google

docs no notebook. A coleta online aconteceu por conveniência, em que a pesquisadora entrou em contato com grupos relacionados ao câncer na rede social, convidando os membros para participar da pesquisa. O total de participantes das coletas presenciais foi em torno de 30 pacientes. As coletas online aconteceram durante todo o período de coleta.

2.5 Análise de dados

Todos os dados obtidos através dos instrumentos foram tabulados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0. Foram realizadas análises descritivas dos questionários (médias, desvio padrão, frequência, porcentagens). Para a estatística inferencial, foi utilizado o qui-quadrado e teste t para comparação de grupos. Foram feitas análises de correlação entre as variáveis e de comparação dos grupos quanto à comunicação (profissionais e pacientes). Para todas as análises foi utilizado um valor de $p \leq 0,05$.

3 RESULTADOS

3.1 Análises descritivas

3.1.1 Dados biossociodemográficos da amostra:

Participaram do estudo 58 médicos que atuam na área da Oncologia em diversos Estados Brasileiros. A média de tempo de prática profissional foi de 15,98 anos (dp = 8,77) e de atuação em oncologia foi de 12,21 anos (dp = 8,68). Apenas 1 (um) dos participantes era residente. O maior tempo de prática profissional na oncologia foi de 42 anos. O profissional mais jovem tinha, na data da coleta, 27 anos e o mais velho 64 anos. Também fizeram parte da amostra 68 pacientes adultos com diagnóstico de câncer

em diversos estágios da doença. O paciente mais jovem tinha 23 anos e o mais velho 79

Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra

| Tipo participante | | Médicos | | Pacientes | |
|----------------------|--------------------|---------|-------|-----------|-------|
| | | n (58) | | n (68) | |
| Idade média | | M | DP | M | DP |
| | | 42 | 8,806 | 50,09 | 13,35 |
| Frequência/Percentil | | F | % | F | % |
| Sexo | Feminino | 11 | 19 | 57 | 83,8 |
| | Masculino | 47 | 81 | 11 | 16,2 |
| Estado | RS | 21 | 36,2 | 40 | 58,8 |
| | SP | 15 | 25,9 | 13 | 19,1 |
| | Outros Estados | 22 | 37,9 | 15 | 22,1 |
| Escolaridade | Ensino Fundamental | 0 | 0 | 21 | 30,9 |
| | Ensino Médio | 0 | 0 | 11 | 16,2 |
| | Ensino Superior | 6 | 10,3 | 36 | 52,9 |
| | Especialização | 28 | 48,3 | 0 | 0 |
| | Mestrado | 12 | 20,7 | 0 | 0 |
| | Doutorado | 12 | 20,7 | 0 | 0 |

anos (tabela 1).

Buscando totalizar as respostas do instrumento QCCM, foi realizado um agrupamento das respostas de cada categoria, obtendo-se desta forma uma única variável representando a totalização. As respostas de todas as 23 questões apontaram que, das 1334 respostas do grupo dos profissionais 51,7% (n=690) referiram-se à categoria *sempre*; 35,6% (n=475) e *frequentemente* e 10,3% (n=138) a categoria *às vezes*.

Sobre os resultados no grupo dos pacientes, verificou-se que das 1564 respostas computadas predominaram as classificações também apontadas pelos profissionais [*sempre* – 53,0% (n=829); *frequentemente* – 18,1 (n=283) e *às vezes* – 14,3% (n=223)]. No entanto, as diferenças que se mostraram significativas devem-se as categorias de respostas que indicaram as menores frequências, onde 5,8% (n=90) dos pacientes relataram a categoria de resposta *raramente*, enquanto que entre os profissionais esta

proporção foi de 2,0% (n=27). Da mesma forma para a categoria *nunca*, com proporções para profissionais e pacientes de 0,3% (n=4) e 8,9% (n=139).

Tomando-se o resultado significativo do teste Qui-quadrado ($\chi^2_5=66,683$; $p<0,001$) para esta comparação e, assumindo o poder amostral de 80% e um nível de significância de 5%, o tamanho mínimo de amostra necessário deve ser de 123 casos.

Desta forma, há evidências de que o tamanho de amostra considerado neste estudo seja representativo para reproduzir com robustez e fidelidade as decisões estatísticas referentes ao teste Qui-quadrado de Pearson (ou Exato de Fisher).

3.1.2. Comportamento comunicativo do médico

Na tabela 2, observa-se que houve diferenças significativas entre os grupos em três das cinco dimensões. De acordo com os resultados obtidos através do teste qui-quadrado e *test t* de comparação de grupos, pode-se evidenciar que os pacientes percebem com menos otimismo a forma de comunicar dos médicos do que os próprios profissionais. As dimensões que apresentaram diferenças significativas foram: Desafio, Encorajamento e elogio e Controle, conforme tabela 2.

Tabela 2: Média, desvio padrão e mediana para as dimensões do instrumento QCCM por grupo (Médico/Paciente)

| Dimensões | Médicos (n=58) | | | Pacientes (n=68) | | | t-Student* | p< |
|--------------------------------|----------------|------|---------|------------------|------|---------|------------|--------|
| | Média | DP | Mediana | Média | DP | Mediana | | |
| Desafio | 1,82 | 0,48 | 1,67 | 2,35 | 1,03 | 2,33 | -3,799 | <0,001 |
| Encorajamento e elogio | 1,70 | 0,53 | 1,67 | 2,38 | 1,19 | 2,00 | -4,259 | <0,001 |
| Apoio não verbal | 1,66 | 0,48 | 1,60 | 1,93 | 1,09 | 1,40 | -1,797 | 0,076 |
| Compreensão e relação amigável | 1,51 | 0,31 | 1,50 | 1,66 | 0,69 | 1,50 | -1,614 | 0,110 |
| Controle | 1,82 | 0,67 | 1,50 | 2,71 | 1,26 | 2,50 | -5,078 | <0,001 |

*Assumindo heterogeneidade de variâncias

As dimensões que apresentaram diferenças significativas (desafio, encorajamento e elogio, e controle) representam que os médicos tiveram uma frequência de respostas maior nos itens sempre e frequentemente e os pacientes tiveram uma frequência maior em nunca e raramente. Isto significa que a percepção que os médicos têm a respeito do seu comportamento comunicativo tende a ser mais otimista do que a percepção que os pacientes têm do comportamento comunicativo do médico nestas dimensões.

A dimensão Desafio inclui questões como a linguagem utilizada pelo médico, se o médico verifica se o paciente entendeu as informações, se ele encoraja o paciente a seguir o tratamento proposto. A maior parte dos médicos responderam que sempre e frequentemente agem desta forma, enquanto os pacientes responderam com maior frequência que nunca ou raramente se comportam assim.

Em relação a dimensão Encorajamento e elogio, os resultados refletiram que as principais diferenças em relação às percepções de médicos e pacientes se referem a quanto o médico estimula o paciente a compreender sua doença e como este deve proceder a partir do momento da consulta, os médicos possuem uma percepção de que fazem, já os pacientes não percebem desta forma. Outro ponto que difere entre médicos e pacientes é o quanto o médico analisa a construção do tratamento, o respeito à subjetividade do paciente e se o paciente é encorajado a se expressar durante o tratamento. Na dimensão Apoio não verbal, que se refere a quanto o médico demonstra interesse pelo que paciente relata através de gestos corporais, não apresentou diferenças significativas, o que sugere que as respostas estão mais próximas. Na dimensão Compreensão e relação amigável, também não foram encontradas diferenças significativas entre a percepção de médicos e pacientes, refletindo que ambos percebem

que o médico se preocupa em estabelecer uma relação amigável com o paciente. E por fim, em relação à dimensão controle, também há diferenças significativas entre as percepções de médicos e pacientes no que se refere ao médico procurar construir o tratamento juntamente com o paciente.

As respostas destas questões pelos pacientes demonstram que as percepções de pacientes e médicos não estão alinhadas em relação ao comportamento comunicativo do médico, mostrando uma possível dificuldade na comunicação.

Tabela 3. Dimensão Desafio do instrumento QCCM

| Desafio | Classificações | | | | | | | | | | p |
|---|----------------|------|-----------------|------|----------|------|-----------|------|-------|------|--------|
| | Sempre | | Frequente mente | | Às vezes | | Raramente | | Nunca | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| QCCM1. | | | | | | | | | | | <0,001 |
| Médico | 36 | 62,1 | 20 | 34,5 | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 | 0 | 0 | |
| Paciente | 36 | 52,9 | 7 | 10,3 | 16 | 23,5 | 6 | 8,8 | 3 | 4,4 | |
| QCCM2. | | | | | | | | | | | <0,001 |
| Médico | 8 | 13,8 | 14 | 24,1 | 24 | 41,4 | 10 | 17,2 | 2 | 3,4 | |
| Paciente | 14 | 20,6 | 8 | 11,8 | 3 | 4,4 | 7 | 10,3 | 36 | 54,0 | |
| QCCM3. | | | | | | | | | | | <0,05 |
| Médico | 41 | 70,7 | 17 | 29,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Paciente | 53 | 77,9 | 8 | 11,8 | 4 | 5,9 | 1 | 1,5 | 2 | 2,9 | |
| QCCM1. O seu médico faz perguntas para ver se você entendeu o seu problema? | | | | | | | | | | | |
| QCCM2. Ele pede para você explicar com suas próprias palavras sobre seu tratamento? | | | | | | | | | | | |
| QCCM3. Ele incentiva você a seguir o tratamento proposto? | | | | | | | | | | | |

A seguir, especifica-se os resultados de cada dimensão nas tabelas 3, 4, 5, 6 e 7.

Tabela 4. Dimensão Encorajamento e elogio do instrumento QCCM

| Encorajamento e elogio | Classificações | | | | | | | | | | p |
|------------------------|----------------|------|-----------------|------|----------|------|-----------|------|-------|------|--------|
| | Sempre | | Frequente mente | | As vezes | | Raramente | | Nunca | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| QCCM4. | | | | | | | | | | | <0,001 |
| Médico | 22 | 37,9 | 23 | 39,7 | 9 | 15,5 | 3 | 5,2 | 1 | 1,7 | |
| Paciente | 18 | 26,5 | 11 | 16,2 | 13 | 19,1 | 12 | 17,6 | 14 | 20,6 | |
| QCCM5. | | | | | | | | | | | <0,009 |
| Médico | 40 | 69,0 | 12 | 20,7 | 6 | 10,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Paciente | 39 | 57,4 | 7 | 10,3 | 11 | 16,2 | 5 | 7,4 | 6 | 8,8 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|------|---|------|---|-----|--------|
| Médico | 51 | 87,9 | 5 | 8,6 | 2 | 3,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Paciente | 51 | 75,0 | 11 | 16,2 | 5 | 7,4 | 1 | 1,5 | 0 | 0 | |
| QCCM14. | | | | | | | | | | | |
| Médico | 49 | 84,5 | 8 | 13,8 | 1 | 1,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | <0,571 |
| Paciente | 50 | 73,5 | 13 | 19,1 | 3 | 4,4 | 1 | 1,5 | 1 | 1,5 | |
| QCCM15. | | | | | | | | | | | |
| Médico | 11 | 19,0 | 36 | 62,1 | 11 | 19,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | <0,001 |
| Paciente | 25 | 36,8 | 17 | 25,0 | 18 | 26,5 | 2 | 2,9 | 6 | 8,8 | |
| QCCM16. | | | | | | | | | | | |
| Médico | 25 | 43,1 | 30 | 51,7 | 3 | 5,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | <0,001 |
| Paciente | 49 | 72,1 | 10 | 14,7 | 9 | 13,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| QCCM17. | | | | | | | | | | | |
| Médico | 32 | 55,2 | 24 | 41,4 | 2 | 3,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | <0,001 |
| Paciente | 54 | 79,4 | 6 | 8,8 | 5 | 7,4 | 3 | 4,4 | 0 | 0 | |
| QCCM18. | | | | | | | | | | | |
| Médico | 53 | 91,4 | 4 | 6,9 | 1 | 1,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | <0,006 |
| Paciente | 36 | 52,9 | 19 | 27,9 | 10 | 14,7 | 2 | 2,9 | 1 | 1,5 | |
| QCCM19. | | | | | | | | | | | |
| Médico | 46 | 79,3 | 12 | 20,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | <0,002 |
| Paciente | 43 | 63,2 | 12 | 17,6 | 9 | 13,2 | 2 | 2,9 | 2 | 2,9 | |
| QCCM20. | | | | | | | | | | | |
| Médico | 29 | 50,0 | 28 | 48,3 | 1 | 1,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | <0,018 |
| Paciente | 43 | 63,2 | 14 | 20,6 | 8 | 11,8 | 3 | 4,4 | 0 | 0 | |
| QCCM21. | | | | | | | | | | | |
| Médico | 36 | 62,1 | 16 | 27,6 | 4 | 6,9 | 2 | 3,4 | 0 | 0 | <0,018 |
| Paciente | 30 | 44,1 | 14 | 20,6 | 11 | 16,2 | 7 | 10,3 | 6 | 8,8 | |
| QCCM12. O seu médico confia em você? | | | | | | | | | | | |
| QCCM13. Ele explica novamente o que você não entendeu? | | | | | | | | | | | |
| QCCM14. Ele escuta se você tem algo a dizer? | | | | | | | | | | | |
| QCCM15. Ele percebe quando você não entende? | | | | | | | | | | | |
| QCCM16. Ele é paciente com você? | | | | | | | | | | | |
| QCCM17. Ele é amigável com você? | | | | | | | | | | | |
| QCCM18. Ele se preocupa com você? | | | | | | | | | | | |
| QCCM19. Ele é alguém com quem você pode contar? | | | | | | | | | | | |
| QCCM20. Ele usa uma linguagem que você entende? | | | | | | | | | | | |
| QCCM21. Ele se preocupa com seus medos e suas ansiedades? | | | | | | | | | | | |

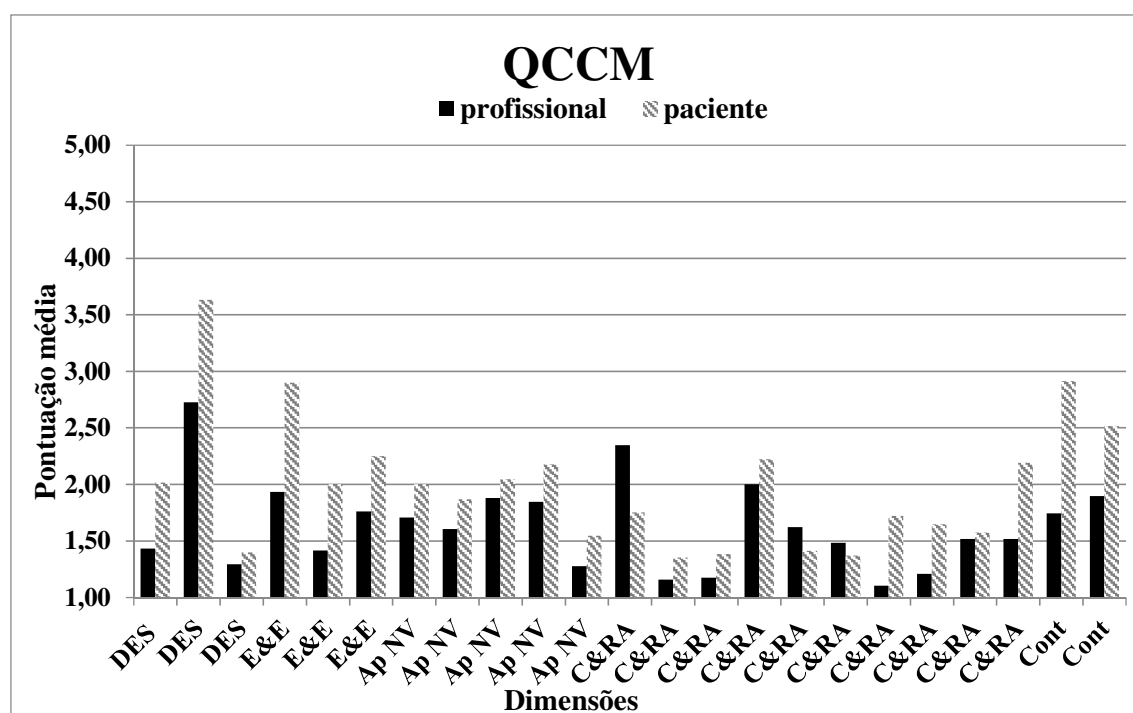
Tabela 7. Dimensão Controle do instrumento QCCM

| Controle | Classificações | | | | | p |
|----------|----------------|--------------------|----------|-----------|-------|---|
| | Sempre | Frequente mente | Às vezes | Raramente | Nunca | |

| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
|---|----|------|----|------|----|------|---|------|----|------|--------|
| QCCM22. | | | | | | | | | | | <0,001 |
| Médico | 25 | 43,1 | 25 | 43,1 | 6 | 10,3 | 2 | 3,4 | 0 | 0 | |
| Paciente | 15 | 22,1 | 15 | 22,1 | 16 | 23,5 | 5 | 7,4 | 17 | 25,0 | |
| QCCM23. | | | | | | | | | | | <0,001 |
| Médico | 21 | 36,2 | 24 | 41,4 | 11 | 19,0 | 2 | 3,4 | 0 | 0 | |
| Paciente | 22 | 32,4 | 15 | 22,1 | 14 | 20,6 | 8 | 11,8 | 9 | 13,2 | |
| QCCM22. O seu médico deixa você dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar? | | | | | | | | | | | |
| QCCM23. Ele se dispõe a mudar a forma de tratamento se você não consegue realiza-lo? | | | | | | | | | | | |

Na figura abaixo (3) pode-se visualizar como ficaram as médias de respostas de pacientes e médicos, lembrando que quanto mais se aproximar do número um (1), refere-se a resposta sempre, quanto mais próximo do número cinco, mais se aproxima da resposta nunca.

Figura 1. Respostas de pacientes e médicos do QCCM



DES = desafio

E&E = encorajamento e elogio

APNV = apoio não verbal

C&RA= Compreensão e relação amigável

Cont = Controle

Se avaliarmos as questões individualmente e não por dimensões, as diferenças significativas apenas não se mostraram presentes nas questões 13 ($p < 0,275$), 14 ($p < 0,571$), 19 ($p < 0,006$) e 21 ($p < 0,018$), o que demonstra que para estas perguntas as

respostas de médicos e pacientes foram mais próximas. Isto significa que ambos concordam que na maioria das vezes os médicos explicam novamente se o paciente não entendeu e se o paciente tem algo a dizer. Também reflete que o médico é alguém que se preocupa com medos e ansiedades dos pacientes assim como é alguém com quem o paciente pode contar.

Por fim, buscou-se comparar os resultados do comportamento comunicativo do médico pela perspectiva do profissional com variáveis idade, tempo de formação, tempo de oncologia e sexo, e não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das dimensões. Porém quando analisadas as questões individualmente, foram encontradas diferenças significativas em relação ao tempo de atuação na oncologia e as questões 01, 02, 05, 11 e 18, demonstrando que quanto maior o tempo de prática profissional na oncologia maior a tendência a responder positivamente (maior frequência sempre). Igualmente, não foram encontradas comparações significativas entre a visão do comportamento comunicativo do médico pelos pacientes e variáveis sociodemográficas dos pacientes (sexo, idade, escolaridade).

4 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi examinar e comparar a percepção de pacientes e médicos a respeito do comportamento comunicativo de médicos que atuam na área da oncologia. Assim, os resultados desta pesquisa apontaram que os profissionais avaliaram de forma mais positiva o seu comportamento comunicativo do que os pacientes, demonstrando que há divergências entre suas percepções. Apesar de os médicos da pesquisa não serem, necessariamente, os que atendiam a esses pacientes participantes, os dados não deixam de mostrar que há uma discrepância nas percepções dos participantes. Quanto mais alinhada for a comunicação melhor será o entendimento

do paciente acerca de sua doença e de como proceder com seu tratamento. Uma boa comunicação entre médico e paciente pode resultar em melhor saúde emocional, melhoria dos sintomas e qualidade de vida dos pacientes (Bays et al., 2014), além de favorecer maior adesão ao tratamento e se sentir mais acolhido. Desta forma, quanto mais próxima estiver a percepção dos pacientes e dos profissionais, mais a comunicação tende a ser eficaz. Neste estudo, é possível supor que há alguma divergência e incongruência na comunicação, uma vez que os resultados de médicos e pacientes mostraram diferenças.

Em relação à dimensão desafio, em que verifica a validação das informações fornecidas pelos médicos com os pacientes, o quanto ele estimula o paciente a compreender a doença e como este deve proceder a partir do momento da consulta, a diferença foi significativa entre médicos e pacientes. Os médicos afirmaram com maior frequência que sempre ou frequentemente validam as informações, enquanto as percepções dos pacientes remetem às respostas raramente e nunca. De acordo com Silva (1996) a comunicação deve ser bidirecional para ser efetiva, ou seja, é importante que se tenha uma resposta e validação das mensagens emitidas. A não validação da comunicação pode ser uma das causas da falta de compreensão entre as pessoas. É possível que a maneira pelo qual o médico acredita que está possibilitando um espaço para a expressão do paciente não seja compreendida da mesma forma por ele. O médico, talvez, pode estar se comunicando de uma forma mais técnica e o paciente tem dificuldade para entender, ou então, não percebe os sinais (verbais ou não verbais) de que o paciente não entendeu a mensagem. Na área de saúde, faz-se essencial que os profissionais se certifiquem de que o paciente realmente entendeu as informações que lhe foram passadas. Assim, a forma como a comunicação médico-paciente acontece

pode interferir não apenas na percepção que o paciente tem sobre a sua doença, mas também na relação de longo prazo com o seu médico.

As questões que avaliaram o encorajamento e elogio também apresentaram diferenças significativas, o que reflete que os médicos acreditam com maior frequência que pedem opinião dos pacientes e adaptam o tratamento, já os pacientes percebem com menos frequência este comportamento. Antigamente, grande parte dos médicos acreditava que a revelação de más notícias poderia causar angústia e que isto poderia incapacitar o paciente a ter esperança, e por este motivo, justificava-se a ocultação de tais notícias. Atualmente, evidencia-se uma tendência de comunicação médica mais clara, expondo abertamente diagnósticos e prognósticos (Nonino et al., 2012). Os próprios pacientes demandam este tipo de postura e o modelo médico vem se modificando, em que o paciente tem um papel cada vez mais ativo, ou seja, participa nas decisões clínicas e propostas terapêuticas. O desafio está em como exercer efetivamente este novo modelo com um diagnóstico tão complexo como o câncer (Gutiérrez et al., 2014). Falar abertamente com o paciente sobre um tema bastante delicado como o câncer não deve ser tarefa fácil para esses profissionais, visto que o diagnóstico remete ao paciente diversas questões emocionais que podem ser de difícil manejo, seja pelo despreparo na formação quanto pelo tempo disponível para a consulta com cada paciente. Sendo assim, o processo de decisão sobre o tratamento em oncologia acontece com maior qualidade quando o paciente consegue integrar as informações passadas pelo médico baseadas em evidências com suas preferências e valores pessoais sobre sua saúde e sua vida. A aceitação do paciente sobre informações e conselhos médicos pode ser influenciada pelas crenças que ele tem sobre a sua doença, por isso é essencial que o médico as considere no momento de prescrever um tratamento (Brundage, Feldman-Stewart & Tishelman, 2010). Talvez os pacientes

precisem de mais reforço positivo do médico, já que essa situação os deixam mais vulneráveis emocionalmente.

As questões que fazem parte da dimensão apoio não verbal, quando avaliadas em conjunto, não apresentaram diferenças significativas, demonstrando que as percepções de médicos e pacientes estão mais próximas a respeito sobre o médico demonstrar interesse pelo paciente através dos gestos e do olhar. A comunicação não verbal acontece na interação entre as pessoas e pode ser definida pelas informações obtidas através de gestos, expressões faciais e corporais, postura, distanciamento entre os indivíduos. Silva (1996) faz uma analogia entre a comunicação humana e um iceberg, onde a parte superior remete a comunicação verbal e a parte inferior, a comunicação não verbal. Para a autora, comunicar-se de forma eficaz, é conseguir ler todos os sinais que estão debaixo das palavras, sendo que a expressão do pensamento se faz apenas 7% por meio das palavras, 38% através do tom de voz, velocidade da pronúncia e 55% por meio dos sinais corporais. Já se analisarmos individualmente as questões, algumas delas apresentaram diferenças significativas. Isto demonstra que nestas questões há diferenças na percepção de profissionais e pacientes no que se refere a quanto o profissional demonstra apoio ao paciente através do olhar e dos gestos. Quando se trata de comunicação em oncologia, é necessário que os médicos estejam atentos na forma que se comunicam e que tenham a sensibilidade de perceber os sinais que o paciente está emitindo.

O paciente com diagnóstico de câncer espera dos profissionais que lhe cercam não apenas medidas terapêuticas, mas conforto, atenção e acolhimento (Silva et al., 2011). Os resultados deste estudo refletem que pacientes e médicos tem percepções diferentes em relação à leitura destes sinais, sendo que médicos tendem a responder que prestam atenção e conseguem compreender, já os pacientes relatam que nem sempre o

médico é sensível aos sinais não-verbais. Desta forma, quando a comunicação consegue transmitir apoio e compreensão através dos gestos e olhares, isto pode beneficiar inclusive o alívio dos sintomas e angústia dos pacientes.

O olhar, o sorriso e a proximidade física são estratégias de comunicação não verbal que estabelecem um vínculo empático, em especial com pacientes que enfrentam o câncer (Araújo & Silva, 2012). Nesse sentido, após passar ao paciente as informações técnicas a respeito do seu diagnóstico e tratamento, é importante que seja oferecido um espaço para que o paciente se sinta confortável para verbalizar suas ansiedades, dúvidas e receios. Além disso, o interesse genuíno pelo paciente e por sua história de vida favorece a empatia. A empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro, desta forma demonstrar um interesse genuíno pelo paciente e sua história de vida, pode favorecer uma relação mais empática (Bianchini, 2015).

O fato de não ter sido encontrada diferença significativa na dimensão compreensão e relação amigável pode ser entendida que ambos acreditam que se o paciente não entendeu, o profissional sempre explica novamente e se o paciente tem algo a dizer, o médico sempre/ frequentemente escuta. Nesta dimensão também é avaliado o quanto o médico é visto pelo paciente como alguém em que ele pode contar. Se analisarmos as questões individualmente, algumas delas demonstram que nem sempre o médico percebe que o paciente não entendeu e a linguagem utilizada não é clara. De acordo com Robinson e Jagsi (2016) os pacientes não percebem com precisão os prognósticos de seus oncologistas, e isto é um desafio para ambos os lados. Para os médicos, no sentido de que alguns oncologistas acabam evitando ou postergando as discussões sobre o prognóstico e estimativa de expectativa de vida, para manter a esperança dos pacientes. Por outro lado, os pacientes que estão com uma doença

incurável raramente falam explicitamente sobre o prognóstico, o que traz ainda mais responsabilidade para o médico.

É importante entender as diferenças entre pacientes curáveis e incuráveis ou com a doença em estágio avançado, pois possuem diferentes expectativas em relação ao prognóstico. Aqueles que estão em um estágio avançado ou incurável da doença relatam querer algum tipo de informação (e que os médicos sejam honestos), estes pacientes relatam ter maior interesse em informações qualitativas (por exemplo, se sua doença é incurável ou limitante) e poucos revelam querer saber informações quantitativas sobre a probabilidade de cura e expectativa de vida, por exemplo. Isso pode ser explicado pelo desejo dos pacientes em manter a esperança.

Um elemento essencial dentro das discussões prognósticas, é que as intervenções de comunicação bem-sucedidas (por exemplo, comunicação de más notícias) devem ser construídas a partir da transcrição de áudio e vídeo de cuidados reais com os pacientes. Os autos relatos de pacientes com câncer avançado podem ter variações. A comunicação do médico é sistemática e organizada, porém se mudar uma palavra ou frase pode afetar significativamente as percepções e o comportamento (Robinson& Jagsi, 2016).

A dimensão controle, em que consiste em o quanto o médico se dispõe a construir o tratamento juntamente com o paciente, também demonstrou diferenças significativas. Os médicos apresentaram uma frequência maior de respostas sempre e frequentemente enquanto alguns pacientes referiram mais as respostas, às vezes, raramente e nunca. Os pacientes com câncer podem desejar obter informações sobre a doença, ser envolvidos nas decisões sobre o tratamento e conhecer o seu prognóstico. Contudo, um dos maiores desafios do médico em relação à comunicação com esses pacientes está em satisfazer suas necessidades de informações individuais, prover

esperança e, ao mesmo tempo, não criar expectativas irrealistas (Bianchini 2015). Esta construção em conjunto a respeito do tratamento, pode sugerir que o paciente se sinta parte ativa no processo de decisão sobre seu tratamento. O conhecimento técnico é do médico e, muitas vezes, não é possível adaptar o protocolo de tratamento de acordo com a vontade do paciente. Contudo, o comportamento comunicativo eficaz pode fazer com que o paciente participe de algumas decisões e se sinta fazendo parte delas, como por exemplo, em quais dias e horários prefere fazer a quimioterapia, se existe alguma clínica mais próxima de sua residência, entre outros. Observar a individualidade de cada paciente e incluí-lo nas orientações e decisões sobre o seu tratamento ajudará a fazê-lo sentir-se mais satisfeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou a investigação da percepção de pacientes e médicos em relação ao comportamento comunicativo do médico. A partir disso, pode-se compreender que as percepções divergem em relação a comunicação, mostrando que os médicos acreditam que utilizam uma linguagem adequada, que verifica se o paciente entendeu as informações, que encoraja o paciente a seguir o tratamento médico proposto e também o estimula a compreender sua doença e como este deve proceder a partir do momento da consulta. Os resultados também refletiram que os médicos buscam construir conjuntamente o tratamento, respeitando a subjetividade e encorajando o paciente a expressar.

Porém, os pacientes não percebem estes comportamentos da mesma forma que os médicos. A partir dos resultados, os pacientes relataram que estes pontos não acontecem na mesma frequência que os médicos acreditam, mostrando assim, que a comunicação médico-paciente demonstra divergências e necessita de maior efetividade.

A comunicação médico-paciente é um tema que vem sendo amplamente estudado visto sua importância para a clínica médica e o impacto em seus pacientes. Dela dependem inúmeros fatores, como os pacientes se sentirem acolhidos, de entenderem a sua doença e de terem uma maior adesão ao tratamento. Esta pesquisa mostrou que embora em alguns aspectos da comunicação parecem estar indo bem, como, por exemplo, quando o paciente não entende algo ou quer falar, o médico repete e o escuta. Porém questões de âmbitos mais subjetivos, que envolvem a empatia, simpatia e a comunicação não verbal, as percepções dos médicos e pacientes parecem estar distantes. Enquanto os médicos acreditam que conseguem perceber os sinais não verbais emitidos pelos pacientes, estes, por sua vez, acreditam que é um ponto a ser melhorado no comportamento comunicativo dos médicos.

Este estudo possui algumas limitações das quais deve-se levar em consideração, como por exemplo, o momento em que os questionários foram respondidos. Tanto os profissionais quanto os pacientes não responderam aos questionários logo após as consultas, o que pode ter interferido nos resultados (viés de memória). Um outro fator que pode ser relevante é que os pacientes desta pesquisa não avaliaram, necessariamente, os médicos que participaram do estudo, fazendo com que nossos dados sejam mais amplos. Contudo, o fato de não se ter avaliado duplas de paciente-médico talvez os tenha deixado mais à vontade para responder de forma sincera aos questionários, especialmente os pacientes.

Como sugestões para aplicações práticas futuras, seria interessante replicar este estudo em públicos mais delimitados e fazer capacitações para os médicos. Poder repensar a forma com que a comunicação vem sendo realizada e trabalhar principalmente os pontos que obtiveram diferenças significativas em relação a percepção dos pacientes e dos médicos.

REFERÊNCIAS

- Araújo, M. M. T., & da Silva, M. J. P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 626-632. doi: 10.1590/S0080-62342012000300014
- Bays, A. M., Engelberg, R. A., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., ... & O'Connor, K. (2014). Interprofessional communication skills training for serious illness: evaluation of a small-group, simulated patient intervention. *Journal of palliative medicine*, 17(2), 159-166. doi: 10.1089/jpm.2013.0318
- Bianchini, D. (2015). *A comunicação em oncologia e a percepção da díade profissional-paciente: uma compreensão psicanalítica*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Brundage, M. D., Feldman-Stewart, D., & Tishelman, C. (2010). How do interventions designed to improve provider-patient communication work? Illustrative applications of a framework for communication. *Acta Oncologica*, 49(2), 136-143. doi: 10.3109/02841860903483684
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.
- Croitor, L. M. N. (2010). *Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

- Frenkel, M., & Cohen, L. (2014). Effective communication about the use of complementary and integrative medicine in cancer care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(1), 12-18. doi: 10.1089/acm.2012.0533
- Gask, L., & Usherwood, T. (2002). ABC of psychological medicine. *The consultation. BMJ*, 324, 1567-1569. doi: 10.1136/bmj.324.7353.1567
- Gutiérrez, L. M., Castro, E. K., & Fernández-Conde, M. G. (2014). El proceso de comunicación en oncología: Relato de una experiencia. *Psicooncología*, 11(2/3), 403-418. doi:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47397
- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1187–1196. doi: 10.1200/JCO.2011.39.7372
- Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. The Cochrane Library.
- Nonino, A., Magalhães, S., & Falcão, D. (2012). Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(2), 228-233.
- Robinson, J.D., & Jagsi, R. (2016). Physician-Patient Communication—An Actionable Target for Reducing Overly Aggressive Care Near the End of Life. *JAMA Oncol.* 2016;2(11):1407-1408. doi:10.1001/jamaoncol.2016.1948
- Silva, M. J. P. (1996). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 6 ed. São Paulo: Editora gente.
- Silva, C. M. G. C. H., Rodrigues, C. H. S., Lima, J. C., Jucá, N. B. H., Augusto, K. L., Lino, C. A., ... & Caprara, A. (2011). Relação médico-paciente em oncologia: medos,

angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 1457-1465. doi: 10.1590/S1413-81232011000700081.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Culturix 263.

SEÇÃO II- COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: O QUE O MÉDICO DEVE INFORMAR AO PACIENTE? COMMUNICATION IN ONCOLOGY: WHAT SHOULD THE PHYSICIAN TELL THE PATIENT?

Resumo: Este estudo teve o objetivo de avaliar a comunicação do médico, sob a perspectiva de médicos e pacientes, em relação às dimensões que compõem a percepção da doença a partir do Modelo do Senso-comum (identidade, causas, consequências, duração, controle, coerência e representação emocional). O estudo teve delineamento transversal observacional. Os participantes foram 68 pacientes adultos, com diagnóstico de câncer de diversos tipos e estágios da doença e 58 médicos que atuavam há pelo menos um ano na área da oncologia. Os resultados revelaram diferenças significativas em relação às percepções de médicos e pacientes sobre as dimensões da percepção da doença mencionadas na comunicação do médico. Observou-se que os médicos acreditam que comunicam sobre os sintomas, causas, consequências, duração e controle da doença aos pacientes, enquanto os pacientes não percebem desta maneira, demonstrando uma distância na comunicação entre eles. Conclui-se que as avaliações que os médicos fazem de sua comunicação se mostra mais positiva do que a forma como os pacientes a percebem.

Palavras-chave: comunicação, relação médico-paciente, percepção da doença, neoplasias.

Abstract: This study aimed to evaluate the physician's communication from the perspective of physicians and patients, regarding the dimensions concerning the disease perception from the Common-Sense Model (identity, causes, consequences, duration, control, consistency and emotional representation). It has an observational cross-sectional design. The participants were 68 adult patients with a cancer diagnosis of various types and stages of the disease and 58 physicians who had been working for at least one year in the field of Oncology. The results revealed significant differences regarding the perceptions of physicians and patients on the disease perception dimensions mentioned in the physician's communication. It was observed that the physicians believed they communicate symptoms, causes, consequences, duration and disease control to patients, while patients did not perceive the same way, demonstrating a distance in communication between them. It is concluded that the evaluations the

doctors made of their communication were shown more positive than the patients perception.

Keywords: communication, physician-patient relationship, disease perception, neoplasias, Common - Sense model.

5 INTRODUÇÃO

A comunicação efetiva entre profissional e paciente auxilia na adesão ao tratamento e na satisfação em relação aos seus cuidados (Adán, Jiménez, Carvajal & López, 2009; Frenckel & Cohen, 2014; Gask&Usherwood, 2002;Moore, Rivera Mercado, Grez Artigues & Lawrie, 2013). Porém, além de todas as características essenciais para que esta comunicação tenha sucesso (confiança, escuta, acolhimento, certificar o entendimento do paciente), há também as representações, percepções ou crenças que estes pacientes têm em relação à sua doença e que podem interferir no tratamento (Leventhal,Nerenz & Steele, 1984). A relação médico-paciente tem sido objeto de estudo de muitas publicações na área clínica, em que uma relação apropriada e de qualidade visa a continuidade dos cuidados, um acordo entre ambos sobre o diagnóstico e seu tratamento, confiança mútua e comunicação aberta entre ambos (Adán et al., 2009). Os pacientes, independentemente de sua classe econômica ou grupo étnico, desejam saber os detalhes do seu diagnóstico e as possibilidades de cura. Em geral, as informações dos médicos são parciais, contrastando com o desejo dos pacientes em saber detalhes dos sintomas e tratamento de sua doença (McDonald, 2016). Uma comunicação explícita no momento do diagnóstico juntamente com uma discussão aberta sobre possíveis erros, melhora a relação médico-paciente e previne possíveis erros no tratamento, refletindo a importância da participação do paciente na tomada de decisões. A satisfação do paciente em relação ao seu cuidado também é um conceito que reflete a percepção do paciente quanto à qualidade da atenção e tratamento recebido. Desta forma, uma comunicação efetiva é essencial para a construção de um

relacionamento positivo com o paciente, fazendo com que o mesmo se sinta acolhido e cuidado. Um estudo recente (Husson et al., 2013) mostrou que os pacientes com câncer que se mostraram mais satisfeitos com a provisão de cuidados haviam recebido mais informações (sobre a doença, exames médicos, tratamento e outros serviços) do que os pacientes que se mostraram insatisfeitos, além de mostrar que a satisfação com a informação recebida foi preditora de percepções mais realistas sobre a doença.

Há diversos estudos (Adán et al., 2009; Bianchini, 2015; Frenckel & Cohen, 2014; McDonald, 2016; Moore et al., 2013) que falam sobre comunicação em saúde, enfatizando a importância de aspectos verbais e não verbais do comportamento comunicativo do médico no momento de comunicar o diagnóstico. Porém, há poucos estudos que apontam a importância de compreender a forma como o paciente percebe a doença na hora de comunicar o diagnóstico.

As pessoas têm concepções de saúde e doença que influenciam em como percebem os sintomas e como lidam com uma ameaça à saúde. De acordo com o Modelo teórico do Senso Comum (MSC) ou modelo de autorregulação do comportamento em saúde, os indivíduos constroem esquemas mentais sobre as doenças, como elas afetam as funções corporais, o impacto no seu dia-a-dia, possibilidade de tratamento e cura e como proceder para restabelecer seu estado de saúde, a fim de se adaptar à ela (Leventhal, et al., 1984; Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012). Estes modelos/esquemas mentais têm relação com a forma de reagir aos sintomas, à adesão ao tratamento e às recomendações dos profissionais de saúde (Leventhal et al., 1984). De acordo com estes autores, as representações ou percepções que os indivíduos têm sobre determinada doença têm uma estrutura semelhante em pessoas saudáveis e doentes, bem como para diferentes doenças crônicas. Estas representações são adquiridas através de experiências que o indivíduo tenha tido com a doença ou seus amigos e familiares e do

conhecimento obtido ao longo da vida (Quiceno& Vinaccia, 2010). Estas percepções podem ser imprecisas e inadequadas até amplas, técnicas e completas, o que significa que não há percepção correta ou incorreta, mas aquelas que podem afastar da realidade da doença e do tratamento. Elas são importantes no sentido de que podem influenciar as condutas de prevenção de saúde, (como por exemplo, exames periódicos, autoexame, etc.), suas reações diante dos sintomas e diagnósticos e na aderência ao tratamento e em suas expectativas em relação ao futuro (Quiceno& Vinaccia, 2010).

Inicialmente, a percepção da doença foi dividida em cinco dimensões: identidade (possíveis sintomas da doença), causas (fatores que dão origem à doença), duração (curso da doença ao longo do tempo, p. ex., aguda ou crônica; cíclica), consequências (gravidade da doença e seu impacto no funcionamento físico, psicológico e social) e controle/cura (possibilidade de curar ou controlar a doença) (Leventhal et al., 1984). Posteriormente a dimensão controle/cura foi dividida em controle pessoal (percepção do quanto o doente pode controlar ou curar a doença) e controle do tratamento (eficácia do tratamento no controle ou cura da doença) e duas novas dimensões foram incluídas ao modelo: coerência da doença (percepção do quanto o indivíduo compreende a doença) e representação emocional (emoções que envolvem a experiência da doença) (Moss-Moris et al., 2002). Estudos utilizando o MSC verificaram que, quando as pessoas pensam sobre doenças, costumam organizar seus pensamentos de acordo com nove dimensões: Identidade (rótulos, sinais concretos); Causas (quais as causas da doença); Consequências (representações sobre possíveis efeitos da doença); Duração crônica, Duração cíclica, Controle da doença (se as consequências da doença tem controle); Controle do tratamento (se o tratamento pode ser controlado), Coerência (o quanto o indivíduo entende da sua doença), e Representação emocional (o impacto emocional que a doença pode causar no paciente) (Moss-Moris et al., 2002).

O MSC implica que os pacientes com doença aguda e crônica podem ser ajudados a atingir melhores resultados quando eles têm uma compreensão mais adaptada de sua condição e são capazes de avaliar os efeitos de agir com base nesse entendimento (Phillips et al., 2012). Este modelo assume que as pessoas são ativas no processamento de informação e que, perante uma ameaça à saúde, elaboram representações de doença e reagem emocionalmente à doença (Pereira & Roios, 2011). A utilização deste modelo permitirá ao profissional de saúde compreender e ajudar o paciente a ajustar um conjunto de crenças que podem limitar a sua adaptação ao tratamento (Pereira e Roios, 2011). Quando se trata de uma doença crônica e muitas vezes bastante agressiva em relação ao tratamento e sintomas, como o câncer por exemplo, os indivíduos constroem esquemas mentais sobre como a doença pode afetar as funções corporais, o impacto no seu dia a dia, se e como pode se curar e como proceder para restabelecer seu estado de saúde. Estes modelos/ esquemas é que irão determinar a forma de reagir aos sintomas, à adesão ao tratamento e às recomendações dos profissionais de saúde. O modelo de senso comum sobre as doenças tem uma estrutura semelhante em pessoas saudáveis e doentes e tem importantes fatores para a adesão ao tratamento (Leventhal, Leventhal & Breland, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2011), o câncer é a segunda doença crônica que mais mata no mundo (21%), perdendo apenas para doenças cardiovasculares (responsável por 48% dos óbitos deste grupo). Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de morte em todo mundo, sendo que até meados do século XX, as principais causas de mortalidade eram principalmente as doenças infecciosas. Desta forma, a adaptação à doença oncológica depende de diversos fatores, como as representações que o indivíduo tem da doença, as implicações emocionais, as características clínica e evolução da doença, o contato com a doença

através de familiares e do contexto sociocultural (Postolica, Iorga, Petrariu & Azoicai, 2017).

Através do MSC, que enfatiza componentes emocionais e cognitivos relativos a doença, se desenvolve uma percepção funcional da doença. As representações que o indivíduo tem a respeito da doença está diretamente associado com o enfrentamento (Postolica et al., 2017). De acordo com este modelo, as dimensões duração, consequências e coerência têm sido significativamente correlacionadas com a adaptação, isto é, essas questões antecipam a emoção relacionada como sofrimento causado pelo câncer hereditário fazendo com que haja maior preocupação em relação ao desenvolvimento da doença e autocuidado (Postolica et al., 2017). Desta forma, é importante que todos os programas terapêuticos levem em consideração a história familiar de câncer e o fator genético, devido ao fato de que as representações da doença dependem também destas variáveis.

Em muitos casos, pessoas com câncer acabam sofrendo de estresse psicológico que pode ser reduzido através de uma comunicação eficaz e de apoio do seu médico (Moore et al., 2013). Estudos que avaliaram a efetividade da comunicação sobre provisão de cuidados com a saúde do paciente com câncer, apontaram que menos de 50% dos pacientes que relataram o sintoma fadiga e, daqueles relataram, 73% foram informados que era algo que deveriam suportar e apenas 36% dos oncologistas ofereceram sugestões de gerenciamento do sintoma (Donovan, Hartenbach & Method, 2005). Isso mostra o quanto há espaço para ser desenvolvida a comunicação em relação as dimensões do MSC. Um outro estudo relacionado a mulheres que receberam quimioterapia para câncer ginecológico mostrou que, embora a grande maioria dos profissionais acreditavam que questões sexuais deveriam ser discutidas com pacientes, apenas 21% discutiram estes temas com suas pacientes (Donovan et al., 2005),

mostrando que a dimensão causa da doença também precisa ser melhor explorada. Outro estudo realizado por Donovan et al. (2005) com mulheres com câncer de ovário mostrou que a comunicação entre pacientes e provedores de cuidado de saúde foram muito pobres, 40% das mulheres com a doença ativa e com contato regular com os profissionais não haviam discutido os sintomas mais significativos no último mês. Apenas metade destas mulheres relataram ter recebido recomendações a respeito de gerenciamento dos sintomas, sendo que a aderência às recomendações é muito superior quando estas pacientes recebem orientações (Donovan et al., 2005).

Portanto, comparar a percepção de pacientes e médicos a respeito do comportamento comunicativo do médico e das dimensões do MSC comunicadas se faz necessário para melhorar qualidade da comunicação médico-paciente. O foco de grande parte dos estudos está relacionado com as habilidades de comunicação e não sobre o que dizer. Embora o conhecimento técnico seja do médico, o MSC ajuda a dar diretrizes sobre o tipo de informação que é preciso dar aos pacientes para evitar percepções distorcidas ou desajustadas da doença para favorecer o tratamento. Com base nas ideias expostas, o presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção de médicos que atuam na oncologia e de pacientes com câncer sobre a percepção das dimensões do Modelo de Senso Comum (MSC) identificadas na comunicação do seu diagnóstico.

6 MÉTODO

6.1 Participantes

Participaram desse estudo 68 pacientes adultos com idade entre 23 e 79 anos, homens e mulheres, com diagnóstico de câncer de diversos tipos e estágios da doença, e que se interessaram em participar da pesquisa. Também participaram 58 médicos, homens e mulheres que trabalham diretamente com pacientes oncológicos há

no mínimo um ano e com idade entre 27 e 64 anos. Grande parte deles tem especialização em oncologia (n=45). A amostragem aconteceu por conveniência e através da técnica bola de neve, em que os participantes foram convidados a responder os questionários de forma presencial e online. Foram convidados a participar desse estudo pacientes em tratamento ambulatorial. Os participantes foram adultos acima de 18 anos de idade, homens e mulheres. Somente foram incluídos pacientes que possuíam diagnóstico conclusivo de câncer nos últimos cinco anos. Não foram envolvidos na pesquisa os pacientes que não tinham conhecimento acerca do seu diagnóstico. Foram excluídos aqueles que não apresentavam condições de saúde adequadas para responderem aos questionários (dificuldades de audição, fala, fraqueza), conforme orientação da equipe médica. Todos os médicos oncologistas e residentes em oncologia foram convidados a participar da pesquisa de forma online. Como critério de inclusão dos profissionais, foi requerido atuação de pelo menos um ano na oncologia. Foram convidados em torno de 250 profissionais e 150 pacientes.

6.2 Instrumentos

1. Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes (APÊNDICEB): fornecidos por autorrelatos, que investigou aspectos relacionados à idade do paciente, sexo, diagnóstico, tempo de diagnóstico, comorbidades etc.

2. Questionário dos dados sociodemográficos dos médicos (APÊNDICEC): levantou dados sobre idade, sexo, especialidade, tempo de atuação profissional na Instituição e carga horária de trabalho.

3. Questionário das Percepções das informações fornecidas no diagnóstico versão paciente e profissional (APÊNDICEF e G): instrumento elaborado por Altenhofen (2015), desenvolvido para avaliar a percepção do paciente em relação à

comunicação do médico sobre a doença cardíaca, considerando as dimensões do MSC (Identidade; Causas; Consequências; Controle pessoal; Duração; Coerência; Representação emocional) e adaptado, neste estudo, para avaliar a percepção do paciente em relação à comunicação do médico sobre o câncer. Esse instrumento contém nove questões que compreendem respostas de sim e não, referentes à comunicação por parte dos médicos, as quais investigam: informações sobre a sintomatologia, causas, duração, consequências, controle pessoal, efetividade do tratamento, entendimento da doença e sentimentos do paciente em relação à sua doença. Neste estudo, foi subtraída a questão sobre quem informou o diagnóstico, constando então, oito questões.

6.3 Procedimentos e delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento observacional transversal e de comparação de grupos médicos x pacientes (Creswell, 2010).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (CEP 16/008). Posteriormente, os pacientes e médicos foram convidados a participar da pesquisa através de redes sociais e e-mails. Inicialmente, o convite para participação na pesquisa foi divulgado na página do grupo de pesquisa do qual a autora faz parte – Grupo de Estudos Avançados em Psicologia da Saúde – GEAPSA/UNISINOS (<https://www.facebook.com/geapsa/>) e também através de e-mails de contatos que a pesquisadora possuía. Foi solicitado que as pessoas divulgassem o link para participação da pesquisa entre os seus contatos, a fim de obter a amostra pretendida.

O convite para participação na pesquisa teve um link em que o participante abria e estava disponível o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online e, em seguida, os instrumentos a serem respondidos. Os participantes foram informados sobre

os objetivos e procedimentos da pesquisa e também receberam esclarecimentos sobre o caráter voluntário da participação e garantia de sigilo dos dados de identificação. A partir disso, os pacientes e profissionais que concordaram participar da pesquisa assinaram de forma online o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após, responderam aos instrumentos. O tempo médio para preencher os questionários foi de 20 minutos por pessoa.

A coleta de dados com os pacientes aconteceu de forma presencial entre os participantes que estavam em tratamento em um hospital do interior do Rio Grande do Sul que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e com pacientes vinculados a uma Organização Não-governamental (ONG) de Porto Alegre voltada para o apoio de pacientes com câncer e também com coletas online através de uma rede social (Facebook). A pesquisa foi realizada através de formulário online (google docs) e de uma página (<http://comunicacao-em-oncologia-pacientes.webnode.com.br/>) para divulgação nas redes sociais. As coletas presenciais foram realizadas no período de julho de 2016 a setembro de 2016 e as coletas via redes sociais aconteceram de agosto de 2016 a janeiro de 2017. No hospital a coleta foi realizada enquanto os pacientes realizavam o procedimento de quimioterapia. Na ONG, foi realizada na sala de atendimento da sede. A coleta foi feita pela mesma pesquisadora, que preenchia o formulário no google docs no notebook. A coleta online aconteceu por conveniência, em que a pesquisadora entrou em contato com grupos relacionados ao câncer na rede social, convidando os membros para participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada entre julho de 2016 e janeiro de 2017. As coletas presenciais com os pacientes ocorreram nos meses de agosto e setembro de 2016, nos períodos da manhã e tarde, conforme orientações das instituições. O total de participantes das coletas presenciais

foi em torno de 30 pacientes. As coletas online aconteceram durante todo o período de coleta.

6.4 Análise de dados

Todos os dados obtidos através dos instrumentos foram tabulados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0. Foram realizadas análises descritivas dos questionários (médias, desvio padrão, frequência, porcentagens). Para a estatística inferencial, foi utilizado o qui-quadrado e teste t para comparação de grupos. Foram feitas análises de comparação entre as variáveis e de comparação dos grupos quanto à comunicação (profissionais e pacientes). Para todas as análises foi utilizado um valor de $p \leq 0,05$.

7 RESULTADOS

7.1 Análises descritivas

7.1.1 Dados sociodemográficos e Clínicos da Amostra

Participaram do estudo 58 médicos que atuam na área da Oncologia em diversos estados brasileiros. A média de tempo de prática profissional foi de 15,98 anos (dp = 8,77) e de atuação em oncologia foi de 12,21 anos (dp = 8,68). Apenas 1 (um) dos participantes era residente. O maior tempo de prática profissional na oncologia foi de 42 anos. O profissional mais jovem tinha, na data da coleta, 27 anos e o mais velho 64 anos. Também fizeram parte da amostra 68 pacientes adultos com diagnóstico de câncer em diversos estágios da doença. O paciente mais jovem tinha 23 anos e o mais velho 79 anos. Os diagnósticos com maior frequência foram câncer de mama (60,3%), câncer de colo de útero (7,4%), câncer de intestino (5,9%) e câncer de pâncreas (4,4%) e demais

Tabela 8: Dados sociodemográficos da amostra

| Tipo participante | | Médicos | | Pacientes | |
|----------------------|--------------------|---------|-------|-----------|-------|
| | | n (58) | | n (68) | |
| Idade média | | M | DP | M | DP |
| | | 42 | 8,806 | 50,09 | 13,35 |
| Frequência/Percentil | | F | % | F | % |
| Sexo | Feminino | 11 | 19 | 57 | 83,8 |
| | Masculino | 47 | 81 | 11 | 16,2 |
| Estado | RS | 21 | 36,2 | 40 | 58,8 |
| | SP | 15 | 25,9 | 13 | 19,1 |
| | Outros Estados | 22 | 37,9 | 15 | 22,1 |
| Escolaridade | Ensino Fundamental | 0 | 0 | 21 | 30,9 |
| | Ensino Médio | 0 | 0 | 11 | 16,2 |
| | Ensino Superior | 6 | 10,3 | 36 | 52,9 |
| | Especialização | 28 | 48,3 | 0 | 0 |
| | Mestrado | 12 | 20,7 | 0 | 0 |
| | Doutorado | 12 | 20,7 | 0 | 0 |

tipos de câncer (22%). Para a análise estatística os tipos de câncer foram agrupados em:

1) câncer de mama (60,3%); 2) Câncer gastrointestinais (10,6%) e 3) outros tipos de câncer (29,1%). Na tabela 8 encontra-se as principais informações sobre os dados sociodemográficos da amostra.

Buscando totalizar as respostas do instrumento, foi realizado um agrupamento das respostas de cada categoria, obtendo-se desta forma uma única variável representando a totalização. No instrumento que avalia a percepção da doença em relação à comunicação do médico, para todas as oito questões foram obtidos os totais de respostas positivas e uma segunda totalização referente a respostas negativas e, estes resultados foram comparados entre grupos de profissionais e pacientes. De acordo com as informações da tabela 9, no grupo dos profissionais das 464 respostas computadas 94,6% (n=439) foram “sim” [ou seja, relataram que prestam a informação], enquanto que, em apenas 5,4% (n=25) das respostas foi relatada a não informação (não). Em relação ao grupo dos pacientes, das 544 respostas computadas em 73,3% (n=399) delas

os pacientes confirmaram que recebiam as informações, enquanto que, em 26,7% (n=145) das repostas os pacientes relataram que não recebiam informações. De acordo com o resultado do teste Qui-quadrado de Pearson ($\chi^2_1=18,323$) e assumindo-se um nível de significância de 5% e uma poder amostral de 80% o número mínimo a ser investigado poderia ser de 108 casos, distribuídos de forma igual entre os dois grupos (profissionais e pacientes, ou seja $108/2=54$). Ou seja, para a questão geral (totalização) o tamanho de amostra considerado neste estudo mostrou-se adequado para reproduzir com robustez e confiança as decisões estatísticas referentes ao teste Qui-quadrado de Pearson (ou Exato de Fisher).

Uma segunda forma de estimar o tamanho de amostra, levou em consideração os resultados das questões do instrumento de forma isolada, onde foram selecionadas aquelas com a maior e a menor diferenças significativas. Sobre estes resultados, assumindo-se o mesmo poder amostral e nível de significância (já mencionados), as estimativas de tamanho mínimo de amostra foram de 76 e 157 casos, respectivamente.

Tabela 9: Distribuição absoluta e relativa para a totalização das respostas (por categorias) de cada instrumento.

| Instrumentos | Grupos | | | | P | TAMANHO DE AMOSTRA Poder 80% $\alpha=0,05$ |
|---|---------------|------|-----------|------|------------------------------|--|
| | Profissionais | | Pacientes | | | |
| | n | % | n | % | | |
| Questões | | | | | | |
| Sim | 439 | 94,6 | 399 | 73,3 | $\chi^2_1=18,323$ p<0,001 | n=108 |
| Não | 25 | 5,4 | 145 | 26,7 | | |
| Total | 464 | 100 | 544 | 100 | | |
| MENOR DIFERENÇA SIGNIFICATIVA | | | | | | |
| Você pergunta como ele se sente sobre doença? (representação emocional) | | | | | | |
| Sim | 45 | 77,6 | 42 | 61,8 | 0,056 | n=157 |
| Não | 13 | 22,4 | 26 | 38,2 | | |
| MAIOR DIFERENÇA SIGNIFICATIVA | | | | | | |
| Você informa sobre as causas da doença? (causas) | | | | | | |
| Sim | 56 | 96,6 | 41 | 60,3 | <0,0001 | n=76 |
| Não | 2 | 3,4 | 27 | 39,7 | | |

7.1.2 *Percepções sobre as informações dadas no diagnóstico a partir das dimensões do MSC*

No que diz respeito à comunicação do diagnóstico do câncer, percebe-se que houve diferenças significativas em praticamente todas as dimensões, o que sugere que há diferenças entre as percepções de médicos e pacientes em relação ao que se comunica. Conforme mostra a tabela 10, a percepção dos pacientes é que, em geral, o médico, no momento do diagnóstico, não comunicou sobre as sete dimensões da percepção da doença (causas, consequências, sintomas, controle pessoal e do tratamento, compreensão). No que se refere à representação emocional, há uma tendência a não comunicação por parte dos médicos, porém é a dimensão em que as percepções dos dois grupos estão mais próximas, ou seja, médicos e pacientes percebem que há investigação sobre o estado emocional do paciente. Seguem as respostas na tabela 10.

Tabela 10: Respostas baseadas nas dimensões do MSC

| Variáveis | Grupos* | | | | p |
|--|----------------|------|------------------|------|--------------------|
| | Médicos (n=58) | | Pacientes (n=68) | | |
| | n | % | n | % | |
| Informação sobre os sintomas (identidade) | | | | | 0,000 ^A |
| Sim | 58 | 100 | 52 | 76,5 | |
| Não | 0 | 0 | 16 | 23,5 | |
| Informação sobre as causas (causas) | | | | | 0,000 ^A |
| Sim | 56 | 96,6 | 41 | 60,3 | |
| Não | 2 | 3,4 | 27 | 39,7 | |
| Informação sobre a duração da doença (duração) | | | | | 0,000 ^B |
| Sim | 52 | 89,7 | 42 | 61,8 | |
| Não | 6 | 10,3 | 26 | 38,2 | |
| Informação sobre as consequências (consequências) | | | | | 0,012 ^A |
| Sim | 55 | 94,8 | 54 | 79,4 | |
| Não | 3 | 5,2 | 14 | 20,6 | |
| Informação sobre controle/cura | | | | | 0,002 ^A |

| | | | | |
|--|----|------|----|--------------------|
| pessoal (controle pessoal) | | | | |
| Sim | 58 | 100 | 58 | 85,3 |
| Não | 0 | 0 | 10 | 14,7 |
| Informação sobre controle/cura tratamento (controle tratamento) | | | | |
| | | | | 0,004 ^A |
| Sim | 58 | 100 | 59 | 86,8 |
| Não | 0 | 0 | 9 | 13,2 |
| Investigação do médico sobre a compreensão do paciente (coerência/compreensão) | | | | |
| | | | | 0,000 ^A |
| Sim | 57 | 98,3 | 51 | 75 |
| Não | 1 | 1,7 | 17 | 25 |
| Investigação do médico sobre o estado emocional do paciente (representação emocional) | | | | |
| | | | | 0,056 ^B |
| Sim | 45 | 77,6 | 42 | 61,8 |
| Não | 13 | 22,4 | 26 | 38,2 |

*Percentuais obtidos com base no total de casos válidos de cada grupo

A: Teste Exato de Fisher (simulação de Monte Carlo);

B: Teste Qui-quadrado de Pearson

7.1.3 Comparações entre as dimensões do Modelo de Senso Comum e a comunicação do diagnóstico e variáveis sociodemográficas

Em relação à comparação das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, tempo de atuação na oncologia, escolaridade) dos médicos e as respostas ao instrumento que avalia a comunicação das dimensões da percepção da doença, um dos aspectos em que foi possível observar diferença significativa foi em relação à idade do médico e a tendência a informar as causas da doença ($p < 0,0001$), em que o grupo de profissionais que confirmaram informar as causas da doença eram mais jovens (média=41,4anos, DP=8,4) quando comparados aqueles que responderam de forma negativa (média=57,0; DP=1,0 anos). Este dado reflete que quanto mais elevada a idade do médico, menos informação em relação as causas da doença eles fornecem, de acordo com a percepção dos médicos.

Os médicos demonstraram respostas semelhantes na maioria das questões, refletindo que eles percebem que comunicam sobre controle, causa, consequências, duração, reações emocionais (dimensões da percepção da doença) no momento da

consulta. Desta forma, não foram encontradas diferenças significativas entre as dimensões e médicos homens e mulheres, tempo de atuação na oncologia e nível de instrução.

No grupo de pacientes, foi possível verificar diferenças significativas entre alguns dados sociodemográficos e as respostas relacionadas às dimensões da percepção da doença que foram comunicadas pelos seus médicos. Sobre o tipo de câncer, foi verificada diferenças significativas referentes à percepção de pacientes com câncer de mama em relação à não comunicação referente aos sintomas. Dos 16 casos que relataram a não comunicação, 87,5% (n=14) apresentava câncer mama (p=0,042). Esse tipo de câncer também prevaleceu no relato da não comunicação das causas, 81,5% (n=22) [p=0,017]; e no controle pessoal em relação a doença, em que todos os pacientes que relataram a não comunicação também apresentavam câncer de mama, 100,0% (n=10) [p=0,020].

Em relação à escolaridade, os pacientes que relataram ter recebido informações mostraram-se associados com Ensino Superior, 61,5% (n=32), enquanto que, com o grupo que informou não ter recebido informações a associação ocorreu com o Ensino Médio, 18,8% (n=3), e Ensino Fundamental, 56,2% (n=9), e a diferença foi significativa (p=0,016).

Na questão que corresponde à dimensão consequências da doença, a diferença significativa ($\chi^2_{Fisher}=5,601$; p=0,045) na comparação com a instrução apontou que, os pacientes que confirmaram ter recebido a informação mostraram-se associados ao Ensino Superior, 59,3% (n=32), enquanto que aqueles que relataram não ter recebido a informação a associação ocorreu com o Ensino Fundamental, 57,1% (n=8).

Na avaliação do tipo de câncer, para a realização da análise comparativa, alguns tipos foram agrupados de forma a se obter um número representativo para a análise,

ficando esta variável caracterizada da forma: câncer de mama, câncer gastrointestinal e outros tipos de câncer. Sobre este novo formato, as comparações com as questões de informação apontaram, diferenças estatisticamente significativas em relação aos sintomas ($(\chi^2_{Fisher}=6,130; p=0,042)$) causas ($(\chi^2=8,411; p=0,015)$) e controle pessoal ($(\chi^2_{Fisher}=6,963; p=0,020)$).

Em relação às causas ($(\chi^2=8,411; p=0,015)$), verificou-se que, os pacientes que relataram não ter recebido informação mostraram-se associados ao câncer mama, 81,5% (n=22), enquanto que no grupo que confirmou ter recebido informação a associação correu com os tipos de câncer abdominal, 19,5% (n=8), e outros tipos, 34,1% (n=14).

Sobre os sintomas ($(\chi^2_{Fisher}=6,130; p=0,042)$) a associação significativa foi novamente entre a resposta negativa e o câncer mama, 87,5% (n=14), enquanto que aqueles que relataram ter recebido a informação a associação correu com os tipos de câncer abdominal, 17,3% (n=9), e outros tipos, 30,8% (n=16). E em relação ao controle pessoal ($(\chi^2_{Fisher}=6,963; p=0,020)$). Novamente a percepção de não ter recebido informações ficou associado aos pacientes que têm câncer de mama.

8 DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a percepção de médicos que atuam na oncologia e de pacientes com câncer sobre a percepção da do a partir das dimensões: identidade, causas, consequências, duração, coerência e representação emocional; identificadas na comunicação do seu diagnóstico. O principal achado deste estudo foi verificar que as percepções de médicos e pacientes se mostraram distintas. Isto demonstra que há uma discrepância entre a forma com que os médicos percebem sua própria comunicação e como os pacientes a percebem. Pacientes e médicos diferem em relação à forma como eles entendem a doença e o tratamento e também a respeito do

que lembram de ter conversado nas consultas (Paschali, Hadjulis, Papadimitriou & Karademas, 2015). Diante desse resultado, pode-se pensar em duas hipóteses para ajudar na compreensão desses resultados: 1) O paciente não reconhece que as informações sobre a doença foram fornecidas pelo médico por falta de entendimento ou elas não tiveram impacto nas suas crenças por uma falha de comunicação; 2) Os médicos, por desconhecerem as dimensões da percepção da doença e por limitações em relação à comunicação profissional-paciente, acabam não conseguindo transmitir de forma eficiente informações importantes sobre o diagnóstico e tratamento.

Com base na primeira hipótese, pode-se dizer que a forma como os indivíduos compreendem a sua doença está relacionada com suas experiências pessoais e coletivas. A forma como a pessoa irá adotar medidas para reduzir riscos à saúde são influenciadas pela sua subjetividade ou pelo senso comum que têm a respeito de determinada doença (Leventhal, Brisette & Leventhal, 2003). A partir dos resultados deste estudo, nota-se que os pacientes não percebem que os médicos comunicam de forma efetiva sobre as causas, sintomas, duração, consequências e a compreensão que eles têm sobre sua doença. A comunicação médico-paciente tem sido fortemente estudada, principalmente a partir do final do século XX, quando pesquisas acadêmicas começaram a crescer e houve um reconhecimento de médicos e líderes de que havia um problema e este deveria ser solucionado (McDonald, 2016). Desta forma, para que a comunicação seja mais efetiva, a prática médica necessita de maior compreensão da realidade do paciente, requer o entendimento das necessidades de saúde além dos aspectos biomédicos. Para que médicos e pacientes possam estabelecer um diálogo efetivo é importante que a comunicação não esteja apenas focada em informações específicas sobre a doença e tratamento, mas interessada também nas crenças dos pacientes sobre ela, nos seus

hábitos de vida, nos significados e experiências de saúde, doença e cuidado que cada um deles tem (Moura, 2012).

As dificuldades estão desde questões relacionadas a falta de treinamentos sobre habilidades de comunicação durante a faculdade até a comunicação baseada fundamentalmente em conceitos biomédicos (Moura, 2012). Esta dificuldade na comunicação também acontece por parte dos pacientes, pois para que o médico tome decisões mais precisas sobre o curso do tratamento, as informações fornecidas pelos pacientes são essenciais, porém nem sempre os pacientes relatam informações que reflitam seus sintomas e preocupações, levando a uma tomada de decisões insatisfatória (McDonald, 2016). Isso reforça a ideia de que compreender as crenças e a percepção que o paciente tem a respeito do seu diagnóstico poderá ajudar os médicos ajustar crenças que se afastam da realidade da doença e psicoeducar de forma que possa contribuir para o autocuidado e adesão ao tratamento. Conforme foi encontrado neste estudo, pacientes com menor nível de escolaridade apresentaram maiores resultados em relação à não informação em relação aos sintomas e consequências da doença, o que pode sugerir uma dificuldade de compreensão da linguagem utilizada pelos médicos ou uma dificuldade dos médicos em comunicarem de uma forma que o paciente compreendesse. Um estudo realizado em 2013 (Husson et al., 2013), também encontrou resultado semelhante em relação à escolaridade, em que pacientes com maior escolaridade perceberam ter recebido mais informações que pacientes com menos escolaridade. Quando se trata de tratamento e cuidado de pacientes com câncer, informações compreensíveis são especialmente importantes, no entanto, muitas vezes essas informações não são transmitidas de forma satisfatória (McDonald, 2016). A maioria dos pacientes não apenas quer mais informações sobre seu diagnóstico e tratamento, mas sim informações que possa compreender. O uso de terminologia

biomédica pode dificultar este processo, portanto é essencial que os médicos possam traduzir termos técnicos em uma linguagem conectada com a realidade do paciente. A interpretação dos pacientes sobre a comunicação é o primeiro passo no processo de lidar com a doença. Uma forma de contribuir para o entendimento do paciente é a informação por escrito, pois é a complementação da verbal. Isso será útil no sentido de aumentar o conhecimento do paciente, assim como capacitá-lo para que possa ajudá-lo a fazer perguntas mais assertivas durante uma consulta (Iskandarsyah et al.,2013).

Em relação a segunda hipótese levantada, de que os médicos por desconhecerem as dimensões da percepção da doença e por limitações em relação à comunicação profissional-paciente acabam não conseguindo transmitir de forma eficiente informações importantes sobre o diagnóstico e tratamento, pode-se compreender que talvez a comunicação tenha sido descontextualizada da realidade do paciente, não fazendo sentido para ele. O nível de compreensão que um paciente tem sobre uma determinada doença, depende do quanto as informações estão de acordo com as representações cognitivas e emocionais do sujeito (Phillips, Leventhal & Leventhal, 2011). Como o diagnóstico de câncer é, na maioria dos casos, vinculado com o medo da morte e do sofrimento, a abordagem deste tema é algo difícil tanto para pacientes quanto para médicos. Porém é papel dos médicos verificar o entendimento do paciente sobre seu diagnóstico e tratamento. A provisão de informações é um dos principais elementos de apoio e cuidado durante o tratamento da doença. No entanto, as informações fornecidas pelos profissionais de saúde frequentemente não atendem às necessidades dos pacientes (Iskandarsyah et al.,2013).

Desta forma, nota-se que cada vez mais os pacientes desejam ser ativos na construção do tratamento, fazendo com que as decisões sejam compartilhadas. Isso significa que o profissional deverá utilizar uma abordagem com o paciente em que tenha

como objetivo informar todos os riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis. De acordo com McDonald (2016), este tipo de abordagem tem benefícios não apenas para pacientes e profissionais, mas para o sistema de saúde como um todo, pois aumenta o conhecimento do paciente sobre a doença e tratamento, promove a autonomia e reduz a ansiedade. Isso reflete que as dimensões do Modelo de Senso Comum devem estar claras para ambas as partes, médicos e pacientes, para que melhores decisões sejam tomadas. Partindo desta ideia, um estudo realizado por Leventhal et al., (2003) investigou as percepções dos pacientes sobre a sua doença depois da consulta e após foram investigadas as expectativas dos médicos em relação a adesão dos pacientes ao tratamento, assim como aspectos da comunicação. Os resultados mostraram que a comunicação médica baseada na percepção da doença, juntamente com uma expectativa mais positiva do profissional em relação adesão ao tratamento sugeriu respostas mais realistas desses pacientes em relação ao seu diagnóstico e tratamento, do que aqueles profissionais que não utilizaram o modelo baseado na percepção e tinham expectativas mais negativas em relação a adesão ao tratamento.

Quanto mais o paciente compreender sobre o seu diagnóstico, bem como as consequências dele, mais realista será sua percepção sobre sua doença, possibilitando encontrar melhores alternativas para enfrentá-la. Quando um paciente tem uma percepção mais clara e realista sobre seu diagnóstico, melhor será sua postura de enfrentamento. Os pacientes se sentem melhor quando as informações que recebem são adaptadas ao seu estilo de enfrentamento. É importante que os profissionais de saúde estejam atentos as necessidades de cada paciente, considerando as habilidades, valores, percepção da doença e emoções dos pacientes. As necessidades dos pacientes com câncer vão além das informações sobre o tratamento, abrangendo questões de bem-estar psicossocial que muitas vezes não são discutidos (Husson et al., 2013). Desta forma, o

ajustamento das consequências das crenças sobre o diagnóstico de câncer, pode proporcionar uma maior adesão ao tratamento e sentimento de acolhimento.

Com relação à atribuição causal do câncer, para a maioria dos tipos de câncer os pacientes não têm clara sua etiologia, especialmente pacientes com idade avançada e baixa escolaridade (Zhang et al., 2016). No Brasil, um estudo com mulheres com câncer de mama (Peuker, Armiliato, Souza & Castro, 2016) mostrou que as mulheres tendem a atribuir a doença a causas emocionais, culpabilizando-se pela doença. Os resultados destes estudos revelaram que as atribuições causais do câncer de mama nem sempre estão de acordo com as causas multifatoriais conhecidas e validadas pela ciência, o que não contribui para a adesão ao tratamento. Assim, o papel do médico é essencial no sentido de informar as possíveis causas do tipo de cancer de cada paciente para que não contribua para o surgimento de percepções desajustadas sobre a doença.

A dimensão duração está relacionada às representações em relação ao tempo de desenvolvimento, evolução e duração da doença (Leventhal et al., 2003). Refere-se se é aguda ou crônica. Assim, é importante que os pacientes entendam que o câncer é uma doença crônica que requer cuidados. Isso é importante para a mudança de hábitos de saúde, pois se eles pensarem que a doença é aguda, poderão se cuidar apenas quando sentirem algum sintoma.

Com relação à identidade ou sintomas da doença, no caso do câncer, é comum que sintomas da doença e do tratamento sejam confundidos, uma vez que a quimioterapia gera muitos efeitos colaterais. Portanto, é importante que o médico explique o que são os sintomas do câncer e os efeitos colaterais do tratamento a fim de uma maior compreensão do paciente sobre seu estado de saúde.

Em relação ao controle doença, este pode ser o quanto o paciente acredita que pode controlar ou curar a sua doença e o quanto o tratamento pode ser eficaz no

controle e cura da doença (Moss-Moris et al., 2002). Desta forma, é importante deixar claro o quanto o tratamento é eficiente e quais suas limitações. Também se faz necessário desmitificar a crença de que o próprio paciente “causou” o câncer e, portanto, ele mesmo pode “tirá-lo”. É importante ter controle sobre sua própria vida, considerando também a visão biomédica e científica. Pacientes com crenças mais fortes em relação ao seu controle pessoal sobre a doença, mostraram uma melhor compreensão de sua doença e foram menos afetados emocionalmente por ela (Iskandarsyah et al., 2013).

As consequências referem-se às representações atribuídas aos possíveis efeitos da doença na vida do paciente, sejam eles, físicos, sociais, econômicos ou emocionais (Leventhal et al., 2003). Informar ao paciente as possíveis consequências da doença e do tratamento e verificar também as percepções dele acerca das suas representações, pode ajudá-lo a ter uma visão mais adaptada da sua realidade. As consequências dizem respeito, inclusive, ao pior desfecho: o medo da morte. Nem sempre os pacientes querem saber e falar sobre isso. A partir disso, pode-se dizer que há evidências de discrepâncias nas percepções de médicos e pacientes sobre o que é comunicado sobre o câncer. É importante que médicos e outros profissionais da saúde sejam treinados para discutir questões relacionadas à doença, sentimentos e planos de ação, pois assim os pacientes tenderão a responder de forma adaptativa, com menos preocupação e melhor gerenciamento de sua condição (Paschali et al., 2015). Desta forma, compreende-se que quando os médicos fornecem mais informações acerca da doença e numa linguagem adequada, os pacientes desenvolvem representações mais adaptativas sobre seu diagnóstico. Quanto mais informações são dadas pelos médicos sobre a doença e tratamento, mais positivas são as percepções das doenças. De acordo com o modelo de percepção da doença, as informações fornecidas pelos médicos são essenciais para o

desenvolvimento de representações adaptativas em pacientes e conseqüentemente, sua efetiva adaptação à doença e ao tratamento (Paschali et al., 2015).

CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou a investigação da percepção de pacientes e médicos em relação à comunicação do médico baseada nas dimensões do Modelo de Senso Comum. A partir disso, pode-se compreender que as percepções divergem em relação a comunicação, mostrando que os médicos acreditam que informam aos pacientes as causas, conseqüências, duração e sintomas da doença, enquanto os pacientes não percebem desta maneira. Em relação a representação emocional, a percepção de ambos parece estar mais próxima, refletindo que alguns médicos verificam como o paciente se sente em relação a sua doença.

Algumas questões podem auxiliar os profissionais a identificar as crenças dos pacientes para ajudá-los a ter uma comunicação mais eficaz: o que é isto?, o que tenho? (identidade); qual a causa? (causas); quanto tempo durará? (duração); qual será o resultado? (conseqüências) e o que poderei fazer para melhorar? (cura/controle) (Pereira & Roios, 2011). Estas perguntas são baseadas no modelo da percepção da doença e que permitirá que o profissional conheça as crenças que podem limitar a adaptação do paciente à doença, assim como, possibilitar uma nova representação a partir de informações fornecidas pelo médico. Desta forma, a provisão de informações pode ajudar os pacientes a reformular suas percepções da doença, permitindo um melhor ajuste durante e após o tratamento.

Este estudo apresenta algumas limitações, em especial a heterogeneidade dos participantes, de diversos estados, com diversos tipos diagnósticos e diferentes estágios da doença e do tratamento. Também representa uma limitação, o fato de os pacientes

não estarem, necessariamente, avaliando os médicos que participaram da pesquisa. Outra limitação é o período em que a pesquisa foi respondida, seria interessante que fosse realizada logo após a consulta, pois em alguns casos, já fazia alguns anos que havia acontecido a consulta, fato este que pode interferir nas respostas (viés de memória). Nesse sentido é importante que sejam realizados outros estudos para verificar estas percepções logo após as consultas.

Apesar dessas limitações, os resultados desse estudo são relevantes ao mostrar o quanto as percepções sobre a comunicação médico-paciente ainda estão distantes e o quanto isto pode interferir no tratamento. Entende-se que é essencial que a comunicação entre profissionais da saúde e paciente seja continuamente avaliada, a fim de promover melhores resultados em relação ao tratamento, bem como qualidade de vida. A comunicação baseada no MSC, pode contribuir de forma efetiva para que essa comunicação seja mais efetiva e obtenha melhores resultados também em relação à satisfação do paciente. Nota-se que há mudanças importantes em relação à participação mais ativa do paciente nas decisões sobre seu tratamento, o que irá requerer ainda mais capacitação por parte dos médicos. Com isso, espera-se que este estudo tenha contribuído para melhorar o cuidado com o paciente e principalmente que sejam realizadas intervenções sobre comunicação baseada no MSC para melhorar a qualidade da comunicação médico-paciente e das decisões sobre o tratamento.

REFERÊNCIAS

Adán, J.C. M., Jiménez, B. M., Carvajal, R. R., &López, P. R. (2009) Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) *Actas Españolas de Psiquiatria*, 37(2), 94-100.

- Altenhofen, V. (2015). *A Percepção da Doença em Indivíduos Cardíacos e sua Relação com a Comunicação do Diagnóstico*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Bianchini, D. (2015). *A comunicação em oncologia e a percepção da díade profissional-paciente: uma compreensão psicanalítica*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.
- Donovan, H. S., Hartenbach, E. M., & Method, M. W. (2005). Patient-provider communication and perceived control for women experiencing multiple symptoms associated with ovarian cancer. *Gynecologic oncology*, 99(2), 404-411.doi: 10.1016/j.ygyno.2005.06.062
- Frenkel, M., & Cohen, L. (2014). Effective communication about the use of complementary and integrative medicine in cancer care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(1), 12-18.doi: 10.1089/acm.2012.0533
- Gask, L., & Usherwood, T..(2002). ABC of psychological medicine. *The consultation. BMJ*, 324, 1567-1569. doi: 10.1136/bmj.324.7353.1567
- Husson, O., Thong, M. S., Mols, F., Oerlemans, S., Kaptein, A. A., & Poll-Franse, L. V. (2013). Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision?. *Psycho-Oncology*, 22(3), 490-498. doi: 10.1002/pon.3042
- Iskandarsyah, A., de Klerk, C., Suardi, D. R., Soemitro, M. P., Sadarjoen, S. S., & Passchier, J. (2013). Satisfaction with information and its association with illness perception and quality of life in Indonesian breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 2999-3007.

- Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. A. (2003). *The common-sense model of self-regulation of health and illness*. In Cameron, L. D. & Leventhal, H. (Org). *The self-regulation of health and illness behavior*. (pp. 42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. & Breland, J. (2011). Cognitive science speaks to the “common-sense” of chronic illness management. *Annals of Behavior Medicine*, 41(2), 152-163.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). *Illness representations and coping with health treats*. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology in Health* (pp. 221-252). New York: Erlbaum.
- McDonald, A. (2016). *A long and winding road: Improving communication with patients in the NHS*. England, UK.
- Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). *Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer*. The Cochrane Library.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494
- Moura, J.C. (2012). *Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Paschali, A. A., Hadjulis, M., Papadimitriou, A., & Karademas, E. C. (2015). Patient and physician reports of the information provided about illness and treatment: what matters for patients' adaptation to cancer during treatment?. *Psycho-Oncology*, 24(8), 901-909. doi:10.1002/pon.3741

- Pereira, M. G., & Roios, E. (2011). Crenças e ajustamento psicossocial à doença crónica. *Psicologia na Actualidade*, 3, 36-47.
- Peuker, A. C. W., Armiliato, M. J., Souza, L. V. D., & Castro, E. K. D. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29. doi 10.1186/s41155-016-0007-y
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2011). Factors associated with the accuracy of physicians' predictions of patient adherence. *Patient education and counseling*, 85(3), 461-467.
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians use of interpersonal skills. *British journal of health psychology*, 17(2), 244-257.
- Postolica, R., Iorga, M., Petrariu, F. D., & Azoicai, D. (2017). Cognitive-Behavioral Coping, Illness Perception, and Family Adaptability in Oncological Patients with a Family History of Cancer. *BioMed research international*, 8104397.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S., (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire Illness perception: an approximation from the Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el caribe*, 25.
- Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K., Tsang, J., Lee, V., & ... Lam, W. T. (2016). Illness perceptions among cancer survivors. *Supportive Care In Cancer*, 24(3), 1295-1304. doi:10.1007/s00520-015-2914-3

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Esta pesquisa permitiu compreender como os indivíduos que tem diagnóstico de câncer têm percebido a comunicação dos médicos em relação ao diagnóstico e tratamento. Também foi possível entender como os próprios médicos que atuam na oncologia percebem sua comunicação. Os resultados mostraram o quanto ainda há necessidade de desenvolver a comunicação médico-paciente de forma mais efetiva. As percepções de médicos e pacientes se mostraram distantes, em que médicos acreditam que comunicam de forma efetiva, já os pacientes não percebem desta mesma forma.

O desenvolvimento deste projeto foi bastante intenso e de muito aprendizado, desde a definição do tema até o contato com as Instituições e participantes. Num primeiro momento, este projeto aconteceria em parceria com uma Instituição Hospitalar da cidade de Porto Alegre e seriam desenvolvidos dois projetos: um de investigação da comunicação profissional-paciente e o outro seria uma intervenção com os profissionais, a fim de capacitá-los em relação à comunicação e percepção da doença. Foram diversas reuniões com a Instituição para que fossem alinhadas as expectativas e a forma como o trabalho seria realizado. Embora houvesse uma aparente receptividade para realizar a pesquisa e a intervenção naquele local, no momento em que foi necessário iniciar os procedimentos para viabilizar a realização do projeto, inúmeras dificuldades apareceram e que, em função da demora na sua resolução, impactou na impossibilidade de realização do projeto neste local dentro do prazo previsto do mestrado. Desta forma, para que fosse viável a realização do mestrado dentro do tempo estimado, acabamos fazendo adaptações no projeto e mudamos nossa estratégia de coleta de dados. Retiramos, então, o estudo que previa uma intervenção com a equipe de oncologia, sugestão que já havia sido feita pela banca no exame de qualificação do

mestrado, e, também, a pesquisa foi realizada sem vínculo com uma Instituição específica. Assim, optamos por uma coleta de dados online que nos possibilitaria divulgar a pesquisa em diferentes contextos, sem nos vincularmos a uma instituição específica.

Juntamente com a mudança do projeto, acompanharam diversos outros desafios, pois tivemos que fazer adendos para o comitê de ética da Universidade explicando o motivo das alterações da pesquisa, assim como a coleta de dados se mostrou bastante difícil. Num primeiro momento, acreditávamos que não teríamos dificuldades em chegar até os participantes, pois hoje em dia as redes sociais fazem parte da vida de grande parte da população. Iniciamos divulgando na página do Grupo de Pesquisa (GEAPSA) e depois compartilhei no meu perfil pessoal. Durante um mês não tivemos nenhuma resposta. Com isso a estratégia precisava ser mudada. Entrei em contato com médicos da minha rede de contatos solicitando colaboração e divulgação da pesquisa entre os colegas e pacientes. Nessa etapa, tivemos menos de 10 respostas. Nossa meta inicial era de pelo menos 30 respostas de médicos e 30 de pacientes. Durante um período poste quase que diariamente o convite para a pesquisa nas redes sociais, mas os resultados não aconteciam. Então iniciei um trabalho mais ativo, no sentido de ligar para Hospitais, ONGs, Instituições vinculadas ao tratamento do câncer para pedir colaboração na divulgação da pesquisa. Conversei com vários profissionais, visitei algumas Instituições e as respostas começaram a vir. Um Hospital do Interior e uma ONG de Porto Alegre abriram as portas para eu coletar os dados com os pacientes, consegui em torno de 30 respostas. Nossa meta em relação aos pacientes já havia sido atingida, mas em relação aos profissionais estava cada vez mais difícil de conseguir. Visitei uma clínica médica em Porto Alegre e consegui mais duas respostas. Foi um período muito difícil, pois achei que não conseguiria finalizar o mestrado. Passado o

período de maior preocupação, tive a ideia de convidar médicos que atuavam na oncologia através de uma rede social profissional (LinkedIn) e foi assim que consegui uma amostra maior do que esperávamos. Convidei mais de 250 profissionais através desta rede. Percebi também a oportunidade de aumentar minha amostra de pacientes através das redes sociais e comecei a postar o convite da pesquisa em grupos no facebook relacionados a câncer e convidar os pacientes através de mensagens no modo privado.

Este caminho não foi fácil, mas foi extremamente gratificante, pois tive apoio de muitos profissionais, diversos médicos que, além de contribuir respondendo a pesquisa, me passaram indicações de leituras, artigos, e me ajudaram com dúvidas durante o processo de construção e avaliação dos dados, como por exemplo quando precisei agrupar os tipos de câncer para poder avaliar estatisticamente. Conseguimos o dobro de participantes da nossa meta inicial e além disso, fiz diversas amizades. Foi muito bom ver que as pessoas se interessam pelo tema e que os médicos acreditam que a psicologia pode ajudá-los a ter uma comunicação melhor e ajudar os pacientes a entenderem melhor sobre sua doença e tratamento.

Trabalhar com o tema câncer não é uma tarefa fácil, pois é uma doença que todos nós já acompanhamos ou conhecemos alguém que passou pela situação, que desperta muito sofrimento. Contudo, me motivou para entender que médicos e profissionais da saúde em geral podem fazer da doença e do tratamento um período mais acolhedor através de uma comunicação efetiva e empática.

Desta forma, posso dizer que este período foi um dos mais intensos que já vivi, pois, além de lidar com diversos sentimentos, passei de leitora e aprendiz para alguém que também produz conhecimento. Aprender a lidar com frustrações, dificuldades, e ainda conseguir perceber o apoio de pessoas desconhecidas no meio de tantos

desencontros foi algo transformador. Concluo esta etapa extremamente feliz pelo meu desenvolvimento enquanto pessoa e pesquisadora e espero que, de alguma forma, este trabalho possa ajudar na reflexão e possíveis mudanças na comunicação médico-paciente no futuro.

Os resultados desta pesquisa oportunizaram a reflexão sobre maneiras de como a comunicação pode ser mais efetiva na relação médico-paciente. Concluo esta dissertação elencando algumas dessas reflexões, como sugestões, conforme segue:

- A psicologia é fundamental na área da saúde, tanto no que tange a questões de capacitação da equipe de profissionais com informações relevantes sobre a relação profissional-paciente, assim como suporte para ajudá-los com suas dúvidas de manejo, principalmente com familiares, que foi algo relatado durante alguns diálogos que tive com alguns profissionais.

- A psicologia também se faz importante no sentido de psicoeducar as pessoas para que possam compreender mais sobre saúde e doença, fazendo que a ciência seja popularizada e esta fatia da sociedade possa se beneficiar dos estudos que acabam ficando restritos apenas ao público acadêmico.

Embora a comunicação profissional-paciente seja bastante estudada, ainda há muitas possibilidades para ações voltadas para melhoria da educação em saúde, como por exemplo: intervenções individuais e grupos com profissionais e pacientes, criação de materiais (folders, cartilhas, vídeos), criação de capacitações online. Este estudo mostrou que ainda existem lacunas na comunicação que precisam ser trabalhadas afim de obter melhores resultados clínicos em relação ao tratamento e também melhor satisfação do paciente. Recomenda-se que novos estudos avaliando aspectos da comunicação sejam desenvolvidos e principalmente que destes resultados, derivem intervenções de capacitações.

APÊNDICE A - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A comunicação profissional-paciente em oncologia no contexto hospitalar

Pesquisador: Bruna Madrid da Rosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53877116.5.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.514.548

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado, de autoria da mestranda Bruna da Rosa Madrid e orientação da professora Elisa Kern de Castro, do PPG Psicologia, pretende estudar a comunicação estabelecida entre profissional e paciente do setor de oncologia de um hospital da rede privada da cidade de Porto Alegre. Para tanto, será realizado um estudo de abordagem quantitativa, observacional e transversal descritiva, a fim de "avaliar as habilidades de comunicação de profissionais da saúde que atuam na área da oncologia a partir das percepções dos pacientes e dos próprios profissionais" e "analisar e comparar possíveis diferenças na percepção do paciente e do profissional em relação ao comportamento comunicativo do profissional". Estima-se a participação de 150 pacientes e 80 profissionais, entre médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos. Todos responderão a questionários padronizados, que serão posteriormente analisados através de estatísticas descritivas e inferenciais.

Objetivo da Pesquisa:

Estão redigidos claramente, e são adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No texto do projeto, os riscos e benefícios não estão claramente apresentados, mas a pesquisadora os previu no formulário de apresentação da proposta para a Plataforma Brasil, e também nos dois modelos de TCLEs.

Endereço: Av. Unisinos, 950
 Bairro: Cristo Rei CEP: 93.022-000
 UF: RS Município: SAO LEOPOLDO
 Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: cep@unisinos.br

APÊNDICEB- Dados sociodemográficos e clínicos - paciente

Participante n°.

Diagnóstico de câncer:

Idade: **Sexo:**

Data de nascimento:

Data do diagnóstico:

Data do início do tratamento:

Idade no diagnóstico:

Tipo de tratamento:

Estado civil:

solteiro casado/vive junto separado viúvo

Escolaridade:

analfabeto ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo

ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior incompleto

ensino superior completo

Estuda? Não Sim O que estuda?

Trabalha? Sim Não Função exercida:

Tem filhos? Sim Não Número e idade dos filhos:

Pessoas com as quais mora e grau de parentesco:

Pai e Mãe Pai Mãe Pais e irmãos Cônjuge Cônjuge e filho(s)

Filho(s) Sozinho Outro(s):

Quem cuida de você durante o tratamento?

filho(s) pai mãe outros familiares Quem?

Você observou sequelas em decorrência da doença ou do tratamento?

Não Sim Qual?

Se a resposta for sim, assinale a alternativa correspondente:

Você teve que mudar sua rotina em função da doença e do tratamento?

Não Sim Quais mudanças?

Teve atendimento psicológico ou psiquiátrico durante o tratamento?

Não Sim, atendimento psicológico Sim, atendimento psiquiátrico

Sim, ambos

Faz tratamento psicológico ou psiquiátrico atualmente?

Não Sim, atendimento psicológico Sim, atendimento psiquiátrico

Sim, ambos

Faz o uso de algum medicamento psicofarmacológico?

Não Sim Qual?

APÊNDICEC- Dados sociodemográficos- profissionais da saúde

Participante numero: _____

Data: ___/___/_____

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Profissão: _____ Para médicos – residente () sim () não

Especialidade: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de prática profissional: _____

Tempo de prática no setor de oncologia: _____

Tempo de trabalho neste hospital: _____

Tipo de formação:

() especialização () especialização em andamento

() mestrado () mestrado em andamento

() doutorado () doutorado em andamento

É professor (a)?

() sim

() não

**APÊNDICE D – Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) –
versão para pacientes – Profissional**

INSTRUÇÕES

Esta entrevista contém perguntas sobre as interações que você tem com seu/sua _____ nas consultas. Você será perguntado sobre a frequência em que cada interação acontece.

Para responder, pense nas consultas que você teve com o(a) seu/sua _____ e como ele(a) se comporta.

Por isso, não existem respostas “certas” ou “erradas”. Somente a sua opinião é necessária. Responda calmamente.

Para cada pergunta, você terá que escolher uma única alternativa de resposta das indicadas neste cartão (mostrar cartão de respostas e ler para o paciente):

- 1** se a prática acontece **NUNCA**
- 2** se a prática acontece **RARAMENTE**
- 3** se a prática acontece **ÀS VEZES**
- 4** se a prática acontece **FREQUENTEMENTE**
- 5** se a prática acontece **SEMPRE**

| | Nunca | Raramen te | Às vezes | Frequent emente | Sempre |
|---|--------------|-----------------------|-----------------|----------------------------|---------------|
| 1. O seu _____ faz perguntas para ver se você entendeu o seu problema? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ele pede para você explicar com suas próprias palavras sobre seu tratamento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ele incentiva você a seguir o tratamento proposto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. O seu _____ pede suas opiniões durante as consultas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ele te elogia quando você tem condutas adequadas ao seu tratamento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ele adapta o tratamento a sua rotina/realidade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. O seu _____ balança a cabeça em gesto afirmativo demonstrando que está entendendo o que você fala? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Sem falar, o seu _____ demonstra pela expressão facial que te apóia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Demonstra pela expressão facial entusiasmo sobre o que você diz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Demonstra que te apóia através dos olhos/olhar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Olha para você enquanto está falando? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. O seu _____ confia em você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ele explica novamente o que você não entendeu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ele escuta se você tem algo a dizer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ele percebe quando você não entende? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 16. Ele é paciente com você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ele é amigável com você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ele se preocupa com você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ele é alguém com quem você pode contar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ele usa uma linguagem que você entende? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ele se preocupa com seus medos e suas ansiedades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. O seu _____ deixa você dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ele se dispõe a mudar a forma de tratamento se você não consegue realiza-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**APÊNDICE E – Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) –
versão para profissionais da saúde – Profissional**

INSTRUÇÕES

Leia atentamente as instruções a seguir: Esse questionário tem o objetivo de identificar como você se percebe em relação à comunicação, nas consultas com seus pacientes.

Não existem respostas “certas” e “erradas”.

Somente sua opinião é necessária. Responda calmamente sem se preocupar com o tempo. Pense sobre a melhor maneira de responder cada pergunta, de forma que ela descreva o que a consulta é para você.

Marque com um X o número:

1 se a prática acontece **NUNCA**

2 se a prática acontece **RARAMENTE**

3 se a prática acontece **ÀS VEZES**

4 se a prática acontece **FREQUENTEMENTE**

5 se a prática acontece **SEMPRE**

Esteja certo de dar uma resposta para todas as questões. Se você mudar de ideia sobre uma resposta, simplesmente faça um círculo em volta da resposta e marque com um X a outra.

| | Nunca | Raramen te | Às vezes | Frequent emente | Sempre |
|---|-------|---------------|----------|--------------------|--------|
| 1. Eu faço perguntas para ver se o paciente entendeu o seu problema? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Eu peço para o paciente explicar com suas próprias palavras sobre seu tratamento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Eu incentivo o paciente a seguir o tratamento proposto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Eu peço opiniões dos pacientes durante as consultas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Eu elogio o paciente quando ele tem condutas adequadas ao seu tratamento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Eu adapto o tratamento a rotina/realidade do paciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Eu balanço a cabeça em gesto afirmativo demonstrando que estou entendendo o que o paciente fala? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Sem falar, eu demonstro pela expressão facial que apoio o paciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Demonstro pela expressão facial entusiasmo sobre o que o paciente diz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Demonstro que apoio o paciente através dos olhos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Olho para o paciente enquanto ele está falando? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Eu confio no paciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Eu explico novamente o que o paciente não entendeu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Eu escuto se o paciente tem algo a dizer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Eu percebo quando o paciente não entende? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Eu sou paciente com o paciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Eu sou amigável com o paciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| 18. Eu me preocupo com o paciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Eu sou alguém com quem o paciente pode contar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Eu uso uma linguagem que o paciente entende? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Eu me preocupo com os medos e ansiedades do paciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Eu deixo o paciente dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Eu me disponho a mudar a forma de tratamento se o paciente não consegue realizá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**APÊNDICE F - Questionário das Percepções das Informações Fornecidas pelo
profissional de saúde – versão paciente**

Profissional: _____

Gostaríamos de saber como lhe foi comunicado o diagnóstico. Por favor, marque SIM para as questões que aconteceram com você e NÃO para aquelas não aconteceram:

| | | | |
|----|---|-----|-----|
| 1. | Você foi informado pelo seu _____ sobre os sintomas da sua doença? | Sim | Não |
| 2. | Você foi informado por ele sobre as causas da sua doença? | Sim | Não |
| 3. | Você foi informado por ele sobre a duração da sua doença? | Sim | Não |
| 4. | Você foi informado pelo seu _____ sobre as consequências da sua doença? | Sim | Não |
| 5. | Você foi informado por ele sobre o que você pode fazer para controlar ou curar a sua doença? | Sim | Não |
| 6. | Você foi informado por ele sobre como o tratamento pode lhe ajudar a controlar ou curar a sua doença? | Sim | Não |
| 7. | O seu _____ lhe perguntou se você entendeu sobre a sua doença? | Sim | Não |
| 8. | Ele lhe perguntou como você se sente sobre a sua doença? | Sim | Não |

**APÊNDICE G - Questionário das Percepções das Informações Fornecidas pelo
profissional de saúde – versão profissionais**

Profissional: _____

Gostaríamos de saber como lhe foi comunicado o diagnóstico. Por favor, marque SIM para as questões que aconteceram com você e NÃO para aquelas não aconteceram:

| | | | |
|----|---|-----|-----|
| 1. | Você informa para o paciente sobre os sintomas da doença dele? | Sim | Não |
| 2. | Você informa sobre as causas da doença? | Sim | Não |
| 3. | Você informa sobre a duração da doença? | Sim | Não |
| 4. | Você informa sobre as consequências da doença? | Sim | Não |
| 5. | Você informa sobre o que ele pode fazer para controlar ou curar a doença? | Sim | Não |
| 6. | Você informa sobre como o tratamento pode ajudar a controlar ou curar a doença? | Sim | Não |
| 7. | Você pergunta se o paciente entendeu sobre a doença? | Sim | Não |
| 8. | Você pergunta como ele se sente sobre doença? | Sim | Não |