

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

**Fernanda Bittencourt Romeiro**

*Bolsista CAPES*

**Expressão de pistas e preocupações emocionais de pacientes com câncer em  
consultas médicas: um estudo sobre comunicação em oncologia**

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

Co-orientadora: Profa. Dra. Margarida Figueiredo Braga

São Leopoldo, março de 2019

**FERNANDA BITTENCOURT ROMEIRO**

**Expressão de pistas e preocupações emocionais de pacientes com câncer em  
consultas médicas: um estudo sobre comunicação em oncologia**

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

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro Co-orientadora: Profa. Dra Margarida  
Figueiredo-Braga (Universidade do Porto/Portugal)

São Leopoldo, março de 2019

R763e

Romeiro, Fernanda Bittencourt.

Expressão de pistas e preocupações emocionais de pacientes com câncer em consultas médicas : um estudo sobre comunicação em oncologia / Fernanda Bittencourt Romeiro. – 2019.

93 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestre) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.

“Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro  
Coorientadora: Profa. Dra. Margarida Figueiredo-Braga.”

1. Comunicação 2. Médico e paciente. 3. Preocupações emocionais. 4. Câncer. I. Título.

CDU 159.9

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

### Agradecimentos

Ao **Hospital** participante, por ter permitido a realização do estudo;

Aos **médicos da Unidade Ambulatorial de Oncologia**, por terem me recebido de forma tão solícita;

Aos **pacientes** que participaram do estudo, pela disponibilidade em ceder a imagem com a gravação da consulta e dispender tempo, contribuindo para a ciência e principalmente para meu aprendizado pessoal e profissional;

À **Doutora Lidia Del Piccolo (Universidade de Verona\Itália)**, uma das autoras do instrumento VR-CoDES, por ter me fornecido os manuais traduzidos e ter me colocado em contato com outra autora, a Professora Doutora Margarida Figueiredo-Braga, ambas membras da *European Association for Communication in Healthcare* (EACH);

À **minha co-orientadora Professora Doutora Margarida Figueiredo-Braga (Universidade do Porto\Portugal)**, por ter aceito o convite para participar da banca de qualificação da dissertação, ter acompanhado a construção do estudo fornecendo orientações, supervisões via *email* e *Skype*, e auxílio com materiais para realização das análises de dados. Além disso, agradeço pela disponibilidade em ter apresentado os resultados preliminares do meu estudo no *International Conference on Communication in Healthcare* (ICCH) ocorrido no Porto em setembro\2018;

Ao **Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos**, pelos vínculos construídos e por ter recebido apoio nas disciplinas que auxiliaram no aperfeiçoamento do projeto da dissertação. Em especial ao **grupo de pesquisa da Professora Doutora Tagma Schneider Donelli**, pelo suporte operacional para realização da gravação das consultas;

Ao **Grupo de Estudos Avançados em Psicologia da Saúde (GEAPSA)**, pelo apoio e considerações valiosas ao meu trabalho, aos alunos da graduação de Psicologia e Iniciação Científica do grupo de pesquisa que auxiliaram nas transcrições e codificações. Em especial ao **Deivid de Franceschi Felizardo**, aluno de graduação e iniciação científica, por ter sido meu braço direito na parte técnica da pesquisa;

À **minha orientadora Professora Doutora Elisa Kern de Castro** pelos ensinamentos, generosidade, disponibilidade, incentivo, estímulo e confiança no meu potencial;

À **banca**, composta pelos professores doutores Eduardo Remor, Tagma Donelli e Margarida Figueiredo-Braga, pelas contribuições à dissertação;

À **CAPES**, pelo financiamento do mestrado,

Muito obrigada!

## Sumário

<b>Lista de figura, gráficos e tabelas .....</b>	<b>6</b>
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas .....</b>	<b>7</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>8</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>9</b>
<b>Apresentação .....</b>	<b>10</b>
<b>Seção I.....</b>	<b>12</b>
<b>Artigo empírico: Utilizando as Definições de Codificação de Verona para Sequências Emocionais (VR-CoDES) no contexto da oncologia</b>	
Resumo.....	12
Introdução.....	13
Método .....	17
Delineamento.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos .....	21
Procedimentos de Coleta de Dados.....	23
Procedimentos Éticos.....	24
Análise de dados.....	25
Resultados .....	29
Discussão .....	35
Conclusões .....	40
Referências.....	42
<b>Seção II.....</b>	<b>48</b>
<b>Artigo empírico: A relação entre pistas e preocupações emocionais expressas por pacientes com câncer aos seus médicos, satisfação e avaliação da comunicação</b>	
Resumo.....	48
Introdução.....	49
Método .....	53
Delineamento.....	53
Participantes.....	53
Instrumentos .....	55
Procedimentos de Coleta de Dados.....	56
Procedimentos Éticos.....	58
Análise de dados.....	58
Resultados .....	61
Discussão .....	64
Conclusões .....	70
Referências.....	71
<b>Considerações finais da dissertação .....</b>	<b>77</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>81</b>
Apêndice A - Questionário sociodemográfico e clínico.....	81
Apêndice B - Questionário sociodemográfico e laboral.....	84

<b>ANEXOS</b> .....	<b>86</b>
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (versão pacientes) .....	86
AnExo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (versão médico) 88	
Anexo C - Verona Network on Sequence Analysis (VR-CoDES) .....	90
Anexo D - Inquérito de Satisfação Adaptado de “Patients Satisfaction with the interview assessment questionnaire” (PSIAQ) .....	91
Anexo E - Instrumento de Avaliação da Comunicação (CAT) .....	92

### Lista de figura, gráficos e tabelas

<b>TABELA 1</b> – Dados Sociodemográficos e clínicos dos pacientes (Artigo 1).....	19
<b>TABELA 2</b> – Dados Sociodemográficos e laborais dos médicos (Artigo 1) .....	20
<b>TABELA 3</b> – Descrição de sete tipos de subcategorias de pistas emocionais (Artigo1) .....	27
<b>FIGURA 1</b> – Codificação das Respostas do Profissional de Saúde (Artigo 1).....	28
<b>TABELA 4</b> – Descrição das Pistas e Preocupações dos pacientes (Artigo1).....	30
<b>TABELA 5</b> – Descrição dos tipos de respostas dos médicos (Artigo 1) .....	31
<b>TABELA 6</b> – Dados descritivos de pistas/preocupações dos pacientes e intervenções dos médicos (Artigo 1) .....	32
<b>TABELA 7</b> – Exemplos de expressões emocionais de pacientes e respostas dos médicos (Artigo 1).....	34
<b>TABELA 8</b> – Dados Sociodemográficos e clínicos dos pacientes(Artigo 2).....	55
<b>FIGURA 2</b> - Respostas às pistas e preocupações (Artigo 2).....	60
<b>TABELA 9</b> - Correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis do sistema VR-CoDES, médias totais dos instrumentos CAT (comunicação) e PSIAQ (satisfação) e variáveis demográficas e clinicas dos pacientes (Artigo 2) .....	62

### Lista de Abreviaturas e Siglas

VR-CoDES	<i>Verona Coding Definitions of Emotional Sequences</i> (Codificação De Verona Para Sequencias Emocionais)
HPE	<i>Health Provider Elicited</i> (Suscitada Pelo Profisisonal De Saúde)
PE	<i>Patient Elicited</i> (Suscitada Pelo Paciente)
NR	Não Explícita (N) –Reduzir Espaço (R)
NP	Não Explícita (N) –Prover Espaço (P)
ER	Explícita (E) –Reduzir Espaço (R)
EP	Explícita (E) –Prover Espaço (P)
NR Ig	<i>Ignoring</i> (Ignorar)
NRSd	<i>Shutting Down, Denying</i> (Desligar, Bloquear)
NR Ia	<i>Non Explicit Information-Advise</i> (Aconselhamento Não Explícito)
NPSi	<i>Silence</i> (Silêncio)
NPBc	<i>Back Channel</i> (Encorajamento)
NP Ac	<i>Acknowledgement</i> (Reconhecimento)
NP Ai	<i>Active Invitation</i> (Convite Ativo)
NP i	<i>Implicit Empathy</i> (Empatia Implícita)
ERSw	<i>Switching</i> (Mudança de Assunto)
ER Pp	<i>Post-Ponement</i> (Adiamento)
ER Ia	<i>Information-Advise</i> (Aconselhamento Explícito)
ER Ab	<i>Active Blocking</i> (Bloqueio Ativo)
EP CAc	<i>Content Acknowledgement</i> (Reconhecimento de Conteúdo)
EP CEEx	<i>Content Exploration</i> (Exploração de Conteúdo)
EP AAc	<i>Affective Acknowledgement</i> (Reconhecimento Afetivo)
EP AEEx	<i>Affective Exploration</i> (Exploração Afetiva)
EP AEEm	<i>Empathic Response</i> (Resposta Empática)
SPSS	<i>Statistical Package For The Social Sciences</i> (Programa Estatístico para Ciências Sociais)



## RESUMO

Esta dissertação é composta por dois artigos empíricos derivados do projeto de pesquisa que avalia a comunicação médico-paciente através de pistas e preocupações emocionais de pacientes e as respostas dos médicos sobre essas expressões emocionais em consultas oncológicas. No primeiro artigo, utilizou-se a definição de codificação de sequências emocionais de Verona (VR-CoDES) para descrever as pistas e preocupações emocionais dos pacientes em tratamento para o câncer e as intervenções dos médicos em resposta à essas expressões emocionais, em consultas médicas gravadas em vídeo. No segundo artigo, examinou-se a associação entre pistas e preocupações emocionais, respostas dos médicos, variáveis sociodemográficas e clínicas, satisfação e comunicação médico-paciente. Delineamento do artigo I foi misto, descritivo e exploratório. O artigo II teve delineamento correlacional. Participaram da pesquisa 12 pacientes com idade média de 63,25 anos (DP=15,70 anos), oito mulheres e quatro homens, que estavam em tratamento para o câncer em média 28,42 meses (DP= 38,59 meses) e oito médicos oncologistas que atendiam os respectivos pacientes. Os instrumentos utilizados foram: questionários de dados sociodemográficos (clínicos e laborais); VR-CoDES (Codificação de Sequências Emocionais); Inquérito de Satisfação (traduzido e adaptado do PSIAQ); e Instrumento de Avaliação da Comunicação (CAT). No artigo 1, os resultados revelaram que os pacientes expressaram 349 pistas/preocupações em 12 consultas. Em resposta às pistas/preocupações foram identificadas 394 intervenções de respostas dos médicos, sendo que as mais utilizadas foram respostas explícitas (F=135; 34,3%) e não-implícitas (F=111; 28,2%) ambas com a função de redução de espaço. A pista mais utilizada pelos pacientes referiu-se a preocupações de caráter fisiológico relacionadas à doença e ao tratamento. Os resultados do artigo II indicaram que respostas explícitas e com redução de espaço foram relacionadas positivamente com expressões de vivências potencialmente estressantes para os pacientes, e repetição de conteúdo por iniciativa própria do paciente. A pista expressa através de sintomas fisiológicos se relacionou com respostas do médico com provisão de espaço apenas ao conteúdo. Os pacientes expressavam menos comportamentos não-verbais (ex. choro, silêncio ou pausa na fala) na medida em que estavam há mais tempo de tratamento e respostas mais empáticas eram fornecidas a esses pacientes. Não houve relação de pistas/preocupações dos pacientes e respostas dos médicos com a satisfação e avaliação da comunicação. Sugere-se que os médicos recebam capacitação de habilidades de comunicação a fim de favorecer o reconhecimento das emoções dos pacientes e prover suporte emocional no contexto da oncologia.

Palavras-chave: comunicação médico-paciente; preocupações emocionais; câncer.

## ABSTRACT

This dissertation is composed by two empiric articles from a research project, which assesses the physician-patient communication through patients' cues and concerns and physicians' responses to these emotional expressions during oncological consultations. In the first article, it was used the VR-CoDES (Verona Coding Definitions of Emotional Sequences) to describe both emotional cues/concerns expressed by patients during their oncological treatment and physicians' responses toward such emotional expressions, from video recorded consultations. In the second article, the relation between patients' emotional cues and concerns, physicians' responses, socio-demographic and clinical variables, satisfaction and physician-patient communication was examined. First article design was mixed, descriptive and exploratory. Second article design was correlational. The participants were 12 patients with mean age of 63.25 years (SD = 15.70 years), eight women and four men, which were under cancer treatment for a mean period of 28.42 months (SD = 38.59 months), eight oncologists that attended the patients during their treatment. The instruments were questionnaires for socio-demographic data (professional and clinical); VR-CoDES (Verona Coding Definitions of Emotional Sequences); Satisfaction Inventory (translated and adapted from the PSIAQ - Patient Satisfaction with the Interview Assessment Questionnaire); and CAT - Communication Assessment Tool. In article 1, the results revealed that patients expressed 349 cues/concerns in 12 consultations. In response to the cue/concerns, 394 interventions of the physicians' answers were identified, being the most used were explicit (F = 135; 34.3%) and non-explicit (F = 111; 28.2%) responses both with reduce function. The cue most used by the patients referred to physiological concerns related to the disease and to the treatment. The results of article II indicated that explicit and reduce space responses were positively related to expressions of potentially stressful experiences for the patients, and content repetition at the patient's own initiative. The cue expressed through physiological symptoms was related to the physician's responses with provide space only to the content. Patients expressed less nonverbal behaviors (eg crying, silence, or pauses in speech) as they were treated longer and more empathic responses were provided to these patients. There was no relation of cues patients' concerns and answers of the doctors with the satisfaction and evaluation of the communication. It is suggested that physicians be trained in communication skills in order to promote the recognition of patients' emotions and to provide emotional support in the context of oncology.

Keywords: physician-patient communication; emotional concerns; cancer.

## APRESENTAÇÃO

A comunicação profissional-paciente no processo de adoecimento pelo câncer representa uma área de investigação importante para a Psicologia da Saúde, porém pouco pesquisada no Brasil. No âmbito da saúde, apresenta-se como um grande desafio aos profissionais, por incluir a discussão dos aspectos psicológicos, gerados pela doença, e a precisão técnica das informações.

O interesse em estudar essa temática surgiu após a realização de estágio profissional durante a graduação, em um hospital de referência no tratamento do câncer. Os pacientes verbalizavam mais preocupações em relação à doença para os profissionais da assistência como, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, que tinham mais contato durante o tratamento, do que para os médicos. No meu trabalho de conclusão do curso de graduação, ao investigar a percepção de pacientes em tratamento quimioterápico sobre a comunicação com os profissionais de saúde, identificamos que os pacientes percebiam que a comunicação com suporte emocional trazia mais benefícios à saúde, pois os profissionais compreendiam os aspectos biopsicossociais, impactando no aumento do bem-estar, satisfação e qualidade de vida. Por outro lado, falhas na comunicação e pouca atenção aos aspectos emocionais, foram percebidos pelos pacientes como aspectos negativos que refletiam na redução da satisfação e aumento da sentimentos negativos como o medo e as incertezas em relação ao tratamento (Romeiro, Peuker, Bianchini, & Castro, 2016). A fim de explorar a interação médico-paciente e, sobretudo, entender como os pacientes expressam pistas/preocupações emocionais em relação ao câncer e como os médicos respondem à essas expressões de emoções negativas, aprofundei os estudos com a temática da comunicação emocional no contexto da oncologia.

Esta dissertação traz contribuições empíricas sobre a temática da comunicação, mais especificamente a comunicação emocional em medicina, identificando preocupações emocionais expressas por pacientes oncológicos em consultas médicas. Este estudo teve como embasamento uma extensa revisão teórica nacional e internacional. A dissertação está inserida na linha de pesquisa “Processos de Saúde e Doença em Contextos Institucionais”, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). O presente estudo teve por objetivo examinar como as preocupações e pistas emocionais são expressas por pacientes adultos em tratamento para o câncer em consultas médicas e como os médicos

respondem à essas expressões. O estudo descreveu uma sequência das respostas dos médicos oncologistas sobre às expressões de preocupações e pistas emocionais dos pacientes utilizando as Definições de Codificação de Sequências Emocionais (VR-CoDES). Além disso, o estudo buscou relacionar pistas\preocupações com respostas dos médicos, variáveis demográficas e clínicas, satisfação e comunicação.

Desta forma, dois artigos empíricos foram produzidos e serão apresentados em duas sessões. Na sessão 1, encontra-se o artigo denominado: *“Utilizando as Definições de Codificação de Verona para Sequências Emocionais (VR-CoDES) no contexto da oncologia”*, que apresenta os resultados obtidos a partir da gravação em vídeo de 12 consultas médicas com pacientes em tratamento oncológico. Na sessão 2, encontra-se o artigo denominado: *“A relação entre pistas e preocupações emocionais expressas por pacientes com câncer aos seus médicos, satisfação e avaliação da comunicação”* que enfoca na avaliação do paciente, após a consulta, sobre a comunicação e satisfação com o seu médico e se estas informações têm relação com as intervenções feitas pelos médicos em resposta às expressões emocionais. Os resultados foram explorados no sentido de descrever, explorar e relacionar pistas e preocupações emocionais expressas por pacientes em tratamento oncológico, respostas dos médicos, satisfação do paciente e avaliação da comunicação. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## **Seção I – Artigo Empírico: Utilizando as Definições de Codificação de Verona para Sequências Emocionais (VR-CoDES) em consultas médicas no contexto da oncologia**

### **Resumo**

Este estudo foi desenvolvido a fim examinar pistas e preocupações emocionais dos pacientes com câncer e as respostas dos médicos sobre às expressões em consultas gravadas por vídeo. Participaram 12 pacientes com câncer e oito médicos que atendiam esses pacientes. Foi aplicado o instrumento de as Definições de Codificação de Verona para Sequências Emocionais (VR-CoDES) e os participantes responderam a um questionário de dados sociodemográficos (clínicos e laborais). Os resultados indicaram que os pacientes expressam muitas pistas e preocupações em consultas oncológicas, em geral são menos explícitas com conteúdo fisiológicos e episódios de estresse em relação à doença e ao tratamento. Em resposta às expressões, os médicos forneceram poucas respostas empáticas e mais respostas de aconselhamento com redução de espaço para as verbalizações emocionais dos pacientes. Além disso, as pistas e preocupações foram mais suscitadas pelos pacientes do que pelos médicos, indicando que na maioria das vezes os pacientes que tomam a iniciativa de falar sobre questões emocionais. Conclusão: Destaca-se a importância de os médicos reconhecerem expressões emocionais dos pacientes atrelados à gravidade da doença, tratamentos e prognóstico, para que minimizem o sofrimento do paciente esclarecendo suas preocupações durante o tratamento oncológico.

**Palavras-chave:** VR-CoDES; preocupação emocional; interação médico-paciente; câncer.

## Introdução

Na oncologia, a comunicação dos profissionais de saúde é vista como um dos principais instrumentos da provisão do cuidado. Em geral, a qualidade da interação profissional-paciente está associada à comunicação assertiva que pode impactar em melhores desfechos no tratamento, satisfação do paciente, bem estar e qualidade de vida (Fang, Shi, Kong, & Shields, 2014). Estudos mostram que há uma excessiva preocupação dos profissionais de saúde que atuam na oncologia, mais especificamente os médicos, quanto ao treinamento de habilidades de comunicação que favoreçam uma comunicação assertiva e centrada no paciente (D'Agostino et al., 2017; F. Jacobs, Stegmann, & Siebeck, 2014). Os médicos precisam estar capacitados para entender as demandas de ordem física e psicológica dos pacientes com câncer e prover o cuidado centrado no paciente de acordo com as preferências, estimulando sua autonomia (Epstein & Peters, 2009).

O gerenciamento das incertezas, relacionados à doença durante o tratamento oncológico, pode levar os médicos a se comportarem de forma que facilite a participação do paciente no processo de tomada de decisão, explorando as expectativas e preocupações, fornecendo mais informações sobre a doença e os procedimentos clínicos. Por outro lado, elevados níveis de ansiedade, podem inibir o desempenho da comunicação dos médicos na tomada de decisão sobre o tratamento, e assim justificar seu distanciamento afetivo do paciente (Libert et al., 2017).

A comunicação emocional em medicina surge a partir da compreensão da temática da comunicação médico-paciente, para discutir habilidades dos médicos que enfocam nos aspectos biopsicossociais. As reações psicológicas dos pacientes podem ser entendidas como uma forma de expressão das emoções negativas (ex. medo, raiva, ansiedade; triste) aos problemas específicos como a doença crônica, questões sociais e

do ambiente. Esse conceito foi baseado na teoria das emoções, considerando que nem sempre as expressões emocionais dos pacientes são claramente direcionadas ao problema, pois algumas vezes elas podem ser expressas através de emoções implícitas subjacentes, evidenciando sinais ou pistas a respeito de suas emoções. É papel dos médicos reconhecerem as demandas físicas e psicológicas dos pacientes, prestando suporte integral para que os pacientes enfrentem a doença (Bartsch & Hübner, 2005; Keltner & Gross, 1999; Piccolo et al., 2017).

Reconhecer as emoções dos pacientes é uma tarefa desafiadora para os profissionais de saúde, visto que uma das principais dificuldades é identificar as preocupações e pistas subjacentes relacionadas às condições médicas (Eide, Eide, Rustøen, & Finset, 2011). Existe o interesse em avaliar quais são as preocupações referidas pelos pacientes e como os profissionais de saúde que atendem estes pacientes, em especial os médicos, respondem à essas preocupações (Gorawara-Bhat, Hafskjold, Gulbrandsen, & Eide, 2017; Grimsbø, Ruland, & Finset, 2012; Kale, Skjeldestad, & Finset, 2013; Zimmermann, Del Piccolo, & Finset, 2007). Estudos (Korsvold et al., 2016; Korsvold, Mellblom, Finset, Ruud, & Lie, 2017) evidenciam que os pacientes constantemente expressam pistas e preocupações em relação ao câncer e que raramente são identificadas e respondidas pelos profissionais de saúde. A comunicação de forma menos explícita de preocupações subjacentes de pacientes e seus familiares, por vezes, são respondidas pelos médicos com informações técnicas sem comentar o aspecto emocional indicado pelas pistas durante a consulta.

Um grupo internacional de pesquisadores da área da comunicação em saúde (Zimmermann et al., 2011), desenvolveu um instrumento, denominado *Verona Coding Definitions of Emotional Sequences* (VR-CoDES), que permite codificar expressões de sofrimento emocional de pacientes em consultas médicas e as intervenções dos

profissionais de saúde frente às expressões das preocupações emocionais. A literatura aponta que 50 estudos empíricos internacionais já testaram o VR-CoDES) (Del Piccolo, 2017). Essas pesquisas foram realizadas em diferentes contextos e diferentes profissionais como odontologia, psiquiatria, pediatria, estudantes de medicina e veterinária (Del Piccolo, Mazzi, Goss, Rimondini, & Zimmermann, 2012; Ortwein et al., 2017; Vatne, Finset, Ørnes, & Ruland, 2010; Vijfhuizen, Bok, Matthew, Del Piccolo, & McArthur, 2017; Wright, Humphris, Wanyonyi, & Freeman, 2012). No Brasil, ainda é pouco explorado a comunicação profissional-paciente utilizando esse tipo de método.

As expressões emocionais consistem em pistas e preocupações a partir de uma comunicação verbal e não-verbal dos pacientes com os profissionais. A identificação dessas expressões e sentimentos negativos comunicados pelos pacientes de forma implícita ou explícita permite que os clínicos direcionem suas ações baseadas na empatia, favorecendo a comunicação centrada no paciente a partir de um modelo biopsicossocial (Finset, Heyn, & Ruland, 2013; Piccolo et al., 2017). Em geral, a expressão das emoções do paciente pode mudar à medida que o clínico explora e desenvolve a conversa. Existem três aspectos interdependentes principais para definir a expressão de sofrimento emocional dos pacientes: 1) o conteúdo emocional da expressão do paciente; 2) expressão da emoção de forma explícita ou implícita; e 3) a pessoa (paciente ou profissional de saúde) que desencadeia as expressões (preocupações/pistas). A identificação dos aspectos comunicacionais permite basear as práticas em saúde a partir da codificação sistemática das expressões, tais como sentimentos desagradáveis, angústias, incertezas e emoções estressantes que evidenciem um potencial impacto emocional negativo gerado pela doença (Finset, 2011). Além disso, pistas e preocupações podem ser iniciadas ou facilitadas pelos profissionais no



sentido de incentivar que os pacientes expressem suas emoções (Del Piccolo et al., 2011).

No contexto oncológico um estudo (Humphris, Yang, Barracliffe, Cameron, & Bedi, 2018), investigou a comunicação emocional de pacientes com câncer de mama em consultas de revisão durante a radioterapia e explorou o sentimento de medo da recorrência da recidiva em até oito semanas de acompanhamento. As pacientes demonstraram expressar muitas preocupações em relação à recidiva, expressando sintomas físicos, medo e incertezas quanto à eficácia do tratamento, caracterizando pistas emocionais subjacentes. O estudo trouxe evidências de que nem sempre os pacientes que expressam claramente suas preocupações têm elas compreendidas e atendidas pelo médico. Em consequência disso, os médicos por não reconhecerem essas preocupações, podem reforçar que o paciente não expresse sintomas psicológicos na consulta (Humphris et al., 2018). Outro estudo (Kennifer et al., 2010) com pacientes com câncer em estágio avançado, examinou a expressão de emoções negativas em consultas médicas com os seus médicos oncologistas. Expressões como o medo, raiva e tristeza, eram respondidas pelos oncologistas de forma técnica, abordando a causa biomédica mais do que comentar a emoção subjacente ao medo. Exemplo disso é quando o paciente revelou o medo em realizar um transplante e o médico oncologista respondeu à essa preocupação com informações apenas técnicas, demonstrando pouca empatia com o medo e oferecer apoio ao paciente e oferecendo pouco apoio. Por outro lado, os médicos tendem a responder de forma mais empática quando os pacientes com câncer explicitam emoções intensas (Kennifer et al., 2010).

Considerando a comunicação uma ferramenta fundamental na interação profissional-paciente, o objetivo do estudo foi descrever pistas e preocupações emocionais dos pacientes com câncer e as respostas dos médicos sobre às expressões,

utilizando as Definições de Codificação de Verona para Sequências Emocionais (VR-CoDES). Além disso, buscou-se examinar como pistas e preocupações emocionais são expressas por pacientes adultos com câncer em consultas médicas e como são respondidas pelos respectivos médicos em consultas gravadas por vídeo.

## **Método**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo misto, descritivo e exploratório realizado a partir de 12 consultas médicas gravadas em vídeo. A pesquisa com métodos mistos é considerada um desenho de investigação em que o pesquisador analisa e integra dados qualitativos e quantitativos num único estudo ou em diferentes etapas do mesmo processo (Creswell, 2010).

### **Participantes**

Participaram do estudo, 12 pacientes em tratamento para o câncer com idades entre 36 e 84 anos ( $M= 63,25$  anos;  $DP=15,70$  anos), oito mulheres e quatro homens, a maioria com ensino superior completo ( $n=7$ ) que estavam em tratamento para o câncer em média a 28,42 meses ( $DP= 38,59$  meses). Metade dos pacientes fazia tratamento psicológico e a maioria ( $n=8$ ) fazia uso de medicação psicofarmacológica, sendo seis com antidepressivo. Seis pacientes estavam acompanhados por familiares, sendo quatro deles, pelas filhas. Os pacientes estavam em tratamento em regime ambulatorial em um hospital privado de uma cidade do sul do Brasil, atendidos através de plano de saúde. Foram incluídas apenas as consultas de rotina ambulatorial durante o tratamento tais como, início de tratamento, reavaliação de saúde, verificação de exames clínicos, dentre outros, sendo excluída a primeira consulta de revelação do diagnóstico. Duas pacientes

tinham câncer de mama, e os demais tinham câncer de bexiga, melanoma, policetemiavera, mieloma, sarcoma, cólon/intestino, próstata, reto, ovário e estômago. Quatro pacientes estavam com câncer no estágio IV (metástase hepática).

Em relação ao tratamento, todos os pacientes tinham realizado ao menos um entre quimioterapia, radioterapia e cirurgia, sendo três deles submetidos aos três tratamentos. A seleção dos participantes foi por conveniência entre aqueles pacientes que estavam no hospital no dia da consulta com o oncologista. Seis pacientes declararam que o motivo da consulta era acompanhamento de rotina para leitura de exames, três para revisão de tratamento, um pré-operatório, um pós-operatório e um para prevenção da função renal. Os dados sociodemográficos e clínicos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

*Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes (N=12).* Elaborada pela autora.

Paciente\ consulta	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Psicofármaco	Tipo	Diagnóstico de Câncer	Médico que atendeu	Especialidade	Motivo da consulta	Metástase	Tratamento		
												Cirurgia	Radioterapia	Quimioterapia
1	Masculino	77	Casado	Ensino Superior Completo	Sim	Antidepressivo	Bexiga	R1\M1	Residente\ Oncologista	Acompanha mento (exames)	Não	Sim	Não	Não
2	Masculino	63	Casado	Ensino Superior Incompleto	Sim	Antidepressivo	Melanoma	M1	Oncologista	Avaliação do tratamento	Sim	Sim	Sim	Sim
3	Feminino	73	Solteira	Ensino Superior Completo	Sim	Ansiolítico	Policetemi Vera	M2	Hematologista	Revisão (reconsulta)	Não	Sim	Não	Não
4	Feminino	84	Casada	Ensino Superior Completo	Não	-	Mieloma	M2	Hematologista	Prevenção da função renal	Não	Não	Não	Sim
5	Feminino	41	Casada	Ensino Superior Completo	Sim	Antidepressivo	Sarcoma	M3	Cirurgião Oncologista	Retirada de dreno	Não	Sim	Não	Não
6	Feminino	36	Casada	Ensino Superior Completo	Não	-	Cólon/ Intestino	M3	Cirurgião Oncologista	Acompanha mento (exames)	Sim	Sim	Não	Sim
7	Masculino	66	Casado	Ensino Superior Completo	Não	-	Próstata	R2\M4	Onco- Hematologista	Acompanha mento (exames)	Não	Não	Não	Sim
8	Feminino	70	Separada	Ensino Superior Completo	Sim	Antidepressivo	Mama	R2\M4	Onco\Hemato logista	Acompanha mento (exames)	Não	Sim	Não	Sim
9	Feminino	84	Viúva	Ensino Fundamental Incompleto	Sim	Antidepressivo	Reto	M1	Oncologista	Acompanha mento (exames)	Não	Não	Sim	Sim
10	Feminino	62	Casada	Ensino Fundamental Completo	Não	-	Ovário	M1	Oncologista	Acompanha mento (exames)	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Masculino	51	Casado	Pós- Graduação	Sim	Antidepressivo	Estômago	M5	Oncologista	Pré- cirúrgico	Sim	Sim	Sim	Sim
12	Feminino	52	Casada	Pós- Graduação	Sim	Estabilizador Humor	Mama	M6	Oncologista	Acompanha mento (exames)	Não	Sim	Sim	Não

Participaram também, oito médicos, com idades entre 33 e 59 anos ( $M=42,88$  anos;  $DP=8,39$  anos) com tempo de atuação média de 17,50 anos ( $DP= 11,14$  anos), que atenderam os pacientes descritos acima. Em média atendiam de 10 a 20 pacientes por dia ( $M=14,88$ ;  $DP=4,64$ ). A metade informou ter recebido alguma capacitação no tema da comunicação médico-paciente durante a sua formação. Foram realizadas 12 consultas com tempo médio de 25,46min ( $DP= 4,69$ min). Este número de participantes está de acordo com a literatura do tema que utiliza um número variado entre nove e 12 consultas com pacientes e profissionais de saúde utilizando esse tipo de método, uma vez que sua análise é bastante trabalhosa e detalhada (Eide et al., 2011; Korsvold et al., 2016; Wright et al., 2012). Os dados sociodemográficos e laborais dos médicos são apresentados na tabela 2.

Tabela 2

*Dados Sociodemográficos e laborais dos médicos (N=8)*

Variáveis Demográficas/ Laborais	N	(%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	01	(12,5%)
Masculino	07	(87,5%)
<b>Especialidade</b>		
Oncologista	04	(50%)
Hematologista	01	(12,5%)
Onco-Hematologista	01	(12,5%)
Cirurgião-Oncologista	01	(12,5%)
Medicina Interna	01	(12,5%)
<b>Formação</b>		
Especialização	04	(50%)
Doutorado	01	(12,5%)
Mestrado	01	(12,5%)
Residência Médica (Oncologia)	06	(75%)
<b>Professor</b>		
Sim	03	(37,5%)
Não	05	(62,5%)
<b>Formação em Comunicação em Saúde</b>		
Sim	04	(50%)
<b>Capacitação Profissional-paciente</b>		
Sim	03	(37,5%)

Elaborada pela autora.

## **Instrumentos**

**Questionário sociodemográfico e clínico:** elaborada pela pesquisadora, sendo composto por questões para levantamento de dados pessoais dos pacientes, tais como idade, sexo, escolaridade, estado civil, tipo de câncer, tratamento a que foi submetido, tempo de tratamento, tratamento psicológico e psiquiátrico (Apêndice A).

**Questionário sociodemográfico e laboral:** elaborado pela pesquisadora, a fim de caracterizar os profissionais de saúde, incluindo variáveis como idade, sexo, especialidade clínica, tempo de formação e de atuação no local, formação em comunicação em saúde e capacitação médico-paciente (Apêndice B).

**Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES):** Codificação de Verona para Sequências Emocionais (Del Piccolo et al., 2011; Zimmermann et al., 2011). O grupo está ligado à *European Association for Communication in Healthcare* (EACH) e ao seu Comitê de Pesquisa (rEACH). Este instrumento será utilizado somente pelos pesquisadores para analisar as filmagens das consultas. Traduzido recentemente para a versão portuguesa (Pais & Figueiredo-Braga, 2017), o VR-CoDES inclui três manuais: o VR-CoDES-CC para ajudar a identificar *cue/concerns* (pistas e preocupações) expressas pelos pacientes, o VR-CoDES-P (*professional*) que explica como codificar as respostas do profissional de saúde, e um para dividir a consulta em unidades de análise para codificar a interação profissional-paciente. O instrumento possui eficiência, validade e fidedignidade na codificação da reação emocional dos pacientes e pode instrumentalizar o treinamento dos médicos no desenvolvimento da empatia, identificação da angústia e das necessidades dos pacientes (Finset, 2011). Segundo o manual VR-CoDES- CC (*Cue\Concern*), as preocupações emocionais podem ser comunicadas de duas maneiras: preocupações de emoções ou afeto negativo explícitos (ex.: “estou nervoso/estou preocupado”) ou pistas, que são divididas em sete subcategorias (a, b, c, d, e, f, g). Pode ser definida como uma pista verbal ou não-verbal

que sugere uma emoção desagradável subjacente pouco explorada por parte do profissional de saúde. As pistas são definidas como expressões explícitas específicas, como palavrões, exclamações, metáforas, negativos duplos, palavras ambíguas, expressões de incertezas e esperança, e também aspectos sintomáticos em relação a algum desconforto físico ou estado emocional. O instrumento utiliza como critério que as preocupações emocionais devem ser atuais e estarem presentes nas últimas quatro semanas. O manual VR-CoDES-P (*Professional*), denominado “*Manual de Codificação das intervenções dos profissionais de saúde em resposta às preocupações e pistas*” (Del Piccolo et al., 2011) divide as respostas do profissional de saúde em pista/preocupação expressas em duas dimensões principais: explícita ou não explícita relacionada com a pista/preocupação e, em segundo lugar, se a resposta fornece ou reduz o espaço para uma maior exploração da pista/preocupação. A codificação pode ser realizada de duas formas: uma inicial codificando primeiro todas as pistas (*cue*) e preocupações (*concern*) e posteriormente codificar as respostas do profissional de saúde separadas; e uma simultânea codificando em tempo real das pistas e preocupações e das respostas do profissional de saúde. As respostas incluem dois tipos: imediata e adiadas, e devem ser codificadas a partir da definição do manual. Além disso, aspectos do comportamento não-verbal são analisados a partir dos itens: a) distância social distância horizontal, distância vertical; b) contato visual; c) expressão facial: sorriso, franzir da testa, mímica facial; d) movimentos da cabeça: acenar, abanar; e) postura corporal: inclinação para a frente, inclinação para trás; f) toque, e g) tom de voz e expressividade vocal. Os códigos das respostas dos profissionais estão dispostos a partir da comunicação explícita ou implícita do paciente, conforme descrito no manual com versão traduzida (Pais & Figueiredo-Braga, 2017). O terceiro manual classifica as Unidades de Análise, considerando qualquer intervenção ou parte de intervenção do paciente ou do

profissional de saúde, que se identifique uma pista (*cue*) ou preocupação (*concern*) e por seguinte a resposta do profissional de saúde. O manual está disponível no site EACH [www.each.eu](http://www.each.eu) na versão em inglês. (Anexo C).

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

O estudo foi realizado numa Instituição Hospitalar no Rio Grande do Sul especializada em pacientes com câncer que atende pacientes de convênio e particulares. O procedimento envolveu um contato prévio com o local e com o chefe responsável pelo serviço de oncologia da unidade ambulatorial, para apresentar o estudo. Após o aceite do chefe do serviço e aprovação do projeto no comitê de ética, foi realizado contato prévio com os médicos oncologistas disponíveis para participar do estudo de investigação em tempo real sobre a comunicação profissional-paciente em oncologia. Após o convite, foi solicitado autorização para gravação em vídeo de consultas realizadas com pacientes que estivessem em tratamento oncológico, conforme TCLE, e os que aceitavam participar foram convidados a preencher o questionário de dados sociodemográficos e laborais.

O contato com os pacientes foi feito inicialmente na sala de espera enquanto aguardavam a sua consulta médica. Na ocasião, era explicado ao paciente o objetivo do estudo e feito o convite para sua participação e autorização para gravação em vídeo da consulta com seu médico. Com o aceite, era preenchido o questionário de dados sociodemográficos e clínicos. A consulta com o médico foi gravada, e a pesquisadora não estava presente na sala. Em três consultas, dois médicos residentes recebiam os respectivos pacientes antes da consulta com o médico oncologista, para realizar uma consulta inicial de atendimento clínico e verificação de exames. Após essa consulta inicial de rotina, o residente e o médico oncologista atendiam juntos o paciente. Essa



prática foi adotada no hospital para os residentes acompanharem alguns médicos nas consultas. Os familiares, acompanhantes dos pacientes em consulta, receberam informações junto aos pacientes no momento do convite. As consultas totalizaram 4,63 horas de gravação. Todos os cuidados éticos foram adotados, respeitando o sigilo e a identidade dos participantes. O período de coleta dos dados foi nos meses de abril e maio de 2018.

### **Procedimentos Éticos**

De acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos, foram considerados todos os cuidados éticos previstos na resolução do CONEP N° 510/2016 e das Ciências Humanas resolução N° 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Em relação ao arquivamento e descarte dos materiais de pesquisa, os documentos e gravações serão conservados por um período de 2 (dois) anos, sendo apagadas e descartadas posteriormente. Este estudo foi submetido ao Comitês de Ética em Pesquisa da Unisinos (instituição proponente) e Comitê de Ética do hospital co-participante, localizado em Porto Alegre, RS, CAAE sob n° 83879318.0.3001.5328 e 83879318.0.0000.5344. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, riscos e benefícios de participar, o caráter voluntário da sua participação, a garantia de sigilo, confidencialidade das informações e desistência a qualquer momento sem quaisquer ônus. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A-B).

Os riscos implicados na pesquisa são considerados mínimos. Os participantes não verbalizaram insatisfação ou desconforto em responder os instrumentos ou com a filmadora instalada no consultório. Os participantes estavam cientes de que se houvesse alguma situação de desconforto, a aplicação seria interrompida sem que onerasse em prejuízo. Em relação aos benefícios, através dos resultados da pesquisa

pode ser possível que haja maior compreensão de fatores que facilitaram e/ou dificultaram a comunicação no contexto da oncologia. Além disso, permitiu a produção de novos conhecimentos que podem auxiliar no planejamento de intervenções para aprimorar a comunicação profissional-paciente.

### **Análises de Dados**

As 12 consultas foram transcritas na íntegra por quatro alunos de graduação com experiência em pesquisa, totalizando aproximadamente 40 horas de trabalho. Posteriormente foi realizada análise a partir da observação das gravações em vídeo de consultas médicas sobre o tratamento oncológico. Uma equipe de pesquisadores em psicologia da saúde, composta por quatro alunos de graduação, sendo um deles bolsista de iniciação científica, recebeu treinamento para o uso do manual e aplicação de um esquema de codificação de pistas e preocupações para os pacientes e intervenções dos médicos em resposta à pistas e preocupações, bem como a aplicação das unidades de análise para alcançar uma confiabilidade satisfatória. O treinamento foi coordenado pela pesquisadora responsável do estudo e foi dividido em seis encontros de duas horas cada. Após receberem treinamento formal, os pesquisadores foram submetidos a codificação de algumas entrevistas a fim de verificar possíveis dúvidas. O treinamento da equipe de pesquisa para utilização dos VR-CoDES CC e VR-CoDES P facilitou o processo de codificação de turnos de falas de todas as consultas. As unidades de análises utilizadas neste estudo seguem o padrão dos manuais traduzidos na versão portuguesa (Pais & Figueiredo-Braga, 2017; Zimmermann et al., 2011). Estudos mostram que a codificação é trabalhosa e exige do pesquisador um alto nível de envolvimento com o treinamento para garantir uma codificação consistente. Além disso, evidenciam que o processo de transcrição e codificação é demorado mesmo para os especialistas no sistema VR-

CoDES pela subjetividade do material clínico (Barraclyffe, Arandjelović, & Humphris, 2017; Birkett, Arandjelovic, & Humphris, 2017; Piccolo et al., 2017). O estudo tem validade ecológica, pois se aproxima da situação da vida real sob investigação para a construção do conhecimento. A gravação em vídeo das consultas médicas foi realizada no ambulatório do hospital participante da pesquisa.

Foi utilizado um sistema de Codificação de Verona para Sequências Emocionais VR-CoDES (*Verona Coding Definitions of Emotional Sequences*) que consiste em três manuais, um para expressões de pistas/preocupações (CC- *cue/concerns*), outro para as respostas dos profissionais de saúde (P- *professional*) e um terceiro para divisão em unidades de análise (*Division into units of analysis*) (Del Piccolo et al., 2011; Zimmermann et al., 2011). A codificação de Verona (VR-CoDES) tem se mostrado um sistema confiável para identificar e codificar as emoções do paciente e as respostas correspondentes do profissional de saúde (Barraclyffe et al., 2017).

O conteúdo das consultas foi extraído e codificado por dois pares de juízes independentes com experiência em pesquisa clínica. As discordâncias entre os juízes foram discutidas posteriormente à avaliação realizada. Um terceiro juiz (F) foi convidado para analisar o conteúdo das consultas, quando houvesse discordância entre as codificações dos dois pares. De uma amostra de 12 transcrições, os codificadores (K, M e D) codificaram 1680 intervenções como “sem pista/preocupação”. O número de pistas/preocupações identificadas foi de 349 (20,77% de todas as unidades). O grau de concordância foi avaliado através do índice kappa de Cohen, entre dois pares de juízes 1( K e D) e 2 (K e M), respectivamente 0,785 representando excelente concordância e 0,707 representando mediana concordância (Perroca & Gaidzinski, 2003). A análise de juízes independentes seguiu as recomendações do Manual VR-CoDES, considerando as divisões de unidades de análise de cada consulta.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, com frequência, porcentagem, médias e desvio padrão. As análises estatísticas foram realizadas a partir do software SPSS versão 20.0. Para descrever as codificações de pistas e preocupações emocionais dos pacientes, o VR-CoDES definiu a preocupação como uma expressão clara de uma emoção (ex. “sentir-se preocupado” “sentir-se ansioso”) e pistas como menos explícitas de emoções subjacentes. As pistas foram distribuídas em sete subcategorias: (a), (b), (c), (d); (e); (f) e, (g). As pistas (a), (b), (c) e (g), se referem ao conteúdo emocional não claramente definido. Nas pistas (d) e (e) o conteúdo verbal indica que alguns termos utilizados pelos pacientes têm um sentido neutro na forma de se expressarem (Pais & Figueiredo-Braga, 2017). A tabela 3 apresenta e descreve cada uma dessas pistas conforme Manual VR-CoDES CC (Del Piccolo et al., 2011; Pais & Figueiredo-Braga, 2017; Zimmermann et al., 2011).

Tabela 3

*Descrição de sete tipos de subcategorias de pistas emocionais (VR-CoDES CC)*

<b>Subcategorias</b>	<b>Descrição</b>
<b>Pista a</b>	Expressão verbal parecida com uma preocupação, mas para diferenciá-las, considera-se as expressões vagas e inespecíficas dos pacientes (ex. estranho, mais ou menos, esquisito).
<b>Pista b</b>	Sugestão de uma emoção implícita em que o paciente expressa suas emoções através de metáforas (ex. “estou quase a explodir”, “é tudo inútil”), ou exclamações para sugerir um estado emocional. Porém, se o paciente verbalizar sentir-se inútil, a expressão é categorizada como uma preocupação.
<b>Pista c</b>	Indica uma expressão verbal com um caráter fisiológico relacionado à emoção (ex. sono, náusea, dores em geral. Neste caso, não basta o paciente verbalizar o desconforto físico, é preciso dar ênfase à expressão de emoção subjacente (ex. “não durmo muito bem”).
<b>Pista d</b>	Indica que o conteúdo verbal é neutro e se refere a circunstâncias ou vivências potencialmente estressantes. Um exemplo retirado do manual para explicar a definição desta pista: “a frase ‘tenho câncer’ não é codificada como uma pista se for parte de um diálogo em que o paciente simplesmente presta informação médica.
<b>Pista e</b>	Indica repetição do conteúdo em que existe emoção e o paciente repete por sua própria iniciativa uma expressão verbal neutra. A codificação desta pista depende de uma intervenção igual anterior em que o paciente suscita novamente a expressão que utilizou.
<b>Pista f</b>	Codificada como uma pista não-verbal, em que o paciente faz alguma expressão de um comportamento não-verbal (choro, silêncio, pausa na fala).
<b>Pista g</b>	Reflete uma emoção explícita, de uma preocupação expressa no tempo verbal passado (ex. há mais de 4 semanas ou num período incerto da vida). Essa pista pode ser identificada sempre que o paciente faz alusão à um período difícil de sua vida, e até mesmo de sintomas do tratamento.

As intervenções dos médicos foram codificadas em Explícita (E) e Não-Explícita (N) e respectivamente codificadas com a função de prover (P) ou reduzir espaço (E), conforme manual VR-CoDES P. A explicitação da resposta (E) indica que o profissional menciona explicitamente o conteúdo e/ou a emoção presentes na pista/preocupação (ex. “o que o fez chorar?”). A resposta não-explicita (N) indica que o profissional não menciona o conteúdo e/ou a emoção revelados na pista/preocupação (ex. “Que difícil isso para ti...”). Na resposta Explícita que Provê Espaço (EP), o sistema de codificação subdivide em: Explícita que Provê Espaço em relação ao conteúdo (EPC) e, Explícita que Provê Espaço em relação ao afeto, a emoção (EPA). É importante ressaltar que, para cada pista/preocupação do paciente identificada, era codificada uma resposta do médico. Conforme o sistema de codificação de Verona (VR-CoDES P) as respostas às pistas/preocupações emocionais são apresentadas na figura 1.

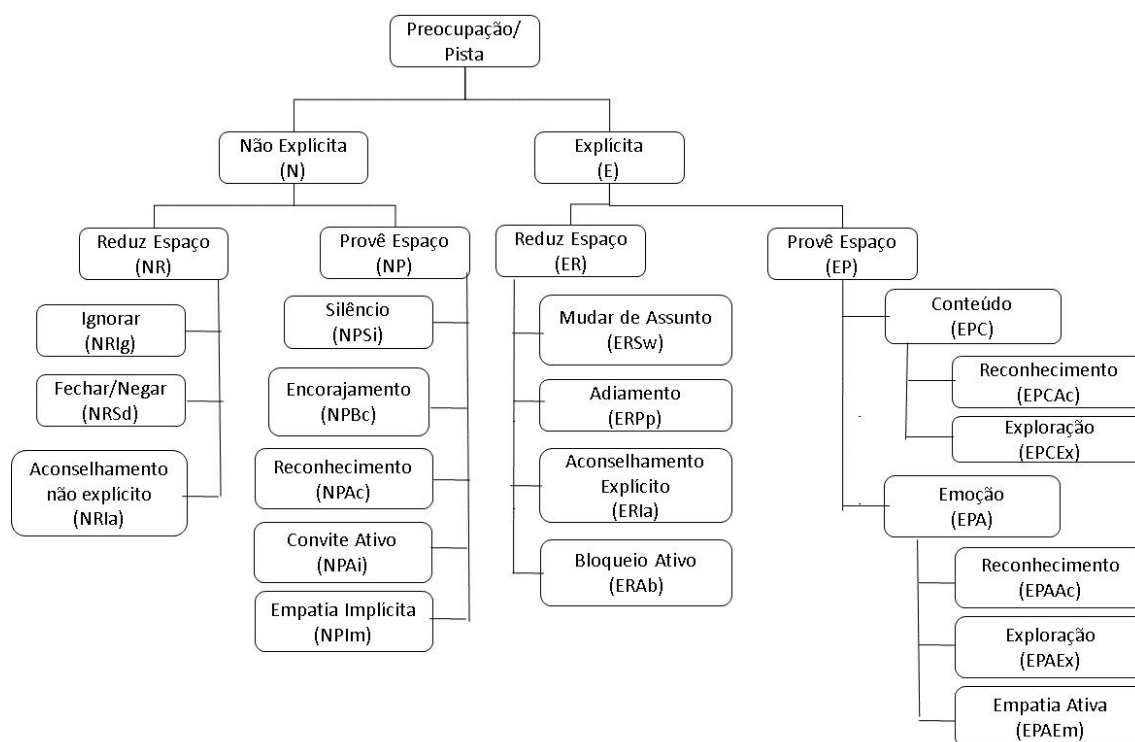


Figura 1. Retirada do Manual VR-CoDES. Codificação das Respostas do Profissional de Saúde.

## Resultados

### Descrição de pistas e preocupações emocionais dos pacientes

Foram identificadas ao total 349 pistas/preocupações das 12 consultas gravadas em vídeo. Em resposta às pistas/preocupações foram identificadas 394 intervenções de respostas dos profissionais médicos. É importante ressaltar que, para cada pista/preocupação identificada, era codificada uma resposta do médico. Algumas pistas/preocupações receberam a função de “adiada”, como a interação médico-paciente é um diálogo dinâmico, a resposta do médico à pista do paciente pode ser dada após alguns turnos de conversa. Por isso, o número de respostas que excedem o número de pistas dadas, corresponderam à codificação de pistas adiadas. Os turnos de falas não codificados foram denominados “sem pista/preocupação”, que obteve soma total de 1680 turnos não codificados das 12 consultas transcritas. As pistas emocionais subjacentes mais verbalizadas pelos pacientes nas consultas foram pista c (F=109; 27,7%), pista b (F=90; 22,8%) e pista d (F=72; 18,3%).

A origem das pistas e preocupações suscitadas pelos pacientes (PE) indica a iniciativa do paciente ou seu esforço para dirigir a atenção do profissional de saúde para problemas específicos. A origem das pistas e preocupações suscitadas, exploradas ou facilitadas pelo médico (HPE), indica o espaço dado aos pacientes para explicar as suas preocupações sem que eles tivessem que tomar iniciativa. Os resultados demonstraram que os pacientes suscitavam mais pistas e preocupações (F=219; 55,6%) do que os médicos (F = 175; 44,4%). A distribuição de pistas e preocupações emocionais expressas pelos pacientes e a descrição de cada subcategoria de pistas verbais e não-verbais seguidas e a classificação da origem PE e HPE, encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4  
 Descrição das Pistas e Preocupações dos pacientes e a origem PE e HPE (N=349)

		<b>Tipo/definição</b>	<b>Número de expressões</b>	<b>Exemplos de suscitações e de pistas/preocupações</b>
<b>Expressões descritivas de emoções</b>	Preocupações		14	“(…) eu confesso que eu fiquei um pouquinho ansioso, mas de repente vocês me falando agora dê para ver como é que a gente vai tratar isso junto, né, também” (consula #11) (PE)
	Pistas	a (palavras vagas)	12	“Cada dia eu me sinto um pouco melhor. ” (consulta #05) (HPE)
		c (conteúdo fisiológico)	109	“Eu não tenho mais sentido... eu não tenho mais sentido fome. E eu tenho agora, não sei se foi esse outro tratamento ou se está sendo do outro...Mas, assim ó, enjoado do estômago direto” (HPE) (consulta #02)
		e (repetição de conteúdo)	25	Eu “tô” aqui de exibido, como eu disse pra ele, porque pro pessoal, minha família, para o bem geral da família, que eu “tô” aqui doutor, incomodando vocês. (PE) (consulta #01)
<b>Expressões de emoções subjacentes</b>		g (expressão de passado)	03	“Há 16 anos atrás eu fiz, claro que foi muito mais sofrido. Que não tinha aquele medicamento para enjoo. O enjoo me matava. Mas dores nas articulações, não sei se na época eu não tinha dor de leucemia. Não me deu dores, mas agora tenho...”(consulta #10)
		b(metáfora/preocupação subjacente)	90	“Te trazer um presente da tomografia” [entrega o material enquanto sorri, mexe no celular] (PE) (consulta #06)
		d (expressão neutra destacada)	72	“Eu tenho preguiça, eu não vou negar. Eu não era preguiçosa, mas agora estou tão preguiçosa”(HPE) (consulta #04)
<b>Pistas não-verbais</b>		f (expressão não-verbal)	24	“Sim, totalmente [bate suas mãos, gesto de “nem aí”]” (HPE)(consulta #08)
<b>Total</b>			<b>349</b>	

Elaborada pela autora.

### **Descrição das intervenções dos médicos em resposta às expressões de pistas e preocupações emocionais dos pacientes**

As intervenções mais utilizadas pelos médicos, em resposta às pistas/preocupações dos pacientes, foram Explícitas com Redução de Espaço (ER) (F=135; 34,3%) e Não-Explícitas com Redução de espaço (NR) (F=111; 28,2%), indicando pouca abertura para a exploração das emoções dos pacientes. A maioria das

respostas consistiam em informações técnicas e precisas, como o aconselhamento explícito na função de reduzir espaço (ER Ia) para as expressões de emoções negativas, o que muitas vezes impedia a continuidade da conversa. Numa mesma consulta, o médico podia responder de diferentes formas, ora provendo espaço, ora reduzindo espaço ao paciente. As intervenções dos médicos em resposta às pistas e preocupações dos pacientes foram descritas seguindo o manual VR-CoDES P (*Professional*). A tabela 5 apresenta algumas respostas dos médicos em diferentes fragmentos de consultas.

Tabela 5

*Descrição dos tipos de respostas dos médicos (N=394)*

<b>Tipo de Respostas</b>	<b>Definição</b>	<b>N</b>	<b>Exemplos</b>
Não-explicita que reduz espaço (NR)	O médico não se refere explicitamente à pista\preocupação e reduz espaço para continuação da conversa	111	“Eu vou te pesar, e conversando vou e examinar” (M6; consulta #12)  “Vou anotar aqui, que essa ecografia eu não tinha anotado, espera aí”. (M2; consulta #03)
Não-explicita que provê espaço (NP)	O médico não se refere explicitamente à pista\preocupação e provê espaço para o paciente verbalizar sua preocupação	67	“Decida, vamos lá, cruza os dedos e é hora de... vamos tentar eliminar isso”. (M3; consulta #06) “Uhum isso aí. Certo.” (M4; consulta #08)
Explícita que reduz espaço (ER)	O médico se refere explicitamente à pista\preocupação e reduz espaço	135	“Eu não digo que é diferente do esperado, mas na verdade foge do habitual porque apareceram algumas coisas ali que são... não são compatíveis nem com uma progressão da doença. De... bom... o tumor cresceu... agora a gente encontra metástases do fígado. Não parece ser isso, mas ao mesmo tempo essas alterações não tinham na tomografia que tu fez da primeira vez”. (M5; consulta #11)  “Existe alguns pacientes que estão sendo acompanhados, não por nós especificamente, mas no mundo vamos dizer assim, e que nós não temos certeza ainda de como será o desfecho. Então, cada vez que você vieres aqui [ri], irá ouvir isso de mim”. (M4; consulta #07)
Explícita que provê espaço (EPC) conteúdo	O médico se refere explicitamente à pista\preocupação e provê espaço ao conteúdo	69	“E, outra coisa, tu já segues as médias de sobrevivência, tu sabes bem disso, eu já te falei várias vezes”. (M1; consulta #02)  “Me especifica o que, quando que começou e quais os sintomas...” (M6; consulta #12)



Explícita que provê espaço (EPA) afeto-emoção	O médico se refere explicitamente à pista\preocupação e provê espaço ao aspecto afetivo (emoção)	12	“Tu nunca te entregaste. Sempre tiveste uma visão muito boa da doença. É verdade”. (M1; consulta #02)  “Tem umas pacientes minhas que aproveitaram o lado bom maravilhosamente. Transformaram o limão numa limonada mesmo”. (M3; consulta #05)
Total		394	

Continuação da tabela 5  
Elaborada pela autora.

As subdivisões mais utilizadas, derivadas dessas codificações, foram: Aconselhamento Explícito com a função de reduzir espaço (ER Ia) (F=104; 26,4%) e Não-Explícita com redução de espaço de Ignorar (NR Ig) (F=68; 17,3%). A resposta com Exploração de Conteúdo com a função de prover espaço (EP CEx), representou 11,2% das intervenções dos médicos. As respostas menos utilizadas pelos médicos foram: Exploração da Emoção (EPA Ex) (0,3%), Empatia Ativa (EPA Em) (1,3%), Reconhecimento da Emoção (EPA Ac) (1,5%) e Convite Ativo (NPA i) (1,3%). A média total de pistas/preocupações por consulta foi de 29,25 (DP=24,07). A Tabela 6 mostra os dados descritivos de todas as pistas/preocupações e respostas dos médicos divididas em funções NP, NR, EP e ER com suas respectivas subdivisões (ver figura 1), nas 12 consultas codificadas de acordo com o sistema VR-CoDES, distribuídas em 394 turnos de falas.

Tabela 6

*Dados descritivos (frequência, porcentagem, mínimo máximo, média e desvio padrão) de pistas/preocupações dos pacientes e intervenções dos médicos (N=394)*

<b>Codificação VR-CODES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média por consulta</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Preocupação	14	(3,6%)	0	4	1,33	1,67
Pista a	12	(3%)	0	2	1,00	0,74
Pista b	90	(22,8%)	2	20	7,50	4,91
Pista c	109	(27,7%)	1	25	9,17	6,23
Pista d	72	(18,3%)	0	15	5,92	4,46
Pista e	25	(6,3%)	0	8	2,08	2,78
Pista f	24	(6,1%)	0	10	2,00	2,66
Pista g	03	(0,8%)	0	2	0,25	0,62
NRtotal	111	(28,2%)	1	17	8,83	4,57
NPtotal	67	(17%)	0	12	5,00	3,91
ERtotal	135	(34,3%)	4	23	11,25	7,10
EPtotal	81	(20,3%)	2	26	13,17	7,60

EPC conteúdo	69	(17,6%)	1	11	5,58	3,26
EPA	12	(3,1%)	0	3	1,00	1,04
afeto\emoção						
PE	219	(55,6%)	5	32	17,00	10,08
HPE	175	(44,4%)	3	22	12,25	5,22
EPAEm	05	(1,3%)	0	2	0,42	0,79
EPAEx	01	(0,3%)	0	1	0,08	0,29
EPAAc	06	(1,5%)	0	3	0,50	0,90
EPCAc	25	(6,4%)	0	4	2,00	1,41
EPCEx	44	(11,2%)	0	10	3,58	3,15
ERAb	07	(1,8%)	0	2	0,58	0,79
ERLa	104	(26,4%)	2	21	8,67	7,17
ERSw	24	(6,1%)	0	7	2,00	1,90
NPAc	26	(6,6%)	0	6	2,17	2,12
NPAi	05	(1,3%)	0	2	0,42	0,67
NPBc	26	(6,6%)	0	6	2,17	2,12
NPIIm	08	(2,0%)	0	3	0,75	1,05
NRIa	19	(4,8%)	0	5	1,67	1,67
NRIg	68	(17,3%)	0	9	5,33	2,64
NRSd	26	(6,6%)	0	5	1,83	1,75
Total	394	(100%)				

Continuação da tabela 6.

*Nota.* Ver figura 1. **PE**=pista\preocupação suscitada pelo paciente. **HPE**=pista\preocupação suscitada pelo médico.

Elaborada pela autora.

### **Como pistas e preocupações emocionais são expressas por paciente e como os médicos respondem às essas expressões em consultas médicas**

Os pacientes expressaram muitas pistas de emoções subjacentes à doença e poucas preocupações emocionais explícitas. Preocupações emocionais e outras pistas com conteúdo explícito de uma emoção negativa ou comportamentos não-verbais, foram identificados com pouca frequência. As pistas mais utilizadas foram pistas (c), (b) e (d) que sugerem uma emoção implícita revelando sintomas, queixas, relatos de um episódio de estresse, expressões de incerteza e de esperança relativas a problemas referidos, metáforas ou expressões incomuns de sintomas (ex. “a dor me enfraquece”/ “me sinto preguiçosa”), para expressar um sofrimento emocional. Muitas dessas pistas estavam relacionadas às questões pertinentes do tratamento, como discussão do prognóstico, leitura de exames, evolução da doença, efeitos colaterais, reavaliação do tratamento ou adição de nova terapêutica. As respostas dos médicos foram mais explícitas e não-implícitas com a função de reduzir espaço, oferecendo provisão técnica

sobre a doença e o tratamento, como aconselhamento e exploração de conteúdo, e poucas respostas de reconhecimento do sofrimento emocional dos pacientes. Nesse sentido, os médicos forneciam uma resposta mais detalhada ao paciente e tangenciavam a emoção subjacente, adotando comportamentos como o silêncio, distração, mudança de assunto, bloqueio ou até mesmo ignorando a pista. A tabela 7 apresenta alguns exemplos de pistas/preocupações dos pacientes e intervenções dos médicos em resposta à essas expressões de emoções negativas sobre o câncer e o tratamento em consultas médicas.

Tabela 7

*Exemplos de expressões emocionais de pacientes e respostas dos médicos (N=12)*

Consulta	Pistas/preocupações	Respostas do médico
#01	P: “É aquilo ali [aponta para os exames nas mãos do médico] nos eritrócitos e nos leucócitos que a família se agarra e me...me forçou a vir aqui incomodar vocês”. Pista b HPE	M: não, mas, mas...tá muito pequena a quantidade agora na verdade... ERIa
#02	“P: Olha, agora, eu já estou sentindo que estou emagrecendo pela doença....Por falar nisso, esta noite, doeu-me a perna assim... a parte óssea aqui.” [Apontando para o exame com o dedo] (Pista c PE)	“Pois é, sabe que... o fato do camarada, qualquer um, qualquer pessoa, se tem um caroço ou um nódulo no subcutâneo é que nem dormir com a carteira no bolso. No outro dia, tu vais estar todo esgualado. Vai estar todo ruim.não porque a lesão esteja crescendo de um dia para o outro, mas porque a insistência do estímulo dentro do alojamento muscular incomoda. O que a gente tem de fazer do ponto de vista prático? Tem que melhorar a tua capacidade nutricional” ERIa
#03	P: Não adianta né Dr. por mais que a gente já se conhece, que a gente sabe de tudo, mas a gente fica na ansiedade. Eu fico ansiosa. (Preocupação)	M: É, é., mas é aquilo que assim, hoje em dia, claro, a gente tem que, no nível de entendimento e conhecimento sobre estas doenças, melhorou muito. Estas doenças hoje em dia são muitas doenças diferentes, não é uma doença só. E isso faz com que claro, um impacto disso psicológico, ele é diferente. Claro que tem pessoas e mesmo assim, claro que ninguém gosta de ter doença nenhuma, né. Mas são doenças que a gente hoje divide em muitas doenças diferentes e em algumas a pessoa vai morrer disso e outras vai morrer com isso, então a senhora está no grupo que vai morrer com isso [M. ri] (ERIa)
#04	P: Graças a deus que a cabeça está boa. Por enquanto eu penso direitinho, eu não me esqueço das coisas, eu sei tudo. Ai, graças a deus, porque isso aí é importante. (Pista b HPE)	M: Pois é.... e o calo no pé? (NRIg)
#05	P: E eu, que falo bastante, não tive jeito de falar para elas “Ó, o doutor me disse que precisava fazer...”. Eu esperava elas saírem para fazer. (troca de dreno) (Pista e PE)	M: E tu fazias, né? (EPCEx) M: Eu já treinei todo o hospital umas dez vezes. [Paciente concorda com a cabeça] E agora eu decidi que a melhor forma é treinar

		o paciente (ERIA)
#06		
#07	P: A minha definição basicamente o seguinte: não quero fazer cirurgia e radioterapia. Queria fazer um acompanhamento. Pagaria o risco disso. E daí fiquei de voltar aqui, e me disseram então que voltasse aqui com os exames. (Pista d PE)	M: O senhor não queria fazer nem a radio e nem a cirurgia (EPAc) M: Isso, vai ter que ficar acompanhando com uma frequência maior. (ERIA)
#08	P: Então é isso aí... eu não sei, então esse assunto é passar para outro [sorri] (retomar tratamento com injeção) Pista d PE	M (R2): É isso aí [fala risonha] e como é que, bom a senhora agora tá com esse resfriado, então tá meio indisposta, né. (NPIIm)
#09	P: É uma maravilha assim para gente. É um conforto muito grande. Por que eu tenho muita confiança no senhor. (Pista d PE)	M: Isso faz parte do jogo. Se não tem segurança... Eu digo assim, ainda mais as mulheres, elas têm uma intuição, elas olham para médico e 30 segundos elas dizem: “deu liga” ou não. (EPAEm)
#10	P: Tenho dores, às vezes está mais forte, às vezes alivia mais. Mas ela está ali. (Pista c PE)	M: E estes nossos exames são 1 mês depois a última aplicação? [olha os exames]. Então, muitas saudades da quimioterapia? Ou está bem sem ela? [M. fala com leve sorriso] (ERSw)
#11	Paciente: [olhando para os exames] tá, mas ele também, não por si só, não tem indicativo [volta o olhar para a residente] digamos, de ser [olha para o médico, encostando-se à sua cadeira] uma progressão do câncer para os pulmões? (Pista b HPE)	M: Não, nada a ver. Isso aqui eu estou te explicando pra ti não ficar encucado com isso aqui. (ERAb)
#12	P – Pois é, eu tenho que ficar dois sem o antialérgico. (pista a HPE)	M – Ok, vamos ver também. Não te preocupa, tá ótima! Melhoras! Conta sempre com a gente. (NRIa)

---

*Nota:* **HPE**=suscitada pelo profissional; **PE**=suscitada pelo paciente; **Preocupação**=emoção ou afeto negativo explícito; **Pista b**=uso de metáforas; **Pista c**= sintomas fisiológicos; **Pista d**: referência a episódios ou circunstância de estresse; **Pista e**=expressão de repetição, expressão neutra prévia; **EPAc**=Reconhecimento explícito; **ERIA**=Aconselhamento Explícito; **NPAc**=Reconhecimento não-explícito; **EPCEx**=Exploração de conteúdo; **ERSw**=Mudança de Assunto; **ERAb**=Bloqueio Ativo; **NRIa**=Aconselhamento não-explícito; **NPIIm**=Empatia Implícita. **EPAEm**=Empatia Ativa.

## Discussão

O presente estudo permitiu explorar a comunicação médico-paciente a partir da codificação de sequências emocionais e intervenções dos médicos, aplicando o sistema VR-CoDES em consultas médicas. Em geral, as pistas mais utilizadas pelos pacientes estavam relacionadas ao conteúdo fisiológico (ex. “estou emagrecendo pela doença”\ “não me sinto bem, tenho dores”) e ao conteúdo com uso de metáforas (ex. “O conjunto da obra tá em estresse”) ao expressarem uma preocupação subjacente. Os médicos utilizaram respostas mais diretivas com enfoque em informações clínicas, de

aconselhamento e provisão técnica sobre o câncer e o tratamento. As intervenções foram explícitas e não-implícitas e ambas reduziram espaço às expressões de pistas/preocupações emocionais dos pacientes. Por outro lado, os pacientes explicitaram muito mais pistas subjacentes em relação ao tratamento e à doença do que preocupações emocionais do tipo “eu me sinto ansioso/eu estou preocupado”, com o tratamento. Esses dados mostraram que os pacientes verbalizaram com frequência pistas relacionadas ao sofrimento emocional de diferentes formas, mas parece que os médicos tiveram dificuldades em captar essas expressões, seja justamente porque era uma pista e não uma fala aberta e direta sobre a sua preocupação, ou seja pela falta de abertura de espaço que impedia que o paciente continuasse se comunicando. A frequência dessas pistas neste estudo é alta em relação a outros no contexto do câncer (Korsvold et al., 2016; A. V. Mellblom et al., 2016). Contudo, nesses dois estudos mencionados, os pacientes eram adolescentes e em início de tratamento, o que pode ser a razão dessa diferença. Por outro lado, as respostas dos médicos convergiram com estes estudos.

Em relação à origem de pistas e preocupações emocionais, os pacientes suscitaram mais pistas emocionais do que os médicos. Estes dados mostraram que os médicos estimulavam pouco os pacientes a verbalizarem sentimentos relacionados ao tratamento. No caso de pacientes adolescentes sobreviventes de câncer, os médicos oncologistas suscitaram mais pistas/preocupações nas consultas médicas, provendo espaço para aumentar a comunicação emocional e promovendo diálogo durante o tratamento (Mellblom et al., 2014). Os familiares que acompanharam os pacientes na consulta, suscitaram poucas pistas/preocupações, e foi reconhecido que essas pistas eram explicitadas quando os pacientes apresentavam mais dificuldades para lembrarem de episódios e queixas relacionadas à doença. Nestes casos, os familiares auxiliavam

nos esclarecimentos, mostravam exames e explicitavam desconfortos físicos dos pacientes.

Os médicos perderam a maioria de pistas/preocupações verbalizadas pelos pacientes em consultas de acompanhamento e demonstraram adotar, muitas vezes, comportamentos que desencorajavam os pacientes. Estes dados são parecidos a um estudo com estudantes de medicina (Ortwein et al., 2017) que encontrou respostas semelhantes aplicadas a vinhetas de casos clínicos de médicos experientes, com base no sistema VR-CoDES. Respostas de empatia explícitas e implícitas foram pouco frequentes, assim como a exploração e o reconhecimento das emoções. Contudo, ao contrário de Ortwein et al. (2017), no caso do presente estudo os médicos são experientes no atendimento a pacientes com câncer e parecem estar presos às informações técnicas da doença e tratamento. O médico, talvez por não reconhecer expressões de emoções subjacentes, e considerar apenas a verbalização de questões fisiológicas, acabava utilizando de intervenções com respostas de aconselhamento explícito de maneira informativa e técnica.

O uso de medicações psiquiátricas era feito por mais da metade dos pacientes e metade deles fazia acompanhamento psicológico. A respeito desses dados, pode-se discutir que sintomas de depressão e ansiedade são frequentemente percebidos nos pacientes em tratamento para diferentes tipos de câncer (American Cancer, 2016; Nikoomanesh & Goldfarb, 2016), inclusive nos pacientes do presente estudo, e mostra a necessidade de que todos profissionais da saúde estejam atentos ao sofrimento do paciente. O câncer pode representar uma ameaça à vida e os tratamentos, por sua vez, podem ser invasivos, gerando um impacto emocional negativo na vida do paciente e afetando a sua saúde psicológica (Deshields, Howrey & Vanderlan, 2018).

O diagnóstico de câncer, assim como os efeitos colaterais dos tratamentos entre quimioterapia, radioterapia e cirurgia alteram o estado emocional dos pacientes, que podem se sentir fragilizados e com medo do futuro (Fallowfield & Jenkins, 2004). O tratamento pode ser considerado o período mais longo do processo de adoecimento pelo câncer (Prouty et al., 2014), a natureza diversa das preocupações dos pacientes, incluindo cuidados paliativos, mostra uma ligação clara entre o sofrimento psicológico e o número de preocupações expressas pelos pacientes. Por exemplo, preocupações relacionadas à dor estão associadas à ansiedade e preocupações com os efeitos colaterais da doença ao humor deprimido (Heaven & Maguire, 1998). Por conta disso, os pacientes são expostos constantemente a diferentes intervenções que muitas vezes são invasivos, mutilantes e dolorosos (Mello-Santos & Silva, 2008; Lopes & Ruiz, 2011).

Os médicos tinham experiência no tratamento de pacientes oncológicos, e por essa razão era esperado que utilizassem mais habilidades de abertura e empatia para atenderem as demandas psicológicas desses pacientes. Respostas pouco empáticas foram bastante utilizadas pelos médicos, reduzindo espaço ao conteúdo emocional dos pacientes. A pouca abertura do médico com intervenções de aconselhamento e mudança de assunto também pôde ser vista no contexto da neurologia, em que pistas verbais sobre preocupações e referências a eventos de vida estressantes foram verbalizadas por pacientes com Esclerose Múltipla (Del Piccolo et al., 2015). A mudança de assunto pode ser recorrente em consultas médicas, pelo fato dos profissionais atentarem a demandas clínicas, que também são importantes, o que torna a consulta mais diretiva e focada no problema. O modelo biomédico reforça essa característica do médico em fornecer todas as informações necessárias ao paciente sem a preocupação de atender demandas psicológicas que possam surgir em relação à doença, impactando diretamente na aliança de trabalho (Meystre, Bourquin, Despland, Stiefel, & De Roten, 2013). Muitas intervenções de redução de espaço foram feitas pelos médicos e quando

descritas em suas subcategorias as especificações de mudança de assunto e aconselhamento explícito confirmam que ainda há dificuldades dos médicos de migrarem para um modelo biopsicossocial.

Respostas de exploração da emoção foram pouco empregadas, mostrando que ainda essa sensibilidade exigia dos médicos muita concentração. Quando os médicos conseguem identificar os aspectos psicológicos anunciados pelos pacientes faz com que se sintam compreendidos e apoiados (Zimmermann et al., 2007). O tempo limitado da consulta ou a pressa pode ser um fator que impeça que o médico explore os sentimentos dos pacientes (Del Piccolo et al., 2015). A reciprocidade e a empatia, como a condição de se colocar no lugar do outro, são habilidades necessárias para os médicos e também são valorizadas pelos pacientes (Finset & Ørnes, 2017). Uma das hipóteses para aumentar o reconhecimento das emoções dos pacientes e tornar as intervenções dos médicos mais empáticas, seria o treinamento de habilidades de comunicação, que apesar da ampla discussão na literatura, ainda são pouco oportunizados em cursos de medicina e na área da saúde (Barros & Otani, 2012).

A capacidade dos pacientes de se expressarem emocionalmente frente ao médico, explicitando uma preocupação, prevê uma melhor compreensão e adesão ao tratamento, reduzindo a intensidade da preocupação e fortalecendo a relação médico-paciente (Pais & Figueiredo-Braga, 2017). Os dados deste estudo apontaram que ainda há limitações dos médicos para estabelecerem uma comunicação efetiva com seus pacientes. Por outro lado, o esforço de prover espaço e fornecer respostas mais empáticas demonstra que os médicos estão buscando compreender melhor o que os pacientes verbalizam na consulta. Uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente demonstra a capacidade do profissional de ser empático e compreensivo tendo compaixão pela situação de enfermidade do paciente durante o seu tratamento. Além



disso, proporcionar um ambiente acolhedor e o bom humor do médico podem auxiliar os pacientes a não desistirem do tratamento (McCarthy, 2014).

A metade dos médicos não possuía treinamento formal de habilidades de comunicação, o que pode justificar a dificuldade dos médicos de explorar as pistas e preocupações emocionais e serem mais assertivos na comunicação provendo espaço para os pacientes. Reduzir espaço às preocupações dos pacientes pode fazer com que os pacientes guardem para si suas angústias na consulta e repita, outras vezes na consulta, desconfortos e sentimentos negativos sobre a doença que poderiam ter sido solucionados ou pelo menos ouvidos pelo médico. Assim, o treinamento de habilidades de comunicação serviria para que os médicos aumentassem habilidades clínicas de exploração de expressões emocionais dos pacientes, impactando em bem-estar psicológico, satisfação com o cuidado interpessoal e maior compreensão do tratamento (Epstein et al., 2007). A resposta empática do médico, não deve utilizar comportamentos de bloqueio, com conselhos prematuros, uso de metáforas que o paciente não entenda, pois pode parecer ao paciente que o médico esteja minimizando, desvalorizando ou invalidando sua preocupação (Piccolo et al., 2017). O fornecimento de espaço às preocupações, com perguntas de exploração e reconhecimento afetivo, poderia ser mais utilizado pelos médicos no sentido de esclarecer preocupações emocionais, reduzir as incertezas em relação à doença e ao tratamento, fortalecendo a relação médico-paciente.

### **Conclusões**

Este estudo mostra-se relevante e pioneiro no Brasil ao ampliar a compreensão da comunicação médico-paciente no contexto da oncologia, identificando pistas e preocupações emocionais de pacientes com câncer e intervenções dos médicos em

resposta às preocupações. Os resultados destacam a importância de os médicos reconhecerem expressões emocionais dos pacientes atreladas à gravidade da doença, tratamentos e prognóstico, para que minimizem o sofrimento do paciente esclarecendo suas preocupações. Os médicos demonstraram reconhecer menos pistas subjacentes e mais pistas relacionadas a queixas fisiológicas oferecendo informações e aconselhamento sobre demandas clínicas, inibindo a emoção que estava implícita na queixa. Estes dados sugerem que os pacientes podem se sentir pouco seguros para expressarem suas emoções, visto que os médicos provêm pouco espaço para o reconhecimento e validação das emoções, com respostas menos empáticas.

Apesar da expertise dos médicos no presente estudo, observou-se que há dificuldades de reconhecimento das emoções dos pacientes, o que reforça a necessidade de que haja uma formação continuada em habilidades de comunicação emocional nesse contexto. Em relação às limitações do estudo, os dados não são passíveis de generalização pelo fato de adotar uma metodologia mista com caráter qualitativo que buscou compreender o fenômeno da comunicação médico-paciente através da identificação e codificação de sequências emocionais com aplicação do sistema VR-CoDES. Apesar da equipe ter recebido treinamento formal para aplicação do instrumento, muitas dúvidas surgiram em relação à categorização de pistas subjacentes. Após uma exaustiva leitura dos manuais e supervisão com pesquisadores experts no instrumento, foi possível sanar muitas dúvidas e entrar em consenso para codificação precisa de pistas/preocupações e respostas dos médicos. Outra limitação é em relação às comparações dos resultados deste estudo com estudos de outros países, pois há uma questão cultural envolvida na relação e na comunicação médico-paciente que é de complexo entendimento. Cabe ressaltar, ainda, que se trata de uma pesquisa cujos

participantes estavam em tratamento ambulatorial através de planos de saúde num hospital privado, o que mostra apenas uma pequena parte da realidade brasileira.

Nesse sentido, pesquisas futuras poderão aprofundar a temática da comunicação emocional no contexto da oncologia e identificar como outros profissionais de saúde (enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos) lidam com as emoções negativas dos pacientes. Os resultados apontaram que muitas pistas dos pacientes estavam relacionadas ao conteúdo fisiológico, mostrando que os médicos fornecem mais espaço às expressões de pistas fisiológicas. A redução de espaço às expressões de pistas emocionais evidenciou que os médicos forneciam respostas de aconselhamento explícito de maneira informativa e técnica e pouco empáticas à emoção subjacente. Sugere-se também que novos estudos enfoquem na capacitação de habilidades de comunicação dos médicos baseados no sistema VR-CoDES que favorece o reconhecimento de pistas emocionais subjacentes e como podem fornecer respostas mais empáticas com provisão de espaço.

### Referências

- American Cancer. (2016). *Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2016-2017*. Atlanta: American Cancer Society.
- Barracliffe, L., Arandjelović, O., & Humphris, G. (2017). A pilot study of breast cancer patients: Can machine learning predict healthcare professionals' responses to patient emotions? *Proceedings of the 9th International Conference on Bioinformatics and Computational Biology, BICOB 2017*, (February), 101–106. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85016609021&partnerID=40&md5=cdfa385df37e81b253eefa9bbb522dbe>
- Barros, N. F. De, & Otani, M. A. P. (2012). Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas em tratamento de câncer, *49(4)*, 258–266.
- Bartsch, A., & Hübner, S. (2005). Towards a Theory of Emotional Communication. *CLCWeb: Comparative Literature and Culture*, *7(4)*, 2–9.

- <https://doi.org/10.7771/1481-4374.1278>
- Birkett, C., Arandjelovic, O., & Humphris, G. (2017). Towards objective and reproducible study of patient-doctor interaction: Automatic text analysis based VR-CoDES annotation of consultation transcripts. In *2017 39th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC)* (pp. 2638–2641). IEEE. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2017.8037399>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman
- D’Agostino, T. A., Atkinson, T. M., Latella, L. E., Rogers, M., Morrissey, D., DeRosa, A. P., & Parker, P. A. (2017). Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *100*(7), 1247–1257. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.016>
- Del Piccolo, L. (2017). VR-CoDES and patient-centeredness. The intersection points between a measure and a concept. *Patient Education and Counseling*, *100*(11), 2135–2137. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.007>
- Del Piccolo, L., de Haes, H., Heaven, C., Jansen, J., Verheul, W., Bensing, J., ... Finset, A. (2011). Development of the Verona coding definitions of emotional sequences to code health providers’ responses (VR-CoDES-P) to patient cues and concerns. *Patient Education and Counseling*, *82*(2), 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.024>
- Del Piccolo, L., Mazzi, M. A., Goss, C., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2012). How emotions emerge and are dealt with in first diagnostic consultations in psychiatry. *Patient Education and Counseling*, *88*(1), 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.01.010>
- Del Piccolo, L., Pietrolongo, E., Radice, D., Tortorella, C., Confalonieri, P., Pugliatti, M., ... Solari, A. (2015). Patient Expression of Emotions and Neurologist Responses in First Multiple Sclerosis Consultations. *PLOS ONE*, *10*(6), e0127734. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127734>
- Deshields, T L., Howrey, H L. & Vanderlan, J R. (2018). Distress in Oncology: Not Just a Psychosocial Phenomenon. *Journal of Oncology Practice* *14*:12, 699-700
- Eide, H., Eide, T., Rustøen, T., & Finset, A. (2011). Patient validation of cues and concerns identified according to Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES): A video- and interview-based approach. *Patient Education and*

- Counseling*, 82(2), 156–162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.036>
- Epstein, R. M., Hadee, T., Carroll, J., Meldrum, S. C., Lardner, J., & Shields, C. G. (2007). “Could this Be Something Serious?” *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1731–1739. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0416-9>
- Epstein, R. M., & Peters, E. (2009). Beyond Information:: Exploring Patients’ Preferences. *JAMA*, 302(2), 195. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.984>
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Fang, S., Shi, W., Kong, N., & Shields, C. G. (2014). A Preliminary Variable Selection Based Regression Analysis for Predicting Patient Satisfaction on Physician-Patient Cancer Prognosis Communication (pp. 171–180). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-08416-9\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-319-08416-9_18)
- Finset, A. (2011). Emotional cues and concerns in medical consultations. *Patient Education & Counselling*, 82, 139–140. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(10\)00752-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(10)00752-4)
- Finset, A., Heyn, L., & Ruland, C. (2013). Patterns in clinicians’ responses to patient emotion in cancer care. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.023>
- Finset, A., & Ørnes, K. (2017). Empathy in the Clinician–Patient Relationship. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 64–68. <https://doi.org/10.1177/2374373517699271>
- Gorawara-Bhat, R., Hafskjold, L., Gulbrandsen, P., & Eide, H. (2017). Exploring physicians’ verbal and nonverbal responses to cues/concerns: Learning from incongruent communication. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 1979–1989. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.027>
- Grimsbø, G. H., Ruland, C. M., & Finset, A. (2012). Cancer patients’ expressions of emotional cues and concerns and oncology nurses’ responses, in an online patient–nurse communication service. *Patient Education and Counseling*, 88, 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.01.007>
- Heaven, C. M., & Maguire, P. (1998). The relationship between patients’ concerns and psychological distress in a hospice setting. *Psycho-Oncology*, 7(6), 502–507. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<502::AID-PON336>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<502::AID-PON336>3.0.CO;2-T)
- Humphris, G., Yang, Y., Barracliff, L., Cameron, J., & Bedi, C. (2018). Emotional talk

- of patients with breast cancer during review appointments with therapeutic radiographers: effects on fears of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4484-7>
- Jacobs, F., Stegmann, K., & Siebeck, M. (2014). Promoting medical competencies through international exchange programs: benefits on communication and effective doctor-patient relationships. *BMC Medical Education*, *14*(43), 2–8. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945959/pdf/1472-6920-14-43.pdf>
- Kale, E., Skjeldestad, K., & Finset, A. (2013). Emotional communication in medical consultations with native and non-native patients applying two different methodological approaches. *Patient Education and Counseling*, *92*(3), 366–374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.028>
- Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional Accounts of Emotions. *Cognition & Emotion*, *13*(5), 467–480. <https://doi.org/10.1080/026999399379140>
- Kennifer, S. L., Alexander, S. C., Pollak, K. I., Jeffreys, A. S., Olsen, K., Rodriguez, K. L., ... Tulskey, J. A. (2010). Negative Emotions in Cancer Care : Do Oncologists ', *76*(1), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.10.003.NEGATIVE>
- Korsvold, L., Mellblom, A. V., Finset, A., Ruud, E., & Lie, H. C. (2017). A content analysis of emotional concerns expressed at the time of receiving a cancer diagnosis: An observational study of consultations with adolescent and young adult patients and their family members. *European Journal of Oncology Nursing*, *26*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.10.005>
- Korsvold, L., Mellblom, A. V., Lie, H. C., Ruud, E., Loge, J. H., & Finset, A. (2016). Patient-provider communication about the emotional cues and concerns of adolescent and young adult patients and their family members when receiving a diagnosis of cancer. *Patient Education and Counseling*, *99*(10), 1576–1583. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.028>
- Libert, Y., Canivet, D., Ménard, C., Van Achte, L., Farvacques, C., Merckaert, I., ... Razavi, D. (2017). Predictors of physicians' communication performance in a decision-making encounter with a simulated advanced-stage cancer patient: A longitudinal study. *Patient Education and Counseling*, *100*(9), 1672–1679. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.025>
- McCarthy, B. (2014). Patients' perceptions of how healthcare providers communicate with them and their families following a diagnosis of colorectal cancer and

- undergoing chemotherapy treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.05.004>
- Mellblom, A. V., Korsvold, L., Ruud, E., Lie, H. C., Loge, J. H., & Finset, A. (2016). Sequences of talk about emotional concerns in follow-up consultations with adolescent childhood cancer survivors. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.021>
- Mellblom, a. V., Finset, a., Korsvold, L., Loge, J. H., Ruud, E., & Lie, H. C. (2014). Emotional concerns in follow-up consultations between paediatric oncologists and adolescent survivors: A video-based observational study. *Psycho-Oncology*, 23(12), 1365–1372. <https://doi.org/10.1002/pon.3568>
- Meystre, C., Bourquin, C., Despland, J. N., Stiefel, F., & De Roten, Y. (2013). Working alliance in communication skills training for oncology clinicians: A controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 90(2), 233–238. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.013>
- Nikoomanesh, T., & Goldfarb, M. (2016). Emotional concerns in surgical cancer survivors not treated with chemotherapy. *Journal of Investigative Medicine*. <https://doi.org/10.1200/jco.2016.34.3>
- Ortwein, H., Benz, A., Carl, P., Huwendiek, S., Pander, T., & Kiessling, C. (2017). Applying the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) to code medical students' written responses to written case scenarios: Some methodological and practical considerations. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 305–312. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.026>
- Pais, V. G., & Figueiredo-Braga, M. (2017). Verona Network on Sequence Analysis Versão Portuguesa: Vanessa Garrido Pais e Margarida Figueiredo-Braga 2017. In *Verona Network on Sequence Analysis* (pp. 7–50).
- Perroca, M. G., & Gaidzinski, R. R. (2003). Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 37(1), 72–80. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000100009>
- Piccolo, L. Del, Finset, A., Mellblom, A. V., Figueiredo-Braga, M., Korsvold, L., Zhou, Y., & Humphris, G. (2017). Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES): Conceptual framework and future directions. *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2303–2311. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.026>
- Prouty, C. D., Mazor, K. M., Greene, S. M., Roblin, D. W., Firreno, C. L., Lemay, C. &

- Gallagher, T. H. (2014). Providers' Perceptions of Communication Breakdowns in Cancer Care. *Journal of General Internal Medicine*, 29(8), 1122–1130. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2769-1>
- Romeiro, F. B., Peuker, A. C., Bianchini, D., & Castro, E. K. (2016). Chemotherapy patient regarding communication with the healthcare staff. *Psicooncologia*, 13(1), 139–150. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Vatne, T. M., Finset, A., Ørnes, K., & Ruland, C. M. (2010). Application of the Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES) on a pediatric data set. *Patient Education and Counseling*, 80(3), 399–404. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.026>
- Vijfhuizen, M., Bok, H., Matthew, S. M., Del Piccolo, L., & McArthur, M. (2017). Analysing how negative emotions emerge and are addressed in veterinary consultations, using the Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES). *Patient Education and Counseling*, 100(4), 682–689. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.001>
- Wright, A., Humphris, G., Wanyonyi, K. L., & Freeman, R. (2012). Using the verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) and health provider responses (VR-CoDES-P) in the dental context. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 205–208. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.05.006>
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., Bensing, J., Bergvik, S., De Haes, H., Eide, H., & Finset, A. (2011). Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: The Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). *Patient Education and Counseling*, 82(2), 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.03.017>
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438–463. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.438>



## **Seção II – Artigo Empírico: A relação entre pistas e preocupações emocionais expressas por pacientes com câncer aos seus médicos, satisfação e avaliação da comunicação**

### **Resumo**

O objetivo desse estudo foi relacionar as pistas e preocupações emocionais dos pacientes com as respostas dos médicos e associar as codificações de pistas\preocupações e repostas dos médicos com o tempo de tratamento, a satisfação e a comunicação. O delineamento do estudo foi descritivo e correlacional. Participaram 12 pacientes adultos em tratamento para o câncer e oito médicos que atendiam esses pacientes. A 12 consultas foram gravadas em vídeo e codificadas a partir do sistema VR-CoDES. Os pacientes responderam ao questionário de dados sociodemográficos e clínicos, questionário de satisfação e de avaliação da comunicação, e os médicos responderam ao questionário de dados sociodemográficos e laborais. Os resultados indicaram que respostas mais explícitas e com redução de espaço foram relacionadas positivamente com pista que evidenciavam vivências potencialmente estressantes, e pista de repetição do conteúdo em que existia emoção e o paciente repetia por iniciativa própria. Pista de sintomas fisiológicos se relacionou positivamente com respostas do médico de provisão de espaço apenas ao conteúdo. Os pacientes expressavam menos comportamentos não-verbais (ex choro, silêncio ou pausa na fala) na medida em que estavam há mais tempo de tratamento e respostas mais empáticas eram fornecidas a esses pacientes. Não houve relação de pistas\preocupações dos pacientes e respostas dos médicos com a satisfação e avaliação da comunicação. Conclusão: Os médicos devem reconhecer as preocupações dos pacientes e fornecer espaço para que os pacientes recebem cuidado integral em saúde, considerando a gravidade da doença oncológica e o impacto emocional negativo que pode gerar nos pacientes.

Palavras-chave: pistas\preocupações emocionais; relação médico-paciente; satisfação; comunicação; câncer.

## Introdução

A comunicação médico-paciente é reconhecida como uma habilidade clínica central na prestação de cuidados em saúde (Frenkel & Cohen, 2014; Ha & Longnecker, 2010). Para os profissionais da saúde, em especial da oncologia, a comunicação tem um papel fundamental no gerenciamento do tratamento, embora considerem uma tarefa difícil lidar com o sofrimento dos pacientes e familiares. Os principais desafios para o estabelecimento de uma comunicação efetiva estão associados a fatores como o despreparo para transmitir más notícias, a falta de habilidades para prover empatia, o tempo reduzido de consulta, as características pessoais dos pacientes e dos profissionais relacionados às crenças e valores sociais e culturais (Banerjee et al., 2016). Aspectos importantes da relação médico-paciente incluem uma comunicação facilitadora, a escuta ativa e a consciência auto-situacional para a melhoria da saúde psicológica dos pacientes. Reconhecer e explorar as emoções dos pacientes sobre a doença e indicar a ação terapêutica podem melhorar os resultados de saúde (Barbosa, Del Piccolo, & Barbosa, 2019).

A qualidade da comunicação pode aumentar a precisão do diagnóstico, a eficiência em termos da aderência ao tratamento e o apoio emocional ao paciente (Dean & Street, 2014). Por outro lado, uma comunicação inadequada pode interferir negativamente no sofrimento emocional, aumentando os níveis de sofrimento psíquico do paciente, tais como estresse, ansiedade e depressão (L. Fallowfield & Jenkins, 1999). A comunicação centrada no paciente deve ser compreendida sob o ponto de vista das preferências, a partir de uma escuta ativa. Essa escuta diferenciada se deve ao fato de que, muitas vezes, o paciente sente que a notícia do diagnóstico é geradora de grande impacto emocional (Dean & Street, 2014). Em uma pesquisa recente, foi avaliada a relação entre as percepções dos pacientes sobre a comunicação médico-paciente, a

intensidade da dor e a auto eficácia para o manejo de doenças crônicas (Ruben, Meterko, & Bokhour, 2018). Percepções mais positivas da comunicação médico-paciente estavam relacionadas com níveis mais elevados de auto eficácia do paciente e também níveis mais baixos de intensidade da dor.

As falhas de comunicação são consideradas comuns entre os médicos durante as fases do tratamento, que incluem desde a investigação da doença até os cuidados paliativos, pela natureza complexa do câncer e a carga emocional associada à doença. As falhas de comunicação no tratamento do câncer podem estar associadas a informações técnicas imprecisas ou conflitantes, além de uma comunicação deficitária que não aponta esperança na discussão do prognóstico do paciente (Prouty et al., 2014). Nesse sentido, o treinamento formal das habilidades de comunicação de médicos oncologistas (ex.: empatia, tomada de decisão compartilhada, centrada no paciente) pode auxiliar no processo de comunicação assertiva no contexto do câncer, conforme estudo de Figg et al. (2010). Fornecer informações fragmentadas por diferentes médicos de diversas especialidades clínicas e o despreparo para comunicar sobre a doença podem elevar os níveis de insatisfação do paciente, estabelecendo uma relação de pouca confiança entre paciente e médico (Ekwall, Ternstedt, Sorbe, & Graneheim, 2011).

A avaliação de desempenho das habilidades de comunicação vem sendo discutida na literatura e revela que muitos médicos, residentes e estudantes de medicina não possuem conhecimentos específicos para abordarem os aspectos biopsicossociais bem como reconhecer as emoções dos pacientes acometidos por uma doença crônica (Barbosa et al., 2019; Barth & Lannen, 2011; Moore, Rivera Mercado, Grez Artigues, & Lawrie, 2013; Schofield, Green, & Creed, 2008). O entendimento sobre os aspectos sociais e culturais do paciente auxiliam os médicos a definirem condutas terapêuticas necessárias e se é favorável ou não, continuar com tratamentos invasivos em casos de

doença terminal (Silva et al., 2011). O principal objetivo das capacitações em comunicação em saúde é oferecer medidas e protocolos aos médicos para estabelecer uma comunicação mais efetiva com seus pacientes, seja na investigação do diagnóstico, descoberta do câncer, intervenções no tratamento, discussão de indicação para cuidados paliativos e fim da vida (Paes & Silva, 2012; Silva et al., 2011). Uma revisão de literatura (D'Agostino et al., 2017) com 32 estudos analisou intervenções para a melhora da interação médico-paciente e as habilidades de comunicação. Os estudos dessa revisão apontaram que, em geral, os médicos que recebem capacitação através de módulos de treinamento de habilidades como comunicação de más notícias, tomada de decisão compartilhada e comunicação centrada no paciente, favorecem o aumento da adesão ao tratamento dos pacientes e dos níveis de satisfação em relação à provisão de cuidado. Além disso, evidenciam que a participação ativa dos pacientes, com perguntas claras, expressão de emoções e a participação na tomada de decisão reflete na relação de confiança.

A comunicação médico-paciente é considerada uma interação interpessoal complexa que envolve compreender o estado emocional de cada paciente oncológico (Kee, Khoo, Lim, & Koh, 2017). Há evidências de que a intensidade das reações psicológicas de pacientes adultos que recebem o diagnóstico de câncer é influenciada pelas estratégias de comunicação empregadas pelos profissionais de saúde, incluindo respostas às preocupações e sugestões emocionais dos pacientes (Kee, Khoo, Lim, & Koh, 2017). A maneira como os profissionais vão compreender e codificar preocupações subjacentes dos pacientes está diretamente relacionada com o aumento do bem-estar psicológico, por exemplo, reduzindo a ansiedade e promovendo emoções positivas (Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009), o que impacta no resultado de saúde e na adesão ao tratamento (Maatouk-Bürmann et al., 2016). Neto et al. (2013)

avaliaram a qualidade da comunicação de más notícias a partir das percepções dos pacientes. Elevados índices de insatisfação por parte do paciente estavam associados à provisão da informação por outro profissional não médico, a transmissão do diagnóstico pelo telefone e em local não reservado. Em geral, a percepção dos pacientes era de que o profissional não estava preparado para comunicar a má notícia. Além disso, a maioria dos pacientes, após receber a má notícia, apresentou sentimentos como angústia, desespero e tristeza, indicando a importância do profissional de manejar as expressões emocionais de forma humanizada.

A comunicação emocional em medicina inclui a identificação de pistas e preocupações emocionais e como os médicos respondem a essas expressões emocionais (Clayton, Reblin, Carlisle, & Ellington, 2014; Juslin & Persson, 2011). Um grupo internacional de pesquisadores, incluindo psiquiatras e psicólogos, vêm investigando como os médicos podem explorar pistas e preocupações emocionais, no sentido de reconhecer o sofrimento dos pacientes e auxiliar no gerenciamento de emoções negativas geradas pela doença crônica (Del Piccolo et al., 2015; Gorawara-Bhat et al., 2017; Zimmermann et al., 2011, 2007). Pesquisas mostram que os pacientes expressam muitas pistas e preocupações durante as consultas e pouco são reconhecidas pelos médicos (Del Piccolo et al., 2012; Eide et al., 2011; Finset, 2011; Piccolo et al., 2017; Zhou et al., 2014). Na oncologia, os pacientes expressam mais pistas subjacentes à doença do que preocupações explícitas e os médicos respondem de forma mais diretiva com aconselhamento e informações clínicas, reduzindo espaço, do que respostas empáticas e afetivas para que o paciente continue expressando emoções negativas durante o tratamento (Korsvold et al., 2017; A. V. Mellblom et al., 2016). Um estudo recente (Barbosa et al., 2019) aplicou um breve treinamento de habilidades de comunicação de más notícias para situações como cuidados paliativos e diagnóstico de

câncer, com base no sistema VR-CoDES aos residentes de medicina. O estudo demonstrou a eficácia do treinamento que incluiu a prática reflexiva entre o grupo dos residentes e feedback e auto-análise de desempenho através do uso de vídeos pessoais das consultas. Os residentes aumentaram suas habilidades de comunicação, como reconhecimento de emoções, abertura de espaço à expressão de pistas e preocupações, explorando e empatizando com a experiência emocional do paciente.

Considerando a importância da comunicação médico-paciente no contexto do câncer, o objetivo do estudo foi relacionar as pistas e preocupações emocionais dos pacientes com as respostas dos médicos e associar essas codificações de pistas\preocupações e repostas dos médicos com o tempo de tratamento, a satisfação e a comunicação.

## **Método**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional de 12 consultas médicas gravadas em vídeo (Creswell, 2010).

### **Participantes**

Participaram do estudo 12 pacientes em tratamento para o câncer com idades entre 36 e 84 anos ( $M= 63,25$  anos;  $DP=15,70$  anos), oito mulheres e quatro homens, a maioria com ensino superior completo ( $n=7$ ) que estavam em tratamento para o câncer em média a 28,42 meses ( $DP= 38,59$  meses). Os pacientes deveriam estar no mínimo há dois meses em tratamento. Somente consultas de rotina foram consideradas para este estudo, (ex.: início de tratamento, reavaliação de saúde, verificação de exames clínicos, consultas pré e pós cirúrgicas), excluindo-se a primeira consulta de revelação

do diagnóstico. Seis pacientes estavam acompanhados por familiares na consulta. Mais da metade dos pacientes fazia uso de medicação psicofarmacológica, sendo a maior parte com antidepressivos, seis faziam acompanhamento psicológico. Esses pacientes foram atendidos por oito médicos (dois deles residentes da área de oncologia), com idades entre 33 e 59 anos ( $M=42,88$  anos;  $DP=8,39$  anos), uma mulher e sete homens, com tempo de atuação média na oncologia de 13,38 anos ( $DP= 8,12$  anos), que trabalhavam no hospital em média a 12,25 anos ( $DP=6,58$ ). A metade dos médicos informou ter recebido alguma capacitação em comunicação em saúde durante a formação. Os médicos tinham diferentes especialidades clínicas: quatro oncologistas, um onco-hematologista, um cirurgião-oncologista, um hematologista e um medicina interna, que atendiam em média 14,88 pacientes por dia ( $DP=4,64$ ). Os pacientes estavam em tratamento ambulatorial em um hospital privado de uma cidade do sul do Brasil, atendidos através de plano de saúde. Onze pacientes eram de convenio e um era particular. Quatro pacientes estavam com câncer no estágio IV (metástase hepática). Em relação ao tratamento, todos os pacientes foram submetidos a alguma das três intervenções mais comuns, quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, sendo que três deles já tinham sido submetidos aos três tratamentos. As consultas tiveram tempo médio de 25,46min ( $DP= 4,69$ min). Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8

*Dados Sociodemográficos e clínicos dos pacientes com câncer (N=12)*

Paciente	Sexo	Idade	Acompanhante (consulta)	Médico	Motivo da consulta	Diagnóstico
1	Masculino	77	-	R1\M1	Acompanhamento	Bexiga
2	Masculino	63	Filha	M1	Acompanhamento	Melanoma
3	Feminino	73	-	M2	Revisão	Policetemi Vera
4	Feminino	84	Filha	M2	Prevenção da função renal	Mieloma
5	Feminino	41	Mãe	M3	Retirada de dreno	Sarcoma
6	Feminino	36	Tia	M3	Acompanhamento	Cólon/Intestino
7	Masculino	66	-	R2\M4	Acompanhamento	Próstata
8	Masculino	70	-	R2\M4	Acompanhamento	Mama
9	Feminino	84	Filha	M1	Acompanhamento	Reto
10	Feminino	62	Filha	M1	Acompanhamento	Ovário
11	Masculino	51	-	M5	Pré-cirúrgico	Estômago
12	Feminino	52	-	M6	Acompanhamento	Mama

Elaborada pela autora.

### **Instrumentos**

**Questionário sociodemográfico e clínico:** composto por questões para levantamento de dados pessoais dos pacientes, tais como idade, sexo, escolaridade, estado civil, tipo de câncer, tratamento a que foi submetido, tempo de tratamento, uso de medicação psiquiátrica, acompanhamento psicológico (Apêndice A).

**Questionário sociodemográfico e laboral:** inclui variáveis como idade, sexo, especialidade clínica, tempo de formação e de atuação no hospital, capacitação em comunicação em saúde (Apêndice B).

**Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES):** Codificação de Verona para Sequências Emocionais (Del Piccolo et al., 2011; Zimmermann et al., 2011). Traduzido recentemente para a versão portuguesa (Pais & Figueiredo-Braga, 2017), o VR-CoDES inclui três manuais: o VR-CoDES-CC para ajudar a identificar *cue/concerns* (pistas e preocupações) expressas pelos pacientes, o VR-CoDES-P (*professional*) que explica como codificar as respostas do profissional de saúde, e um para dividir a consulta em unidades de análise para codificar a interação profissional-paciente. Detalhes do instrumento no estudo I (Anexo C).



**Inquérito de Satisfação:** adaptado de *Patients Satisfaction with the interview assessment questionnaire* (PSIAQ) (Delvaux et al. 2004) versão portuguesa (Figueiredo-Braga & Braga, 2017), direcionado aos pacientes. O questionário é composto por oito itens sobre o grau de satisfação do paciente com a comunicação do profissional, pontuados numa escala *likert* de 1 a 4 sendo 1= nada satisfeito; 2= pouco satisfeito; 3= moderadamente satisfeito; 4= muito satisfeito. Baseia-se sobre as três funções de comunicação (avaliação, informação e suporte) e descreve as seguintes dimensões: satisfação com a introdução (um item), a satisfação com a facilitação e escuta (dois itens), satisfação em informar e tranquilizar (três itens), satisfação com questões claras (um item) e satisfação global com a entrevista/consulta (um item). (Anexo D).

**Communication Assessment Tool (CAT)** (Makoul, Krupat, & Chang, 2007): **Instrumento de Avaliação da Comunicação**, tradução em português de Portugal (Carvalho & Figueiredo-Braga, 2017), direcionado aos pacientes. O instrumento avalia a comunicação médico-paciente com 15 questões em que o paciente responde sobre diferentes dimensões da comunicação e habilidades interpessoais do médico usando uma escala de classificação de 5 pontos. As respostas são categóricas em que 1= Fraco 2= Razoável; 3= Bom, 4= Muito Bom e 5=Excelente. Além disso, são questionados o quanto estes aspectos são importantes para si em respostas categóricas sendo 1=pouco, 2= mais ou menos, e 3= muito. (Anexo E)

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

O estudo foi realizado num hospital privado que atende convênios e particulares de uma cidade de grande porte do Rio Grande do Sul. Foi realizado contato prévio

com o chefe da unidade de oncologia para apresentar o estudo. Após o aceite do chefe da unidade, foi fornecido a carta de anuência para submissão aos Comitês de Ética, local e da Instituição proponente. Após aprovação dos Comitês de Ética, foi realizado contato prévio com o chefe da unidade de oncologia para apresentar o estudo. Após aceite dos médico e aprovação do projeto no comitê de ética, foi realizado contato prévio com os médicos oncologistas disponíveis para convidar a participar do estudo de investigação em tempo real sobre a comunicação profissional-paciente em oncologia.

Ao todo foram convidados 15 médicos que atendiam na unidade de oncologia do ambulatório do hospital. Destes, oito aceitaram participar, os outros sete médicos, apresentaram motivos de não participar como: incompatibilidade de agenda, atendimento a pacientes em primeira consulta, médico hematologista que estava atendendo naquele dia apenas pacientes com anemia e médicos que não tinham disponibilidade de participar, pois estavam atendendo pacientes na internação no período da coleta de dados. Após o convite ao médico, foi solicitado autorização para gravação em vídeo de consultas realizadas com pacientes que estivessem em tratamento oncológico. Os médicos que aceitaram participar indicavam em suas agendas no dia da consulta aqueles pacientes elegíveis para participar do estudo. Posteriormente à identificação dos possíveis participantes, a pesquisadora fez contato com os pacientes na sala de espera para explicar o objetivo do estudo e convidá-lo a participar. Após aceite, foi solicitado autorização para gravação em vídeo da consulta com seu médico, e aplicado o questionário de dados sociodemográficos e clínicos. Após a consulta como médico, a pesquisadora aplicou dois instrumentos: 1) inquérito de satisfação e 2) avaliação da comunicação.

A aplicação dos instrumentos foi conduzida e realizada pela pesquisadora, teve duração aproximada de 20 minutos ao total e foi feita em sala reservada no

próprio hospital. A pesquisadora responsável pelo estudo alocou a filmadora no consultório para gravação em vídeo, conforme consentimento do médico, e não participou da consulta. A duração média das consultas foi de 25,46min (DP=4,69min) e foram analisadas pela pesquisadora, respeitando o sigilo e a identidade dos participantes.

### **Procedimentos Éticos**

Todos os cuidados éticos previstos na resolução do CONEP Nº 510/2016 e das Ciências Humanas, resolução Nº 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, foram considerados. Este estudo foi submetido ao Comitês de Ética em Pesquisa da Unisinos (instituição proponente) e Comitê de Ética do hospital coparticipante, localizado em Porto Alegre, RS, CAAE sob nº 83879318.0.3001.5328 e 83879318.0.0000.5344. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, riscos e benefícios de participar, o caráter voluntário da sua participação, a garantia de sigilo, confidencialidade das informações e a desistência a qualquer momento sem quaisquer ônus. Não houve riscos implicados na pesquisa dos estudos I e II. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexos A-B). Foi prevista uma devolução para os médicos participantes, em formato de relatório para apresentar os dados da pesquisa. O agendamento para a devolução do relatório será feito com o chefe da unidade de oncologia do hospital.

### **Análise dos Dados**

Foram realizadas transcrições na íntegra das 12 consultas médicas. Para analisá-las e aplicar o sistema de codificação VR-CoDES, a pesquisadora conduziu um

treinamento à equipe de pesquisa (quatro bolsistas) que totalizou em seis encontros. As informações detalhadas do treinamento foram descritas no estudo I. A aplicação do VR-CoDES foi realizada na análise de todas as consultas, respeitando as unidades de análise das intervenções feitas por médicos e pacientes. Foram utilizados os manuais VR-CoDES CC (*cue/concern*), VR-CoDES P (*Professional*). As codificações dos pacientes forma entre preocupações emocionais e pistas descritas em sete subcategorias: (a), (b), (c), (d); (e); (f) e, (g).

A preocupação emocional foi considerada toda expressão do paciente em que sugeria uma emoção negativa e explícita (ex.: estou preocupado\me sinto triste\ansioso). A pista (a) foi utilizada para descrever expressões vagas e inespecíficas dos pacientes (ex.: me sinto estranho\esquisito, estou mais ou menos). A pista (b) descrevia uma sugestão de emoção implícita em forma de metáfora (ex.: estou quase a explodir, é tudo inútil), exclamações, palavras ambíguas, duplas negativas, expressões de incerteza e de esperança para sugerir um estado emocional. A pista (c) foi utilizada para caracterizar uma expressão verbal com caráter fisiológico (ex.: sono, náusea, dores em geral) relacionado à emoção (ex.: não durmo muito bem). Para codificar um conteúdo verbal neutro que se referia a circunstâncias ou vivências potencialmente estressantes, foi utilizado a pista (d). A pista (e) indica repetição do conteúdo em que existe emoção e o paciente repete por sua própria iniciativa uma expressão verbal neutra. A codificação desta pista depende de uma intervenção igual anterior em que o paciente suscita novamente a expressão que utilizou. A pista (f) é codificada como uma pista não-verbal, em que o paciente faz alguma expressão de um comportamento não-verbal. A pista (g) reflete uma emoção explícita, de uma preocupação expressa no tempo verbal passado (ex. há mais de 4 semanas ou num período incerto da vida). Essa pista pode ser identifica sempre que o paciente faz alusão à um período difícil de sua vida, e até

mesmo de sintomas do tratamento. Frequentemente faz parte de um contexto na fala do paciente (Del Piccolo et al., 2011; Pais & Figueiredo-Braga, 2017; Zimmermann et al., 2011).

As codificações das respostas dos médicos às pistas/preocupações foram descritas na figura 1. Foi realizada análise Kappa de Cohen de juízes independentes (K, M e D) que codificaram duas consultas para avaliar a concordância entre as codificações de pistas/preocupações, respostas e as respectivas unidades de análise. Os valores obtidos, respectivamente, foram 0,785 representando excelente concordância e 0,707 representando mediana concordância.

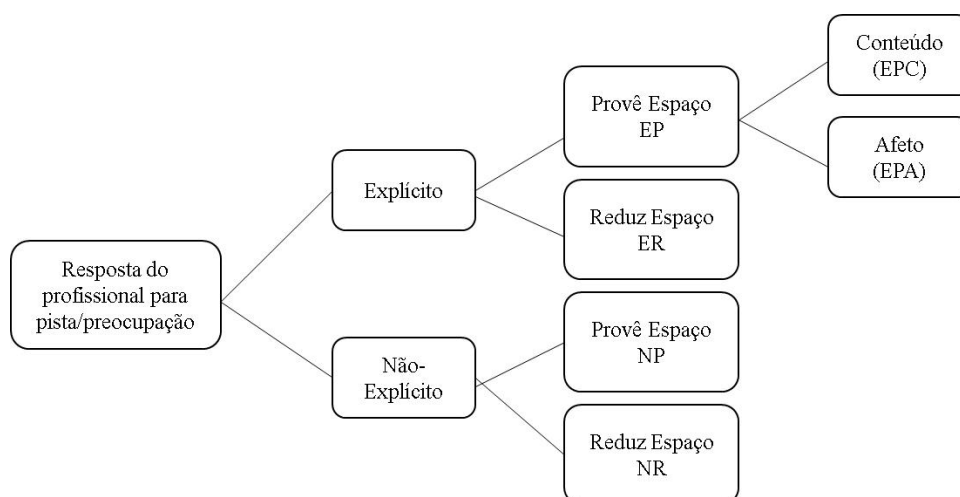


Figura 2. Respostas às pistas e preocupações (Korsvold et al., 2017).

Foram realizadas análises estatísticas descritivas, médias e desvio padrão, tabulações cruzadas e qui-quadrado de *Pearson* ( $X^2$ ) para comparar as pistas/preocupações (número e tipo) com as respostas dos profissionais de saúde (número e tipo de respostas). Também foram realizadas análises de correlação de *Spearman* para verificar a associação entre as variáveis do sistema VR-CoDES (349 pistas/preocupações x 394 respostas dos médicos), com a satisfação, avaliação da

comunicação e tempo de tratamento. As análises estatísticas foram realizadas a partir do software SPSS versão 20.0. O estudo considerou os níveis de significância de  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

### **Relação entre pistas\preocupações emocionais dos pacientes x respostas dos médicos**

As análises de tabulações cruzadas e qui-quadrado foram realizadas a partir do número total de pistas\preocupações ( $n=349$ ) com o número total de respostas dos médicos ( $n=394$ ). Observou-se que houve associação entre a pista (c) e a resposta ER (Explícita com Redução de espaço) ( $\chi^2=6,029$ ;  $p=0,014$ ), indicando que, quando o paciente expressava sintomas físicos como, dores, náusea, dificuldade para dormir, o médico não utilizava essa resposta explícita com redução de espaço. A pista (e), relacionada à repetição do conteúdo por parte do paciente, também foi associada à resposta ER do médico ( $\chi^2= 5,599$ ;  $p=0,018$ ), indicando que o número de vezes que o paciente expressou emoção neutra e repetiu por sua própria iniciativa teve relação com o número de respostas explícitas e com redução de espaço por parte do médico. Houve associação entre a pista (f), relacionada à um comportamento não-verbal, com o número de respostas NR (não-explícita com redução de espaço) do médico ( $\chi^2=14,882$   $p<0,001$ ), indicando que quando o paciente se expressava com uma pista não-verbal, o médico tendia a responder de forma não-explícita com redução de espaço.

**Correlações entre as descrições dos VR-CoDES CC e VR-CoDES P, Satisfação,  
Avaliação da Comunicação e variáveis demográficas\clínicas dos pacientes**

Foram realizadas correlações de *Spearman* para examinar as possíveis associações entre o número de pistas/preocupações emocionais dos pacientes e o número de respostas dos médicos, variáveis demográficas e clínicas dos pacientes, e as médias totais dos instrumentos avaliativos de comunicação (*CAT*) e satisfação (*PSIAQ*). A tabela 9 mostra os dados das correlações entre as variáveis do estudo.

Tabela 9

*Correlação de Spearman entre as variáveis do sistema VR-CoDES, médias totais dos instrumentos CAT (comunicação) e PSIAQ (satisfação) e variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes em consultas médicas (N=12)*

	NR	NP	ER	EP	EPC	EPA	Tempo Trat.	CAT
<b>Tempo tratamento</b>	-0,383	0,139	-0,323	<b>-0,690*</b>	-0,430	<b>-0,773**</b>	1	0,435
<b>CAT</b>	0,156	0,134	0,092	-0,480	-0,489	-0,058	0,435	1
<b>PSIAQ</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Preocupação</b>	<b>0,782**</b>	0,318	0,544	0,347	0,262	0,174	-0,318	-0,118
<b>Pista a</b>	0,427	0,086	0,463	0,438	0,430	0,467	-0,327	0,269
<b>Pista b</b>	0,441	<b>0,712**</b>	0,307	-0,203	-0,145	-0,329	0,334	0,298
<b>Pista c</b>	0,350	0,452	0,168	<b>0,684*</b>	<b>0,828**</b>	0,264	-0,085	-0,241
<b>Pista d</b>	0,544	0,381	<b>0,745**</b>	0,507	0,438	0,230	-0,263	-0,111
<b>Pista e</b>	0,334	0,325	<b>0,605*</b>	0,053	0,073	0,058	0,012	0,465
<b>Pista f</b>	0,301	0,441	0,131	<b>0,616*</b>	0,403	0,555	<b>-0,637*</b>	-0,336
<b>Pista g</b>	-0,237	-0,371	-0,057	-0,327	-0,273	-0,226	0,437	0,254

Elaborada pela autora.

*Nota.* **Tempo Tratamento**= Tempo de tratamento com o médico. **CAT**= *Communication Assessment Tool* (Instrumento de Avaliação da Comunicação). **PSIAQ**: Inquérito de Satisfação. **NR**= Não-explicita reduz espaço. **NP**= Não-Explícita provê espaço. **ER**= Explícita reduz espaço. **EP**= Explícita provê espaço. **EPC**= Provê espaço ao conteúdo. **EPA**= Provê espaço ao afeto (emoção). \*p<0,05; \*\*p<0,001

As análises de correlação de *Spearman* mostraram que houve relação positiva e significativa de intensidade forte entre preocupação emocional (*concern*) do paciente e resposta do médico NR (Não-Explícita que reduz espaço) (r=0,782; p<0,001), indicando que quanto mais preocupações os pacientes expressavam (ex. medo, tristeza, ansiedade), mais respostas explícitas (informativas) e com redução de espaço eram fornecidas pelos médicos. Encontrou-se também correlações positivas

entre o número de pista (b) e as respostas NP ( $r=0,712$ ;  $p<0,001$ ), indicando que quanto mais o paciente se expressava com emoções subjacentes (ex. uso de metáforas, exclamações, expressões de incerteza), mais os médicos respondiam também de maneira não-explicita, porém proviam espaço para que o paciente continuasse falando. A pista (c) apresentou correlações positivas com as respostas EP ( $r=0,684$ ;  $p<0,05$ ) e EPC ( $r=0,828$ ;  $p<0,001$ ). Estes dados indicaram que quanto mais o paciente expressava sintomas como dores, desconforto, indisposição, náusea e dificuldade de dormir, mais respostas explícitas de provisão de espaço e atenção ao conteúdo da pista, eram fornecidas pelos médicos.

A pista (d) correlacionou-se positivamente com a resposta ER do médico ( $r=0,745$ ;  $p<0,001$ ), indicando que quanto mais expressões de referência a episódios de estresse dos pacientes, mais respostas explícitas com redução de espaço foram fornecidas pelos médicos. Além disso, a pista (e) também se correlacionou de forma positiva com a resposta ER do médico ( $r=0,605$ ;  $p<0,05$ ), o que indicou que quanto mais pistas de expressões neutras era dado pelo paciente, mais intervenções explícitas e com redução de espaço eram respondidas pelo médico. A pista (f) se associou positivamente com a resposta EP ( $r=0,616$ ;  $p<0,05$ ), indicando que o médico forneceu respostas mais explícitas com provisão de espaço aos pacientes que evidenciavam comportamentos não-verbais. A pista (f) se correlacionou negativamente com o tempo de tratamento do paciente ( $r=-0,637$ ;  $p<0,05$ ), revelando que quanto menos tempo de tratamento, mais comportamentos não-verbais (choro, silêncio, pausa na fala), eram expressos pelos pacientes. Além disso, o tempo de tratamento se associou negativamente com respostas EP ( $r=-0,690$ ;  $p<0,05$ ) e EPA ( $r=-0,773$ ;  $p<0,001$ ), indicando que os médicos forneciam mais respostas empáticas com provisão de espaço para os pacientes com menos tempo de tratamento. Não houve correlação significativa entre a idade dos pacientes e as demais variáveis relacionadas neste estudo.



## **Comunicação médico-paciente e avaliação da satisfação do paciente**

Não houve associação significativa entre as codificações do VR-CoDES e os instrumentos de avaliação da comunicação (CAT) e satisfação (PSIAQ). A média total de respostas do Inquérito de Satisfação (PSIAQ) foi uma constante, pois todos os pacientes avaliaram estarem muito satisfeitos com o médico. As percepções dos pacientes sobre as habilidades interpessoais e de comunicação dos médicos foi avaliada como muito boa e/ou excelente ( $M= 4,88$ ;  $DP=0,32$ ). Os pacientes responderam que todas as questões do instrumento eram importantes para a comunicação médico-paciente. Em relação à satisfação com o médico, os resultados indicaram que todos os pacientes estavam muito satisfeitos com a forma que o médico conduziu a consulta, e outros aspectos como provisão da informação, capacidade de prover esperança e clareza das informações.

### **Discussão**

Este estudo teve o objetivo de relacionar as pistas/preocupações emocionais dos pacientes com as respostas dos médicos, associando com variáveis demográficas e clínicas dos pacientes, satisfação e comunicação. O estudo forneceu evidências de que há relação entre certas pistas e preocupações emocionais e respostas dos médicos em consultas oncológicas. Respostas mais explícitas e com redução de espaço foram relacionadas com pista de vivência potencialmente estressantes e com pista de repetição do conteúdo em que existia emoção e o paciente repetia por iniciativa própria. A pista em que o paciente verbalizava sintomas fisiológicos também teve relação com respostas do médico de provisão de espaço apenas ao conteúdo.

Estes resultados também foram semelhantes a outro estudo (Penalba, Deshields, & Klinkenberg, 2018) que indicou que os médicos estão mais disponíveis para discutir o conteúdo de pistas com sintomas fisiológicos (ex. dor, náusea) de pacientes oncológicos do que a outros tipos de pistas. Uma explicação para ambos resultados é de que os pacientes podem se sentir mais confortáveis relatando pistas de sintomas típicos do câncer ao falar com o médico, ou também de que os médicos investiguem mais sobre o aparecimento desses sintomas, estimulando que a consulta médica seja mais técnica e pouco subjetiva para atenção aos aspectos da emoção implícita na pista.

Os pacientes expressavam menos comportamentos não-verbais (ex choro, silêncio ou pausa na fala) na medida em que estavam há mais tempo de tratamento. Em outras palavras, quanto menos tempo os pacientes estavam em tratamento, mais apresentavam comportamentos não-verbais em que os médicos identificavam mais facilmente como uma demanda emocional e respondiam de forma mais afetiva e empática. Esse dado aponta que pacientes com diagnóstico recente tendem a expressar mais experiências sofridas e verbalizar mais preocupações do que pacientes com mais tempo de tratamento que podem apresentar mais controle das suas emoções ou não expressam tanto na consulta (Coronado et al., 2017; Silva & Zago, 2005). Por outro lado, pode haver também por parte do médico uma naturalização da experiência de adoecimento e sofrimento do paciente que está há mais tempo em tratamento, dando menos abertura para a sua expressão emocional. A expressão de emoções subjacentes como, por exemplo, o uso de metáforas dos pacientes para expressarem uma dificuldade ou uma preocupação sobre o tratamento, foram fortemente associadas com respostas não-explícitas dos médicos, porém com provisão de espaço. Pacientes que estavam no início do tratamento tendiam a se expressar com mais pistas emocionais de

comportamentos não-verbais, como choro, silêncio, expressões faciais de insatisfação, dúvida, desconforto. Nesse sentido, os médicos pareciam identificar com mais facilidade as expressões de emoções através do comportamento, provendo espaço para os pacientes se expressarem e sendo mais empáticos nas suas intervenções.

Hipotetiza-se, com os achados deste estudo, que os médicos evitavam explorar preocupações emocionais, ou por não reconhecerem que queixas relacionadas ao tratamento e à doença representavam demandas emocionais, ou por não disporem de um tempo maior de consulta para investigar sentimentos negativos. Esse tipo de comunicação pode ser desafiadora para os médicos, visto que podem se preocupar com o fato de que prover espaço para discutir essas preocupações dos pacientes podem levar mais tempo na consulta, se tornando muito demoradas (Pollak et al., 2007). Em relação a estes resultados, o estudo de Finset et al., (2013), que investigou as características do paciente e da relação com o médico que pudessem prever como os oncologistas e enfermeiros respondiam às expressões emocionais de pacientes adultos, encontrou que os médicos eram mais propensos a prover espaço para a expressão da emoção quando o paciente revelava explicitamente a preocupação e também quando a origem da pista era suscitada por ele. Os enfermeiros na unidade de internação eram cinco vezes mais propensos a fornecer espaço às expressões de pistas e preocupações do que os oncologistas em consultas de acompanhamento ambulatorial (Finset et al., 2013).

A provisão de esperança e suporte emocional, com respostas de provisão de espaço ao conteúdo afetivo (emoção) da pista, eram mais evidentes em consultas de pacientes no início do tratamento. Respostas de empatia afetiva não foram relacionadas com pacientes que estavam há mais tempo de tratamento, talvez por não explicitarem tanto suas preocupações. Assim, tornava-se mais difícil de o médico reconhecer as emoções, fornecendo respostas informativas e de aconselhamento que reduziam espaço

ao paciente. Embora seja reconhecido na literatura que os pacientes dificilmente explicitam suas emoções nas consultas, pelo medo implícito de que o médico não valide as emoções (Zimmermann et al., 2011), este dado difere um pouco dos achados em que os pacientes com câncer muitas vezes têm mais de uma preocupação, e quando não são exploradas pelos médicos, podem se sentir insatisfeitos ao longo da consulta (Finset, 2016). Outra hipótese para os pacientes não verbalizarem tantas preocupações explícitas nas consultas, pode ser o fato de que esperam que o médico tome a iniciativa de discutir problemas emocionais, e não estejam cientes de que discutir suas preocupações com o médico faz parte de um cuidado integral à saúde (Detmar, Aaronson, Wever, Muller & Schornagel, 2000).

Os oncologistas podem se beneficiar de treinamento adicional para reconhecer emoções negativas, mesmo quando os pacientes não expressam pistas e preocupações com tanta intensidade (Kennifer et al., 2010). Uma hipótese para justificar a relação de respostas mais diretivas e menos empáticas dos médicos, seria a de que eles preferem não se envolver emocionalmente com os pacientes oncológicos em razão do *distress* e estresse que podem sofrer. O estresse é um fenômeno comum nas profissões médicas e pode ser medido através das reações psicológicas e fisiológicas na transmissão de más notícias (Studer, Danuser, & Gomez, 2017). A conscientização sobre o potencial impacto do comportamento do médico ao se envolver emocionalmente com o paciente oncológico, podem aumentar ou atenuar a excitação em resposta a estressores (Del Piccolo & Finset, 2018).

É possível que a avaliação da satisfação global que o paciente respondeu através dos instrumentos, não esteja de acordo com a satisfação real percebida pelo paciente em outras consultas. Os pacientes demonstram possuir extrema consideração e gratidão aos médicos que os atendiam e talvez de forma geral, por não perceberem que suas questões

emocionais não estavam sendo atendidas, avaliavam positivamente a comunicação num aspecto mais geral da relação médico-paciente. Por outro lado, é sabido que pacientes com câncer verbalizam mais insatisfação quando suas necessidades psicológicas não são discutidas como parte dos seus tratamentos oncológicos (Hack, Degner, & Parker, 2005). As possíveis características dos médicos, com comportamentos defensivos em não responder às demandas emocionais dos pacientes em consultas oncológicas, podem impactar na satisfação do paciente. Mecanismos de evitação, mudança de assunto e redução de espaço ao paciente, podem alienar o médico fazendo com que não percebam a importância de fornecer apoio emocional (De Vries et al., 2017). Outro estudo (Coronado et al., 2017) investigou que a maioria dos pacientes estavam satisfeitos com a forma como o médico comunicou o diagnóstico de câncer, apesar de reconhecerem que o médico não forneceu espaço para a verbalização de preocupações emocionais e não ofereceu encaminhamento para serviços que pudessem ajudar com suas ansiedades e medos.

No presente estudo a adesão ao tratamento não foi avaliada, porém é possível inferir a partir das conversas que a maioria dos pacientes estava aderindo às terapêuticas conforme tempo de tratamento com o seu médico. O único caso de não adesão ao tratamento que apareceu de forma explícita foi de um paciente com câncer de próstata que, por medo e receio de ficar impotente após o tratamento com radioterapia, se negou a seguir a recomendação médica de realizar o tratamento. O principal objetivo das consultas com pacientes com câncer de próstata é desenvolver planos de tratamento e tomar uma decisão conjunta com o médico, e essas informações são de grande importância para que o paciente se sinta seguro ao fazer intervenções que podem afetar sua saúde sexual (Song et al., 2013). Nesse caso, o paciente assumiu um risco de não

realizar tratamento e somente ficar em acompanhamento com exames clínicos, pois pode não ter se sentido seguro e confiante na intervenção do médico.

Foi encontrado na literatura um estudo que descobriu que a redução de sintomas depressivos e aumento da satisfação com a comunicação do médico foram associados com a adesão ao tratamento oncológico de pacientes com vários tipos de câncer, incluindo pacientes metastáticos (Jacobs et al., 2017). O uso de pistas de emoções subjacentes vinculadas a questões de sintomas físicos (ex. dificuldade de dormir), refletiu na preocupação do paciente com os aspectos psicológicos (ex. angústia, medo, ansiedade). O estudo não investigou se os sintomas depressivos aumentaram a partir do diagnóstico de câncer ou se o uso de medicação foi iniciado durante o tratamento. Porém, é provável que os pacientes utilizassem recursos psiquiátricos para reduzir sintomas de depressão gerados pelo sofrimento da doença oncológica.

Discutir as opções de tratamento, explorar emoções, e oferece esperança para enfrentar o tratamento do câncer são habilidades fundamentais que devem ser empregadas pelos profissionais de saúde. O desenvolvimento de competências e habilidades dos médicos para manejarem situações difíceis, pode impacta na redução dos níveis de ansiedade, medos e sentimentos negativos, favorecendo uma relação de confiança com os pacientes (Barth & Lannen, 2011; Cegala, 2003; D'Agostino et al., 2017). As pistas emocionais subjacentes poderiam ter sido melhor exploradas pelo médico se houvesse reconhecimento da emoção implícita do paciente, prestando o suporte emocional necessário para que o paciente se sentisse mais confortável em discutir problemas emocionais acerca da doença oncológica.

## Conclusões

Foi possível concluir com este estudo que pistas com expressão de sintomas, expressão de emoções subjacentes e referência à episódios de estresse em relação à doença foram expressas em maior número pelos pacientes. As expressões dessas pistas representavam além de questões pertinentes da doença e do tratamento, aspectos emocionais que pouco foram atendidos pelos médicos. Respostas mais diretivas e informativas dos médicos, tendiam a comentar o aspecto do conteúdo das pistas e não a emoção implícita. Além disso, os médicos empregaram menos respostas empáticas quando os pacientes estavam há mais tempo em tratamento. A satisfação com o médico e a avaliação da comunicação não estavam diretamente relacionadas com as pistas e as repostas dos médicos e os pacientes demonstraram que estavam muito satisfeitos com o atendimento do médico na consulta.

O estudo possibilitou conhecer em profundidade aspectos da comunicação médico-paciente, descrevendo pistas e preocupações emocionais e codificando intervenções dos médicos em resposta à essas expressões, através do método de análise do sistema VR-CoDES. O reconhecimento de emoções pode auxiliar os médicos a suscitarem mais pistas, explorando como os pacientes se sentem em relação ao câncer e ao tratamento, provendo espaço para as verbalizações de preocupações e prestando suporte emocional conforme habilidades de empatia, escuta ativa centrada no paciente. Por consequência disso, os pacientes podem verbalizar mais preocupações emocionais, receber do médico o suporte integral, se sentirem emocionalmente mais apoiados, impactando no aumento do bem-estar psicológico, qualidade de vida e satisfação com o tratamento.

Este estudo demonstrou ser inovador na área da Psicologia da Saúde, tendo em vista que foi possível investigar, identificar e relacionar as expressões emocionais e as

respostas dos médicos, no contexto do câncer. Além disso, evidenciou que a Psicologia pode contribuir para o treinamento de habilidades de comunicação dos médicos, mostrando de que forma questões emocionais se apresentam nas consultas médicas quais habilidades podem favorecer o reconhecimento e validação de pistas e preocupações emocionais.

Contudo, o estudo possui algumas limitações. Por se tratar de uma análise detalhada e minuciosa, com apenas algumas consultas, os dados não são passíveis de generalização. Além disso, o tamanho reduzido da amostra pode ter enviesado alguns dados, incapacitando de fazer outras análises estatísticas de maior efeito. O instrumento VR-CoDES ainda é pouco utilizado no Brasil, o que restringiu o estudo a fazer outras comparações com estudos nacionais, considerando a diferença cultural entre os países.

Pesquisas futuras podem replicar o instrumento VR-CoDES com um número maior de pacientes e em várias consultas e dar um seguimento usando tipo de análise de dados. Pode ser realizado em outros contextos de saúde, como na saúde pública e com outros profissionais para explicar outro fenômeno que não foi contemplado neste estudo, a adesão ao tratamento do câncer e demais enfermidades. Além disso, outros estudos podem explorar a comunicação de médicos e residentes de medicina, com pacientes e familiares, e como são as respostas desses profissionais frente às demandas emocionais no contexto do câncer.

### **Referências**

- Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Shen, M. J., Pehrson, C., Zaider, T., ... Bylund, C. L. (2016). Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, *16*(1), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.007>
- Barbosa, M., Del Piccolo, L., & Barbosa, A. (2019). Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient*



- Education and Counseling*, (2018), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.013>
- Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 22, 1030–1040. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>
- Clayton, M. F., Reblin, M., Carlisle, M., & Ellington, L. (2014). Communication Behaviors and Patient and Caregiver Emotional Concerns: A Description of Home Hospice Communication. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 311–321. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.311-321>
- Coronado, A. C., Tran, K., Chadder, J., Niu, J., Fung, S., Louzado, C., & Rahal, R. (2017). The experience of patients with cancer during diagnosis and treatment planning: a descriptive study of Canadian survey results. *Current Oncology*, 24(5), 332. <https://doi.org/10.3747/co.24.3782>
- Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman
- D’Agostino, T. A., Atkinson, T. M., Latella, L. E., Rogers, M., Morrissey, D., DeRosa, A. P., & Parker, P. A. (2017). Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(7), 1247–1257. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.016>
- De Vries, A. M. M., Gholamrezaee, M. M., Verdonck-de Leeuw, I. M., Passchier, J., Despland, J.-N., Stiefel, F., & de Roten, Y. (2017). Patient satisfaction and alliance as a function of the physician’s self-regulation, the physician’s stress, and the content of consultation in cancer care. *Psycho-Oncology*, 26(7), 927–934. <https://doi.org/10.1002/pon.4233>
- Dean, M., & Street, R. L. (2014). A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients’ emotional distress. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.025>
- Del Piccolo, L., de Haes, H., Heaven, C., Jansen, J., Verheul, W., Bensing, J., ... Finset, A. (2011). Development of the Verona coding definitions of emotional sequences to code health providers’ responses (VR-CoDES-P) to patient cues and concerns. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.024>
- Del Piccolo, L., & Finset, A. (2018). Patients’ autonomic activation during clinical interaction: A review of empirical studies. *Patient Education and Counseling*,

- 101(2), 195–208. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.007>
- Del Piccolo, L., Mazzi, M. A., Goss, C., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2012). How emotions emerge and are dealt with in first diagnostic consultations in psychiatry. *Patient Education and Counseling*, 88(1), 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.01.010>
- Del Piccolo, L., Pietrolongo, E., Radice, D., Tortorella, C., Confalonieri, P., Pugliatti, M. & Solari, A. (2015). Patient Expression of Emotions and Neurologist Responses in First Multiple Sclerosis Consultations. *PLOS ONE*, 10(6), e0127734. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127734>
- Eide, H., Eide, T., Rustøen, T., & Finset, A. (2011). Patient validation of cues and concerns identified according to Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES): A video- and interview-based approach. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 156–162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.036>
- Ekwall, E., Ternestedt, B.-M., Sorbe, B., & Graneheim, U. H. (2011). Patients' perceptions of communication with the health care team during chemotherapy for the first recurrence of ovarian cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.06.001>
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1592–1597. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(99\)00212-9](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00212-9)
- Figg, W. D., Smith, E. K., Price, D. K., English, B. C., Thurman, P. W., Steinberg, S. M., & Emanuel, E. (2010). Disclosing a diagnosis of cancer: Where and how does it occur? *Journal of Clinical Oncology*, 28(22), 3630–3635. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.6389>
- Finset, A. (2011). Emotional cues and concerns in medical consultations. *Patient Education & Counselling*, 82, 139–140. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(10\)00752-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(10)00752-4)
- Finset, A. (2016). When patients have more than one concern. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 671. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.016>
- Finset, A., Heyn, L., & Ruland, C. (2013). Patterns in clinicians' responses to patient emotion in cancer care. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.023>
- Frenkel, M., & Cohen, L. (2014). Effective communication about the use of complementary and integrative medicine in cancer care. *Journal of Alternative and*

- Complementary Medicine*, 20(1), 12–18. <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0533>
- Gorawara-Bhat, R., Hafskjold, L., Gulbrandsen, P., & Eide, H. (2017). Exploring physicians' verbal and nonverbal responses to cues/concerns: Learning from incongruent communication. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 1979–1989. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.027>
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38–43. <https://doi.org/10.1043/toj-09-0040.1>
- Hack, T. F., Degner, L. F., & Parker, P. a. (2005). The communication goals of cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, 14(February), 831–845.
- Jacobs, J. M., Pensak, N. A., Sporn, N. J., MacDonald, J. J., Lennes, I. T., Safren, S. A., ... Greer, J. A. (2017). Treatment Satisfaction and Adherence to Oral Chemotherapy in Patients With Cancer. *Journal of Oncology Practice*, 13(5), e474–e485. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.019729>
- Juslin, P. N., & Persson, R. S. (2011). Emotional Communication. In *The Science & Psychology of Music Performance: Creative Strategies for Teaching and Learning*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195138108.003.0014>
- Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2017). Communication skills in patient - doctor interactions: Learning from patient complaints. *Health Professions Education*. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>
- Kennifer, S. L., Alexander, S. C., Pollak, K. I., Jeffreys, A. S., Olsen, K., Rodriguez, K. L., ... Tulskey, J. A. (2010). Negative Emotions in Cancer Care : Do Oncologists ', 76(1), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.10.003.NEGATIVE>
- Korsvold, L., Mellblom, A. V., Finset, A., Ruud, E., & Lie, H. C. (2017). A content analysis of emotional concerns expressed at the time of receiving a cancer diagnosis: An observational study of consultations with adolescent and young adult patients and their family members. *European Journal of Oncology Nursing*, 26, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.10.005>
- Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C.-H. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.005>
- Mellblom, A. V., Korsvold, L., Ruud, E., Lie, H. C., Loge, J. H., & Finset, A. (2016). Sequences of talk about emotional concerns in follow-up consultations with adolescent childhood cancer survivors. *Patient Education and Counseling*, 99(1),

- 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.021>
- Moore, P., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer ( Review ). *Cochane Database of Sistematic Review*, (3).
- Paes, M. J., & Silva, D. (2012). Comunicação de Más Notícias Communicating bad news, *36*(1), 49–53.
- Pais, V. G., & Figueiredo-Braga, M. (2017). Verona Network on Sequence Analysis Versão Portuguesa: Vanessa Garrido Pais e Margarida Figueiredo-Braga 2017. In *Verona Network on Sequence Analysis* (pp. 7–50).
- Penalba, V., Deshields, T. L., & Klinkenberg, D. (2018). Gaps in communication between cancer patients and healthcare providers: symptom distress and patients' intentions to disclose. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4442-4>
- Piccolo, L. Del, Finset, A., Mellblom, A. V., Figueiredo-Braga, M., Korsvold, L., Zhou, Y., ... Humphris, G. (2017). Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES): Conceptual framework and future directions. *Patient Education and Counseling*, *100*(12), 2303–2311. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.026>
- Pollak, K. I., Arnold, R. M., Jeffreys, A. S., Alexander, S. C., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., ... Tulsky, J. A. (2007). Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(36), 5748–5752. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.12.4180>
- Prouty, C. D., Mazor, K. M., Greene, S. M., Roblin, D. W., Firreno, C. L., Lemay, C. & Gallagher, T. H. (2014). Providers' Perceptions of Communication Breakdowns in Cancer Care. *Journal of General Internal Medicine*, *29*(8), 1122–1130. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2769-1>
- Ruben, M. A., Meterko, M., & Bokhour, B. G. (2018). Do patient perceptions of provider communication relate to experiences of physical pain? *Patient Education and Counseling*, *101*(2), 209–213. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.002>
- Schofield, N. G., Green, C., & Creed, F. (2008). Communication skills of health-care professionals working in oncology—Can they be improved? *European Journal of Oncology Nursing*, *12*(1), 4–13. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.09.005>
- 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 & Saúde Coletiva*, 16(suppl 1), 1457–1465. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700081>
- Silva, V. C. E., & Zago, M. M. F. (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 476–480. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400019>
- Song, L., Bensen, J. T., Zimmer, C., Sleath, B., Blackard, B., Fontham, E., ... Mishel, M. (2013). Patient-health care provider communication among patients with newly diagnosed prostate cancer: Findings from a population-based survey. *Patient Education and Counseling*, 91(1), 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.002>
- Studer, R. K., Danuser, B., & Gomez, P. (2017). Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *International Journal of Psychophysiology*, 120(June), 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.06.006>
- Zhou, Y., Humphris, G., Ghazali, N., Friderichs, S., Grosset, D., & Rogers, S. N. (2014). How head and neck consultants manage patients' emotional distress during cancer follow-up consultations: a multilevel study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(9), 2473–2481. <https://doi.org/10.1007/s00405-014-3209-x>
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., Bensing, J., Bergvik, S., De Haes, H., Eide, H., ... Finset, A. (2011). Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: The Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). *Patient Education and Counseling*, 82(2), 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.03.017>
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438–463. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.438>

### **Considerações finais da dissertação**

Esta pesquisa permitiu compreender como os pacientes expressam suas pistas e preocupações emocionais relacionadas à doença oncológica e ao tratamento, em consultas médicas. Também foi possível identificar as intervenções dos médicos em resposta à essas pistas\preocupações. Os pacientes evidenciaram satisfação com o atendimento prestado na consulta e avaliaram a comunicação como boa e excelente. Sobre isso, a pesquisa não encontrou associação significativa entre expressões de pistas e preocupações emocionais, satisfação e comunicação. Parece que os pacientes não se sentem autorizados ou à vontade para falar diretamente sobre a sua satisfação com a comunicação (desejabilidade social), uma vez que para todos a comunicação foi avaliada como muito boa. Portanto, as respostas que os médicos dão e a satisfação do paciente com a comunicação parecerem ser construtos independentes, novas pesquisas poderão investigar pistas emocionais dos pacientes nas consultas e outras variáveis relacionadas à comunicação, como habilidade comunicativa a partir da visão do médico, por exemplo. O estudo demonstrou que não há relações entre o que os pacientes verbalizaram na consulta e como avaliaram a comunicação com os médicos que os atenderam, no sentido de que foi identificado que muitas expressões emocionais não foram validadas pelo médico na consulta.

O processo de realização da pesquisa como um todo foi muito gratificante, tanto o contato com o hospital que é referência no tratamento ao paciente com câncer, quanto a aproximação com os pacientes antes e após a consulta. Os pacientes mostraram-se muito receptivos e pareciam se sentir acolhidos, de alguma forma, em participar da pesquisa. Eles demonstraram satisfação e interesse ao receberem informações sobre o objetivo da pesquisa, verbalizando que este era um tema que consideravam muito

importante. Os médicos também se mostraram muito receptivos, prestando suporte e demonstrando interesse em participar da pesquisa. Alguns médicos desejavam discutir sobre situações que ocorriam nas consultas e não conseguiam manejar, principalmente o difícil acesso às emoções dos pacientes, após a coleta de dados. A experiência do câncer gera emoções negativas nos pacientes e também nos médicos, que muitas vezes não sabem como agir nas consultas. Por conta da complexidade do câncer e da interação médico-paciente, que este trabalho foi tão intenso e desafiador.

O processo de transcrição das consultas gravadas por vídeo, o reconhecimento de expressões faciais e comportamentos não-verbais de médicos e pacientes facilitou a codificação da interação médico-paciente com a identificação de pistas\preocupações emocionais e respostas dos médicos. Mesmo com a câmera instalada em local visível no consultório, a consulta ocorreu normalmente e tanto o médico quanto o paciente não pareceram se sentir intimidados pela gravação. Alguns dos pacientes até esqueciam que estavam sendo gravados e comunicavam isso na consulta ao lembrar. Um dos médicos questionou, antes da consulta, se a pesquisadora gostaria que algo fosse dito ao paciente, por exemplo, comentar algum aspecto emocional. Esse questionamento levou a pensar que pode haver algumas limitações dos médicos quanto à dificuldade de estabelecer uma comunicação emocional. O estudo prevê uma devolução aos médicos sobre os resultados da pesquisa. Os médicos serão convidados para participar de uma reunião de devolução com apresentação dos dados encontrados.

Os resultados mostraram a importância de caracterizar expressões sutis de emoções dos pacientes com câncer e também as intervenções dos médicos sobre essas expressões, como estão lidando com o sofrimento emocional dos pacientes. Ao identificar que muitas pistas são verbalizadas na consulta e que muitas delas não são respondidas pelos médicos, o estudo permitiu reforçar a importância de capacitar os

médicos quanto às habilidades de comunicação a fim de aumentar respostas empáticas e o reconhecimento das expressões emocionais dos pacientes. Os achados revelaram ainda o grande potencial desse tipo de estudo e metodologia para ações em Psicologia da Saúde que preconizam a identificar e a capacitação de habilidades de comunicação à equipe de profissionais que atendem pacientes crônicos, a fim e fomentar o bem-estar do paciente.

O interesse em ampliar a discussão da comunicação emocional em medicina surgiu a partir da minha prática profissional com a realização de estágio na área da oncologia e atendimento à pacientes com câncer tanto na internação quanto no ambulatório. Somado à prática, a experiência como pesquisadora na área da Psicologia da Saúde me permitiu executar pesquisas sobre comunicação profissional-paciente e descobrir que os pacientes se sentem mais satisfeitos quanto recebem suporte emocional.

Concluo esta dissertação elencando algumas dessas reflexões, em forma de recomendações:

- 1) A Psicologia é fundamental no âmbito hospital e principalmente na atuação com pacientes com doenças crônicas. É necessário que os psicólogos possam auxiliar os pacientes a enfrentarem a doença e o tratamento, porém é extremamente necessário auxiliar os médicos e demais profissionais de como conduzir os atendimentos considerando aspectos emocionais, sempre com intervenções baseadas em evidências científicas;
- 2) A capacitação de habilidades de comunicação deve ser estimulado na equipe de médicos que atendem pacientes com câncer, tendo em vista que habilidades empáticas centradas no paciente permitem ao médico o



reconhecimento de expressões emocionais e conseqüentemente respostas com suporte emocional;

- 3) Os pacientes com câncer necessitam de um atendimento integral segundo um modelo biopsicossocial. Os médicos precisam saber identificar quais pistas e preocupações estão relacionadas ao câncer e ao tratamento, e com isso devem prover espaço na consulta, para fornecer respostas que minimizem o sofrimento do paciente e fazer encaminhamentos se necessário;
- 4) Vantagens do VR-CoDES: avalia as respostas do médico sem julgamento, é impessoal e ao mesmo tempo consegue mostrar a interação médico-paciente;
- 5) Este é um campo que ainda é pouco explorado, tendo em vista que os cursos de formações não oportunizam treinamento de habilidades comunicacionais que reconheçam o sofrimento emocional dos pacientes. Poucos estudos realizam pesquisas de intervenção para aumentar as habilidades comunicacionais e medir se estas intervenções aumentam a satisfação dos pacientes em relação ao suporte emocional recebido. Estas lacunas devem ser preenchidas com ações de educação em saúde, tais como intervenções individuais ou em grupo, módulos de treinamento incluindo *feedbacks*, protocolos de comunicação de más notícias, uso de consultas gravadas em vídeo para demonstrar como pistas emocionais são verbalizadas pelos pacientes e como os médicos podem fornecer respostas mais assertivas de reconhecimento das emoções.

Por fim, destaca-se a importância da comunicação emocional no contexto da oncologia, promovendo atenção à saúde psicológica do paciente com câncer.

**APÊNDICES****Apêndice A- Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos****(PACIENTE)****Participante n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino

( ) Masculino

Estado civil:

( ) solteiro (a)

( ) casado (a)/vive junto

( ) separado (a)

( ) viúvo (a)

Escolaridade:

( ) analfabeto

( ) ensino fundamental incompleto

( ) ensino fundamental completo

( ) ensino médio incompleto

( ) ensino médio completo

( ) ensino superior incompleto

( ) ensino superior completo

Trabalha?

( ) Sim. Função exercida: \_\_\_\_\_

( ) Não. Teve que deixar de trabalhar no último ano devido à doença?

( ) Não. Outros:

Número de filhos e idade dos filhos:

\_\_\_\_\_

Pessoas com as quais mora e grau de parentesco:

\_\_\_\_\_

Motivo da consulta oncológica:

\_\_\_\_\_

Há quanto tempo está em tratamento com o oncologista que lhe atendeu:

\_\_\_\_\_

Por quem foi dado o seu diagnóstico de câncer:

\_\_\_\_\_

Consultou com outros médicos antes deste que lhe atendeu, qual especialidade:

\_\_\_\_\_

Convênio

SUS

Particular

Tipo de câncer:

Especifique: \_\_\_\_\_

Metástase:

não

sim. Onde? \_\_\_\_\_

Quando apareceu? \_\_\_\_\_

Número de internações hospitalares no último ano: \_\_\_\_\_

Número de dias internados no último ano: \_\_\_\_\_

Fez ou faz uso de algum desses tratamentos?

quimioterapia

radioterapia

( ) cirurgia. Especifique local e motivo:

( ) hormonioterapia

( ) outro tratamento. Especifique:

Fez ou faz tratamento psicológico ou psiquiátrico?

( ) Não

( ) Sim Tratamento Psicológico

( ) Sim Tratamento Psiquiátrico

Faz o uso de algum medicamento psicofarmacológico?

( ) Não

( ) Sim

Qual?.....

Foi retirado algum órgão: ( ) Não

( ) Sim. Qual (quais)? \_\_\_\_\_

Estágio do câncer no momento do diagnóstico:

( ) Nível I

( ) Nível II

( ) Nível III

( ) Nível IV

Atenção!

Qualquer outra informação considerado relevante pelo paciente:

---



---



---

Local e data da aplicação: \_\_\_\_\_

Pesquisadora que coletou os dados: -----

**Apêndice B- Questionário de Dados Sociodemográficos e Laborais  
(MÉDICO)**

**Participante n°:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino

( ) Masculino

Profissão: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de prática profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de prática na oncologia: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho neste hospital: \_\_\_\_\_

Tipo de Formação:

( ) Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Residência Médica

Especifique: \_\_\_\_\_

É Professor?

( ) Sim

( ) Não

Possui alguma formação em comunicação?

( ) Sim

( ) Não

Recebeu alguma capacitação sobre comunicação profissional-paciente durante a formação acadêmica?

( ) Sim

( ) Não

Quantos pacientes atende em média por dia? \_\_\_\_\_

Quantos pacientes atende na tarde da coleta de dados? \_\_\_\_\_

Qual o tempo médio de sua consulta? \_\_\_\_\_

Local e data da aplicação: \_\_\_\_\_

Pesquisadora que coletou os dados: -----

## ANEXOS

## Anexo A

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (versão pacientes)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (pacientes)**

Você está sendo convidado a participar do projeto "Comunicação profissional-paciente em oncologia: expressão das preocupações emocionais de pacientes em consultas médicas", sob coordenação da Mestranda Fernanda Bittencourt Romeiro orientada pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos, em parceria com o  
 Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo é explicar tudo sobre o estudo e solicitar o seu consentimento para participar do mesmo.

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo porque está em tratamento no Hospital do Câncer Mãe de Deus e gostaríamos de entender como você e seu médico se comunicam em consultas médicas. O objetivo é examinar como você expressa suas preocupações sobre sua doença e sobre sua vida durante a consulta médica, e como seu médico responde às suas manifestações. Aproximadamente mais 10 pessoas como você participarão da pesquisa. Caso você concorde em participar, será solicitado o preenchimento de um questionário para levantar informações sociodemográficas e de sua saúde antes da consulta com seu médico, e dois questionários para avaliar a satisfação e a comunicação, logo após a consulta. Além disso, a sua consulta será gravada em vídeo e a pesquisadora responsável pelo estudo não estará presente. A duração da aplicação dos questionários antes da consulta é estimada em 10 minutos. A duração da gravação da consulta vai depender da condução do seu médico.

Os riscos com a participação nessa pesquisa são mínimos, ou seja, o que poderá acontecer é você se sentir desconfortável com alguma pergunta que seja feita e com a filmadora que estará instalada no consultório após seu consentimento. Caso essa situação ocorrer, você poderá pedir ao seu médico para interromper a gravação sem qualquer prejuízo para o tratamento que você realiza no hospital. Além disso, após a consulta, receberá a atenção da pesquisadora para que possamos entender seu desconforto e dar o apoio necessário no momento. Caso seu desconforto persista, a pesquisadora poderá encaminhá-lo para avaliação e atendimento psicológico com o Serviço de Psicologia do hospital.

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo. Entretanto, espera-se que os resultados da pesquisa ajudem a compreender fatores que facilitam e/ou dificultam a comunicação no contexto da oncologia. Além disso, permitirá a produção de conhecimento que poderá ajudar a planejar intervenções para aprimorar a comunicação profissional-paciente.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Você pode desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete em transtornos para seu tratamento. Caso seja verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao participante e irão constar em relatório final remetido ao CEP. Você será imediatamente informado em caso de descontinuação. Ressalta-se que todos os demais cuidados éticos serão preservados, mesmo que o participante venha a não compor a amostra do estudo.

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifiquem serão divulgados. Além disso, a sua imagem será preservada considerando que a consulta será filmada. As consultas gravadas serão armazenadas em local seguro de responsabilidade da pesquisadora. Seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão armazenados nas dependências do Programa

de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos, sob responsabilidade da Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, e após esse período serão apagadas.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pelo estudo nesta instituição é a Mestranda Fernanda Bittencourt Romeiro - email: romeiro.fernanda@hotmail.com, orientada pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro que poderá ser encontrada no Programa de Pós-Graduação da Unisinos, localizado no Campus São Leopoldo (Av. Unisinos 950, São Leopoldo), de segunda à sexta feira nos turnos manhã e tarde ou no respectivo telefone: (51) 3591-1122 - ramal 1206, e-mail elisakc@unisinos.br.

Concordo em participar do estudo intitulado "Comunicação profissional -paciente em oncologia: expressão das preocupações emocionais de pacientes em consultas médicas". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, benefícios, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo de qualquer natureza. Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
 Nome do voluntário (letra de forma)

<p><b>CEP – UNISINOS</b>  <b>VERSÃO APROVADA</b>  <b>Em: 27/03/2018</b></p>
---

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

\_\_\_\_\_  
 Nome do responsável pelo estudo (letra de forma)



## Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (versão médico)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – (profissionais de saúde)

Você está sendo convidado a participar do projeto "Comunicação profissional -paciente em oncologia: expressão das preocupações emocionais de pacientes em consultas médicas", sob coordenação da Mestranda Fernanda Bittencourt Romeiro orientada pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo porque é profissional da saúde do hospital e gostaríamos de examinar como é a sua comunicação com seus pacientes. O objetivo deste estudo é examinar como as preocupações emocionais são expressas por pacientes adultos com câncer e respondidas por profissionais de saúde em consultas médicas. O número estimado de profissionais de saúde (médicos) participantes vai depender dos respectivos profissionais que atendem os pacientes selecionados para este estudo. Se você concordar em participar, será solicitado o preenchimento de um questionário para levantar informações sociodemográficas elaborais e a gravação por vídeo de uma consulta sua com o paciente em tratamento oncológico que não seja a consulta de comunicação do diagnóstico. A duração de aplicação do questionário é de 15 minutos e o tempo da gravação vai depender da condução de cada profissional na consulta.

Os riscos com a participação nessa pesquisa são mínimos, ou seja, o que poderá acontecer é você sentir-se desconfortável com a filmagem da consulta. Caso essa situação ocorrer, você pode interromper a gravação e solicitar não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo para o seu trabalho no hospital. Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo. Entretanto espera-se que seus resultados ajudem na compreensão do fenômeno estudado e permitam a produção de novos conhecimentos no futuro.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Você pode desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete em prejuízo para sua função. Caso for verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao participante e irão constar em relatório final remetido ao CEP. Você será imediatamente informado em caso de descontinuação. Ressalta-se que todos os demais cuidados éticos serão preservados, mesmo que o participante venha a não compor a amostra do estudo.

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados. Além disso, a sua imagem será preservada considerando que a consulta será filmada. As consultas gravadas em vídeo serão armazenadas em local seguro de responsabilidade da pesquisadora. Seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão armazenados nas dependências do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos, sob responsabilidade da Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, e após esse período serão apagadas.

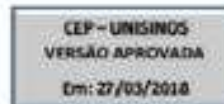
Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pelo estudo nesta instituição é a Mestranda Fernanda Bitencourt Romeiro - email: romeiro.fernanda@hotmail.com, orientada pela Profa. Dra. Elisa Kem de Castro que poderá ser encontrada no Programa de Pós-Graduação da Unisinos, localizado no Campus São Leopoldo (Av. Unisinos 950, São Leopoldo), de segunda à sexta feira nos turnos manhã e tarde ou no respectivo telefone: (51) 3591-1122 ramal 1206, e-mail elisakc@unisinos.br.

Concordo em participar do estudo intitulado "Comunicação profissional-paciente em oncologia: expressão das preocupações emocionais de pacientes em consultas médicas". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, benefícios, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo de qualquer natureza. Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local e data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
 Nome do voluntário (letra de forma)



\_\_\_\_\_  
 Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

\_\_\_\_\_  
 Nome do responsável pelo estudo (letra de forma)

*Anexo C - Verona Network on Sequence Analysis*

**Codificação de Verona para Sequências Emocionais (VR-CoDES)**



**CODIFICAÇÃO DE VERONA  
PARA SEQUÊNCIAS EMOCIONAIS  
(VR-CODES)**

Verona Network on Sequence Analysis

**Versão Portuguesa:** Vanessa Garrido Pais e Margarida Figueiredo-Braga

2017

**Anexo D - Inquérito de Satisfação Adaptado de “*Patients Satisfaction with the interview assessment questionnaire*” (PSIAQ) Delvaux et al.**

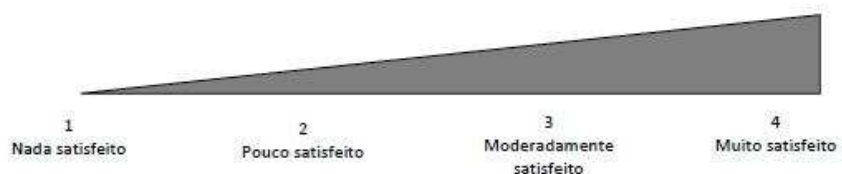
**2004 M. Figueiredo-Braga; J. Braga**

**Inquérito de Satisfação**

Adaptado de *Patients Satisfaction with the interview assessment questionnaire (PSIAQ)*  
Delvaux et al. 2004

M. Figueiredo-Braga; J. Braga

Caracterize, de acordo com a escala, o seu **grau de satisfação** com cada uma das situações seguintes, assinalando a classificação que considera que melhor se aplica:



A forma como o profissional de saúde se apresentou	1	2	3	4
O modo como o profissional de saúde me recebeu	1	2	3	4
Os esclarecimentos prestados pelo profissional de saúde	1	2	3	4
A capacidade do profissional de saúde para ouvir as minhas preocupações	1	2	3	4
A forma como o profissional de saúde esclareceu as minhas dúvidas	1	2	3	4
A capacidade do profissional de saúde para me tranquilizar	1	2	3	4
A disponibilidade do profissional de saúde	1	2	3	4
Globalmente, o modo como a consulta decorreu	1	2	3	4

Muito obrigada



## Anexo E- Instrumento de Avaliação da Comunicação (IAC)

### Instrumento de Avaliação da Comunicação (IAC)

A comunicação com doentes é uma parte muito importante da qualidade dos cuidados médicos. Gostaríamos de saber o que pensa sobre a maneira como o seu médico comunicou consigo. As suas respostas são totalmente confidenciais, pelo que lhe pedimos que seja o mais autêntico e sincero possível.

A sua participação é totalmente voluntária e não afetará o seu tratamento médico de maneira nenhuma.

Por favor classifique a forma como o médico comunicou consigo. Assinale a sua opinião para cada afirmação abaixo.

Muito obrigada.

O Médico...	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente	Este aspeto é importante para si?		
						Pouco	Mais ou menos	Muito
1. Recebeu-me de uma maneira que me deixou à vontade	1	2	3	4	5	1	2	3
2. Tratou-me com respeito	1	2	3	4	5	1	2	3
3. Interessou-se por aquilo que eu penso sobre a minha saúde	1	2	3	4	5	1	2	3
4. Compreendeu as minhas principais preocupações com a saúde	1	2	3	4	5	1	2	3
5. Esteve com atenção (olhou para mim, ouviu-me cuidadosamente)	1	2	3	4	5	1	2	3
6. Deixou-me falar sem interromper	1	2	3	4	5	1	2	3
7. Deu-me todas as informações que eu queria	1	2	3	4	5	1	2	3
8. Falou-me com palavras que eu conseguia perceber	1	2	3	4	5	1	2	3
9. O médico verificou se eu percebi tudo	1	2	3	4	5	1	2	3
10. O médico encorajou-me a fazer perguntas	1	2	3	4	5	1	2	3
11. Deixou-me participar nas decisões da maneira que eu desejava (ex.: exames a fazer, medicação a tomar)	1	2	3	4	5	1	2	3
12. Viu comigo os próximos passos, incluindo como eu seria seguido	1	2	3	4	5	1	2	3
13. Demonstrou que se importa e que se preocupa	1	2	3	4	5	1	2	3
14. Passou o tempo necessário comigo	1	2	3	4	5	1	2	3

~ continua do outro lado ~

Copyright © 2004/2012 – Gregory Makoul, PhD – All rights reserved – Non-commercial, educational use permitted  
Communication Assessment Tool (CAT) – Tradução em Português (Carvalho, IP, Figueiredo-Saiz, M)

Os cuidados recebidos	Fracos	Razoáveis	Bons	Muito Bons	Excelentes
15. Como classificaria os cuidados que recebeu do seu médico?	1	2	3	4	5

Comentários: há mais algum aspeto que ache importante no modo como o médico comunica consigo?

\*\*\*\*\*

