



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

PGPDS

**Comunicação médico-paciente em onco-hematologia pediátrica: efeito de um  
procedimento de intervenção psicológica**

Sílvia Maria Gonçalves Coutinho

ORIENTADOR: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

Brasília, novembro 2013



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde – PGPDS

**Comunicação médico-paciente em onco-hematologia pediátrica: efeitos de um  
procedimento de intervenção psicológica**

Sílvia Maria Gonçalves Coutinho

**Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília, como requisito  
parcial à obtenção do título de Doutor em  
Processos de Desenvolvimento Humano e  
Saúde, área de concentração Psicologia da  
Saúde.**

**ORIENTADOR: Prof.Dr. Áderson Luiz Costa Junior**  
**Brasília, novembro de 2013**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde – PGPDS

**Comunicação médico-paciente em onco-hematologia pediátrica: efeitos de um  
procedimento de intervenção psicológica**

Sílvia Maria Gonçalves Coutinho

Orientador: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

**Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília, como requisito  
parcial à obtenção do título de Doutor em  
Processos de Desenvolvimento Humano e  
Saúde, área de concentração Psicologia da  
Saúde.**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior, presidente

Dra. Ísis Maria Quezado Magalhães, membro

Profa. Dra. Suely Sales Guimarães, membro

Profa. Dra. Laércia Abreu Vasconcelos, membro

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti, membro

Dr. José Carlos Martins Córdoba, suplente

*“Quem só conhece o seu próprio lado do problema sabe pouco sobre ele.”*  
(John Stuart Mill)

## Agradecimentos

O trabalho de elaboração de uma tese de doutorado é um grande desafio. Começar, nem sempre é certeza de terminar. Se hoje esse trabalho está concluído, devo, em grande parte, a todas as pessoas listadas abaixo. A elas, hoje e sempre, meu maior, mais profundo e sincero: Muito obrigada!

Ao meu orientador, colega de trabalho e amigo Prof Dr Áderson Luiz Costa Junior, com quem a parceria profissional já dura mais de 20 anos. Eu sempre fui o lado “zen” da dupla. Nos últimos quatro anos, ele soube, com sabedoria e serenidade, acalmar minhas angústias, ansiedades e paranóias. Obrigada por todo ensinamento, generosidade e imensa paciência comigo.

À Profa Dra Célia Zannon, eterna mestra e sempre meu modelo profissional. Obrigada por, também durante este trabalho, ter podido contar com suas orientações, que me deram os primeiros sinais de como e para onde eu deveria me dirigir.

À Profa Dra Suely Sales Guimarães, minha primeira supervisora na área de psicologia da saúde, membro de minha banca de mestrado e que me deu a honra de estar presente, também agora, no doutorado. Com ela aprendi a realizar consultas psicopediátricas, em 1988. Seu trabalho sempre foi fonte de inspiração para o meu trabalho e fico muito feliz de poder contar com sua avaliação e orientação, mais uma vez.

À Dra Ísis Maria Quezado Magalhães, membro dessa banca examinadora, minha chefe e minha amiga. Obrigada, sempre, pelo incentivo e reconhecimento da importância do trabalho da psicologia, na pediatria, e por fazer tudo que foi possível para que eu pudesse me dedicar aos estudos, sem me afastar do trabalho.

Às Profas Dras Laércia Vasconcelos e Larissa Brambatti e ao Dr José Carlos Córdoba, também membros da banca, que acompanharam esse trabalho desde o início, com muito carinho e entusiasmo. Obrigada por todas as sugestões, orientações, pelo interesse e por aceitarem o convite para participar dessa banca.

A todos os colegas de trabalho e amigos do Hospital de Apoio e do Hospital da Criança, especialmente à *minha* equipe de psicologia e à nossa chefe, Paulyane, a melhor enfermeira chefe de psicólogos que eu conheço. Obrigada por me acompanharem com sua compreensão, disponibilidade e apoio, que me deram tranquilidade nos momentos em que precisei priorizar a pesquisa. De modo muito especial, a todos os pacientes e suas famílias, que, muitas vezes, me ajudaram mais do que eu pude ajudá-los.

A todos os colegas do Instituto de Psicologia, do PGPDS e do Ladversa, de modo especial aos que partilharam mais perto, comigo, as dores e delícias da elaboração de uma tese: Virgínia Turra, Fernanda Doca, Roberta Albuquerque, Fabrício Almeida, Michelle Dianne e Marinna Mensório. Desse grupo, quatro merecem uma menção diferenciada: Marina Kohlsdorf, a quem eu devolvo, em dobro, as “páginas de agradecimento”, e os

auxiliares de pesquisa Ana Izabel Kanashiro, Gabrielle Argenta e Samuel Acácio, “fiéis escudeiros” , incentivadores incondicionais e, para sempre, amigos. Obrigada por terem, muitas vezes, acreditado mais nesse trabalho do que eu. Isso me fez seguir em frente e não desistir, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos amigos, compadres, comadres e afilhados que formam minha família de coração: Conceição, Luiz, meu anjo Miguel e João; Muna, Roberto, minha bela Isabela, Carol e Elisa; minha mana Soraya, Soares, Dani, Gabi e Daniel; Guto, Rogéria, Viviane e minhas queridas chiquititas Raquel, Paula e Fafá. Obrigada pela “adoção”, pelo amor, pela amizade e por estarem sempre comigo, mesmo quando eu não pude estar com vocês.

À todos os meus primos, tios e tias, madrinhas e padrinho, avôs, avós, bisavôs e bisavós, que, do céu e da terra, sempre me acompanharam e cuidaram de mim.

Aos meus pais, simplesmente, por tudo e a Deus, princípio e fim de todas as coisas, cuja graça me permitiu chegar até aqui e a quem eu peço que permaneça sempre comigo.

## Resumo

A comunicação entre médico e paciente constitui um aspecto fundamental da assistência à saúde, podendo interferir sobre os processos de enfrentamento e adesão. No contexto da oncologia e hematologia pediátrica, o médico enfrenta dificuldades de comunicação advindas da falta de formação orientada para esse processo e do alto nível de estresse associado aos significados sociais das doenças, à invasibilidade e imprevisibilidade dos tratamentos e ao ambiente sócio-cultural de cuidados. Este estudo teve por objetivo analisar os efeitos de um protocolo de intervenção psicológica sobre os comportamentos de comunicação do médico com paciente e familiar acompanhante, no contexto de tratamento ambulatorial da oncologia e hematologia pediátrica. Participaram dois médicos onco-hematologistas pediátricos e os pacientes e familiares acompanhantes atendidos por eles, em díades paciente-familiar. Para coleta dos dados, foi utilizada metodologia de observação sistemática de comportamentos e delineamento de sujeito como próprio controle, com manipulação da variável *intervenção psicológica* sobre os comportamentos de comunicação dos médicos, em consultas com a participação do psicólogo, denominadas *consultas psicopediátricas*. O estudo teve seis fases: (a) Linha de Base 1, sem intervenção; (b) Intervenção 1, com introdução das consultas psicopediátricas como instrumento de intervenção do psicólogo sobre os comportamentos de comunicação do médico; (c) Linha de Base 2, com verificação de mudanças no padrão comportamental do médico; (d) Intervenção 2, com modificação do esquema de intervenção do psicólogo de acordo com os resultados da Linha de Base 2; (e) Linha de Base 3; e (f) Linha de Base 4, para verificação dos comportamentos dos médicos após um mês de consultas sem intervenção. Para análise dos dados, foram descritas seis categorias episódicas de comunicação: *perda de oportunidade para comunicação, aproveitamento espontâneo, intervenção, aproveitamento pós intervenção, ausência de resposta pós intervenção e tentativa bem sucedida de interação*. Os dados mostram redução da frequência de ocorrência da categoria *perda de oportunidade*, para os dois médicos da Linha de Base 1 para Linha de Base 4 e da Intervenção 1 para Intervenção 2. Da mesma forma e para o mesmo período, mostram aumento da frequência de ocorrência das categorias *aproveitamento espontâneo e tentativa bem sucedida de interação*. A análise dos registros sequenciais de ocorrência das categorias permitiu verificar, ainda, efeitos da intervenção psicológica, com modificação dos comportamentos de comunicação dos dois médicos quanto a: (a) aumento da percepção de sinais verbais e não verbais das reações emocionais expressas por pacientes e acompanhantes; (b) aumento de incentivos às estratégias de enfrentamento e adesão ao tratamento; (c) habilidade de inclusão do paciente pediátrico nas consultas; e (d) aumento de intervenções conjuntas, médico-psicólogo, ao longo das consultas psicopediátricas. A partir dos dados obtidos, destaca-se o uso das consultas psicopediátricas como instrumento válido na capacitação de médicos e residentes processos de comunicação. Sugere-se o desenvolvimento de estudos sistemáticos que permitam definir estratégias de adoção desse procedimento como protocolos para trabalho em equipes multi e interdisciplinares, que acompanham o tratamento de crianças e adolescentes em onco-hematologia.

Palavras-chave: comunicação em saúde, câncer infantil, psicologia pediátrica.

## Abstract

The communication between physician and patient constitutes a fundamental aspect of health assistance, which may interfere in the processes of coping and adherence to treatment. In the context of pediatric oncology and hematology, physician faces communication difficulties arising from the lack of targeted training to this process and the high level of stress associated with the social meanings of the diseases, the invasiveness and unpredictability of the treatments and the socio-cultural care environment. This study aimed to analyze the effects of a protocol of psychological intervention on the behaviors of communication of the physician with patient and caregivers, in the context of clinical treatment of pediatric oncology and hematology. The study included two onco-hematology physicians and the patients and caregiver assisted by them, in patient-family dyads. For data collection the methodology used was the systematic observation of behavior and single subject design, with manipulation of the variable *psychological intervention* on the communication behaviors of physicians, in consultations with the participation of psychologists, named *psychopediatric consultations*. The study had six phases: (a) Baseline 1, without intervention; (b) Intervention 1, with the introduction of psychopediatric consultations as a tool of psychologist intervention in the physician communication behaviors; (c) Baseline 2, with assess changes in the behavioral pattern of the physician; (d) Intervention 2, with schema modification of psychologist intervention in accordance with the results of Baseline 2; (e) Baseline 3; and (f) Baseline 4, to check the behavior of physicians after a month of consultations without intervention. For data analysis, six episodic categories of communication were described: *loss of opportunity for communication, spontaneous improvement, intervention, post-intervention improvement, no response after intervention and well succeeded interaction trial*. The data shows a reduction in the frequency of occurrence of category *loss of opportunity*, for both physicians of the Baseline 1 to Baseline 4 and Intervention 1 to Intervention 2. In the same way and for the same period, shows an increase in the frequency of occurrence of the categories *spontaneous improvement* and *well succeeded interaction trial*. The analysis of the sequential record of occurrence of the categories has also shown effects of psychological intervention, with modification of communication behaviors of the two physicians as: (a) increase in the perception of verbal and non-verbal cues of emotional responses expressed by patients and caregivers; (b) increased of incentives to coping strategies and treatment adherence; (c) ability to include the pediatric patients in consultations; and (d) increased of the joint interventions, physician and psychologist, during the psychopediatric consultations. Based on the data obtained, we highlight the use of psychopediatric consultations as a valid tool in the training of physicians and residents in the communication processes. We suggest the development of systematic studies that allow the definition of strategies for adopting this procedure as protocols to work in multidisciplinary and interdisciplinary teams, which accompany the treatment of children and adolescents in onco-hematology.

**Key-words:** Health communication; childhood cancer; pediatric psychology

## Sumário

Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de Tabelas.....	xi
Lista de Figuras.....	xiii
Apresentação.....	1
A COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E SUA RELAÇÃO COM ENFRENTAMENTO E ADESÃO À TRATAMENTO.....	6
COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: DIFICULDADES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS.....	11
COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA.....	15
COMUNICAÇÃO EM PEDIATRIA E ONCOLOGIA PEDIÁTRICA.....	21
TREINAMENTO DOS MÉDICOS PARA COMUNICAÇÃO E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.....	28
OBJETIVO GERAL.....	40
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
MÉTODO.....	40
Caracterização do contexto de coleta de dados.....	40
Participantes.....	45
Caracterização do sistema de atendimento e dos pacientes participantes da coleta com M1 e M2.....	46
Instrumentos.....	48
Protocolos de observação dos eventos interacionais.....	48
Procedimento.....	49
Estudo preliminar – Definição e elaboração dos instrumentos de observação e registro, e treino de fidedignidade entre os observadores.....	49
Estudo I – Consulta psicopediátrica: intervenção psicológica sobre os comportamentos de comunicação de médicos com pacientes pediátricos e familiares acompanhantes.....	52
Análise de dados.....	56
Aspectos éticos.....	58
RESULTADOS.....	58
Linhas de Base para M1 e M2.....	62
Intervenção 1 e 2 para M1 e M2.....	76
Análise descritiva das mudanças observadas no comportamento de comunicação dos médicos ao longo das seis fases do estudo – efeitos do procedimento de intervenção psicológica.....	88

Análise do estilo de comportamento característico e das mudanças no padrão de comportamento de comunicação de cada médico observadas ao longo do estudo.	139
Análise das entrevistas realizadas com os participantes – relato do médico sobre as mudanças percebidas em seu comportamento de comunicação.....	147
DISCUSSÃO.....	152
Avaliação da consulta psicopediátrica como protocolo de intervenção sobre o comportamento de comunicação dos médicos.....	153
Avaliação da opções metodológicas definidas para coleta e análise dos dados.....	168
Aplicabilidade prática dos resultados e sugestões para pesquisas futuras.....	176
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
REFERÊNCIAS.....	180
ANEXOS.....	195
ANEXO 1- Tabela 1 – Análise sintética dos artigos revisados sobre treinamento em comunicação médico-paciente, em pediatria, de 2003 a 2013.....	196
ANEXO 2- Descrição das patologias hematológicas observadas e respectivas formas de tratamento.....	210
ANEXO 3- Primeira versão do protocolo de observação, com base em Mendonça (2007).....	213
ANEXO 4- - Segunda versão do protocolo de observação .....	215
ANEXO 5- - Terceira versão do protocolo de observação .....	218
ANEXO 6- Quarta versão do protocolo de observação .....	220
ANEXO 7- Versão final – Protocolo 1 – Linha de Base .....	224
ANEXO 8- Versão final – Protocolo 2 – Intervenção.....	226
ANEXO 9-Tabela 5 – Modelo de tabela para análise do registro seqüencial categórico e frequência de ocorrência dos episódios de comunicação, por consulta.....	228
ANEXO 10- Exemplo do preenchimento da Tabela 5 durante a análise dos dados...	229
ANEXO 11- Protocolo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.....	231
ANEXO 12- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os médicos.....	233
ANEXO 13- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os familiares acompanhantes.....	233

## Lista de Tabelas

Tabela 1 Análise sintética dos artigos revisados sobre treinamento em comunicação médico-paciente, em pediatria, de 2003 a 2013.....	35
Tabela 2 Caracterização dos pacientes participantes das díades com M1, por idade, sexo e patologia.....	47
Tabela 3 Caracterização dos pacientes participantes das díades com M2, por idade, sexo e patologia.....	48
Tabela 4 Caracterização das seis fases do estudo de intervenção psicológica sobre os comportamentos de comunicação de médicos com pacientes pediátricos e familiares acompanhantes.....	53
Tabela 5 Modelo de tabela para análise do registro sequencial categórico e frequência de ocorrência dos episódios de comunicação, por consulta.....	57
Tabela 6 Total de consultas observadas para M1, por paciente, ao longo das quatro fases de Linha de Base e das duas fases de Intervenção.....	60
Tabela 7 Total de consultas observadas para M2, por paciente, ao longo das quatro fases de Linha de Base e das duas fases de Intervenção.....	61
Tabela 8 Total de consultas observadas para M1, por paciente, ao longo das quatro fases de Linha de Base.....	62
Tabela 9 Frequência de retornos para consultas, ao longo das fases de coleta, para os pacientes acompanhados com M1.....	63
Tabela 10 Tempo médio de duração das consultas de Linha de Base para os pacientes de M1.....	64
Tabela 11 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Linha de Base 1 para M1.....	66
Tabela 12 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Linha de Base 2 para M1.....	67
Tabela 13 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Linha de Base 3 para M1.....	68
Tabela 14 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Linha de Base 4 para M1.....	69
Tabela 15 Total de consultas observadas para M2, por paciente, ao longo das quatro fases de Linha de Base.....	70
Tabela 16 Frequência de retornos para consultas, ao longo das fases de coleta, para os pacientes acompanhados com M2.....	71
Tabela 17 Tempo médio de duração das consultas de Linha de Base para os pacientes de M2.....	72

Tabela 18 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Linha de Base 1 para M2.....	73
Tabela 19 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Linha de Base 2 para M2.....	74
Tabela 20 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Linha de Base 3 para M2.....	75
Tabela 21 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Linha de Base 4 para M2.....	75
Tabela 22 Tempo de duração médio das consultas de Intervenção para os pacientes de M1.....	77
Tabela 23 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Intervenção 1 para M1.....	79
Tabela 24 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Intervenção 2 para M1.....	81
Tabela 25 Tempo médio de duração das consultas de Intervenção com pacientes de M2.....	83
Tabela 26 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Intervenção 1 para M2.....	85
Tabela 27 Registro sequencial categórico da frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Intervenção 2 para M2.....	87
Tabela 28 Análise do desempenho do médico M1, por categoria episódica, ao longo das seis fases do estudo.....	139
Tabela 29 Análise do desempenho do médico M2, por categoria episódica, ao longo das seis fases do estudo.....	141
Tabela 30 Frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação para pacientes representantes das três condições de interação com M1, ao longo das quatro fases de Linha de Base.....	143
Tabela 31 Análise do desempenho do médico M2 com o paciente C5, por categoria episódica, ao longo das seis fases do estudo.....	145
Tabela 32 Análise do desempenho do médico M2 com a paciente C3, por categoria episódica, ao longo das seis fases do estudo.....	146
Tabela 33 Síntese das respostas dos médicos M1 e M2 à entrevista.....	148

## Lista de Figuras

Figura 1 – Procedimentos para seleção dos artigos analisados.....	34
Figura 2 - Porcentagem de ocorrência de cada categoria episódica de comunicação ao longo das quatro fases de Linha de Base para M1.....	69
Figura 3 - Porcentagem de ocorrência de cada categoria episódica de comunicação ao longo das quatro fases de Linha de Base para M2.....	76
Figura 4 - Porcentagem de ocorrência das categorias episódicas ao longo das duas fases de Intervenção, para M1.....	82
Figura 5 - Porcentagem de ocorrência das categorias episódicas ao longo das duas fases de Intervenção, para M2.....	88
Figura 6 - Desempenho do médico M1, por categoria episódica, ao longo das seis fases do estudo.....	140
Figura 7 - Desempenho do médico M2, por categoria episódica, ao longo das seis fases do estudo.....	142

## **Apresentação**

A ocorrência de uma doença, durante a infância, pode ser considerado um evento de caráter inesperado e indesejado, uma situação adversa ao processo de desenvolvimento, e requer medidas específicas de intervenção a fim de minimizar prejuízos (Costa Junior, 2005). A doença implica na exposição da criança a vulnerabilidades de natureza física, social e psicológica, condicionadas por vários fatores: gravidade da patologia, efeitos colaterais dos tratamentos, estigmas sociais de determinadas doenças, restrições ambientais impostas e efeitos da rotina de tratamento sobre o sistema familiar, principalmente, nos cuidadores primários (Doca & Costa Junior, 2007; Zannon, 1981).

Essas condições encontram-se agravadas quando se trata de uma doença crônica, que tende a afetar vários (se não todos) os aspectos da vida do paciente. Enquanto nas doenças agudas há uma interrupção temporária do ciclo de desenvolvimento típico, a ocorrência de uma doença crônica impõem a necessidade de mudanças intermitentes e/ou permanentes, além da exposição constante a procedimentos invasivos e dolorosos. No caso dos pacientes pediátricos, observam-se, ainda, dois outros problemas: (a) a criança, geralmente, tem dificuldade de compreender a doença e o tratamento, o que provoca experiência(s) de confusão e gera dificuldades potenciais de enfrentamento e adesão; e (b) como as crianças são dependentes de cuidados básicos e não podem se responsabilizar sozinhas por seu tratamento, a família deve envolver-se e participar ativamente, tornando o processo de tratamento mais complexo (Taylor, 1986).

Nesse contexto, algumas doenças crônicas destacam-se mais do que outras, tanto em relação às dificuldades associadas ao enfrentamento e adesão, quanto aos desafios que apresentam às equipes de saúde, no sentido de favorecer, ao longo do tratamento, condições potenciais de alívio do estresse e manutenção de oportunidades efetivas de desenvolvimento comportamental saudável (Costa Junior, 2005). Uma dessas doenças é o câncer infantil, quando crianças e familiares ficam submetidos a tratamentos prolongados, episódios periódicos de internação hospitalar (maiores ou menores, em função dos protocolos de quimioterapia antineoplásica); exposição repetitiva a procedimentos médicos invasivos, sessões de radioterapia e seus respectivos efeitos colaterais; alteração de imagem física, com possibilidade de cirurgias mutiladoras; e conseqüente exposição a percepções e vivências de ansiedade, dúvidas, medos e perdas (Kohlsdorf & Costa Junior, 2008; Costa Junior, 2005; Costa Junior, 2001).

O câncer pediátrico é considerado uma doença rara, quando comparado com os tumores de adultos, com incidência entre 2 a 3% de todos os tumores malignos (INCA & SOBOPE, 2008). Apesar de raro, é a segunda maior causa de óbito em crianças entre zero e 14 anos, em países desenvolvidos, e vem se destacando, também, como importante causa de óbito infantil nos países em desenvolvimento (Camargo & Kurashima, 2007). No Brasil, o câncer é a

segunda causa de morte, em geral, e a primeira causa de morte por doença, em crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos, tendo sido responsável, em 2005, por 8% de todos os óbitos nessa faixa etária (INCA & SOBOPE, 2008)<sup>1</sup>.

O Distrito Federal segue essa tendência, evidenciando, em seu perfil epidemiológico infantil, prevalência de doenças crônico-degenerativas e neoplasias (53,8%) em detrimento das doenças preveníveis de natureza infectocontagiosas (5,2%). Em relação à incidência do câncer, o Núcleo de Oncologia e Hematologia Pediátrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (NOHP/SES/DF), única unidade de saúde do serviço público habilitada para o diagnóstico e tratamento do câncer pediátrico, vem registrando, desde 2010, média de 200 casos novos de câncer por ano. Em 2012, foram diagnosticados 166 casos novos, sendo 28 em um único mês; e em 2013, até julho, foram registrados 85 casos novos (Registro Hospitalar de Câncer do DF, 2012/2013)

Paralelamente a esses dados, observa-se que a taxa de sobrevivência de pacientes com câncer na infância, em nosso meio, também está atingindo taxas semelhantes a dos países desenvolvidos. Atualmente, desde que haja um diagnóstico precoce, cerca de 70% das crianças diagnosticadas com algum tipo de neoplasia tem chance de cura e sobrevivência normal após a conclusão do tratamento (INCA, 2008).

Segundo Camargo e Kurashima (2007), “o tratamento da criança com câncer é um dos maiores exemplos de sucesso nas últimas décadas” (p.27). Essa melhora tem sido atribuída aos avanços terapêuticos, científicos e tecnológicos, aos métodos de diagnóstico precoce e ao desenvolvimento de grupos cooperativos trabalhando com protocolos de tratamento bem estruturados e atualizados. Camargo e Kurashima apontam, ainda, o tratamento de suporte e a formação de equipes multidisciplinares de cuidado como grandes responsáveis pelo prolongamento da sobrevivência em pacientes com câncer pediátrico. Segundo as autoras, “o tratamento ideal da criança com câncer é obtido por meio de uma equipe multidisciplinar, com profissionais e um centro especializado e todo o suporte necessário” (p. 25).

Reconhecendo a importância dos aspectos psicológicos nos cuidados à criança com câncer, a Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP) criou, em 1991, um comitê de trabalho sobre aspectos psicossociais em oncologia pediátrica. Esse comitê recomenda que o acompanhamento psicossocial esteja disponível desde a fase de investigação diagnóstica, a fim de assegurar melhor qualidade de vida, e enfatiza a necessidade de se oferecer informações e orientações adequadas sobre como lidar com a doença e o tratamento, favorecendo a aquisição de estratégias mais eficientes de enfrentamento para a criança e sua família (Masera, et al., 1993).

---

<sup>1</sup> Até a data final de elaboração deste trabalho, esses eram os dados mais atualizados, correspondentes à realidade do câncer pediátrico no Brasil, de acordo com o site do INCA.

Estudar e atuar no sentido de minimizar e reverter o impacto adverso do diagnóstico e tratamento do câncer sobre o funcionamento psicológico do paciente, de sua família e dos profissionais envolvidos em seus cuidados é um dos objetivos da psiconcologia (Holland, 1991). Segundo Gimenes (1994), são objetivos da intervenção em psiconcologia: (a) favorecer adesão às prescrições de tratamento; (b) promover o enfrentamento psicológico (*coping*) efetivo em diferentes estágios da doença; (c) promover o treinamento de profissionais de saúde para lidar melhor com os pacientes e suas famílias, incluindo necessidades psicossociais; e (d) colaborar em vários tipos de resolução de problemas relevantes ao contexto do tratamento, tais como comunicação de diagnóstico ou preparação para morte (no caso de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura).

Em artigo definido pelo próprio autor como parcialmente autobiográfico, Stabler (1993) afirma que o trabalho do psicólogo se dirige a perceber e intervir sobre as nuances da comunicação interpessoal, favorecendo a clareza, evitando mensagens ambíguas e enfatizando a expressão, verbal e não verbal, como o elemento chave da comunicação entre profissionais e usuários de serviços de saúde. Em oncologia, o autor ressalta que, uma dificuldade que se coloca a esse trabalho está em garantir que o sentido transmitido da mensagem seja claramente recebido e aceito. Como ex-paciente de câncer, Stabler descreve sua experiência pessoal com a doença e refere outros estudos que demonstraram que, muitas vezes, uma parte significativa do que é dito pelos médicos sobre a doença e o tratamento é pouco ou nada compreendida pelos pacientes. Segundo Stabler, é difícil saber o quanto dessa falta de compreensão é devido a características específicas dos pacientes (como nível de ansiedade ao diagnóstico, por exemplo) ou a falta de interesse, motivação, oportunidade ou inadequação da comunicação dos profissionais de saúde. O que é claro, na opinião do autor, é que apenas por meio do desenvolvimento de um vínculo de confiança e de uma relação próxima entre médico e paciente é possível conseguir boa comunicação e consequente adesão e participação consciente do paciente no tratamento proposto.

A literatura tem destacado a importância da comunicação para o sucesso dos tratamentos médicos, especialmente no que se refere à eficiência dos processos de adesão a tratamento. Em revisões recentes sobre o tema, em pediatria, Graves, Roberts, Rapoff e Boyer (2010) e Quittner, Modi, Lemanek, Ievers-Landis e Rapoff (2008), destacaram que o estudo dos processos de comunicação médico-paciente pode auxiliar a identificar as barreiras à adesão e que é essencial considerar e avaliar a compreensão dos pacientes e familiares acerca das informações transmitidas, a fim de favorecer o sucesso potencial do processo.

Estudos empíricos em psicologia pediátrica também reforçam a importância da relação entre comunicação e adesão. Oliveira e Gomes (2004) avaliam programas educativos desenvolvidos para favorecer a adesão de adolescentes com doenças crônicas ao tratamento médico. Segundo os autores, uma comunicação qualificada modifica o contexto da doença,

facilita uma percepção diferenciada e mais positiva da situação e contribuiu para a maior maturidade do paciente. Por outro lado, a comunicação inadequada, ou o bloqueio da comunicação, está associada ao desaparecimento do desejo de lutar contra a doença e gera estados de ansiedade mais intensos.

Da mesma forma, Hubble, Trowbridge, Hubbard, Ahsens e Ward-Smith (2008) reforçam a ideia de que a comunicação adequada é particularmente importante quando a criança faz tratamento de alguma doença crônica ou quando a patologia significa risco de morte à criança. Nessas condições, uma comunicação efetiva permite que as necessidades médicas, psicológicas, espirituais e sociais da criança sejam conhecidas pela equipe e consideradas no plano de tratamento, o que favorece, também, a maior qualidade da atenção oferecida à saúde dos pacientes. Já Nunes e Ayala (2010), lembram que a comunicação tem responsabilidade direta sobre o sucesso do tratamento, mas que, apesar disso, observa-se, na prática, quantidade considerável de problemas envolvendo confusão na transmissão de informações e insuficiência na qualidade e quantidade de informações transmitidas, o que gera frequente insatisfação de pacientes e familiares.

Em artigo recente, Breuner e Moreno (2011) mostram que a comunicação médico-paciente ainda é um problema, especialmente, em pediatria. Embora a maior parte da literatura sobre comunicação médico-paciente se refira a estudos com adultos, o contexto de atendimento em pediatria coloca o médico em condições mais complexas e desafiadoras, na medida em que a comunicação deve incluir, além do paciente pediátrico, pelo menos mais um familiar acompanhante. As autoras discorrem sobre fatores que podem dificultar a comunicação na consulta médica e que são de mais difícil controle, tais como tipo e características da doença (principalmente as que podem provocar sequelas irreversíveis ao processo de desenvolvimento da criança); limitações do sistema de atendimento à saúde; características do paciente e da dinâmica familiar, que interferem mais frequentemente e se revelam mais facilmente com a presença dos pais nas consultas; e falta de formação dos médicos para comunicação adequada com pacientes pediátricos.

Oliveira, Oliveira, Gomes e Gasperin (2004) focalizam o momento da comunicação de diagnóstico como fundamental para o processo de adesão a tratamento. Os autores definem a comunicação do diagnóstico como uma condição de transmissão de más notícias, discutem as dificuldades associadas a esse contexto e os efeitos que a condução equivocada da comunicação podem ocasionar para o sucesso do tratamento. Os autores entrevistaram médicos, adolescentes e acompanhantes, a maioria em tratamento para fibrose cística, e concluíram que o psicólogo é fundamental para proporcionar melhores condições à manutenção do desenvolvimento dos pacientes e auxiliar os médicos no processo de transmitir e compreender informações.

Malta, Schall e Modena (2009), em pesquisa sobre as dificuldades dos oncologistas pediátricos na comunicação do diagnóstico, ressaltam o impacto adverso do diagnóstico sobre a família e a criança. Segundo as autoras, o diagnóstico é vivenciado pelos pais com alívio, em função da definição de uma doença e do tratamento, porém, com temor, devido à sensação de que, com a palavra “câncer”, o médico sela um destino fatal à criança. Isso se deve ao fato de que, ainda hoje, a despeito dos avanços tecnológicos, um diagnóstico de câncer continua associado a uma sentença de morte. Diante dessa situação, pacientes e, principalmente, familiares, esperam que o médico seja acolhedor e solidário, oferecendo apoio emocional. Entretanto, os comportamentos dos médicos tendem a seguir o sentido oposto, uma vez que, em sua formação, não foram estimulados a perceber e intervir sobre o significado (pessoal, subjetivo) do adoecer para a criança e sua família.

Na pesquisa de Malta, Schall e Modena (2009), em um hospital público de Belo Horizonte, MG, a comunicação com os profissionais de saúde foi queixa comum a vários cuidadores de crianças com câncer, que relataram não se sentir acolhidos, nem receber atenção e informação suficientes e claras por parte da equipe médica. Muitos familiares queixaram-se, também, da falta de diálogo entre eles e os médicos. O que as autoras observaram, entretanto, foi que o diálogo existia mas não era orientado de forma a favorecer a compreensão dos familiares acerca das informações transmitidas, nem o acolhimento das reações emocionais ao diagnóstico.

Estudando o processo de comunicação entre médicos, pacientes e acompanhantes, em oncologia pediátrica, no Distrito Federal, Mendonça (2007) apontou o mesmo tipo de queixa. As entrevistas, realizadas pela autora, destacaram a necessidade de se prestar mais atenção à qualidade da relação médico-paciente e apontaram para a importância de se considerar os aspectos emocionais, de pacientes e familiares, envolvidos na comunicação do diagnóstico do câncer.

Considerando que a intervenção sobre os processos de comunicação médico-paciente é uma das áreas de atuação da psicologia pediátrica e da psiconcologia, com objetivo de favorecer melhor adesão ao tratamento e melhor enfrentamento da doença a crianças e adolescentes e seus familiares, este trabalho foi desenvolvido com o fim de propor o desenvolvimento e analisar os efeitos de um protocolo de intervenção psicológica sobre os comportamentos de comunicação dos médicos atuantes em oncologia pediátrica. A hipótese levantada foi a de que a intervenção psicológica planejada seria capaz de estimular o desenvolvimento e manutenção de comportamentos de comunicação que favorecessem a compreensão e aceitação dos pacientes acerca das informações transmitidas, podendo proporcionar, também, maior eficiência aos processos de enfrentamento da doença e adesão a tratamento por parte de pacientes e familiares.

O trabalho está dividido da seguinte forma: (1) Introdução: revisão bibliográfica, contextualizando o estado atual das pesquisas na área, e apresentando os objetivos deste estudo; (2) Método: descrição do contexto de realização do estudo, participantes, instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados, bem como aspectos éticos considerados na condução do estudo; (3) Resultados: apresentação de dados quantitativos, descrição e análise de efeitos da intervenção sobre os comportamentos de comunicação dos médicos; (4) Discussão: apresentação e avaliação do instrumento de intervenção e das opções metodológicas escolhidas para coleta e análise de dados, das opções de aplicabilidade prática dos resultados e sugeridos desdobramentos para pesquisas; (5) Referências e; (6) Anexos: apresentação dos protocolos testados até a definição dos definitivos, utilizados no estudo.

### **A Comunicação Médico-paciente e sua Relação com Enfrentamento e Adesão a Tratamento**

O termo “enfrentamento” pode ser definido a partir de diferentes perspectivas teórico-filosóficas e adquirir sentidos diversos de acordo com cada uma delas. Em psicologia da saúde e psiconcologia, desde a década de 1970, observa-se a tendência em definir enfrentamento (do original em língua inglesa, *coping*) como um processo relacionado aos esforços do indivíduo para retomar ou manter o controle em condições ambientais que impliquem dano, ameaça ou desafio e para as quais as respostas comportamentais habituais não produzam efeito. Assim, as demandas do ambiente geram a necessidade da aquisição de novas respostas comportamentais ou da adaptação das antigas às atuais condições de estresse (Monat & Lazarus, 1985).

Dentro dessa perspectiva, a definição de enfrentamento mais referida pela literatura internacional caracteriza-o como “o processo de manejo de demandas (externas ou internas) que são avaliadas como excedentes ou demasiadamente custosas para os recursos do indivíduo” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 283). Alguns aspectos dessa definição merecem destaque. Em primeiro lugar, a ideia de “processo”, em oposição à “estilo” ou “trato”, confere dinamismo e prevê a possibilidade de modificação das respostas de acordo com condições específicas. A ideia de “manejo”, em oposição à “superação”, sugere ações de redefinição, ressignificação e adaptação, compatíveis com a ideia de “processo”. E, por fim, ao falar em “avaliação”, os autores indicam o papel que a intervenção psicológica pode desempenhar sobre o processo de enfrentamento: auxiliar a avaliação da situação “demandas X recursos” e favorecer a mobilização de esforços que permitam ao indivíduo lidar melhor com essas demandas.

O conceito de enfrentamento está diretamente relacionado ao conceito de estresse, tanto estresse causador de doença, quanto estresse consequente a ela. O enfrentamento é, em parte, a reação a uma relação estressante com o ambiente. E, para que essa relação seja percebida e vivenciada como estressante é necessário certa mediação cognitiva:

A experiência do estresse psicológico requer que o indivíduo perceba que essa relação causou prejuízo a ele próprio ou ao seu bem estar (...) a diferença entre estresse psicológico e estresse social e fisiológico é que a variável psicológica é determinada por um ser pensante, que faz interpretações de suas relações com o ambiente. (Lazarus & Folkman, 1984, p. 289)

Aspectos psicológicos e sociais tem cada vez mais sido considerados funcionalmente relevantes, principalmente nos 20 últimos anos, com a redução significativa da incidência de doenças infectocontagiosas e aumento proporcional da prevalência de doenças crônicas, nas quais o estilo de vida é um dos principais fatores etiológicos (Crepaldi, Linhares & Perosa, 2006; DelaColeta, 2004; Kerbauy, 1999; Leventhal, Zimmerman & Gutmann, 1984; Straub, 2010). Nesse contexto, o fortalecimento do modelo biopsicossocial de cuidados com a saúde contribuiu para aumentar o interesse pelo estudo de aspectos comportamentais relacionados ao sucesso/não sucesso de alguns tratamentos. Com base nesse modelo, tem-se observado destaque não só para o conceito de enfrentamento da doença, como condição geradora de estresse, mas também para o conceito de adesão ao tratamento (*adherence*) em oposição ao conceito de obediência ao tratamento (*compliance*), adotado pelo modelo biomédico tradicional.

Ferreira (2006) lembra que, em sua origem etimológica, o termo adesão significa obediência, fidelidade, aprovação ou solidariedade a uma ideia ou causa. Em uma revisão da literatura que aborda a avaliação de estudos sobre adesão a tratamentos médicos, em psicologia pediátrica, Quittner et al. (2008) afirma que, pelo menos nos últimos 30 anos, a literatura médica sobre adesão esteve, também, fundamentada sobre esse conceito. A autora apresenta uma das primeiras definições para o termo (a de Haynes, em 1979), segundo a qual considerava-se adesão ao tratamento a proporção em que o comportamento do paciente coincidia com a orientação do médico. Quittner et al. (2008) ressalta que uma das dificuldades relacionadas a essa definição é determinar, com precisão, o que se considera como “orientação médica” (Orientações verbais? Prescrição de medicamento? Ambas?) e como essa orientação pode ser mensurada. Ao mesmo tempo, estudos sobre adesão que tenham como base essa definição, preocupam-se, basicamente, com a topografia dos comportamentos e devem seguir um delineamento que analise a correspondência perfeita entre orientações descritas pelo médico e ações realizadas pelos pacientes, adotando a concepção do paciente como um seguidor de regras (Ferreira, 2006).

Arruda (2002) analisa alguns aspectos da aplicação do termo adesão que contribuíram à flexibilização de seu uso e para modificação do conceito inicial. Em primeiro lugar, por ser um conceito técnico, os profissionais atribuem sentidos diferentes à adesão, uma vez que as recomendações médicas tendem a ser personalizadas. Ou seja, pacientes com um mesmo diagnóstico, atendidos pelo mesmo médico, podem receber recomendações diferentes, quando

forem consideradas as peculiaridades de cada pessoa, a evolução da doença e a resposta dos pacientes aos procedimentos terapêuticos. Em segundo lugar, a adesão ao tratamento pode corresponder a mais de uma recomendação, de acordo com a qualidade e quantidade de sintomas clínicos. Nesse caso, o paciente pode não atender a todas as recomendações, selecionando e privilegiando aquelas que sejam mais facilmente adaptáveis à sua rotina de vida. Sendo assim, como avaliar as respostas de adesão?

Segundo Arruda (2002), é preciso estabelecer a qual parte do tratamento o paciente está aderindo e considerar níveis hierárquicos de adesão. Um problema do uso desses níveis hierárquicos é a adoção de categorias “não formais” para conceituar e medir adesão, como por exemplo, adesão boa, moderada ou fraca. Essas categorias não constituem indicadores claros o suficiente para favorecer o planejamento de intervenções que favoreçam a adesão. Conclui-se que a adesão ao tratamento tem um caráter multidimensional, que deve ser considerado na definição do termo e no delineamento dos estudos que pretendam avaliar essa questão.

Ainda na década de 1980, Leventhal, Zimmerman e Gutmann (1984) apresentam uma definição que já representou um avanço. Adesão à tratamento pode ser definida como um processo de modificação comportamental que focaliza a avaliação e intervenção sobre condições ambientais, mais do que sobre características de personalidade do paciente, com objetivo de garantir o sucesso de um tratamento. Chama atenção, nessa definição, a ideia de *processo de modificação*, indicando que o comportamento de adesão não é estável, nem estático. A definição ressalta, ainda, que a ocorrência da adesão está condicionada a contingências tanto ambientais, quanto individuais do próprio paciente, enfatizando o caráter multidimensional do processo.

Embora ainda com um enfoque prescritivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou, em 2003, uma definição de adesão que também considera a influência de aspectos comportamentais e culturais e atribui um papel mais ativo para o paciente no planejamento e seguimento do tratamento. Para a OMS, a adesão é a “medida na qual o comportamento de uma pessoa (de usar uma medicação, seguir uma dieta e/ou modificar estilo de vida) corresponde às recomendações feitas por um profissional de saúde e à concordância entre paciente e profissional quanto a essas recomendações” (OMS, 2003, p.3). Com essa definição, a OMS considera que a relação estabelecida entre pacientes e profissionais de saúde deve ser uma parceria, construída a partir das habilidades de cada um, e destaca a importância da qualidade dessa relação como variável determinante do sucesso da adesão.

Apesar da evolução observada nesse conceito, dois problemas permanecem atuais e centralizam a atenção dos pesquisadores: (a) a dificuldade de medida do comportamento; e (b) a eficácia das estratégias de intervenção sobre adesão. Esses problemas constituem desafios ainda maiores em psicologia pediátrica. Embora grande parte dos estudos sobre

adesão tenha sido realizado com a população de doentes crônicos adultos, crianças e adolescentes apresentam características peculiares que têm merecido atenção diferenciada (Ferreira, 2006; Graves et al., 2010; Pai & Drotar, 2010; Quittner et al., 2008). Dentre essas peculiaridades, pode-se citar, em primeiro lugar, o fato de que crianças e adolescentes são uma população ainda em processo de crescimento e desenvolvimento, com transformações rápidas e intensas. Ao mesmo tempo, crianças e adolescentes não são autônomas, dependem de terceiros, para receber os cuidados com a saúde e com o tratamento. Esses fatores contribuem para que esse grupo seja mais vulnerável diante de fatores de risco, como a ocorrência de uma doença crônica, por exemplo (Ferreira, 2006); e estão associados a alta taxa (cerca de 50%) de não adesão ao tratamento médico em pediatria (Graves et al., 2010; Pai & Drotar, 2009; Quittner et al., 2008). As pesquisas indicam, ainda, que a adesão em pediatria depende da complexidade da doença e do tratamento: orientações mais simples, como tomar comprimidos, costumam ter mais adesão do que orientações mais complexas, como modificação de dieta ou monitoramento periódico de taxas de glicose (DiMatteo, 2004; DiMatteo, Giordani, Lepper & Croghan, 2002; Quittner et al., 2008).

Falando especificamente da dificuldade de medida do comportamento de adesão e da dificuldade de avaliação da eficácia das intervenções no contexto da psicologia pediátrica, Zannon (1999) aponta que uma das metas dessa área é explicar a relação entre comportamentos e processo saúde-doença, bem como demonstrar a possibilidade de controle proposital dessa relação. A autora questiona o conceito de adesão como mero seguimento de regras, ligando esse conceito aos de controle instrucional e comunicação médico-paciente, e sugere que a descrição da ação esperada e do contexto no qual essa ação é solicitada ao paciente, e/ou a sua família, seja comunicado claramente e incluído como conteúdo essencial da medida de adesão:

Se adesão é um conceito que equivale a seguimento de instrução, implica uma prescrição a ser seguida ou informação sobre ação e resultado esperados. A descrição acurada de adesão a tratamento incluiria a medida de *ações do paciente*, mas implicaria a descrição e medida da informação/instrução à qual o paciente foi exposto (...) Esse enfoque do controle instrucional já seria suficiente para dar importância a estudos da interação médico-paciente ou médico-família, no contexto de orientação ao tratamento, ou para conferir relevância tecnológica aos estudos que objetivassem análise dos efeitos de técnicas de intervenção sobre a correspondência entre instrução médica e ação do paciente. (Zannon, 1999, p. 51)

A comunicação médico-paciente é uma das variáveis que tem recebido destaque na literatura por seu papel funcional no processo de adesão ao tratamento. Modelos de comunicação e mudança de atitude tem sido classicamente referidos, desde a década de 1970, em pesquisas sobre adesão a comportamentos saudáveis e redução do risco de doenças

(Leventhal, Zimmerman & Gutmann, 1984). Pesquisas tem sido conduzidas, também, para verificar de que forma a comunicação com o médico interfere sobre a adesão de pacientes com doenças crônicas a tratamentos complexos e de longa duração (Gebremariam, Bjune & Frich, 2010; Jerant, Franks, Tancredi, Saito & Kravitz, 2011; Schillinger et al., 2005; Shaw et al., 2011; Theunissen, Ridder, Bensing & Rutten, 2003). Em psicologia pediátrica, Graves et al. (2010) dividem as estratégias de intervenção sobre o processo de adesão em três categorias: comportamentais, educacionais e organizacionais; e incluem a comunicação com o médico em, pelo menos, duas delas: educacionais (como forma de transmissão de informação) e organizacionais (a partir de iniciativas que objetivem reduzir as barreiras entre médicos e pacientes).

Estudando a questão da adesão ao tratamento em pacientes com câncer, Hendren et al. (2010), por exemplo, afirmam que a comunicação eficiente entre pacientes e profissionais de saúde é fundamental para atingir assistência de alta qualidade. Uma comunicação de má qualidade pode restringir a habilidade do paciente para compreender as opções de tratamento, enfrentar a ansiedade gerada pela doença, decidir sobre procedimentos terapêuticos e aderir aos tratamentos propostos.

No entanto, um problema recorrente, ainda sem solução suficiente, envolve a definição das variáveis envolvidas na comunicação médico-paciente e a forma pela qual atuam em conjunto e interagem para proporcionar adesão. Tomando como exemplo o estudo de Hendren et al. (2010), pode-se perguntar o que é *comunicação eficiente* e o que se entende por *má comunicação*.

Segundo De Haes e Bensing (2009), as primeiras tentativas de definir uma boa comunicação médico-paciente foram descritas a partir do modelo de comunicação centrada no paciente, que propõe uma mudança no modelo tradicional de comunicação, inspirada em trabalhos pioneiros em psiquiatria e medicina de família. No modelo centrado no paciente, o médico é orientado a respeitar e acessar, continuamente, durante a consulta, a opinião e a percepção do paciente acerca do que está sendo discutido. Essa forma de agir, tem objetivo de estimular a expressão verbal do paciente e permitir uma troca de informações mais aberta, com maior número de perguntas e participação ativa, o que tende a refletir, por fim, em uma maior adesão ao tratamento (McWhinney, 1986).

Epstein et al., (2005) definem o modelo de comunicação centrado no paciente a partir de três objetivos: (a) levar em consideração as necessidades e perspectivas dos pacientes; (b) oferecer aos pacientes oportunidades de participação em seu tratamento; e (c) favorecer a parceria e a compreensão na relação médico-paciente. A corresponsabilidade nas tomadas de decisão sobre o tratamento e a partilha de informações capazes de responder às necessidades de pacientes e familiares são pontos centrais do modelo de comunicação centrada no paciente (Butow, 2009).

De Haes e Bensing (2009) constataam, entretanto, que a base ideológica da medicina centrada no paciente está mais bem desenvolvida do que sua base empírica. Os autores defendem a necessidade de pesquisas baseadas em evidências que possam subsidiar a efetividade do modelo e convencer os profissionais de saúde sobre a relevância da adoção do tipo de comunicação, preconizada por esse modelo. Ao mesmo tempo, criticam pesquisas desenvolvidas até o momento por selecionarem uma diversidade de variáveis para estudo, aparentemente, sem critérios precisos e sem definição do nível de relação funcional entre essas variáveis.

Schofield e Butow (2004) apontam as mesmas críticas de De Haes e Bensing (2009), focalizando o estudo da comunicação com pacientes com câncer e sugerem um protocolo para que as pesquisas pudessem apresentar como resultado, estratégias de intervenção baseadas em evidências e capazes de melhorar a adesão aos tratamentos por meio da melhora do processo de comunicação. O protocolo é composto de sete passos: (a) identificação das dificuldades de comunicação; (b) registro das opiniões de médicos e pacientes; (c) identificação de práticas associadas a melhores resultados; (d) desenvolvimento de *guidelines* e programas de intervenção baseados em evidências; (e) avaliação e teste das intervenções realizadas na mudança das práticas de comunicação e na melhoria da resposta dos pacientes em aderir aos tratamentos; (f) divulgação das intervenções que se mostrarem eficientes pós-avaliação; e (g) ampla adoção dessas intervenções em contextos de cuidados com a saúde. Embora os primeiros passos do protocolo sejam considerados uma tentativa de definição das variáveis envolvidas na comunicação médico-paciente, observa-se, ainda, falta de clareza e operacionalização do que se entende por comunicação e da forma pela qual a comunicação se relaciona e interfere sobre o processo de adesão.

### **Comunicação Médico-paciente: Dificuldades Conceituais e Metodológicas**

Araújo e Cardoso (2007) relacionam comunicação e saúde e apresentam uma definição desses termos, não de forma separada, mas dentro de um binômio ou campo de atuação. Em outro trabalho, Cardoso e Araújo (2008), ressaltam a diferença de se falar em comunicação *e* saúde, comunicação *para* saúde, comunicação *em* saúde e comunicação *na* saúde. Embora sutil, o uso do conectivo, segundo as autoras, acentua a articulação entre campos sociais, entendendo como campo um espaço estruturado de relações, de caráter sociodiscursivo e de natureza simbólica, ainda em formação, mas que delimita um território de disputas específicas entre saberes e poderes. As autoras acreditam que a definição de comunicação e saúde, nessa perspectiva relacional e multidimensional, é uma opção ideológica que embasa a atuação na área e se contrapõe às perspectivas que reduzem a comunicação a um conjunto de técnicas e meios utilizados para transmitir informações de saúde para indivíduos e/ou grupos populacionais.

A tarefa de definir comunicação e relacionar esse conceito ao contexto de atuação em saúde não é simples. Araújo (2009) lembra que desde sua delimitação inicial como disciplina científica, em 1970, o estudo da comunicação tem sido uma área em evolução, caracterizada por intensos debates acerca de seus contornos e fundamentos.

Em uma obra clássica, intitulada *Pragmática da comunicação humana*, Watzlawick, Beavin e Jackson (1967/2007) sugerem que o estudo da comunicação seja dividido em três áreas: sintaxe, semântica e pragmática. A sintaxe, abrange a estrutura da comunicação e se ocupa dos problemas de transmissão da informação. A semântica se interessa pela questão do significado atribuído aos símbolos da mensagem, sobre o qual emissor e receptor devem estar de acordo para que a comunicação tenha sentido e, finalmente, a pragmática estuda o quanto e em que medida a comunicação afeta o(s) comportamento(s). Embora defendam que as três áreas são interdependentes, enfatizam a pragmática e acabam por utilizar comunicação e comportamento como sinônimos, considerando como comportamento tanto palavras, com suas configurações e significados, quanto os concomitantes não-verbais e a linguagem do corpo: “assim, desde essa perspectiva da pragmática, todo comportamento, não só a fala, é comunicação; e toda comunicação – mesmo as pistas comunicacionais num contexto impessoal – afeta o comportamento” (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967/2007, p. 19). Com essa definição, os autores ressaltam a importância do contexto em que a comunicação ocorre, considerando as manifestações observáveis da relação e focalizando menos as relações emissor-sinal, receptor-sinal e mais a relação emissor-receptor, tal como é mediada pela comunicação.

Sem ignorar a complexidade envolvida nas definições de comunicação e saúde, Cosnier, Grosjean e Lacoste (1994) também propõem uma abordagem observacional para o estudo e definição da comunicação *em* saúde. Para esses autores, seguidores de uma abordagem naturalista, os aspectos da interação entre médico e paciente são o centro e o fundamento da relação terapêutica em saúde. Para compreender e definir essa relação é necessário observar as diversas modalidades de interação que nela ocorrem. Para isso, três cuidados metodológicos são necessários: (a) considerar as atividades de comunicação como observáveis, passíveis de registro e análise; (b) privilegiar os estudos de campo, de um modo geral, e, particularmente, dos comportamentos de interação; e (c) considerar os aspectos de comunicação como estritamente relacionados e interdependentes do contexto e dos aspectos práticos do cuidado em saúde.

A utilização de metodologia observacional em estudos sobre comunicação médico-paciente é uma tendência crescente, especialmente em pesquisas desenvolvidas a partir das décadas de 80 e 90 do século XX e com o uso de instrumentos de codificação, ou sistemas de análise interacional, para observação e registro dos episódios de comunicação. Um dos primeiros sistemas de análise interacional desenvolvido foi o *Bales' Interaction Process*

*Analysis*, criado na década de 1950 para estudo do processo de comunicação em pequenos grupos, não necessariamente na área da saúde (Araújo, 2009), mas amplamente adaptado e aplicado ao contexto da comunicação médico-paciente (Stewart, 1984).

A partir daí, vários outros instrumentos de codificação e classificação foram criados, especificamente para análise dessa relação. Dois merecem destaque, não só por serem os mais referidos em pesquisas, como por serem instrumentos desenvolvidos para aplicação no contexto de consultas em oncologia: o *Roter Interaction Analysis System* (RIAS), desenvolvido por Roter, em 1991, e o *Medical Interaction Process System* (MIPS), desenvolvido por Ford e colaboradores em 2000 (Ford, Hall, Ratcliffe & Fallowfield, 2000; Roter, conforme citado em Zimmermann, Del Piccolo & Finset, 2007; Zimmermann, Del Piccolo & Finset, 2007).

Os instrumentos de observação utilizados nas pesquisas sobre comunicação em saúde, de um modo geral, e em oncologia, de forma particular, caracterizam-se por identificar e codificar os comportamentos emitidos nas interações médico-paciente, durante as consultas, utilizando três elementos de análise: (a) meio observacional, como observação direta, análise de áudio ou vídeo ou transcrições de material gravado; (b) comportamentos específicos de interesse, como comportamento verbal e não verbal, expressão de emoções, estratégias de solução de problemas; e (c) sistema de classificação para categorização dos comportamentos, acompanhado de definições operacionais para medida desses comportamentos.

Embora exista grande variedade de categorias de comportamentos de comunicação, os estudos têm focalizado cinco tipos principais: (a) categorias de análise do conteúdo e do sentido denotativo e conotativo das verbalizações; (b) categorias de análise da forma, como uso de perguntas abertas ou fechadas; (c) categorias de análise de comportamentos não-verbais, incluindo expressões faciais e gestos; (d) categorias de contagem de frequência de pequenas unidades do discurso consideradas significativas na interação; e (e) categorias de análise global que medem o tom afetivo e emocional das interações (Ford et al., 2000).

Constata-se que, nesse tipo de estudo, a comunicação é definida a partir da estrutura, forma e conteúdo das verbalizações dos médicos a fim de avaliar de que forma o padrão de comunicação observado aproxima-se do modelo centrado no paciente, considerado mais eficiente, e contribui tanto para a satisfação, quanto para a adesão do paciente ao tratamento. O contexto de ocorrência da comunicação é apenas parcialmente considerado e não se consegue analisar, simultaneamente, a sequência da interação e a situação observada. Isso faz com que os dados obtidos sejam insuficientes para explicar o processo de comunicação em toda a sua complexidade.

Além dessa questão central, outros problemas podem ser apontados na tarefa de definir comunicação a partir do método observacional por sistemas de codificação, como RIAS, MIPS e semelhantes. Ressalta-se a dificuldade de comparação entre os dados obtidos com o

uso dos diferentes instrumentos, uma vez que cada um apresenta diferentes definições operacionais, variadas formas de medida para os mesmos comportamentos e diferentes comportamentos de interesse. Outra dificuldade está no fato de que, estudos apenas observacionais, não permitem acesso às expectativas e perspectivas, tanto de pacientes, quanto de profissionais, que são fundamentais para a compreensão de uma relação de cuidado autêntica (Salmon, Mendick & Young, 2011). Ao mesmo tempo, esse tipo de estudo também não tem considerado características da dinâmica sociolinguística envolvida na comunicação, como a influência do significado associado a determinadas palavras, e nem características do tipo de consulta que se está estudando: consultas para transmissão de “boas notícias” têm efeito diferente sobre o comportamento, tanto de médicos, quanto de pacientes, do que consultas para transmissão de “más notícias” (Pighin & Bonnefon, 2011).

As dificuldades conceituais e metodológicas relacionadas ao estudo da comunicação em saúde, especificamente em oncologia, podem explicar, ao menos parcialmente, a inconsistência e as discordâncias entre os dados obtidos desde a década de 1960. Na área de comunicação em oncologia, de interesse mais estrito neste trabalho, o estudo da comunicação de más notícias têm recebido destaque, tanto por sua relevância social, considerando a frequência com que o oncologista se encontra em situação de transmitir más notícias a seus pacientes, quanto pelas dificuldades encontradas na definição e controle das variáveis envolvidas nessa situação.

Buckman (1984) define má notícia (*bad news communication*) como “qualquer informação que altere drasticamente a visão do paciente sobre o seu futuro, quer seja o diagnóstico de uma doença grave, recaída ou evolução para uma situação de impossibilidade de cura” (p. 1597). Frente à necessidade de comunicação de más notícias a equipe médica comumente experimenta frustração, insegurança e dificuldades relacionadas ao ambiente sociocultural em que a comunicação ocorre, às características pessoais do paciente ou às características pessoais do próprio médico. Essas dificuldades prejudicam o estabelecimento de um vínculo de confiança entre equipe e paciente e podem interferir sobre os processos de enfrentamento da doença e de adesão ao tratamento (Díaz, 2006; Fujimori & Uchitomi, 2009). A compreensão sobre formas de interação e controle dessas variáveis parece fundamental para a perspectiva de se obter uma comunicação mais eficiente.

Em revisão da literatura sobre comunicação de más notícias, entre 1995 e 1985, Ptacek e Eberhardt (1996) ressaltam a necessidade de mais estudos empíricos. O objetivo dos autores era descrever, a partir da revisão, um modelo teórico pelo qual o processo de comunicação de más notícias pudesse ser melhor compreendido e estudado. A falta de consistência entre os resultados aponta para a necessidade de reformulação das pesquisas. A primeira questão a ser levantada se refere ao quanto de desajustamento as más notícias geram para o paciente, para

depois chegar a perguntas mais específicas sobre quais aspectos e de que forma as más notícias deveriam ser transmitidas, a fim de provocar menos prejuízos psicossociais.

Carlson, Feldman-Stewart, Tishelman e Brundage (2005) chegam a conclusões semelhantes quando realizaram uma revisão de literatura sobre os tipos de metodologia utilizadas para investigação de aspectos da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde no contexto do tratamento de câncer. Os estudos foram classificados, quanto ao tipos de metodologia, em experimentais e não experimentais. A revisão analisou o tipo de problema de comunicação abordado, a qualidade das estratégias de intervenção sugeridas e o resultado obtido para melhora do processo de comunicação. Os autores concluem que tiveram dificuldade em oferecer respostas ao problema da comunicação médico-paciente em oncologia devido a três fatores principais: (a) não identificação dos objetivos individuais de médicos e pacientes no processo de comunicação; (b) falta de análise da forma pela qual aspectos particulares da comunicação afetam a habilidade de médicos e pacientes para atingir seus objetivos no processo; e (c) falta de consideração da influência de aspectos relacionados ao ambiente externo, ou contexto, da comunicação.

Em artigo que analisa a situação de estudos sobre comunicação médico-paciente à luz do modelo centrado no cliente, Butow (2009), chama atenção para outros aspectos que representam lacunas significativas do conhecimento na área: (a) quantidade pequena de estudos baseados em evidências e considerados de alta qualidade; (b) maioria de estudos desenvolvidos em países anglo-americanos e submetidos a princípios culturais específicos; e (c) estudos que ainda não conseguem explicar como a teoria pode ser traduzida em pesquisa e intervenção sistemática.

Bait Amer e AL-Zakri (2013) e Meystre, Bourquin, Despland, Stiefel e de Roten (2013) estudaram as dificuldades de comunicação médico-paciente em oncologia e sobre os desafios para o treinamento de médicos em comunicação. Os resultados encontrados corroboram as observações de Butow (2009). Considerando as dificuldades conceituais e metodológicas expostas até o momento, são apresentadas, nas seções seguintes, as principais linhas de investigação e os principais dados obtidos pelos estudos revisados para esse trabalho, nas áreas de comunicação, de um modo geral (especificando um contexto de má notícia, ou não), e em oncologia pediátrica em particular.

### **Comunicação em Oncologia**

Um dos primeiros estudos, referido pela literatura, abordando a problemática da comunicação com pacientes com câncer foi conduzido por Oken (1961). Na época, o foco de interesse dos estudos concentrava-se em saber se o diagnóstico deveria ser revelado, ou não, pelo médico a seus pacientes. Essa preocupação era justificada na medida em que um diagnóstico de câncer equivalia a uma sentença potencial de morte, já que os recursos terapêuticos, em termos de sucesso de tratamento curativo, eram muito restritos e a maioria

dos pacientes evoluía para o óbito. Oken aplicou um questionário a um grupo de mais de 50 cirurgiões norte-americanos e 90% referiu que preferia não comunicar o verdadeiro diagnóstico a seus pacientes.

Estudos subsequentes indicaram, entretanto, um quadro inverso. Em 1979, por exemplo, Novack e colaboradores reaplicaram o questionário de Oken a um grupo de 264 médicos norte-americanos e 97% referiu contar a verdade ao paciente sobre seu diagnóstico. Os médicos afirmaram, ainda, que fundamentavam sua opinião em sua própria experiência clínica e não em resultados de pesquisas. Pacientes também parecem compartilhar desta visão médica. Buckman (1996) aponta que a maior parte dos pacientes demonstra preferência pelo acesso à informação correta a respeito de seu diagnóstico e afirma que o acesso total à verdade sobre o quadro clínico estimula a participação dos pacientes nas tomadas de decisão sobre o tratamento.

O estudo das preferências de médicos e pacientes acerca da comunicação de más notícias foi a primeira questão de pesquisa levantada na área, mas permanece sem resposta conclusiva. Observa-se frequente discordância entre médicos e pacientes em relação ao conteúdo (*o que*) e à forma (*como*) pela qual deve ocorrer, ao mesmo tempo em que carece de embasamento empírico a afirmação de que a comunicação aberta com o paciente é mais eficiente. Assim, questiona-se se a prática médica de comunicação está fundamentada na percepção das necessidades do paciente, no repertório de habilidades/dificuldades do próprio médico ou em outras variáveis. A indefinição sobre essa questão gera, ainda hoje, uma ampla variedade de orientações sobre a melhor forma de comunicar más notícias, conforme destacam Back et al. (2010), Libert, Merckaert, Reynaert & Razavi (2006) e Ptacek e McIntosh (2009).

Fujimori e Uchitomi (2009) fizeram uma revisão de estudos com o objetivo de estabelecer relações entre preferências dos pacientes e comunicação do médico, em situação de más notícias. Os resultados mostraram associações significativas entre suporte social e afetivo do médico, baixo nível de *distress* e desesperança e alto nível de disposição para o enfrentamento da doença e tratamento dos pacientes. Enfocando a necessidade de prestar atenção às expectativas dos pacientes durante o processo de comunicação, os autores agruparam as preferências expressas em quatro tópicos: (a) *setting* de comunicação; (b) maneira pela qual a comunicação de más notícias é feita; (c) o que e o quanto de informação oferecer; e (d) suporte emocional. Dentro desses quatro tópicos chamam atenção os seguintes dados: (a) reivindicação dos pacientes para que o médico disponha de tempo suficiente, durante a consulta, para discussão do diagnóstico e do tratamento; (b) reivindicação de que as consultas não sejam interrompidas para atendimento de bipes, celulares ou outras demandas; (c) necessidade de que seja dada informação detalhada sobre a doença e o tratamento de forma clara, honesta e que facilite a compreensão do paciente; (d) necessidade de que o

médico leve em consideração os sentimentos do paciente e de seus familiares, fale de forma tranquila e gentil, de modo a inspirar esperança; (e) expectativa de que o médico utilize expressões de suporte emocional e permita que o paciente expresse sentimentos a respeito da notícia recebida; (f) necessidade de que o médico discuta o impacto da doença e do tratamento na vida diária do paciente; e (g) incômodo com toques físicos e/ou abraços durante ou após a comunicação de más notícias.

Leydon et al. (2000) chamam a atenção para uma variável pouco mencionada em outros estudos, mas que acarreta maior complexidade ao processo de comunicação de más notícias: as diferenças individuais entre pacientes e entre grupos de pacientes (por exemplo, pacientes do sexo masculino e feminino, jovens e idosos) quanto a preferências em comunicação. Entre 17 pacientes (11 do sexo feminino e seis do sexo masculino) com diferentes tipos de câncer e diferentes idades, os autores observaram que, embora todos os pacientes demonstrassem interesse em receber informações básicas sobre o diagnóstico e o tratamento, havia variações quanto ao momento em que desejavam receber essas informações, bem como ao nível de detalhamento esperado. Os autores concluem que as preferências dos pacientes por informação derivam das estratégias de enfrentamento e/ou das atitudes escolhidas por eles para lidar com o câncer. Sugerem que as equipes e serviços de saúde estejam atentas para quando o paciente necessita de menos informação ou quando não recebe a quantidade de informação que necessita devido às barreiras do processo de comunicação. Enfatizam, ainda, a importância de que os médicos procurem manter um equilíbrio entre honestidade das informações e manutenção da esperança. A presença de aspectos de esperança na comunicação com o médico foi uma variável apontada como fundamental por todos os pacientes entrevistados.

Em estudo da mesma autora, mais recente, Leydon (2008) observou a preferência de pacientes com câncer por uma comunicação aberta, mas sensível com seus médicos. Os pacientes preferiam que as notícias desfavoráveis fossem associadas à discussão das opções para solução dos problemas da doença e do tratamento e que fossem consideradas as emoções manifestas por eles.

Estudando uma amostra de 1482 pacientes adultos com leucemia linfoblástica crônica, Shanafelt et al. (2009) encontraram relação significativa entre a comunicação com o médico e o índice de qualidade de vida dos pacientes. Dentre as várias correlações apresentadas, duas chamam a atenção: a linguagem dos médicos na consulta e a discussão, por iniciativa do médico, de possíveis efeitos da doença e do tratamento sobre a qualidade de vida dos pacientes. Pacientes que percebiam que os médicos não consideravam os efeitos da leucemia na qualidade de vida, ou que se sentiam desconfortáveis em discutir esses efeitos na consulta com médico, obtiveram baixos *scores* em um questionário de qualidade de vida. Em relação à linguagem do médico, observou-se que, a utilização de expressões como “*sua leucemia é o*

*tipo bom de leucemia*”, “*não se preocupe com essa leucemia*” ou “*se você pudesse escolher que tipo de câncer ter, deveria escolher esse*”, eram percebidos pelos pacientes como formas de invalidar e desqualificar sua própria experiência. Esse tipo de expressão está baseado na experiência do médico com a doença e o tratamento e não na experiência do paciente, para quem não há leucemia *boa*. Com esse tipo de linguagem, o médico compara a leucemia com outros tipos de câncer e não atenta para o significado que a doença pode adquirir na vida de cada paciente. O uso desse tipo de eufemismo também foi relacionado a baixos *scores* no índice de qualidade de vida e à baixa satisfação do paciente com o médico e com o tratamento.

O estudo de Shanafelt et al. (2009) aborda as principais dificuldades dos médicos na comunicação de más notícias e as estratégias mais eficientes para minimizar tanto essas dificuldades, quanto seu efeito sobre os pacientes. Com o objetivo de orientar médicos oncologistas sobre a forma mais adequada para comunicação de más notícias, Baile et al. (2000) desenvolveram um estudo que ainda hoje é referência para área. Os autores enfatizam a necessidade de que o médico planeje o momento de comunicação de más notícias e apresentam um protocolo que deve ser seguido nesse planejamento, organizado em seis etapas e denominado de protocolo SPIKES e, ainda hoje, bastante utilizado na prática clínica.

O protocolo é composto por seis passos: (1) preparação da entrevista (S = *setting up the interview*); (2) organização das informações prévias que se tem sobre o paciente e avaliação da percepção do paciente sobre a comunicação (P = *assessing the patient's perception*); (3) percepção do quanto o paciente quer saber sobre sua condição clínica e obtenção do consentimento do paciente sobre o quanto o médico deve falar (I = *obtaining the patient's invitation*); (4) comunicação das informações ao paciente (K = *giving knowledge and information to the patient*); (5) resposta às reações do paciente (E = *addressing the patient's emotions with empathic responses*); e (6) desenvolvimento do plano terapêutico a ser seguido (S = *strategy and summary*). Em trabalho recente do Instituto Nacional do Câncer em parceria com o Ministério da Saúde (INCA & Ministério da Saúde, 2010), a experiência de treinamento de médicos brasileiros na utilização do protocolo SPIKES refere várias dificuldades. Dentre elas, a mais frequente diz respeito a como fazer, propriamente dito. Em outras palavras, os médicos queixam-se de que a teoria é clara, mas, na prática, saber quais passos devem ser seguidos não produz diferenças que minimizem as dificuldades encontradas por eles na comunicação de más notícias a seus pacientes.

Em estudo com oncologistas de diferentes países e em diferentes continentes, Baile, Lenzi, Parker, Buckman e Cohen (2002) encontraram que a discussão de impossibilidade de cura/necessidade de transição para tratamentos paliativos era a principal dificuldade dos médicos na comunicação com seus pacientes e, esse resultado foi comum a médicos de diferentes culturas. Por outro lado, as diferenças na forma como o médico transmite as

notícias desfavoráveis foram grandes. Médicos ocidentais, por exemplo, tendem a ser mais diretos na comunicação de diagnósticos difíceis, mas, ao mesmo tempo, utilizam mais eufemismos e evitam discutir opções de tratamento mais frequentemente que os médicos de países orientais. Os autores sugerem que as dificuldades de comunicação sejam avaliadas antes do planejamento de iniciativas de orientação e treinamento para mudança dos comportamentos do médico.

Buckman (1984) foi um dos primeiros autores a enumerar as dificuldades dos médicos na comunicação de más notícias e a chamar a atenção para a necessidade de se levar em consideração as reações e sentimentos dos médicos durante a comunicação com os pacientes. O autor atribui as dificuldades dos médicos, em parte, à ênfase dos currículos de medicina nos processos orgânicos, em detrimento dos processos psicossociais. O autor cita como principais dificuldades na comunicação de más notícias: (a) ansiedades e medos que levam a um desconforto para iniciar a conversação; e (b) tendência a assumir a responsabilidade pela doença. Dentre os principais medos dos médicos, o autor destaca: (a) medo de que o paciente o culpe; (b) medo do desconhecido e do que não é dito; (c) medo de desencadear reações no paciente que o médico não vai saber como controlar; (d) medo de expressar suas próprias emoções; (e) medo de não saber todas as respostas; e (f) medo pessoal da doença e da morte.

Ptaceck e Eberhardt (1996) propõem um modelo de avaliação do nível de estresse associado à comunicação de más notícias, comparando a experiência do médico com a do paciente. Segundo os autores, o médico apresenta uma espécie de estresse antecipatório que atinge o seu pico na metade da consulta, em torno da situação de transmissão da má notícia, enquanto o pico de estresse do paciente se dá no final da consulta, após o recebimento da notícia desfavorável. Analisando o modelo de Ptaceck e Eberhardt (1996) em conjunto com dados de outros estudos revisados, Lee, Back, Block e Stewart (2002) afirmam que, embora o pico de estresse médico ocorra durante a consulta, o estresse associado à comunicação de más notícias pode durar horas e até dias, podendo interferir na habilidade do médico em atender às necessidades posteriormente expressas pelo paciente (principalmente de origem psicossocial) e podendo, também, contribuir para gerar ou aumentar sintomas de burnout no médico e na equipe de saúde. Os autores sugerem que o tipo de reação emocional desencadeada pela condição de más notícias interfere negativamente na competência do médico para comunicação com pacientes oncológicos.

Fujimori e Ushitomi (2009) acrescentam outra lista de dificuldades às já descritas: (a) falta de tempo suficiente durante a consulta para dar atenção a todas as questões envolvidas na comunicação de más notícias; (b) desafio de ser honesto sem causar angústia no paciente; (c) falta de habilidade para lidar com a família do paciente; (d) falta de habilidade para lidar com as emoções expressas pelo paciente; e (e) dificuldade de discutir expectativa de vida. Dimoska, Girgis, Hansen, Butow e Tattershall (2008) lembram, ainda, da dificuldade em

discutir o alto custo do tratamento e dos medicamentos (especialmente com pacientes com dificuldades financeiras) e de abordar tópicos relacionados a possíveis insucessos do tratamento.

A tentativa de diminuir as dificuldades enfrentadas por médicos e aproximar seu padrão de comportamentos às necessidades e expectativas dos pacientes deu origem a uma terceira questão de pesquisa, relacionada ao treinamento dos médicos na comunicação: habilidades de comunicação são inatas ou podem ser treinadas? Se podem ser treinadas, qual o tipo de treinamento mais efetivo para melhorar a comunicação entre médico e paciente?

Uma grande quantidade de estudos, com ampla variedade de metodologias passou a ser desenvolvida para responder a essa questão de pesquisa. As características principais desses estudos são abordadas, com mais detalhes, mais adiante. Neste momento, deve-se chamar atenção para um aspecto evidenciado a partir dos estudos sobre treinamento médico e que diz respeito a um outro tipo de dificuldade, constantemente presente e fundamental para o sucesso do processo de comunicação: a dificuldade do médico perceber e responder aos sinais emocionais dos pacientes (Zimmermann, Del Piccolo & Finset, 2007).

Conforme já abordado, muitos autores afirmam que a solução dos problemas para comunicação entre médico e paciente, tanto em oncologia, como em outros contextos clínicos, está na adoção de um modelo de comunicação centrado no paciente (Arora, Street, Epstein & Butow, 2009; Brown, Butow, Dunn & Tattershall, 2001; Dolbeault & Brédart, 2010; Ngo-Metzger, August, Srinivasan, Liao and Meyskens, 2008; Schofield, et al., 2003; Stiefel et al., 2010). A esse respeito, um editorial da revista *Patient Education and Counseling*, de 2009, conceitua o modelo de comunicação centrado no paciente a partir de seis funções da comunicação que deveriam ser observadas pelos médicos na interação com os pacientes, formuladas com base em extensa revisão de literatura, e com o aval do *American Institute of Medicine*. As funções são: (a) fomentar relações de cura; (b) promover a troca de informações; (c) responder a emoções; (d) favorecer tomada de decisão; (e) manejar dúvidas e incertezas; e (f) facilitar o autocontrole do paciente sobre as decisões relativas ao seu tratamento, o que significa, também, dar ao paciente poder de ação sobre o seu tratamento - *empowerment* (Arora, Street, Epstein & Butow, 2009).

Pode-se observar semelhanças entre essas funções e os passos sugeridos pelo protocolo SPIKE (Baile et al., 2000), mas uma questão deve ser mencionada, com maior ênfase: a importância não só de dar espaço, mas, também, de responder e manejar manifestações emocionais do paciente, o que é extremamente difícil para o médico. Segundo Zimmermann, Del Piccolo e Finset (2007), a dificuldade do médico em identificar *distress* emocional em seus pacientes está relacionada a características específicas da entrevista clínica, aprendida nas aulas de semiologia, que privilegia a investigação de aspectos biomédicos em detrimento de aspectos psicossociais. Na tentativa de sanar essa dificuldade, observa-se, na literatura

médica, mais uma vez, a tendência a desenvolver treinamentos que usam instrumentos de codificação da comunicação. Eide, Eide, Rustoen e Finset (2011) e Zimmermann et al. (2011) apresentam o *Verona Coding Scheme for Emotional Sequences* (VR-CoDES), desenvolvido com o objetivo de identificar e codificar a expressão de preocupações e dicas emocionais de discordância ou desconforto do paciente com a comunicação do médico. Os resultados de ambos os estudos indicam que o instrumento é eficiente, válido e fidedigno na codificação desse tipo de reação emocional e sugerem que seja uma importante ferramenta para o treinamento dos médicos no desenvolvimento da capacidade de empatia, na identificação do *distress* e das necessidades dos pacientes. Entretanto, em nenhum dos dois trabalhos foi utilizado qualquer tipo de medida para avaliar a adaptação dos médicos ao instrumento ou o resultado de um treinamento por meio do uso do Vr-CoDES.

Já Vail et al. (2011) conduziram um estudo sobre a forma de comunicar más notícias, envolvendo 46 hospitais e 22 especialidades médicas, com aplicação do *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) para codificação da comunicação entre médicos e pacientes, durante consultas. Como resultado, encontraram que, na maioria das consultas, o foco central era a transmissão de informações biomédicas, sem a discussão das alterações que doença e tratamento poderiam trazer para o estilo de vida e às funções psicossociais do paciente, caracterizando uma comunicação centrada na doença. Os resultados foram homogêneos, a esse respeito, para todos os participantes, sem diferenças significativas no estilo de comunicação quanto ao gênero, idade, especialidade ou local de formação do médico. Dados como esse justificam o aumento de estudos focalizando o treinamento desse tipo de habilidade desde a formação acadêmica dos profissionais de saúde (Hall, Roter, Blanch & Frankel, 2009 e 2009a; Leal & Ribeiro, 2010; Oguchi et al., 2011; Rossi-Barbosa, Lima, Queiroz, Fróes & Caldeira, 2010).

### **Comunicação em Pediatria e Oncologia Pediátrica**

Assim como na oncologia de adultos, a questão das preferências de comunicação também está presente nas pesquisas em oncologia pediátrica. Entretanto, em pediatria observam-se outros complicadores, não tão presentes entre pacientes adultos. Em primeiro lugar, a questão de inserir, ou não, a criança no processo de comunicação e; em segundo lugar, como adaptar a comunicação às características e necessidades do tratamento pediátrico, que incluem não só idade e habilidade de compreensão do paciente, mas, também, a discussão do diagnóstico e do tratamento, no mínimo, entre três pessoas: médico, paciente e, pelo menos, um familiar acompanhante, responsável pela criança.

O estudo de Clarke, Davies, Jenney, Glaser e Eiser (2005) exemplifica alguns desses complicadores, numa pesquisa com 55 pais de crianças recém-diagnosticadas com leucemia linfoblástica aguda (LLA), no qual investigaram, através de entrevistas, (a) reações comportamentais da criança após o diagnóstico, (b) visão dos pais sobre o que informar à

criança, e (c) fatores que influenciavam a comunicação dos pais com as crianças, sobre a doença e o tratamento. Dentre os resultados, destaca-se que a maioria das crianças apresentou dificuldades comportamentais e alterações do humor após o diagnóstico e que a percepção dos pais acerca da doença afetou a forma de comunicação. A maioria dos pais preferiu que as crianças fossem informadas, sobre o diagnóstico, por eles e não pelo médico. Os autores questionam, entretanto, sob que condições ocorreu a comunicação entre pais e filhos e quais efeitos desse tipo de comunicação sobre os comportamentos das crianças.

Clarke et al. (2005) referem estudos que, em condição de primeira consulta diagnóstica, geralmente, os pais compreendem menos da metade do que os médicos falam. Sob as mesmas condições, o estresse associado ao recebimento de uma má notícia costuma impedir a retenção de informações importantes pelos pais. Os pais que se descrevem em estado de choque após o diagnóstico de câncer de um filho correm maior risco de não compreender informações passadas pelo médico e, conseqüentemente, transmitir essas informações a seus filhos (pacientes) de forma também inadequada. Os autores apontam a necessidade de avaliar o conhecimento e compreensão dos pais a respeito da doença em diferentes estágios do tratamento a fim de observar possíveis mudanças na percepção e na relação estabelecida, por eles, com a criança. Ressaltam, ainda, a importância da utilização desses dados na elaboração de programas de treinamento para médicos e outros profissionais de saúde que facilitem o processo de comunicação.

Acessar a compreensão e percepção dos familiares e da criança, não é uma tarefa fácil para o médico. Sobo, Seid e Gelhard (2006) justificaram algumas destas dificuldades quando estudaram a percepção dos pais sobre barreiras do processo de comunicação entre eles e os médicos de seus filhos. Os pais devem ser considerados parte da equipe de cuidados pediátricos, na medida em que, além de principais cuidadores, são informantes da condição de saúde da criança. Os autores destacam que a participação dos pais pode ser prejudicada pela diferença de percepção entre eles e os médicos. Parte dessa diferença se deve à distância social e cultural que, muitas vezes, separa os pais dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde são “aculturados” ou modelados pelo sistema de saúde, enquanto os pais experienciam esse sistema como estrangeiros vivenciando uma nova cultura. Para os autores, a minimização de barreiras de comunicação em pediatria passa pela compreensão da percepção dos pais sobre os cuidados e tratamento de seus filhos, mas, principalmente, pela compreensão da medida em que essa percepção se diferencia da percepção dos médicos e demais profissionais de saúde.

Mack et al., (2007) apontam indícios de como essa distância de percepção influencia o processo de comunicação em oncologia pediátrica. Um questionário para verificar a percepção dos pais acerca da expectativa de tratamento e de cura foi aplicado a 194 pacientes. O mesmo questionário foi aplicado a médicos responsáveis pelo tratamento. Os familiares

foram mais otimistas que os médicos em relação às chances de cura de seus filhos, mas não em relação a outras respostas ao tratamento, como risco de sequelas físicas, cognitivas e emocionais. O dado que mais chamou atenção, entretanto, foi a relação entre o nível de confiança do médico em relação ao prognóstico e a percepção dos pais. Médicos que não demonstravam confiança em relação ao prognóstico limitavam as informações oferecidas aos pais e a quantidade de tempo para discussão com a família. Quando os médicos deixavam as conclusões em aberto, os familiares tendiam a apresentar expectativas de tratamento e de cura mais otimistas, mesmo em casos de mau prognóstico. Da mesma forma, quando os médicos demonstravam maior confiança em sua estimativa de prognóstico e permitiam que os pais participassem do processo de tomada de decisão sobre possibilidades de tratamento, maiores foram as taxas de concordância entre expectativas de médicos e familiares.

Arksey e Sloper (1999) relacionam a falta de atenção dos médicos em relação à percepção dos pais e crianças com a insatisfação dos pais com o tratamento recebido. Abordando a questão do empoderamento e do estímulo à participação ativa do paciente, especificamente, em situações de demora na confirmação de diagnóstico e início de tratamento, as autoras encontraram, em uma amostra de 98 famílias entrevistadas, 22% dos pais insatisfeitos com a comunicação recebida pelo médico, independente da condição de atraso no diagnóstico. Os participantes avaliavam que os médicos não levaram em consideração a percepção dos pais sobre os próprios filhos e desqualificaram as informações por eles prestadas. Outra causa de insatisfação foi a falta de atenção dos médicos às manifestações e reações emocionais dos pais, que se perceberam como julgados negativamente pelos médicos, por apresentarem essas reações. Pais que apresentaram essas queixas e também passaram pela situação de atraso no diagnóstico referiram a intenção de mudar de serviço ou procurar uma segunda opinião sobre a doença de seus filhos.

Swedlund, Schumacher, Young e Cox (2012) também encontraram que o grau de satisfação dos pais com o tratamento estava relacionado à qualidade de comunicação e da relação estabelecida com o médico. Os autores avaliaram consultas de 75 crianças, com idades entre nove e 16 anos, em tratamento para asma, diabetes e doença falciforme, por meio de observação do comportamento dos médicos e questionários aplicados aos pais. Encontraram relação estatisticamente significativa entre satisfação dos pais e (a) atitude amigável do médico, (b) qualidade da relação médico-familiar e médico-criança, (c) nível de conforto dos pais para fazer perguntas aos médicos, e (d) nível de confiança dos pais nos médicos. Os autores concluem que tanto o estilo de comunicação dos médicos quanto a qualidade da relação com os pacientes contribuem diretamente para satisfação dos familiares com o tratamento.

Uma questão recorrente acerca das preferências de comunicação em oncologia pediátrica é a inclusão, ou não, da criança na comunicação. Embora tal inclusão seja considerada

importante, observa-se grande dificuldade dos médicos em direcionar a comunicação sobre doença e tratamento ao paciente pediátrico. Estudando a comunicação médico-paciente no tratamento domiciliar de crianças com asma, por meio de observação sistemática e registro em áudio das visitas médicas à casa dos pacientes, Sleath et al. (2011) apontaram dificuldades do médico em incluir tanto crianças, quanto familiares no processo de planejamento e tomada de decisão sobre tratamento. Os familiares foram consultados e participaram do planejamento e das decisões em apenas 10% dos registros de comunicação, enquanto que as crianças, em somente 6% das vezes.

A inclusão da criança no processo de comunicação em geral e, especialmente, na comunicação de más notícias fica comprometida, ainda, pela dificuldade de compreensão e controle, por parte do médico, das variáveis envolvidas quando a comunicação ocorre em um contexto de, no mínimo, três pessoas. Segundo Tates e Meeuwesen (2001), a dinâmica interativa de uma tríade difere completamente da de uma díade e, quando um dos membros da tríade é uma criança, a tendência é a de se desconsiderar sua participação na interação. Nessas circunstâncias, ou a presença da criança é ignorada ou o médico tende a se referir a ela através de uma relação lúdica e afetiva, sem conteúdo informativo.

Analisando 105 vídeos de consultas em cirurgia pediátrica, Tates, Elbers, Meeuwesen e Bensing (2002) observaram que, embora no início das consultas tenha havido iniciativas do médico para estímulo à participação da criança, tais iniciativas iam decrescendo ao longo da consulta, chegando ao final com 90% de não participação das crianças. Tanto os médicos quanto os pais, deixavam de considerar a presença da criança e a não ofereceriam a ela, o suporte necessário durante as consultas.

Para Braga e Tarantino (2011) essa dificuldade em incluir a criança, pode ser sanada por meio do treinamento do médico em competências de comunicação, fundamentado na percepção dos pacientes - crianças e adolescentes. As autoras lembram que, na maioria das vezes, o médico “tem a palavra” e atua como emissor da mensagem, enquanto os pacientes, especialmente as crianças, atuam como receptores passivos. É necessário atualizar esse tipo de atuação, a partir de conhecimentos mais recentes da ciência do desenvolvimento humano, sobre as habilidades cognitivas de crianças e adolescentes. A inclusão da criança no processo permitiria que o paciente fosse ouvido, informado, e que passasse a ter o direito de também “ter a palavra” (Braga e Tarantino, 2011; D’Alessandro & Dosa, 2001).

A prática recente, em oncologia pediátrica, de solicitar aos responsáveis pelo paciente o consentimento informado sobre o uso de quimioterapia, antes do início do tratamento, tem levantado novas questões acerca da participação e inclusão da criança na comunicação sobre diagnóstico e tratamento. A dificuldade adicional nesse caso, está em, além de direcionar a comunicação à criança, considerar se ela tem autonomia ou não para decidir sobre o início da quimioterapia. Albrecht, Franks e Ruckdeschel (2005) lembram que essa é uma questão

controversa. Segundo os autores são os pais, ou guardiões legais, que assinam o consentimento pela criança; entretanto, há uma tendência crescente na defesa da ideia de que as crianças e, principalmente os adolescentes, deveriam ser incluídos no processo de comunicação para consentimento formal do tratamento. O principal argumento se baseia na premissa de que a comunicação direta com a criança, sobre a doença e as opções de tratamento, protege e salvaguarda os interesses da própria criança, bem como é uma forma de ser mais sensível a seus desejos e necessidades.

Zwaanswijk e colaboradores conduziram dois estudos sobre a inclusão da criança com câncer na comunicação acerca de seu tratamento. No primeiro estudo (Zwaanswijk et al., 2007) foi aplicado a pais e pacientes sobreviventes, um questionário on-line com perguntas sobre preferências de relacionamento interpessoal com o médico, troca de informações e participação em situações de tomada de decisão. Houve concordância entre os três grupos quanto à importância de aspectos como honestidade, suporte afetivo, ser totalmente informado sobre a doença e o tratamento e quanto a colaboração do paciente no processo de tomada de decisão. Houve discordâncias quanto à presença do paciente durante as consultas de comunicação, relacionadas principalmente às diferenças de opinião entre pais e pacientes. Os pacientes preferiam estar presentes, enquanto os pais preferiam sua ausência durante a comunicação.

No segundo estudo (Zwaanswijk et al., 2011), foram utilizadas descrições breves de situações hipotéticas de comunicação médico-paciente em que os participantes, mais uma vez divididos em três grupos (em tratamento, pais e sobreviventes) indicavam suas preferências quanto à capacidade de empatia do médico, e, de novo, troca de experiências e participação em situações de tomada de decisão. Embora tenha sido observada diferença de acordo com a idade do paciente, os três grupos forneceram respostas concordantes e semelhantes atribuindo alto grau de importância à empatia entre médico e paciente (81%), preferindo que as informações fossem dadas a pais e pacientes simultaneamente (70%) e demonstrando desejo de que as crianças participassem do processo de tomada de decisão sobre o tratamento (71%).

Assim como na oncologia de adultos, também na oncologia pediátrica foram desenvolvidos protocolos com intuito minimizar os problemas relacionados à comunicação do diagnóstico de câncer. A Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP), através de seu Comitê Psicossocial, elaborou um guia de orientações para os profissionais de saúde. No capítulo sobre comunicação de diagnóstico, o comitê recomenda que cada equipe desenvolva um protocolo de comunicação adaptado a realidade sociocultural vigente, mas que respeite algumas diretrizes básicas: (a) realizar a comunicação em etapas e ao longo de várias entrevistas, ao invés de informar tudo de uma só vez; (b) realizar a comunicação, de preferência, separadamente para crianças e familiares acompanhantes; (c) utilizar local privativo e confortável para comunicação entre médico-criança e médico-familiar

acompanhante; e (d) usar materiais didáticos como manuais educativos, textos ou vídeos que ofereçam explicações confiáveis sobre a doença e o tratamento (Masera et al., 1997). E, assim como na oncologia de adultos, a questão que se coloca é sobre as dificuldades dos médicos em seguir essas orientações, embora reconhecendo a validade e importância das mesmas. Aqui, mais uma vez, o estudo das dificuldades dos pediatras na comunicação com seus pacientes passa a ser uma segunda questão de interesse para pesquisa.

Embora na oncologia pediátrica o número de pesquisas sobre dificuldades dos médicos em comunicação de más notícias seja menor que na oncologia de adultos, os dados obtidos são semelhantes para as duas áreas de atuação. Stenmarker, Hallberg, Palmerus e Márky (2010) entrevistaram 90 oncologistas pediátricos suíços que apontaram como principal dificuldade de atuação o fato de serem *mensageiros de condições que põem a vida em risco*. Os médicos entrevistados descreveram, também, a forma pela qual lidavam com essa dificuldade e as respostas foram agrupadas em cinco categorias: *obter informação e conhecimento, desenvolver recursos pessoais para enfrentar as condições de stress, desenvolver relação próxima com o paciente, evitar identificação e se envolver em atividades que dêem sentido à própria vida*. As categorias descritas evidenciam ainda mais a dificuldade dos oncologistas pediátricos em lidar com situações de más notícias, uma vez que descrevem processos antagônicos e, ao mesmo tempo, muito próximos um do outro, como *manter relação próxima com o paciente e evitar identificação*.

Johnston e Appleby (2011) desenvolveram pesquisa semelhante com 52 oncologistas pediátricos, no Canadá, encontrando dados semelhantes. Um questionário eletrônico mostrou que 65% admitiam sentir algum tipo de ansiedade em situações de más notícias às famílias e pacientes e 20% relataram experimentar sintomas claros de ansiedade. Os principais medos referidos foram: (a) medo da reação do paciente e da família, (b) preocupação de não ter tempo suficiente para a comunicação das más notícias, (c) medo de não ter resposta para perguntas dos pacientes e familiares, (d) medo de que a família faça perguntas sobre o prognóstico, e (e) medo de não serem suficientemente empáticos com as necessidades e preocupações dos pacientes.

No Brasil, poucos estudos abordam o problema da comunicação médico-paciente em pediatria. Durante a revisão bibliográfica realizada para esse trabalho, foram encontrados apenas sete artigos publicados sobre o tema, sendo somente três em oncologia pediátrica. Todos os sete artigos encontrados utilizaram entrevistas e questionários para coleta de dados e metodologia qualitativa para análise dos resultados. Seis deles enfatizaram a importância da comunicação para adesão ao tratamento e abordaram as peculiaridades e diferenças de percepção entre pacientes pediátricos (crianças e/ou adolescentes), familiares e médicos acerca da comunicação, como uma das dificuldades desse processo (Armelin, Wallau, Sarti & Pereira, 2005; Faquinello, Higarashi & Marcon, 2007; Malta, Schall & Modena, 2004;

Oliveira & Gomes, 2004; Oliveira, Oliveira, Gomes & Gasperin, 2004; Perosa & Gabarra, 2004). Um dos artigos abordou o contexto da oncologia pediátrica e outro o contexto de adolescentes com doenças crônicas. Ambos ressaltaram as dificuldades que os médicos encontram no processo de comunicação, destacando dificuldades estruturais relacionadas ao sistema de saúde brasileiro, tais como regras de organização do SUS, excesso de pacientes para atender em pouco tempo e consultas realizadas em espaço físico inadequado para comunicação (Malta, Schall & Modena, 2004; Oliveira, Oliveira, Gomes & Gasperin, 2004).

Apenas um, dos sete estudos referidos, relacionou as dificuldades dos médicos à falta de formação específica para comunicação com o paciente pediátrico e seus familiares (Perosa & Ranzani, 2008). Esse único artigo estudou o contexto de comunicação de más notícias em oncologia e ressaltou a necessidade de capacitação do médico no sentido de sanar essa dificuldade.

Em meio a trabalhos científicos brasileiros não publicados, entretanto, observa-se um interesse crescente pelo estudo da comunicação médico-paciente em pediatria e pelo desenvolvimento de estratégias de intervenção que melhorem o desempenho do médico nessa área (Assunção, 2013; Kohlsdorf, 2012; Mendonça, 2007). Mendonça (2007) estudou uma amostra de médicos onco-hematologistas pediátricos (do staff permanente e residentes) do Distrito Federal, durante o processo de comunicação de diagnóstico e encontrou resultados semelhantes aos apontados na literatura internacional. A autora dividiu as dificuldades listadas pelos médicos em estruturais e individuais. Dentre as estruturais, destacaram-se: (a) falta de espaço físico adequado, (b) falta de tempo suficiente para a comunicação do diagnóstico, (c) excesso de atividades na jornada de trabalho, e (d) discordância entre os membros da equipe sobre a melhor forma de comunicar o diagnóstico. Dentre as individuais, chamaram a atenção: (a) não saber a forma “correta” de comunicar diagnóstico, (b) não saber a quantidade de informações que devem ser passadas no primeiro momento, (c) ter que comunicar um diagnóstico difícil sem ter estabelecido vínculo prévio com o paciente e sua família, (d) não saber expor dados da realidade sem tirar a esperança, (e) medo de demonstrar insegurança sobre as informações prestadas, (f) sofrer por ser o responsável pela transmissão de uma notícia ruim, e (g) não saber como lidar com a emoção do paciente.

Os dados de Mendonça sugerem que as dificuldades individuais e pessoais na comunicação superam, em número, as estruturais. Da mesma forma, os dados de Stenmarker, Hallberg, Palmerus e Márky (2010), Johnston e Appleby (2011), também apontam para a dificuldade dos médicos em lidar com questões psicossociais. Esse tipo de dificuldade, bem como sua relação com a qualidade da comunicação entre médico e paciente é, assim como nos estudos com adultos, um terceira questão de interesse para pesquisas.

Em estudo recente, Engelen et al. (2012) avaliaram a eficácia de uma proposta de intervenção com oncologistas pediátricos em duas etapas. Na etapa de controle, foi entregue

aos médicos o resultado de um questionário para avaliação do nível de qualidade de vida após a doença e o tratamento (QLIC-ON PROfile) respondido por 274 crianças e seus familiares. Na etapa de intervenção, os médicos foram treinados a identificar e incluir na comunicação com seus pacientes e familiares a discussão de problemas emocionais e psicossociais. Os resultados mostraram que esses problemas foram significativamente melhor identificados, discutidos por mais tempo e em maior profundidade no período de intervenção que no período de controle. Os autores concluem que o uso de instrumentos como o QLIC-ON PROfile pode auxiliar no treinamento e monitoramento dos comportamentos dos médicos a fim de que esses problemas não sejam negligenciados.

Vatne, Finset, Ornes e Ruland (2010) também sugerem o uso de instrumentos de avaliação para auxiliar o médico na identificação e abordagem de questões psicossociais. Os autores apresentam uma versão do Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES) para uso em pediatria. O VR-CoDes, como já foi referido, é um sistema de codificação para definição de sinais emocionais e preocupações desenvolvido para uso com pacientes adultos. Os autores utilizaram o instrumento para avaliar os sinais emocionais de crianças em tratamento de câncer, ao longo de 28 consultas médicas e observaram que, embora as reações emocionais das crianças sejam diferentes das dos adultos, o instrumento é válido para avaliar os comportamentos das crianças. Os autores, no entanto, não desenvolvem qualquer tipo de treinamento para o uso do instrumento ou para testar a habilidade do médico nesse uso.

Outros estudos ressaltam as dificuldades de pediatras na identificação e abordagem de sinais emocionais e psicossociais de pacientes e familiares ao longo das consultas (Mack et al., 2007; Oliveira, Oliveira, Gomes & Gasperin, 2004; Perosa & Ranzani, 2008; Van Dulmen, 2004, Wissow et al., 2002). Os pesquisadores sugerem mudança na educação e formação de estudantes de medicina, bem como o treinamento de médicos staff com objetivo de alterar essa situação e favorecer uma comunicação mais eficiente e satisfatória (Ammentorp, Sabroe, Kofoed & Mainz, 2007; Dubé, LaMonica, Boyle, Fuller & Burkholder, 2003; Gough, Frydenberg, Donath & Marks, 2009; Nunes & Ayala, 2010; Rider, Volkan & Hafler, 2008; Roter et. al, 2004; Vaidya, Greenberg, Patel, Strauss & Pollack, 1999). A questão do treinamento médico para comunicação é analisada, mais extensivamente, na seção seguinte.

### **Treinamento dos Médicos para Comunicação e Comunicação de Más Notícias**

Os estudos revisados apontam para o reconhecimento da necessidade do treinamento médico para que se obtenha melhor desempenho do profissional, maior satisfação do paciente com o atendimento recebido e melhores respostas de enfrentamento e adesão (Dow, Leong, Anderson & Wenzel, 2008; Jenkins & Fallowfield, 2002; Helitzer et al., 2011; Numico et al.,

2009; Rodriguez et al., 2008; Skinner et al., 2009; Solomon, Browning, Dokken, Merriman & Rushton, 2010; Wissow et al., 2011).

Calman (1995) lembra que, durante algum tempo, foi ensinado aos médicos que a habilidade de se comunicar com os pacientes era algo que “se tinha ou não”, não podendo ser aprendida. Hoje, ao contrário, o entendimento é de que as habilidades de comunicação podem ser desenvolvidas, como qualquer outra habilidade que se ensina durante a formação acadêmica. A autora afirma que uma nova ciência da comunicação vem crescendo, voltada para o *como fazer* e apoiada pelo trabalho de psicólogos, enfermeiros e especialistas em aconselhamento. Doubeault e Brédart (2010) lembram do papel desempenhado por outros profissionais para a comunicação de notícias desfavoráveis e a importância de que, não só esses profissionais também sejam treinados, como atuem como apoio ao médico na abordagem de questões que estiverem mais habilitados a resolver.

Buckman (1984) sugere que o treinamento dos profissionais de saúde, em especial, do médico, ocorra nos estágios mais iniciais da formação acadêmica e indica o uso não só de leituras de textos, mas de técnicas de uso de vídeo, entrevistas com pacientes e *role-playings*. As técnicas combinadas de *role-playing* e gravação em vídeo são apontadas como produtoras de bons resultados. Baer e colaboradores (2008), por exemplo, descrevem uma iniciativa inovadora no treinamento de estudantes de medicina, utilizando técnica de *role-playing*, na qual ex-pacientes, sobreviventes e voluntários, desempenham o papel de pacientes. Além de aumentar a confiança dos estudantes em relação à sua preparação para atuação futura, a avaliação dos ex-pacientes constitui importante *feedback* aos alunos acerca de seu desempenho, baseado em experiências reais.

Back, Arnold, Baile, Tulsy & Fryer-Edwards (2009), apresentam as linhas básicas de um programa de treinamento intitulado *Oncotalk*. Nesse programa, são desenvolvidos workshops com os residentes para ensino de padrões de comunicação considerados adequados à transmissão de más notícias, utilizando simulações de consultas e discussão do desempenho dos residentes em pequenos grupos. Os autores demonstraram que esse tipo de treinamento oferecido pelo *Oncotalk* foi eficiente em produzir mudanças mensuráveis nos comportamentos de comunicação dos alunos (Back, Arnold, Baile, Tulsy & Fryer-Edwards, 2009; Back et al., 2007). Como consequência, os autores propõem a criação do *Oncotalk Teach*, que visa adaptar o treinamento dos residentes a situações reais com os pacientes, estendendo o treinamento de habilidades de comunicação das situações simuladas à prática de assistência clínica em geral.

O uso de atores em situações de simulação e a dificuldade em transpor o aprendizado da situação simulada para a realidade prática das consultas clínicas é uma das principais críticas feitas à validade dos dados obtidos com estudos sobre treinamento médico. Em revisão da literatura, na qual apresentam as orientações do grupo europeu de pesquisadores para a

elaboração de programas de treinamento de habilidades em comunicação, Stiefel et al. (2010) lembram a heterogeneidade de métodos empregados, tanto nos programas de treinamento, quanto nos estudos desenvolvidos com objetivos de avaliá-los. Reforçam a necessidade de sistematização das pesquisas e definição de um referencial teórico para embasar os trabalhos, práticos e científicos. Segundo os autores, essa inconsistência e falta de sistematização impede que se tenha segurança em afirmar que os treinamentos sempre obtêm resultados positivos.

Estudando grupos de médicos especialistas, Lienard et al. (2008) não encontraram diferença nos comportamentos de comunicação de médicos, nem no nível de ansiedade de pacientes pós-consulta, após os profissionais terem sido submetidos a um programa de treinamento que utilizava workshops para ensino de habilidades básicas de comunicação, ao longo de um mês, e workshops de consolidação da aprendizagem, nos meses subsequentes. Os autores avaliaram os comportamentos dos médicos durante os workshops e cinco meses após o término do treinamento, não encontrando mudanças. Resultados semelhantes foram encontrados por outros estudos semelhantes (Lienard et al., 2006; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2008; Wittenberg-Lyles, Goldsmith, Sanchez-Reilly & Ragan, 2008).

Na área de estudo e avaliação de programas de treinamento do médicos em comunicação de más notícias, destaca-se o trabalho de Fallowfield, Jenkins, Farewell & Soli-Trapala (2003), por ter sido o primeiro, e um dos poucos, a testar a eficácia de um programa de treinamento, com uso de simulação, na realidade prática de atendimento dos médicos participantes. Nesse estudo foi utilizado delineamento experimental com grupo controle e grupo de intervenção. Os participantes dos dois grupos tinham suas consultas normais, com pacientes reais, gravadas em vídeo, em uma fase de linha de base. Os participantes do grupo de intervenção passavam por um curso de três dias para treinamento das habilidades de comunicação orientadas pelo modelo centrado no paciente. Durante o curso, discutiam suas experiências em grupos de três a cinco alunos, com supervisão direta de um facilitador e faziam simulações de consultas com atores treinados, desempenhando o papel de pacientes. Após a realização das consultas simuladas, os alunos recebiam *feedback* diretamente dos facilitadores e atores-pacientes, bem como do resultado da avaliação do desempenho de cada aluno com uso do *Medical Interaction Process System* (MIPS). Por fim, recebiam, ainda, um glossário com a definição dos principais padrões de comunicação ensinados (por exemplo: uso de questões abertas) e uma lista de bibliografia com as referências básicas sobre padrões de comunicação eficiente. Após o treinamento, eram gravadas e avaliadas, novamente, as consultas dos dois grupos de participantes (controle e intervenção) para comparação dos resultados entre os grupos e, no grupo de intervenção, antes e depois do treinamento. Os resultados indicaram sucesso na transferência das habilidades aprendidas durante a condição

de treinamento para a situação de consultas reais. Os autores ressaltam, entretanto, o alto custo de condução da pesquisa, o que torna difícil sua replicação em outros contextos.

Em resumo, embora pareça existir um consenso a respeito da importância do treinamento médico em comunicação, duas dimensões de problemas ainda requerem investigação mais sistemática: (a) a amplitude de programas de treinamento oferecidos aos médicos, formais e informais, tanto durante a formação acadêmica quanto ao longo do exercício profissional; e (b) as dificuldades metodológicas relacionadas à avaliação desses programas e à análise funcional da relação médico-paciente em si. Nestas duas dimensões, os principais problemas identificados são: (a) a variedade metodológica empregada no treinamento dos médicos, com definições operacionais discordantes e baixo controle de variáveis intervenientes (Zimmermann, Del Piccolo & Finset, 2007); e (b) a pequena quantidade de estudos fundamentados em evidências empíricas e controle de variáveis compatíveis com ambientes reais de cuidados com a saúde (Paul, Clinton-McHarg, Sanson-Fisher, Douglas & Webb, 2009; Ptacek & McIntosh, 2009). Além destes dois, um terceiro problema pode ser observado, a partir da prática clínica, e se refere à baixa aplicabilidade dos resultados de pesquisas sobre os efeitos do treinamento em situações reais e complexas de atendimento hospitalar em oncologia.

Uma perspectiva positiva acerca desta dificuldade inclui estudos recentes sobre a comunicação de más notícias em oncologia de adultos (Oguchi et al. 2011; Wittenberg-Lyles et al., 2008). Esses estudos chamam a atenção para a necessidade do desenvolvimento de uma análise contextual e levantam o questionamento de que os *guidelines* e programas de treinamento para médicos sejam organizados levando em consideração esse tipo de análise. Em uma revisão de literatura, de 2009 a 1995, Paul et al. (2009) concluem que os estudos desenvolvidos com objetivo de definir *guidelines*, para comunicação de más notícias a pacientes com câncer, ainda carecem de evidência empírica que lhes ofereça suporte científico suficiente. Os autores encontraram 245 publicações consideradas relevantes, das quais 55,5% apresentavam dados novos ou novas análises sobre a comunicação de más notícias e apenas 16,7% eram estudos sobre intervenção. Foram considerados os estudos que testassem o efeito de programas para melhorar o repertório de médicos na comunicação de más notícias e/ou o impacto psicossocial do uso de novas estratégias de comunicação no repertório de médicos e pacientes. Dentre os estudos de intervenção, menos de 2% das publicações revisadas pelos autores alcançaram o critério de estudos com controle de variáveis e de metodologia ou foram capazes de avaliar e propor estratégias comprovadamente eficientes relacionadas à comunicação de más notícias.

Independente das dificuldades encontradas, apresentando ou questionando *guidelines* para comunicação, a maioria dos estudos que abordam a necessidade de treinamento do médico tem como objeto de estudo o atendimento clínico de adultos. Uma vez que o foco

desse trabalho é o atendimento em pediatria, optou-se por apresentar, ao final desta introdução teórica, uma revisão sistemática da literatura sobre treinamento de médicos para comunicação com crianças, em contexto de más notícias ou não.

Para realização dessa revisão foram conduzidas quatro buscas de artigos publicados entre 2013 e 2003, sobre comunicação em pediatria, comunicação de más notícias e comunicação de más notícias em pediatria, através do Portal Periódicos Capes, com consulta às seguintes bases: Bireme, MEDLINE, PsycINFO, SciELO, Wiley Online Library, JAMA, Annual Review, BioMed, BMJ, New England e ScienceDirect. Na primeira busca, foram utilizadas palavras-chave com as seguintes combinações: *comunicação médico-paciente*, *comunicação médico paciente em pediatria* e *comunicação de más notícias em pediatria*. Foram encontrados 302 artigos para o descritor *comunicação médico-paciente*, 137 para o descritor *comunicação médico-paciente em pediatria* e um artigo para o descritor *comunicação de más notícias em pediatria*. A partir dessa listagem foi realizada uma filtragem manual, por meio de leitura dos títulos e resumos, para identificação dos artigos que usavam e/ou sugeriam o treinamento como estratégia de intervenção ao processo de comunicação, e exclusão dos que não tivessem relação direta com os objetivos da revisão. Foi encontrado apenas um artigo, em português, que abordava a questão do treinamento em comunicação de más notícias em pediatria. Foi encontrado um segundo artigo de autores brasileiros, publicado em periódico internacional, perfazendo um total de dois artigos desenvolvidos no Brasil sobre o tema do treinamento de médicos pediatras para comunicação com seus pacientes.

Foram, então, realizadas três outras buscas, utilizando descritores em inglês, e consultando as mesmas bases, no intervalo de tempo (2003 a 2013). As palavras-chaves foram *pediatrics communication*, *bad news communication*, *pediatrics bad news communication oncology*, *cancer* e *physician patient relations*, combinadas em duplas. Na primeira busca, tendo como descritor principal *pediatric communication*, foram encontrados 864 artigos. Nessa listagem foi aplicada nova filtragem manual, por meio de leitura de títulos e resumos, para identificação dos artigos que utilizavam treinamento como estratégia de intervenção e exclusão dos que abordavam outras questões de pediatria, sem relação direta com os objetivos da revisão. Foram encontrados 20 artigos. Ainda na listagem de 864 artigos sob o descritor *pediatrics communication*, foi aplicado filtro eletrônico, restringindo os assuntos de interesse aos descritores *pediatrics* e *education*. Foram encontrados, dessa vez, 167 artigos. Nessa segunda listagem, foi aplicado novo filtro manual, com leitura de títulos e resumos para identificação dos artigos que abordavam, especificamente, a questão do treinamento ou educação de médicos para comunicação com os pacientes e foram encontrados 22 artigos, perfazendo um total de 42 artigos.

Na segunda busca com descritores em inglês, o descritor principal foi a combinação de palavras-chave *bad news communication*. Sob esse tópico foram encontrados, em uma

primeira listagem, 879 artigos. Dessa vez, foi aplicado, em primeiro lugar, filtragem eletrônica restringindo o assunto aos descritores *communication* e *pediatrics*, diminuindo esse total para 206 artigos. Nesses 206 artigos foi aplicada filtragem manual, com leitura dos títulos e resumos para identificação de artigos que utilizavam o treinamento como estratégia de comunicação em pediatria, não tendo sido encontrado nenhum artigo que correspondesse aos critérios de inclusão.

Foi realizada, então, uma terceira e última busca com descritores em inglês, cujo descritor principal foi a combinação de palavras *pediatrics bad news communication*. Dessa vez, foram encontrados 861 artigos. Foi aplicada uma primeira filtragem eletrônica, restringindo os assuntos aos descritores *communication* e *pediatrics*, tendo sido encontrados 14 artigos. Nesses 14 foi aplicado filtro manual, por meio de leitura dos títulos e resumos, para identificação dos artigos que usavam o treinamento como estratégia de intervenção no processo de comunicação, tendo sido encontrado um total final de oito artigos. Esses oito artigos foram somados aos 42 encontrados na primeira busca com descritores em inglês e aos dois artigos selecionados na busca com descritores em português, totalizando 52 artigos sobre treinamento de médicos na comunicação com pacientes em pediatria.

Esses 52 artigos selecionados passaram por um último processo de filtragem manual para adequação dos mesmos aos critérios de exclusão e inclusão definidos para revisão bibliográfica. Foram excluídos artigos em que as palavras-chave selecionadas não compunham o resumo e/ou o título, relatos de caso, relatos de experiência, editoriais, cartas ao editor; artigos em que a comunicação não fosse uma variável estudada diretamente, embora pudesse ser citada como aspecto relevante para os processos de treinamento, tratamento e/ou enfrentamento; artigos que abordassem a comunicação entre a equipe, mas não a comunicação médico-paciente e artigos que apresentassem experiências de ensino/aprendizagem médica sem que houvesse uma proposta específica para o treinamento de habilidades de comunicação. Foram excluídos, ainda, estudos duplicados e estudos que abordassem o treinamento em comunicação apenas com profissionais não médicos. Foram incluídos para análise os artigos cujas palavras-chave fizessem parte do título e/ou do resumo e que relatassem estudos de intervenção, avaliação de ensino/treinamento, teóricos e/ou revisão da literatura sobre o processo de comunicação em pediatria, em contexto de más notícias ou não, nos quais a estratégia utilizada fosse o treinamento dos profissionais de saúde médicos, graduados ou em formação (residentes e estudantes) e em diferentes fases do processo de tratamento (diagnóstico, comunicação ao longo do tratamento, recidiva, transição para cuidados paliativos e cuidados paliativos).

Com base nesses critérios de exclusão e inclusão foram identificados 25 artigos, que foram lidos integralmente e analisados quanto à objetivos, metodologia e delineamento de pesquisa utilizados (incluindo tipo de patologia estudada e grau de formação dos

participantes), resultados obtidos e principais conclusões. O processo de inclusão e exclusão de artigos encontra-se representado na Figura 1.

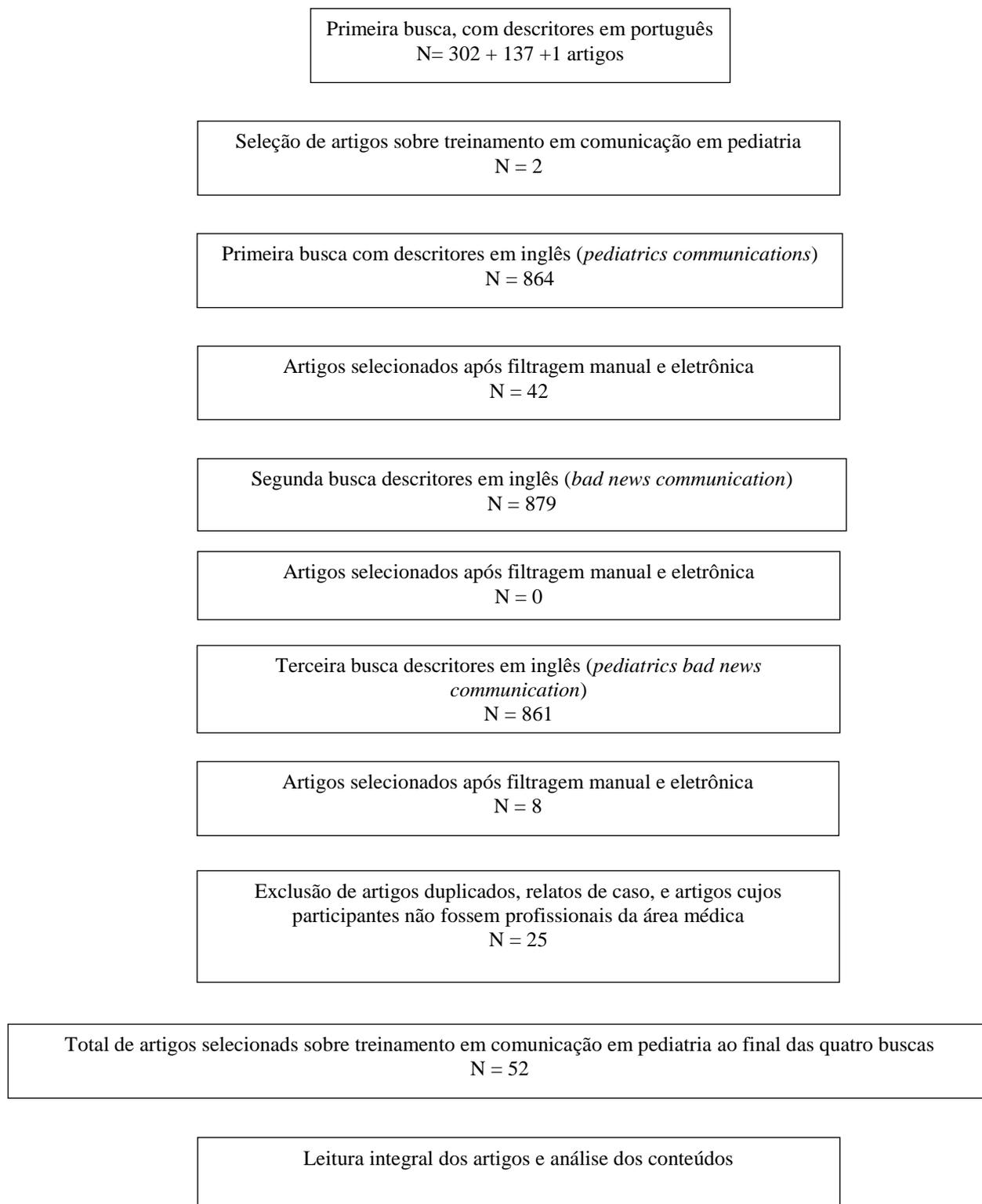


Figura 1. Procedimentos para seleção dos artigos analisados.

Antes de analisar as principais características dos estudos revisados, chama atenção a pouca quantidade de artigos abordando o treinamento de médicos em comunicação, na área de pediatria, principalmente quando considerada a grande quantidade de artigos encontrados sobre o tema *comunicação médico-paciente*. Em um dos artigos revisados, Keir e Wilkinson (2013) afirmam que a maioria das pesquisas sobre treinamento em habilidades de comunicação encontradas na literatura, foi desenvolvida sobre o tema das dificuldades de tomada de decisão em final de vida e da comunicação em contexto de más notícias, mais característico das áreas de oncologia e cuidados paliativos. Segundo os autores, a incidência relativamente rara de morte, em pediatria, pode ser uma das razões para que o treinamento em habilidades de comunicação não venha sendo contemplado nos cursos de formação de médicos pediatras. Além de estar associado a uma realidade representativa apenas de países desenvolvidos (nem sempre presente em países sub-desenvolvidos e em desenvolvimento) esse argumento não foi corroborado pela revisão aqui apresentada.

Dos 25 artigos encontrados sobre treinamento de habilidades de comunicação em pediatria, apenas um foi desenvolvido em oncologia e hematologia pediátrica e, também um, na área de cuidados paliativos pediátricos. O desempenho em comunicação em contexto de más notícias foi abordado em seis artigos: no artigo com residentes de oncologia e hematologia pediátrica, no artigo com residentes em treinamento para cuidados paliativos e em quarto outros artigos com participantes das áreas de pediatria geral ou outras especialidades médicas. Esse dado sugere que a pouca quantidade de estudos sobre treinamento de pediatras em comunicação esteja mais relacionado à complexidade do contexto de atendimento em pediatria do que à especialidade pediátrica que se pretende estudar, ou ao contexto no qual a comunicação ocorre (por exemplo, tomada de decisão, ou más notícias).

Ligado a essa complexidade cita-se, mais uma vez, a dificuldade de avaliar os efeitos da comunicação em condição de consulta triádica e a pouca atenção dada à necessidade de treinamento específico em habilidades de comunicação direta com a criança. Essas condições estão relacionadas, por sua vez, à tendência observada na prática médica de não inclusão do paciente pediátrico no processo de comunicação.

As principais características observadas nos artigos revisados estão descritas na Tabela 1, que em função de sua extensão, encontra-se em anexo (ver Anexo 1). Quanto aos objetivos, a maioria dos artigos (18 dos 25) pretendeu avaliar a eficácia de programas de ensino e/ou treinamento sobre o desempenho em comunicação; quatro artigos avaliaram o treinamento recebido durante os anos de formação acadêmica e três artigos, de cunho teórico, discutiam a qualidade do treinamento acadêmico em comunicação. Outras características observadas na maior parte dos trabalhos foram quanto ao tipo de estudo e tipo de população. Dos 25 artigos

revisados, 22 eram estudos empíricos, 21 foram desenvolvidos na área de pediatria geral e em 17 os participantes foram médicos residentes.

As principais diferenças entre os estudos foram observadas em relação à metodologia e ao tipo de treinamento. Quanto à metodologia, dentre os 22 estudos empíricos, oito utilizaram metodologia experimental no delineamento e na coleta de dados, observando todos os passos dos estudos baseados em evidência (seleção randômica de participantes, manipulação de variável independente, controle de variáveis intervenientes e de contexto, análise de resultados do grupo experimental X grupo controle). Os outros 14 artigos utilizaram delineamento quase-experimental, ou seja, aquele no qual, embora se tenha tido a intenção de manipulação de variável independente para verificação de seu efeito sobre variáveis dependentes, não foi possível controle suficiente das variáveis intervenientes e não houve distribuição randômica dos participantes (Campbell & Stanley, 1979).

Em relação à coleta e análise de dados 12 dos 22 estudos avaliaram o desempenho dos participantes por meio do resultado obtido na aplicação de escalas ou questionários. Os dez artigos restantes utilizaram metodologia de observação sistemática de comportamentos, com gravação das consultas, simuladas ou reais, em áudio e/ou vídeo. Seis artigos utilizaram consultas simuladas, com atores no papel de pacientes, e quatro analisaram consultas ocorridas em contexto real de atendimento. Dentre os dez artigos que utilizaram metodologia observacional, verificou-se grande variedade de procedimentos de coleta e análise de dados:

1. Dois artigos utilizaram análise do comportamento registrado por meio de sistemas de codificação topográfica das respostas de comunicação.

2. Três artigos utilizaram gravação de consultas para coleta de dados e, na análise de dados, combinaram a análise do comportamento registrado em vídeo por observadores treinados (com uso de protocolos de comunicação, onde se verificava se o comportamento de comunicação observado correspondia ao sugerido pelo protocolo) com a aplicação de escalas e questionários para avaliar a percepção dos participantes a respeito dos efeitos do treinamento em sua atuação após a intervenção.

3. Quatro artigos utilizaram, na coleta, observação de comportamentos de comunicação durante as consultas e, para a análise, aplicação de escalas e questionários para avaliar a percepção dos participantes a respeito dos efeitos do treinamento em sua atuação após a intervenção.

4. Apenas um artigo avaliou o efeito da comunicação pós treinamento no nível de compreensão dos pacientes acerca das informações recebidas, utilizando gravação de consultas para coleta de dados com análise do comportamento registrado em vídeo por observadores treinados.

Quanto ao tipo de treinamento, observou-se, também, grande variedade de técnicas e estratégias desenvolvidas. Entre os 18 artigos que tiveram por objetivo avaliar o efeito de

programas de treinamento em habilidades de comunicação no desempenho dos médicos, foram encontradas propostas como treinamento por workshops, as mais frequentes, treinamentos *on-line* (Christner et al., 2010; Kemper, Foy, Wissow & Shore, 2008; Lunney, Kleinert, Ferguson II & Campbel, 2011) e técnicas de jogos de salão para ensinar aos médicos estratégias de comunicação (Jirasevijinda & Broens, 2010). Apesar da variedade, observou-se preocupação de que o treinamento fosse o mais breve possível; e utilização de técnicas de *feedback* aos participantes sobre seu desempenho durante o treinamento, oferecido por médicos supervisores treinados, pelos atores que desempenhavam o papel de pacientes ou, no caso de consultas em contexto real, pelos próprios pacientes.

Quanto aos resultados, apesar das diferenças de metodologias de coleta, análise e intervenção sobre os comportamentos de comunicação dos participantes, todos os 22 artigos empíricos indicaram ter havido melhora no padrão de comunicação após a intervenção. Da mesma forma, ainda que não desenvolvendo qualquer tipo de intervenção, os três artigos teóricos também ressaltaram a importância do treinamento para o desenvolvimento de repertório de comunicação mais adequado.

Os resultados obtidos nesta revisão são consistentes com a revisão de Paul et al. (2009), em relação à carência de evidências empíricas, baseadas em estudos de intervenção, nos estudos sobre comunicação de más notícias em oncologia, que permitam afirmações consistentes sobre o estado do conhecimento na área. Tal situação pode ser confirmada, em primeiro lugar, pela pequena quantidade de estudos considerados experimentais, ou seja, desenvolvidos com o objetivo de estabelecer relações funcionais entre as variáveis relacionadas à comunicação. E, mesmo considerando os estudos de delineamento estritamente experimental, os dados continuam não oferecendo resultados que permitam concluir sobre a forma mais eficiente de lidar com a complexa situação da comunicação em pediatria e/ou da comunicação de más notícias.

Embora todos os artigos tenham concluído que os treinamentos desenvolvidos foram eficazes em melhorar o desempenho dos participantes em comunicação com seus pacientes, questiona-se a capacidade de generalização e a validade desses resultados. Além da pouca quantidade de estudos (25 em mais de 800 pesquisados), outros fatores fundamentam esse questionamento, tais como: (a) variabilidade de metodologia de coleta e análise de dados, entre os estudos; (b) diferença entre a metodologia de coleta e a metodologia de análise no mesmo estudo (ex.: dados coletados com metodologia observacional, mas analisados a partir do relato verbal dos participantes e não da análise das observações realizadas); e (c) variabilidade do tipo de estratégia de intervenção em comunicação selecionado e do número de participantes em cada estudo.

A maior parte dos programas de treinamento referidos pela literatura e encontrados nessa revisão é desenvolvida sob a forma de workshops, principalmente para estudantes de

medicina e residentes. Entretanto, os workshops se diferenciam bastante quanto ao conteúdo, tempo de duração e, principalmente, estratégia de avaliação e análise dos resultados. Dessa forma, embora a maioria dos estudos revisados tenha confirmado a importância e eficácia do treinamento para a melhora do padrão de comportamento dos participantes na comunicação, permanece a questão de como esses treinamentos se tornam eficazes e de qual estratégia de intervenção oferece os melhores resultados. Ao mesmo tempo, pode-se questionar que, já que os treinamentos são tão eficazes, porque ainda se encontra tanta insatisfação de pacientes, familiares e profissionais na comunicação em pediatria? Será que não estão sendo desenvolvidos treinamentos em número suficiente ou será que, as dificuldades metodológicas dos estudos sobre intervenção em comunicação com o paciente tem mascarado aspectos a serem considerados para maior eficácia desses treinamentos?

Outro aspecto que merece destaque é o fato de que, de todos os artigos encontrados, desde o levantamento bibliográfico inicial, apenas dois foram desenvolvidos no Brasil, e um na América Latina, sendo a maioria de origem européia ou da América do Norte. Poucos estudos foram conduzidos na Ásia. Dessa forma, a questão das influências culturais no processo de comunicação e na eficácia do treinamento também permanece sem resposta suficiente.

O treinamento de profissionais de pediatria em comunicação e em comunicação de más notícias traz ainda outras duas importantes dificuldades, apontadas, também, em outras revisões da literatura sobre o tema em estudos com pacientes adultos: (a) manutenção e consolidação, pelo médico, ao longo do tempo, de novos padrões de interação social e habilidades de comunicação treinados; e (b) transferência e aplicação bem sucedidas desses novos padrões à prática clínica (Back, 2006; Fallowfield & Jenkins, 2006; Harrison & Walling, 2010). Os resultados obtidos pelos estudos recentes, aqui revisados, não foram capazes de trazer dados novos que respondessem a essas dificuldades.

Parte dessa incapacidade reside no fato de que, em 25 estudos analisados, apenas quatro avaliaram os efeitos do treinamento em contexto real de comunicação, com pacientes verdadeiros. A maioria dos estudos optou por avaliar a eficácia da intervenção por meio do desempenho dos participantes em consultas simuladas ou em resposta a escalas e questionários. Por mais que essas formas de avaliação sejam válidas, não se pode negar que a situação real de consulta traz elementos emocionais e aspectos de imprevisibilidade, nem sempre presentes em treinamentos teóricos e simulações, que afetam e dificultam o desempenho do profissional, principalmente em contexto de más notícias. Mais uma vez, conforme Paul et. al. (2009), nem a prática clínica, nem o treinamento dos médicos será bem sucedido enquanto não forem baseados em evidências empíricas obtidas sob sólida base conceitual e metodológica, com prioridade para tecnologias de observação direta de

comportamentos, que permitam acesso ao contexto real de ocorrência do processo de comunicação.

Por fim, vale ressaltar que a investigação sobre o processo de comunicação em contextos de cuidados com a saúde pediátrica, constitui um tema de pesquisa relativamente recente, que envolve uma série de desafios ao pesquisador. Com base no conteúdo abordado, conclui-se pela necessidade de se considerar duas questões principais no planejamento das pesquisas futuras: (a) maior quantidade de estudos de intervenção, com rigor metodológico, que permitam o desenvolvimento de conhecimento baseado em evidências (Paul et al., 2009); e (b) utilização combinada de metodologias de pesquisa que favoreçam uma compreensão mais ampla e uma análise contextual mais completa do fenômeno estudado (Zimmerman, Del Piccolo & Finset, 2007).

É importante ressaltar, ainda, que a maioria dos estudos encontrados foi desenvolvida por pesquisadores das áreas de medicina e enfermagem, com pouca participação de pesquisadores de psicologia. Acreditamos que a ciência psicológica, como área de estudo da saúde, do comportamento e das relações humanas, muito tenha a contribuir na indicação de bases teórico-conceituais, bem como no aprimoramento e no desenvolvimento de abordagens metodológicas voltadas à observação e intervenção no contexto de comunicação em pediatria, em condição de más notícias ou não.

Considerando a possibilidade de contribuição da ciência psicológica para o conhecimento nessa área, a partir da revisão bibliográfica feita e das necessidades evidenciadas, o presente estudo propõe e analisa o desenvolvimento de um protocolo de intervenção psicológica planejada sobre os comportamentos de comunicação de médicos onco-hematologistas pediátricos. Foi desenvolvido dentro de um programa mais amplo de educação continuada em comunicação médico-paciente, em continuidade ao trabalho de Mendonça (2007), sendo desenvolvido na mesma unidade de saúde e com a mesma equipe estudada por esta autora. Ao descrever as preferências e dificuldades de médicos e pacientes observados em situação de comunicação de diagnóstico em oncologia pediátrica, considera-se que os dados de Mendonça (2007) oferecem uma base de evidências para o planejamento das estratégias aqui propostas, que visam orientar o médico no estabelecimento de um padrão de comunicação mais eficiente e adequado às expectativas e necessidades expressas pelos pacientes e seus familiares.

## **Objetivo Geral**

Analisar os efeitos de um protocolo de intervenção psicológica sobre os comportamentos de comunicação do médico com paciente e familiar acompanhante, no contexto de tratamento da oncologia e hematologia pediátrica.

## **Objetivos Específicos**

- (1) Identificar eventos comportamentais que indiquem dificuldades e/ou atuem funcionalmente como barreiras ao processo de comunicação médico-paciente;
- (2) Propor mudanças no sistema de troca de informações entre equipe médica, pacientes e familiares acompanhantes, no contexto de consulta médica, que favoreçam a comunicação, facilitem o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença e aumentem a adesão ao tratamento;
- (3) Desenvolver estratégias de intervenção comportamental que constituam operações estabelecedoras de comunicação mais eficiente entre a equipe médica, pacientes e familiares acompanhantes.
- (4) Desenvolver e testar um protocolo de intervenção psicológica sobre o comportamento de comunicação dos médicos onco-hematologistas pediátricos com seus pacientes e familiares.
- (5) Analisar a qualidade do processo de comunicação médico-paciente após a implantação de estratégias de intervenção do psicólogo.

## **Método**

### **Caracterização do Contexto de Coleta de Dados**

O Núcleo de Oncologia e Hematologia Pediátrica da Unidade de Pediatria Terciária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (NOHP/SES/DF) presta atendimento a crianças e adolescentes, na faixa de 0 a 18 anos, portadores de todos os tipos de neoplasias da infância, bem como de outras patologias hematológicas crônicas. Até o momento, o NOHP é o único serviço público de oncologia e hematologia pediátrica no Distrito Federal, sendo considerado, ainda, referência nesse tipo de atendimento para as regiões Centro-Oeste e Norte do Brasil, bem como para o sul da região Nordeste e norte da região Sudeste.

Em outubro de 2011, os serviços do NOHP foram transferidos para o Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), hospital de gestão mista, público-privada, mantido pela SES/DF e gerido por uma organização social denominada ICIPE (Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada). Na época da realização deste estudo (entre setembro de 2010 e junho de 2011), a sede do NOHP funcionava no Hospital de Apoio de Brasília mas as ações de assistência se estendiam por três unidades de saúde distintas - (a) Unidade de Pediatria do Hospital de Base de Brasília, (b) Hospital-dia do Hospital de Apoio de Brasília (HAB) e (c) Centro de Atendimento da Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças

Portadoras de Câncer e Hemopatias (ABRACE) - nas quais o atendimento ao paciente se dava da seguinte forma:

(1) Unidade de Pediatria do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF): para a maioria dos casos de câncer era a porta de entrada do paciente ao serviço. A criança, com sintomas suspeitos de neoplasia, era encaminhada à equipe de onco-hematologia pediátrica e permanecia internada no 7º andar do HBDF, sob os cuidados dessa equipe, na fase de investigação diagnóstica e início do tratamento quimioterápico. Ao longo do tratamento, a criança poderia voltar a ser internada no HBDF caso houvessem intercorrências consequentes aos efeitos colaterais da quimioterapia. As crianças com anemias hemolíticas e doença falciforme também poderiam ser internadas no HBDF para tratamento de episódios de crises dolorosas. No ambulatório de hematologia geral do HBDF acontecia, ainda, o atendimento chamado de “linha de frente” para diagnóstico de doenças hematológicas. Para lá eram encaminhados os casos com sintomatologia suspeita para doença hematológica ou oncológica advindos das outras regionais de saúde do DF. O onco-hematologista avaliava esses casos e encaminhava a criança, de acordo com a necessidade e urgência, para continuidade do atendimento no HAB.

(2) Hospital-dia do HAB: onde ocorriam os atendimentos ambulatoriais e as internações de curta duração (2 a 5 dias) para pacientes oncológicos, previstas nos protocolos de tratamento quimioterápico adotados pelo serviço. Os pacientes com outras doenças hematológicas não ficavam internados no HAB, indo ao hospital apenas para as consultas e procedimentos ambulatoriais, transfusionais simples ou transfusões de troca. Os atendimentos ambulatoriais eram compostos pelas consultas de acompanhamento com a equipe médica de referência e a equipe multidisciplinar. Também durante o atendimento ambulatorial poderiam ser realizados procedimentos médicos invasivos para auxílio ao diagnóstico e tratamento, como mielogramas e punções lombares. Dessa forma, alguns casos de neoplasia (principalmente os casos de leucemia) eram diagnosticados no HAB e depois encaminhados para a enfermaria do HBDF para início do tratamento quimioterápico.

(3) Centro de Atendimento da ABRACE: a ABRACE é uma instituição filantrópica, declarada de utilidade pública, criada por pais de crianças que fizeram tratamento de câncer. O paciente é assistido através dos serviços da Casa de Apoio, onde ficam hospedadas as crianças em tratamento que não residem e nem têm familiares no DF, e através dos serviços dos escritórios, nos quais, após triagem e cadastramento, o paciente e sua família podem receber auxílios para alimentação, medicamentos e transporte, dentre outros.

A equipe que acompanhava e se comunicava com o paciente e seus familiares cuidadores era formada por profissionais dessas três unidades de saúde, distribuída da seguinte forma: a equipe de médicos onco-hematologistas pediátricos que prestava a assistência na enfermaria do HBDF, no ambulatório do HAB e na orientação à equipe da ABRACE. Já a equipe

multidisciplinar era formada por profissionais de outras especialidades da saúde, incluindo psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e odontólogos, distintos para cada unidade, que tentavam desenvolver um trabalho integrado a partir de encontros periódicos para discussão de casos e organização de rotinas de atendimento conjunto.

Nos casos de câncer, a comunicação de diagnóstico era feita pela equipe médica assim que o diagnóstico de neoplasia era confirmado e antes que se iniciasse o primeiro ciclo de quimioterapia. Ao longo do tratamento quimioterápico a comunicação entre equipe médica, paciente e familiares ocorria no contexto dos atendimentos clínicos, quer durante as consultas ambulatoriais de acompanhamento, quer durante a realização dos procedimentos médicos invasivos ou durante a assistência diária ao paciente internado. Os procedimentos de comunicação de diagnóstico e comunicação ao longo do tratamento eram semelhantes para as outras patologias hematológicas atendidas no NOHP.

O ambulatório de oncologia e hematologia ocorria de segunda a sexta-feira, nos períodos da manhã e da tarde, sendo atendidas, em média, 25 crianças por período ou 50 crianças por dia. Em cada período, havia três médicos do *staff* permanente e, pelo menos, um médico residente, perfazendo um total de quatro médicos escalados. Os médicos que atendiam no ambulatório eram diferentes a cada dia e período de atendimento e o trabalho da equipe estava organizado de forma que o paciente não tinha um médico de referência, mas estava acostumado a que a equipe médica fosse sua referência, podendo ser atendido por qualquer dos médicos que estivesse na escala de trabalho do dia.

As dificuldades encontradas no processo de comunicação entre médicos e pacientes sempre foram foco de preocupação e costumavam ocupar o centro das discussões de casos clínicos realizadas, semanalmente, pela equipe. Um problema recorrente era fato de que os médicos ofereciam informação e explicações sobre a doença e o tratamento aos pacientes e familiares acompanhantes, acreditando terem sido compreendidos. Ao mesmo tempo, pacientes e familiares queixavam-se, para diferentes profissionais da equipe multidisciplinar, que não sabiam nada sobre a doença e/ou não entenderem suficientemente o tratamento e suas exigências. Como consequência, observavam-se dificuldades no seguimento das orientações, na adesão ao tratamento e no enfrentamento da doença. Diante desse contexto, a médica responsável pelo NOHP, em 2005, fez uma solicitação formal de ajuda à equipe de psicologia para que planejasse uma forma de auxiliar os médicos no processo de comunicação com pacientes e familiares.

A equipe de psicologia que atuava no NOHP, à época, era formada por duas psicólogas (uma das quais, autora desse trabalho) e uma equipe de seis estagiários de graduação, vinculados ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP/UnB), e orientados por um docente do IP, coordenador do Laboratório de Desenvolvimento em Condições Adversas (Ladversa). A parceria entre NOHP e IP/UnB foi iniciada em 1996, com o programa de

estágio supervisionado em psicologia pediátrica, e se caracterizava por disponibilizar treinamento e orientação para o exercício da prática de atuação do psicólogo, no contexto de cuidados com a saúde, e desenvolver estudos científicos, baseados em evidências empíricas, que auxiliassem a compreensão, avaliação e resolução de problemas observados nessa prática. Dessa forma, diante do pedido da médica chefe do NOHP, foi iniciado um programa de pesquisa para avaliar sistematicamente o contexto de comunicação médico-paciente na unidade e planejar estratégias de intervenção para minimizar e/ou eliminar os problemas encontrados. A ideia inicial era elaborar, aplicar e avaliar um protocolo para comunicação médico-paciente em geral e, em especial, para comunicação em contexto de más notícias.

Assim, foram desenvolvidas três dissertações de mestrado (Ferreira, 2005; Mendonça, 2007 e Kohlsdorf, 2008) que evidenciaram alguns dos principais problemas encontrados no processo de comunicação médico-paciente, desenvolvido no NOHP. Destacamos o estudo de Mendonça (2007) no qual a autora realizou uma análise funcional do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante e apontou que uma das características dessa equipe era a tentativa de facilitar a compreensão do acompanhante/paciente acerca das informações sobre diagnóstico e tratamento. Entretanto, embora demonstrasse preocupação com a compreensão das informações transmitidas, a equipe médica nem sempre tinha habilidade suficiente para a condução do processo de comunicação, do início ao fim. No mesmo estudo, a autora realizou entrevistas com os acompanhantes e com os profissionais médicos a fim de verificar a percepção dos mesmos acerca do processo de comunicação de diagnóstico. Os resultados das entrevistas destacaram a necessidade de se prestar mais atenção à qualidade da relação médico-paciente e apontaram para a importância de se considerar os aspectos emocionais envolvidos no momento da comunicação do diagnóstico de neoplasias.

Os dados dos estudos realizados serviram de base para que se iniciasse um programa de educação continuada em comunicação, voltado à equipe médica. Dentro desse programa, os médicos do *staff* e os residentes tinham aulas com a equipe de psicologia uma vez por mês, no horário de rotina das reuniões científicas da equipe. Nessas aulas, eram abordadas, do ponto de vista teórico, questões básicas de psicologia pediátrica, destacando-se as estratégias de enfrentamento da doença adotadas por pacientes e acompanhantes, adesão à tratamento e, principalmente, questões relativas ao processo de comunicação em saúde. Ao mesmo tempo, eram discutidas e solucionadas dúvidas práticas dos médicos de como se relacionar com determinados pacientes e de como lidar com situações da prática diária que eles elegiam como mais desafiadoras e estressantes. Apesar dessa iniciativa, as queixas, tanto de médicos, como de pacientes e familiares quanto às dificuldades no processo de comunicação permaneciam frequentes e incomodando a equipe.

Em janeiro de 2009, foi iniciado o primeiro estudo de intervenção direta sobre os comportamentos de comunicação médico-paciente no NOHP (Kohlsdorf, 2012). Ainda dentro da ideia de definir um protocolo, esse estudo avaliou os efeitos do uso da pré-consulta comportamental com três dos médicos da equipe, como estratégia de preparação para uma melhor comunicação com pacientes e familiares durante as consultas regulares de tratamento. Em outubro de 2009, uma combinação dos dados obtidos pelos estudos de Mendonça (2007) e Kohlsdorf (2008) foi apresentada em formato de comunicação científica no 41º Congresso da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP), realizado em São Paulo. O trabalho recebeu o prêmio de melhor pôster do congresso, na área de oncologia social, com forte incentivo para continuidade da pesquisa no sentido do desenvolvimento de programas de treinamento e orientação às equipes de saúde, em geral, e à equipe médica, em particular.

O presente trabalho foi iniciado com base nesses incentivos e diante do fato das primeiras iniciativas escolhidas para o treinamento da equipe terem se mostrado insuficientes para modificar o contexto de dificuldades do processo de comunicação médico-paciente/acompanhante. Em função das características do serviço e da quantidade de profissionais médicos do NOHP disponíveis para participar do estudo, foi adotado, como opção metodológica, o delineamento de sujeito como próprio controle, com uso de observação sistemática dos comportamentos de comunicação dos médicos em situação de consultas ambulatoriais de rotina. O foco da observação foram categorias episódicas que permitissem o registro e análise de elementos do contexto de ocorrência dos comportamentos de comunicação. Optou-se pelo delineamento de sujeito como próprio controle uma vez que, além de viabilizar a consistência e validade científicas de dados de amostras com poucos participantes, esse tipo de delineamento permite a análise dos padrões de comportamentos dos participantes, ao longo do tempo e a partir das repetições da intervenção com os mesmos participantes e participantes diferentes.

Seguindo o delineamento de sujeito como próprio controle, foram avaliados os efeitos de um procedimento de intervenção psicológica, denominado *consulta psicopediátrica*<sup>2</sup>, sobre os comportamentos de comunicação de dois médicos onco-hematologistas pediátricos com seus pacientes, e familiares acompanhantes desses pacientes, durante consultas em esquema ambulatorial de rotina de tratamento. Foi organizado um esquema de díades médico-paciente de forma que, ao longo do estudo, fossem sempre observadas consultas de um mesmo médico

---

<sup>2</sup> O procedimento consulta psicopediátrica foi originalmente definido por Guimarães, Costa Jr., Escarlate, Cruz e Castro (1995), em contexto de assistência primária em pediatria, com objetivo de promover condições favoráveis à saúde de crianças entre 0 e 5 anos, atendidas nos ambulatórios do programa de crescimento e desenvolvimento. Nesse contexto, o residente de medicina e o estagiário de psicologia atendiam a criança e seu familiar, ao mesmo tempo e em conjunto, de forma a ampliar o alcance das intervenções clínicas propostas. De acordo com os objetivos do presente estudo, o procedimento de consulta psicopediátrica será utilizado de forma adaptada, com foco no comportamento de comunicação dos médicos, conforme descrito na seção de Procedimentos, a seguir.

com um mesmo paciente. Nas consultas psicopediátricas, a variável independente manipulada foi o tipo de intervenção que o psicólogo realizava com o médico, dirigida aos comportamentos de comunicação deste com seus pacientes, ou familiares, conforme descrição em subseções seguintes.

### **Participantes**

Foram, inicialmente, selecionados para participar da pesquisa três médicos oncopediatras dentre os nove médicos do staff fixo de profissionais que atuavam no NOHP/SES/DF, cuja carga horária incluísse, pelo menos, um período completo, de quatro horas de duração, de atendimento ambulatorial por semana. Em janeiro de 2011, período correspondente à fase de Linha de Base 1, um dos médicos (aqui identificado como M3) teve sua escala de trabalho alterada de forma que passou a não cumprir mais dias fixos semanais de atendimento (a cada semana, M3 atendia em um dia diferente). Essa mudança impediu a formação de díades com esse médico, razão pela qual o mesmo foi excluído da amostra de médicos que participou deste estudo. Foi selecionado outro médico (M4) para substituí-lo que, na sequência foi excluído por ter se licenciado temporariamente do serviço. Dessa forma, a amostra final contou com dois médicos, ambos especialistas em hematologia pediátrica e pertencentes à equipe do NOHP, há mais de 10 anos, aqui identificados como M1 e M2. Em função do número reduzido de participantes médicos, dados sociodemográficos e de formação acadêmica, tais como sexo, idade e instituição onde se graduou, não são fornecidos para evitar a identificação dos médicos, participantes deste estudo.

Na época de realização deste estudo, estava acontecendo outra pesquisa que focalizava processos de comunicação com outros três médicos, na mesma unidade. Assim, os três médicos participantes daquela pesquisa foram previamente excluídos da presente amostra. Os dois médicos restantes, dos nove que compunham a equipe do NOHP, não puderam participar do estudo em função dos critérios de exclusão definidos. De acordo com esses critérios não poderiam participar médicos que: (a) cumprissem carga horária reduzida e/ou que estivessem em vias de redução (por motivo de aposentadoria, por exemplo); (b) trabalhassem em escala de plantão, sem compor o quadro de profissionais fixos da unidade; (c) exercessem funções administrativas e/ou de chefia; (d) fossem residentes e/ou estagiários; e (e) cumprissem carga horária, ou escala de serviço, que não permitisse o acompanhamento sistemático dos mesmos pacientes pelo mesmo médico, em retornos de periodicidade semanal a mensal, durante o período de realização do estudo.

Para compor a amostra de pacientes e cuidadores atendidos pelos médicos participantes no NOHP, foram selecionados as crianças, adolescentes e seus familiares acompanhantes, dentre aqueles que foram atendidos pelo mesmo médico participante com intervalos de, no máximo, quatro semanas, entre cada consulta, durante os seis meses de duração da coleta de dados. As crianças e adolescentes participantes estavam em tratamento regular no NOHP,

tinham idade entre zero e 18 anos, diagnosticados com patologias onco-hematológicas, incluindo neoplasias malignas e doenças hematológicas benignas, adquiridas ou congênitas. Uma descrição breve das características e tipo de tratamento de cada patologia encontra-se no Anexo 2. Não foram incluídas crianças e adolescentes cujos retornos ao ambulatório aconteciam em intervalos maiores que quatro semanas e/ou aqueles cujos pais não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Caracterização do sistema de atendimento e dos pacientes participantes da coleta com M1 e M2.** De acordo com as escalas de trabalho organizadas pelo NOHP, M1 atendia em ambulatório duas vezes por semana e, em função dos dias em que os atendimentos ocorriam, 60% dos pacientes atendidos por esse médico (8 em 14 pacientes), durante a coleta de dados, tinham diagnósticos de doenças hematológicas diversas, principalmente, doença falciforme, com seqüela de acidente vascular cerebral (AVC), e talassemia (ver Anexo 2). O protocolo de tratamento para esses dois tipos de patologia prevê consultas ambulatoriais de avaliação e transfusões de sangue a cada 21 ou a cada 28 dias, a depender da condição clínica do paciente. Dessa forma, esses pacientes retornavam ao hospital em um intervalo de tempo maior que 15 dias. Os outros 40% dos pacientes tinham diagnósticos de Linfoma de Hodgkin (três pacientes), Aplasia de medula (dois pacientes) e Leucemia (um paciente). Dentre os pacientes acompanhados por M1, aqueles com aplasia de medula e leucemia foram os que tiveram maior frequência de retornos.

A idade dos 14 pacientes acompanhados por M1 variou entre 2 e 17 anos, sendo quatro pacientes do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Os dados relativos a idade, sexo e patologia dos pacientes encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2

*Caracterização dos Pacientes Participantes das Díades com M1, por Idade, Sexo e Patologia*

Pacientes	Idade	Sexo	Patologia
P1	11 anos	masculino	Linfoma de Hodking
P2	17 anos	masculino	Linfoma de Hodking
P3	3 anos	feminino	Anemia falciforme
P4	17 anos	masculino	Anemia falciforme com sequela de AVC
P5	16 anos	masculino	Anemia falciforme com sequela de AVC
P6	10 anos	masculino	Talassemia
P7	7 anos	feminino	Anemia falciforme com sequela de AVC
P8	17 anos	masculino	Anemia falciforme com sequela de AVC
P9	15 anos	masculino	Aplasia de medula
P10	13 anos	feminino	Anemia falciforme com sequela de AVC
P11	13 anos	masculino	Aplasia de medula
P12	14 anos	masculino	Linfoma de Hodgkin
P13	3 anos	masculino	Leucemia (LLA)
P14	2 anos	feminino	Anemia falciforme com sequestro esplênico

*Nota.* A numeração dos pacientes seguiu a ordem de entrada do paciente no estudo; assim, P1 foi o primeiro paciente a ser observado em díade com M1 e P14, o último.

O médico M2 atendia em quatro horários diferentes ao longo da semana. Dessa forma, para fins da coleta de dados, foi possível observar as consultas do ambulatório no qual os pacientes retornavam com maior frequência. Esse ambulatório atendia a pacientes com diagnóstico de câncer em fase inicial de tratamento, que necessitavam de internação no NOHP, ao longo da semana, para quimioterapia. Em função da formação específica de M2, todos os pacientes acompanhados em díades tinham diagnóstico de leucemia, sendo que três estavam em tratamento de recaída da doença. De acordo com o protocolo de tratamento, esses pacientes retornavam para consultas semanalmente ou a cada 15 dias. Assim, a amostra de

pacientes de M2 foi mais homogênea que a amostra de M1, os pacientes foram acompanhados por um maior número de vezes em consultas nas fases de Intervenção, e foi possível observar maior número de díades que participou de mais de uma fase de Linha de Base.

A idade dos nove pacientes acompanhados nas díades de M2 variou entre 1 e 16 anos, sendo seis pacientes do sexo feminino e três do sexo masculino. Os dados relativos a idade, sexo e patologia dos pacientes encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3

*Caracterização dos Pacientes Participantes das Díades com M2, por Idade, Sexo e Patologia*

Pacientes	Idade	Sexo	Patologia
C1	3 anos	feminino	Leucemia (LLA-AR)
C2	1 ano	feminino	Leucemia (LLA-AR)
C3	10 anos	feminino	Leucemia do lactente
C4	10 anos	feminino	Leucemia (LLA-recaída)
C5	16 anos	masculino	Leucemia (LLA-AR-recaída)
C6	2 anos	feminino	Leucemia (LLA-AR)
C7	10 anos	masculino	Leucemia (LLA-AR-recaída)
C8	9 anos	feminino	Leucemia (LLA-AR)
C9	2 anos	masculino	Leucemia (LLA-RB)

*Nota.* A numeração dos pacientes seguiu a ordem de entrada do paciente no estudo; assim, C1 foi o primeiro paciente a ser observado em díade com M2 e C9, o último.

### **Instrumentos**

**Protocolos de observação dos eventos interacionais.** Foram utilizados dois protocolos para registro dos comportamentos de comunicação entre médico, familiar cuidador e paciente durante as consultas. Alguns destes comportamentos foram identificados como indicadores da necessidade de intervenção do psicólogo sobre a comunicação. Um protocolo observacional foi elaborado para uso nas fases de Linha de Base (Anexo 07) e o outro para as fases de Intervenção (Anexo 08). Esses protocolos foram desenvolvidos durante uma etapa preliminar que visou o teste, a familiarização e a adaptação de instrumentos observacionais de registro na qual foram testados quatro protocolos diferentes (Anexos 03, 04, 05 e 06) até ser obtida a versão final. A base para o processo de construção dos protocolos de registro foi o sistema de categorização do processo de comunicação verbal e não verbal entre médico, paciente e acompanhante, propostos por Mendonça (2007), em situação de comunicação de diagnóstico (Anexo 03) e desenvolvido no contexto do NOHP/SES/DF.

## Procedimento

**Estudo preliminar - Definição e Elaboração dos Instrumentos de Observação e Registro e Treino de Fidedignidade entre os Observadores.** Esta etapa ocorreu ao longo de quatro meses que antecederam o início da coleta de dados do Estudo 1. No primeiro mês, foram acompanhadas as consultas ambulatoriais de cada um dos três médicos inicialmente selecionados para participar da pesquisa. Utilizou-se observação sistemática de comportamentos (registro cursivo manual e simultâneo às consultas) e um sistema de categorias temáticas de registro de interações verbais e não verbais, a partir da proposta de Mendonça (2007), para estudo de episódios de comunicação de diagnóstico (Anexo 03). O sistema de Mendonça foi transformado em protocolo de observação e registro de ocorrência e frequência de categorias de comunicação verbal, não verbal e de categorias de caracterização do contexto interacional. As categorias de comunicação verbal, por sua vez, foram modificadas para se adaptarem ao contexto de consultas de tratamento, resultando em um segundo protocolo observacional (Anexo 04).

No segundo protocolo, foi proposto um conjunto de categorias de contexto, que descreviam características do ambiente físico da consulta que poderiam influenciar a comunicação médico-paciente. Foram acrescentadas sete categorias e 13 subcategorias, como, por exemplo, a categoria de *comunicação sobre tratamento*, com as subcategorias de *explicação*, *informação* e *orientação*, e a categoria de *verificação de seguimento de tratamento*. O protocolo modificado foi utilizado para a familiarização dos observadores com o instrumento e para o treino de fidedignidade entre eles. Foram observadas todas as consultas realizadas pelos três médicos participantes, durante um mês, sempre com dois observadores presentes por consulta e registros individuais e independentes, sem uso de gravação em áudio. Havia uma dupla de observadores diferente para o acompanhamento de cada médico, com um observador comum às três duplas: a pesquisadora que faria a intervenção sobre a comunicação durante a etapa experimental. Dessa forma, no total, participaram do estudo piloto quatro observadores: a psicóloga pesquisadora, acompanhando todas as consultas de todos os médicos, e três auxiliares treinados, um diferente para cada médico. Os auxiliares de pesquisa eram estudantes de graduação em psicologia da UnB, selecionados previamente para participar do estudo. Todos estavam na segunda metade do curso, já tinham cursado, pelo menos, a disciplina de Psicologia da Saúde e tinham passado por treinamento de familiarização ao contexto de atendimento à saúde no HAB.

O uso do segundo protocolo permitiu detectar dificuldades específicas de registro e identificar a necessidade de adaptação do instrumento. À medida que o treino dos observadores avançava e mais consultas eram observadas, com pacientes diferentes, novas configurações de categorias contingenciais à comunicação médico-paciente-familiar acompanhante foram acrescentadas, havendo combinação/unificação de algumas categorias e

eliminação de outras. O registro concomitante de categorias de comunicação verbal e não verbal mostrou-se ineficiente. Da forma como estavam descritas, as categorias de comunicação não verbal registravam apenas a presença ou ausência de contato visual entre médico, paciente e/ou familiar acompanhante em momentos distintos da consulta e não tinham correspondência com as categorias de comunicação verbal.

As dificuldades apontaram a necessidade de desenvolver um sistema de subcategorias funcionais, capaz de retratar, de uma forma fidedigna, padrões e fluxos de interação entre médico, paciente e familiar acompanhante ao longo das consultas e de definir o modo como se dava a interação, por exemplo, a quem o médico direciona a comunicação e que tipo de linguagem utiliza nas verbalizações. Assim, as categorias de comunicação não verbal foram substituídas por uma dimensão do comportamento interativo a qual se chamou de *modalidades de comunicação*, resultando em um terceiro protocolo (Anexo 05). Como *modalidade de comunicação* foram considerados *presença ou ausência de contato visual* entre médico e paciente durante a comunicação, *direcionamento do olhar do médico ao paciente, ao familiar ou a ambos* e *uso de linguagem técnica ou adaptação da linguagem* para compreensão do paciente.

O terceiro protocolo, assim como o anterior, foi testado por um mês. Todas as consultas realizadas pelos dois médicos participantes, nesse período, foram observadas e registradas por duplas de observadores independentes, como no caso do segundo protocolo, e ainda sem gravação em áudio. O terceiro protocolo apresentou problemas relacionados à sistemática de registro, uma vez que o desenho (*layout*) do protocolo mostrou-se pouco prático, comprometendo a visualização dos dados e a clareza dos resultados. O protocolo foi modificado, então, uma quarta vez, com alteração do desenho para o formato de quadro, afim de facilitar o registro (Anexo 06).

O quarto protocolo foi testado ao longo de mais um mês, repetindo as mesmas características de teste dos protocolos anteriores. O teste do Protocolo 4 demonstrou que, embora mais prático, ainda não era suficientemente eficiente para os objetivos do estudo. O principal problema era que o sistema de categorias definido não oferecia dados que permitissem a identificação de qual tipo de comportamento do médico deveria sinalizar a intervenção do psicólogo. O psicólogo deveria intervir toda vez que uma dificuldade de comunicação entre médico, paciente e acompanhantes fosse identificada (Ver Fase de Intervenção 1). Por exemplo, uma das categorias de maior frequência era a *verificação de estado geral* que, necessariamente, ocorria em todas as consultas. Essa categoria era subdividida em *uso de perguntas fechadas* e *uso de perguntas abertas*. A literatura considera o *uso de perguntas abertas* como mais adequado ao processo de comunicação (Ford et al., 2000; Zimmermann, Del Piccolo & Finset, 2007). Entretanto, esse dado não era suficiente para definir que toda vez que o médico se comunicasse por meio de perguntas fechadas o

psicólogo devesse fazer uma intervenção para corrigi-lo. Esse critério não levava em consideração o tema abordado na comunicação e nem o contexto da interação, decisivo para avaliar a maior ou menor adequação do questionamento do médico ao paciente e/ou seu acompanhante.

As observações realizadas com o quarto protocolo mostraram que o *uso de perguntas fechadas* poderia ser funcional devido a contingências próprias ao contexto de atendimento (por exemplo, tempo reduzido para consulta X excesso de pacientes agendados por período de atendimento) e/ou contingências relacionadas às características do paciente e seu familiar acompanhante (por exemplo, baixo nível de escolaridade e/ou dificuldade para fornecer informações detalhadas e qualificadas sobre o estado de saúde). Com base nessas observações, concluiu-se que o sistema de categorias utilizado no quarto protocolo não era adequado para a identificação de contingências sinalizadoras da necessidade de intervenção psicológica.

Foi iniciada, então, uma nova fase de observação, na qual os dois observadores voltaram a registrar as consultas conduzidas pelos dois médicos participantes, sem nenhum protocolo de registro previamente definido e com o objetivo de identificar episódios de interação que indicassem a necessidade de intervenção psicológica. Foram observadas todas as consultas realizadas pelos três médicos, no período de um mês, desta vez com registro das consultas também em áudio, além da observação direta e registro manual de comportamentos.

Com a mudança do foco de observação, desde a primeira consulta dessa nova fase do estudo preliminar, foram identificadas três condições consideradas, pelos quatro observadores, como determinantes da intervenção psicológica:

1. Ausência de resposta do médico à manifestação emocional do paciente e/ou familiar acompanhante.
2. Ausência de resposta do médico frente à não compreensão do paciente e/ou familiar acompanhante.
3. Tentativa mal sucedida de interação.

A observação de qualquer uma dessas três condições caracterizava e definia a ocorrência da categoria episódica *perda de oportunidade*. As três condições, por sua vez, foram definidas da seguinte forma:

1. Ausência de resposta do médico à manifestação emocional do paciente e/ou familiar acompanhante: toda vez que o médico não percebe ou não responde a expressão emocional de preocupação, ansiedade ou necessidade, manifesta de forma verbal e/ou não verbal pelo paciente e/ou familiar acompanhante, que represente, por exemplo, discordância ou insatisfação com informação ou orientação transmitida pelo médico.
2. Ausência de resposta do médico frente à não compreensão do paciente e/ou familiar acompanhante: quando paciente e/ou familiar acompanhante demonstram dúvida relacionada

a informação e/ou orientação passada pelo médico, através de perguntas diretas e/ou através de expressão não verbal.

3. Tentativa mal sucedida de interação: quando o médico percebe insatisfação do paciente e/ou familiar acompanhante e responde a essa insatisfação de forma inadequada, mantendo o incômodo do paciente e/ou familiar acompanhante.

Desta forma, foi desenvolvido um quinto protocolo de registro no qual eram registrados, pelos observadores, de forma cursiva, a ocorrência da categoria *perda de oportunidade*, com a especificação da condição de perda observada (Anexo 07). Quando foi obtida concordância de 90% de registro entre os observadores independentes, com o uso do quinto protocolo, ele foi definido como instrumento de registro para as interações durante a linha de base. Uma variação do quinto protocolo foi utilizada para registro de interações nas fases de intervenção, durante as consultas psicopediátricas, com acréscimo de uma coluna para registro dos episódios de intervenção da psicóloga sobre o processo de comunicação (Anexo 08).

**Estudo I - Consulta psicopediátrica: intervenção psicológica sobre os comportamentos de comunicação de médicos com pacientes pediátricos e familiares acompanhantes.** O estudo foi desenvolvido com um delineamento experimental de replicação direta, intra-sujeito (sujeito como próprio controle), e possibilidade de comparação intersujeitos, com esquema ABABA-A<sup>3</sup> e manipulação da variável *intervenção psicológica* sobre os comportamentos de comunicação dos médicos participantes com os pacientes selecionados em seis fases:

1. Linha de Base 1 - definição do padrão comportamental de comunicação e interação do médico.

2. Intervenção 1 - introdução de consultas psicopediátricas, com intervenção do psicólogo sobre os comportamentos de comunicação do médico com o paciente e o familiar acompanhante.

3. Linha de Base 2 - verificação de mudanças no padrão comportamental do médico após o primeiro período intervenção.

4. Intervenção 2 - repetição e modificação do esquema de intervenção do psicólogo, com introdução da modalidade *intervenção em feedback*, de acordo com os resultados da Linha de Base 2.

5. Linha de Base 3 - verificação de mudanças no padrão comportamental do médico após a segunda fase de intervenção.

6. Seguimento após um período de um mês de interrupção da observação de consultas com retomada das condições de linha de base em Linha de Base 4.

---

<sup>3</sup> A letra “A” corresponde à condição de linha de base, sem manipulação de variáveis, e a letra “B”, à condição de intervenção, com manipulação da variável independente.

O objetivo dessa última fase foi verificar a manutenção do desempenho do médico após um período de 30 dias sem a presença de observadores e sem a participação do psicólogo nas consultas de rotina de tratamento. A Tabela 4 resume as seis fases do estudo, de acordo com o esquema ABABA-A.

Tabela 4

*Caracterização das Seis Fases do Estudo de Intervenção Psicológica sobre os Comportamentos de Comunicação de Médicos com Pacientes Pediátricos e Familiares Acompanhantes*

Linha de Base 1	Intervenção 1	Linha de Base 2	Intervenção 2	Linha de Base 3	Intervalo	Linha de Base 4
Padrão comportamental de comunicação	Introdução da consulta psicopediátrica	Verificação de mudanças no padrão comportamental do médico	Repetição e/ou modificação do esquema de intervenção	Verificação de mudanças no padrão comportamental do médico	Período sem observação e sem intervenção	Observação das consultas depois de 1 mês sem intervenção
1 mês + 2 consultas p/médico/díade	1 mês – díades	1 dia – todas as consultas	1 mês – díades	1 dia – todas as consultas	1 mês	1 dia – todas as consultas

***Linha de Base 1 - descrição do padrão comportamental de comunicação e interação do médico.*** Durante a Linha de Base 1 foi realizada observação direta, com gravação em áudio, para levantamento de padrões de comunicação do médico com os pacientes e os familiares acompanhantes, com registro de eventos indicadores de ocasião para intervenção do psicólogo. Foram considerados dois critérios no levantamento da linha de base: padrão de comunicação do médico em situação de consulta e padrão de comunicação do médico por paciente. Para cumprir o primeiro critério foram observadas, de forma ininterrupta, todas as consultas realizadas pelo médico com pacientes portadores tanto de doenças oncológicas quanto de doenças hematológicas, malignas e benignas, durante o período de um mês. Para cumprir o segundo critério, dentre as consultas realizadas nesse mês, foram selecionadas aquelas cujos pacientes tinham retornos agendados a intervalos que variassem de uma a quatro semanas, compondo díades regulares de acompanhamento médico-paciente. Foram observadas, então, mais duas consultas consecutivas do mesmo paciente com o mesmo médico participante. A partir da terceira consulta foi iniciada a intervenção com aquela díade.

Concluída a Linha de Base 1, consultas de pacientes novos foram incluídas, sendo que, a primeira consulta do médico participante com um paciente novo foi considerada como

repertório de entrada da díade e foi observada e registrada sem intervenção do psicólogo. Foi solicitado aos médicos, pacientes e familiares acompanhantes, que as consultas de retorno dos pacientes selecionados, após a linha de base, passassem a ser sempre com o mesmo médico, durante o período subsequente de seis meses de duração da coleta de dados.

***Intervenção 1 - Consultas psicopediátricas, com intervenção do psicólogo sobre os comportamentos de comunicação médico-paciente-familiar acompanhante.*** Concluída a Linha de Base 1, foi iniciada a primeira fase de consultas psicopediátricas, nas quais ocorriam a intervenção imediata do psicólogo sobre comportamentos de comunicação do médico, ao longo da consulta com paciente e seu familiar acompanhante. O objetivo da consulta psicopediátrica é que a presença e atuação do psicólogo sinalizem ao médico as ocasiões para abordar, em sua comunicação verbal, os aspectos afetivos, cognitivos e psicossociais expressos pelo paciente e/ou familiar acompanhante, ao longo da consulta, que pudessem interferir sobre o processo de enfrentamento e/ou adesão a tratamento, assim como as ocasiões para a clarificação de informações transmitidas pelo médico e não suficientemente compreendidas pelo paciente e/ou por seu familiar acompanhante.

De acordo com os critérios definidos no Estudo preliminar, a intervenção do psicólogo era determinada pela ocorrência da categoria *perda de oportunidade*. Assim, a cada ocorrência dessa categoria episódica, o psicólogo deveria alertar o médico sobre a necessidade de reorientar sua forma de conduzir a comunicação com o paciente. O psicólogo poderia adotar duas formas principais de intervenção, previamente definidas: (a) chamar atenção do médico para expressão de dúvida e/ou insatisfação manifesta pelo paciente e/ou familiar acompanhante, à qual o médico não tivesse respondido; ou (b) solicitar diretamente ao médico que adotasse uma conduta diferente na forma de se comunicar, seja ofertando informação nova, seja alterando a forma de apresentar uma informação já dada, ou recapitulando um conjunto de informações dadas. Um segundo observador, presente à consulta, controlava o registro em áudio e registrava os episódios que ocasionaram as intervenções do psicólogo, seguindo o Protocolo de Registro 2 (Anexo 08). Caso, ao longo da consulta, o psicólogo julgasse necessário fazer algum tipo de intervenção diferente dos previamente definidos, o segundo observador registrava a intervenção e seu contexto de ocorrência para posterior análise e inclusão como nova estratégia de intervenção psicológica, que poderia se repetir em consultas subsequentes. O critério para o término da primeira fase de intervenção foi temporal, com duração de um mês para cada médico, não havendo qualquer critério de desempenho comportamental (e.g., estabilidade, tendência).

Conforme estabelecido, para fins deste estudo, não era objetivo do psicólogo realizar uma consulta psicológica, orientada diretamente aos comportamentos do paciente, mas agir durante a consulta psicopediátrica como facilitador do processo de comunicação entre

médico-paciente-familiar acompanhante. O foco da intervenção eram os comportamentos de comunicação do médico.

***Linha de Base 2 - verificação de mudanças no padrão comportamental do médico após a primeira intervenção.*** Terminada a primeira fase de intervenção, as consultas psicopediátricas foram interrompidas. Por um dia foram observadas e gravadas as consultas de cada médico sem a presença do psicólogo. Foram observadas as consultas com os pacientes que formavam as díades regulares com cada médico e as consultas de outros pacientes não participantes do estudo, mas agendados para atendimento no dia de Linha de base 2. Um segundo observador esteve presente no consultório e fez os registros das consultas da Linha de Base 2. O objetivo desse procedimento foi verificar se, após um mês de intervenção do psicólogo, o médico apresentava modificação em sua forma de interagir e se comunicar com os pacientes, na ausência do psicólogo nas consultas.

***Intervenção 2 - repetição e modificação do esquema de intervenção do psicólogo.*** Foram repetidos os procedimentos da fase de Intervenção 1, com ajustes necessários e introdução de novo tipo de estratégia de intervenção do psicólogo, definidos a partir de uma análise preliminar dos dados da Linha de Base 2. Na Intervenção 2, além das estratégias utilizadas durante a Intervenção 1, o psicólogo desenvolvia uma estratégia de intervenção instrucional sobre os comportamentos de comunicação do médico em duas etapas, no intervalo entre uma consulta e outra. Primeiro, descrevia e reforçava positivamente os comportamentos adequados registrados para o médico na interação/comunicação com o paciente; em seguida apontava os comportamentos de *perda de oportunidade*, descrevendo a condição interativa que sinalizou a oportunidade para uma nova forma de ação e ilustrava uma forma alternativa de ação apropriada ao contexto. Esse novo tipo de intervenção foi chamado de *intervenção de feedback*.

***Linha de Base 3, pausa e Linha de Base 4 - Estudo observacional e avaliação das consultas médicas pós período de consultas psicopediátricas.*** Após o término da Intervenção 2 foi realizada nova linha de base, seguida de um período de pausa de mais um mês, sem qualquer intervenção ou observação das consultas médicas. Foi realizada, então, a Linha de Base 4, usando os procedimentos das linhas de base 1, 2 e 3. O objetivo foi verificar, além da modificação de comportamentos do médico, se houve manutenção das novas formas de comunicação e interação estimuladas. Foi utilizada a mesma técnica de observação sistemática dos comportamentos das linhas de base precedentes, com registro por um observador e gravação em áudio das consultas. Da mesma forma que na Linha de Base 2, o psicólogo que realizou as intervenções também não esteve presente às Linhas de Base 3 e 4.

## **Análise de Dados**

A análise dos dados foi realizada a partir do registro em áudio e dos registros cursivos das expressões não verbais dos participantes durante as consultas. A condição de intervenção revelou, além da categoria *perda de oportunidade*, três outras categorias não presentes durante as fases de Estudo preliminar e Linha de Base 1: (a) *intervenção do psicólogo*, já definida na descrição da fase de Intervenção 1 do Estudo I; e (b) as categorias que descreviam a resposta do médico à intervenção realizada. Foram observados dois tipos de resposta, cada um correspondendo a uma categoria episódica:

1. *Aproveitamento de oportunidade pós intervenção* – toda vez que o médico responde à intervenção feita pelo psicólogo, com objetivo de resolver a demanda manifesta do paciente e/ou familiar. São exemplos a expressão emocional de preocupação, ansiedade ou necessidade manifesta de forma verbal e/ou não verbal do paciente e/ou familiar acompanhante que demonstre discordância e/ou insatisfação com informação ou orientação transmitida pelo médico, ou à dúvida sobre informação e/ou orientação, que ocorresse após intervenção prévia do psicólogo nesse sentido.

2. *Ausência de resposta pós intervenção* - toda vez que, mesmo após a intervenção do psicólogo o médico deixa de responder à expressão emocional de preocupação, ansiedade ou necessidade manifesta de forma verbal e/ou não verbal pelo paciente e/ou familiar acompanhante que demonstre discordância e/ou insatisfação com informação ou orientação transmitida pelo médico, ou à dúvida sobre informação e/ou orientação.

Durante a fase de análise de dados foram descritas, ainda, outras duas categorias de resposta do médico, observados desde a fase de Estudo preliminar, mas não consideradas na elaboração do instrumento de coleta:

1. *Aproveitamento espontâneo de oportunidade* - toda vez que o médico percebe e responde a expressão emocional de preocupação, ansiedade ou necessidade manifesta de forma verbal e/ou não verbal pelo paciente e/ou familiar acompanhante, que represente discordância e/ou insatisfação com informação ou orientação transmitida pelo médico, ou responde à dúvida relacionada a informação e/ou orientação, sem necessidade de intervenção prévia do psicólogo.

2. *Tentativa bem sucedida de interação* - quando o médico toma a iniciativa de clarificar informações relacionadas à doença e tratamento; abordar e discutir, com o paciente e/ou familiar, aspectos psicossociais ligados a doença e tratamento e/ou a outros temas que não diretamente a sintomas físicos ou ao estado clínico do paciente.

Essas duas categorias descreviam comportamentos pré-existentes no repertório do médico, que favoreciam a comunicação independente da intervenção do psicólogo. Elas só foram consideradas a partir da análise, uma vez que, para elaboração do instrumento de

coleta, era necessário definir apenas os comportamentos que determinariam a intervenção do psicólogo.

Para cálculo da fidedignidade entre os observadores, na fase de análise de dados, foram considerados: (a) a concordância entre classificações de quatro observadores independentes quanto à ocorrência das categorias episódicas; e (b) consistência entre as classificações dos quatro observadores por meio do total de acordos e desacordos entre três contagens realizadas para ocorrência e sequência das categorias. Os quatro observadores participantes da análise foram a psicóloga pesquisadora que conduziu as intervenções, os dois auxiliares de pesquisa que participaram como observadores ao longo de todo o trabalho, e a auxiliar de pesquisa que participou das consultas de M3 e M4, durante a fase de Estudo preliminar e Linha de Base 1.

Para avaliação da consistência entre os registros de análise dos quatro observadores foi utilizado a Tabela 5 (Anexo 09). Nessa tabela, a ocorrência de cada categoria, ao longo de cada consulta, era registrada de acordo com a sequência em que ocorria. Logo abaixo, eram descritos os episódios que compunham cada ocorrência. Inicialmente, foram selecionadas, aleatoriamente, cinco consultas de médicos e pacientes diferentes, para que os quatro observadores fizessem a análise, de forma independente. Foi realizada uma primeira contagem de acordo e desacordo no registro de ocorrência e de sequência das categorias. Essa primeira contagem registrou fidedignidade baixa entre os registros. Os três observadores, auxiliares de pesquisa foram, então, pareados em três duplas alternadas (observador 1 e 2, observador 2 e 3, observador 1 e 3) e foram distribuídas cinco consultas gravadas para cada dupla. A psicóloga pesquisadora não participou das duplas, mas, assim como da fase de Estudo preliminar, atuou como elemento comum às três duplas, registrando e discutindo as dúvidas na definição de ocorrência e sequência das categorias episódicas. Essa fase serviu como um novo treinamento dos observadores no registro das categorias, necessário em função das dificuldades ocasionadas pelo registro em áudio e pelo acréscimo de outras categorias, não presentes na fase de Estudo preliminar. O Anexo 10 apresenta a Tabela 5, preenchida com o registro de análise de duas consultas completas de um mesmo médico (M1) com um mesmo paciente (P1) para facilitar a compreensão do procedimento de análise adotado e ilustrar o tipo de dúvida ocasionada pelo registro em áudio e pela inclusão das novas categorias.

Terminada a fase de análise por duplas foram distribuídas também de forma aleatória, 27 consultas gravadas para os três auxiliares de pesquisa. Em um primeiro momento, cada auxiliar analisava as consultas individualmente e de forma independente. Em um segundo momento, os três auxiliares se reuniam com a psicóloga pesquisadora para contagem dos acordos e desacordos registrados. Diante de cada desacordo, eram discutidas as dúvidas até que se conseguisse concordância dos quatro observadores quanto à ocorrência e sequência das categorias episódicas, em cada uma das consultas analisadas. A contagem obtida por meio do

acordo entre os observadores foi considerada definitiva para essas 27 consultas e foi o segundo procedimento de contagem no processo de avaliação da consistência entre as classificações dos quatro observadores.

O terceiro procedimento de contagem foi realizado após a distribuição de 15 consultas diferentes para cada um dos três auxiliares de pesquisa. Cada auxiliar fez a análise de suas 15 consultas, de forma individual e independente. Depois as 45 consultas foram, então, analisadas pela psicóloga pesquisadora. Com base na concordância entre a psicóloga e cada um dos três auxiliares, foi realizada a terceira contagem, considerada definitiva para essas 45 consultas. Ao todo, foram analisadas pelos quatro pesquisadores, seguindo os critérios de consistência e fidedignidade entre observadores, 92 das 132 consultas consideradas na análise dos dados. As 40 consultas restantes, todas correspondentes às fases de linha de base, foram analisadas apenas pela psicóloga pesquisadora.

### **Aspectos Éticos**

O presente projeto foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética da Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES/DF) em abril de 2010 e recebeu aprovação final em junho (Protocolo de Aprovação No 127/10, ver Anexo 11). A submissão nessa data deveu-se à necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para realização do estudo preliminar. O projeto foi, também, apresentado à chefia e à equipe médica e multidisciplinar do NOHP/DF, obtendo-se anuência autorização para a sua realização.

Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e a relevância científica e social do projeto. A participação foi voluntária e a inclusão no estudo ocorreu após a leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) específico para cada tipo de participante, em cada etapa. No caso das crianças, o TCLE foi assinado pelo familiar acompanhante responsável pela mesma (Anexos 12 e 13). Os participantes e as áreas de internação foram identificados por meio de códigos a fim de manter o sigilo sobre a identidade dos mesmos quando da divulgação dos resultados obtidos.

Pacientes e/ou familiares que apresentassem alguma condição de risco que exigisse interferência clínica do psicólogo, em consulta psicológica individual, foram encaminhados ao serviço de psicologia da unidade, sendo providenciado o atendimento clínico pertinente. Neste caso, as consultas psicopediátricas com esse paciente foram suspensas e as que já tinham sido realizadas até então não foram consideradas para fins de análise nesta pesquisa.

### **Resultados**

Esta seção está organizada de forma a mostrar, para cada médico participante, (a) as análises quantitativas de frequência e porcentagem de ocorrência das categorias episódicas de comunicação; (b) as análises descritivas dos episódios que exemplificam os efeitos do procedimento de intervenção sobre os comportamentos de comunicação dos médicos; e (c) as

análises da influência dos diferentes estilos e padrões de resposta de cada médico sobre os resultados encontrados. Por fim, são apresentados dados das entrevistas, com os dois médicos participantes, ao final do período total de coleta.

Durante os cinco primeiros meses do ano de 2011, foram observadas e registradas 154 consultas dos quatro médicos, inicialmente selecionados, para participarem do estudo. Conforme explicado na seção anterior, os médicos M3 e M4 não conseguiram avançar além da fase inicial de Linha de Base 1. Ainda assim, foram observadas cinco consultas do médico M3 e sete consultas do médico M4.

O total de consultas observadas para os médicos M1 e M2, que participaram de todo o estudo, foi de 142. Dessas, foram desconsideradas seis consultas de M1 e quatro consultas de M2 por serem referentes a pacientes que foram eliminados da análise ainda durante a Linha de Base 1, uma vez que não seria possível dar continuidade ao acompanhamento das consultas desses pacientes nas fases seguintes. No caso de M1, dois pacientes foram desconsiderados por mudança de dia e horário de consulta e um paciente por ter desistido de participar do estudo. No caso de M2, um paciente foi desconsiderado por mudança de dia e horário das consultas e outro por agravamento do estado clínico e encaminhamento para o Programa de Cuidados Paliativos.

Assim, o total de consultas observadas, para os dois médicos participantes, foi de 132, sendo 63 consultas para M1 e 69 consultas para M2. Das 63 consultas observadas para M1, 30 foram em fases de Linha de Base e 33 nas duas fases de Intervenção. Das 69 consultas observadas para M2, 26 foram em fases de Linha de Base e 43 nas duas fases de Intervenção. A Tabela 6 apresenta o total de consultas observadas por paciente, para M1, ao longo das seis fases do estudo e a Tabela 7 apresenta o total de consultas observadas por paciente, para M2, no mesmo período.

Tabela 6

*Total de Consultas Observadas para M1, por Paciente, ao Longo das Quatro Fases de Linha de Base e das Duas Fases de Intervenção*

Pacientes	Linha de Base 1	1a Intervenção	Intervenção 1	Linha de Base 2	Intervenção 2	Linha de Base 3	Linha de Base 4	Total por paciente
P1	06/01/11; 13/01/11	20/01/11	03/02/11; 17/02/11;		17/03/11			6
P2	06/01/11	03/02/11			31/03/11			3
P3	11/01/11	08/02/11		01/03/11				3
P4	13/01/11	10/02/11		03/03/11				3
P5	13/01/11	08/02/11		03/03/11	29/03/11			4
P6	18/01/11	08/02/11		01/03/11	12/04/11			4
P7	18/01/11	15/02/11			15/03/11; 12/04/11			4
P8	18/01/11	10/02/11		03/03/11				3
P9	18/01/11	01/02/11	08/02/11; 24/02/11;	03/03/11	10/03/11; 15/03/11; 29/03/11; 07/04/11; 14/04/11	19/04/11		11
P10	03/02/11			01/03/11	29/03/11			3
P11	08/02/11	15/02/11	22/02/11	01/03/11	31/03/11; 05/04/11			6
P12	22/02/11				05/04/11	19/04/11		3
P13	10/03/11				31/03/11; 04/04/11; 07/04/11			4
P14	24/02/11					19/04/11		2
P15							12/05/11	1
P16							12/05/11	1
P17							12/05/11	1
P18							12/05/11	1
Total por fase	15	10	5	8	18	3	4	63

Tabela 7

*Total de Consultas Observadas para M2, por Paciente, ao Longo das Quatro Fases de Linha de Base e das Duas Fases de Intervenção*

Pacientes	Linha de Base 1	1a Intervenção	Intervenção 1	Linha de Base 2	Intervenção 2	Linha de Base 3	Linha de Base 4	Total por paciente
C1	10/01/11; 17/01/11	24/01/11	31/01/11; 07/02/11; 21/02/11					6
C2	10/01/11; 17/01/11	24/01/11	07/02/11; 14/02/11		15/03/11	12/04/11	10/05/11	8
C3	10/01/11	24/01/11	07/02/11; 21/02/11	28/02/11	15/03/11; 22/03/11; 29/03/11; 05/04/11	12/04/11		10
C4	10/01/11	07/02/11		28/02/11	04/04/11			4
C5	10/01/11	24/01/11	31/01/11; 07/02/11; 14/02/11; 21/02/11	28/02/11	21/03/11	12/04/11	10/05/11	10
C7	17/01/11	07/02/11	14/02/11; 21/02/11		24/03/11			5
C6	10/01/11; 17/01/11	24/01/11	31/01/11; 07/02/11		10/03/11	12/04/11	10/05/11	8
C8	24/01/11	31/01/11	07/02/11; 21/02/11		21/03/11; 04/04/11		10/05/11	7
C9	31/01/11	07/02/11	21/02/11; 14/02/11	28/02/11	10/03/11; 15/03/11; 29/03/11; 05/04/11			9
C10				28/02/11				1
C11				28/02/11				1
Total por fase	12	9	19	6	15	4	4	69

## Linhas de Base para M1 e M2

**Consultas de Linha de Base com M1.** As consultas de M1 foram acompanhadas desde a fase de observação para elaboração do instrumento de coleta e a Linha de Base 1, iniciada em janeiro de 2011, com 17 pacientes em díades. Com a saída de três deles, o total de pacientes em díades acompanhados com M1, ao longo das fases de Linha de Base 1, Intervenção 1 e Intervenção 2 foi de 14. Desses 14, oito participaram também da Linha de Base 2 e três participaram da Linha de Base 3. A Linha de Base 4 contou apenas com quatro pacientes que não compunham díades e cujas consultas não tinham sido observadas antes. No total, M1 teve 18 pacientes participantes. A Tabela 8 resume os dados relativos a quantidade de pacientes e consultas em cada Linha de Base de M1. A Tabela 9 apresenta a frequência de retornos para consultas, por paciente, ao longo das quatro fases de Linha de Base e das duas fases de Intervenção.

Tabela 8

*Total de Consultas Observadas para M1, por Paciente, ao Longo das Quatro Fases de Linha de Base*

Pacientes	Linha de Base 1	Linha de Base 2	Linha de Base 3	Linha de Base 4
P1	06/01/11; 13/01/11			
P2	06/01/11			
P3	11/01/11	01/03/11		
P4	13/01/11	03/03/11		
P5	13/01/11	03/03/11		
P6	18/01/11	01/03/11		
P7	18/01/11			
P8	18/01/11	03/03/11		
P9	18/01/11	03/03/11	19/04/11	
P10	03/02/11	01/03/11		
P11	08/02/11	01/03/11		
P12	22/02/11		19/04/11	
P13	10/03/11			
P14	24/02/11		19/04/11	
P15				12/05/11
P16				12/05/11
P17				12/05/11
P18				12/05/11
Total de consultas	15	8	3	4

Tabela 9

*Frequência de Retornos para Consultas, ao Longo das Fases de Coleta, para os Pacientes Acompanhados com M1*

Pacientes	Patologia	Linha de Base 1	1ª Intervenção	Intervenção 1	Linha de Base 2	Intervenção 2	Linha de Base 3	Linha de Base 4
P1	Linfoma de Hodking	XX	X	XX		X		
P2	Linfoma de Hodking	X	X			X		
P3	Anemia falciforme + sequela AVC	X	X		X			
P4	Anemia falciforme + sequela AVC	X	X		X			
P5	Anemia falciforme + sequela AVC	X	X		X	X		
P6	Talassemia	X	X		X	X		
P7	Anemia falciforme + sequela AVC	X	X			XX		
P8	Anemia falciforme + sequela AVC	X	X		X			
P9	Aplasia de medula	X	X	XX	X	XXXXXX	X	
P10	Anemia falciforme + sequela AVC	X			X	X		
P11	Aplasia de medula	X	X	X	X	XX		
P12	Linfoma de Hodking	X				XX	X	
P13	Leucemia (LLA)	X				XXX		
P14	Anemia falciforme com sequela de sequestro esplênico	X					X	
P15	Anemia falciforme + sequela AVC							X
P16	Leucemia (LLA)							X
P17	Linfoma de Hodking							X
P18	Anemia falciforme + sequela AVC							X

As consultas de Linha de Base para M1 duraram, em média, 22 minutos e 26 segundos. As consultas de Linha de Base 1 e Linha de Base 3 duraram, em média 5 minutos a mais que as consultas de Linha de Base 2 e 4. Dentre os pacientes acompanhados por M1, P7 foi o que teve a consulta de Linha de Base mais longa (32minutos e 33segundos) e P18 o paciente que teve a consulta mais rápida (7 minutos e 41 segundos). Os dados relativos ao tempo de duração das consultas de Linha de Base com M1 encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10

*Tempo Médio de Duração das Consultas de Linha de Base para os Pacientes de M1*

Pacientes	Linha de Base 1	Linha de Base 2	Linha de Base 3	Linha de Base 4	Média
P1	Con.1 – 25min56s; Cons.2– 16min.43s				21min39s
P2	30min28s				30min28s
P3	18min54s	16min49s			17min51s
P4	29min29s	21min30s			25min29s
P5	24min44s	10min29s			17min36s
P6	17min59s	22min38s			20min38s
P7	32min33s				32min33s
P8	23min57s	19min48s			21min52s
P9	23 min50s	23min08s	28min03s		25min27s
P10	10min45s	15min52s			13min38s
P11	43min43s	18min04s			31min13s
P12	38min34s		30min27s		34min30s
P13	21min16s				21min16s
P14	13min27s		13min57s		13min42s
P15				20min12s	20min12s
P16				19min50s	19min50s
P17				12min04s	12min04s
P18				7min41s	7min41s
Média	26min29s	18min32s	24min35s	15min16s	22min26s

**Análise da frequência e da sequência de ocorrência das categorias episódicas ao longo das fases de Linha de Base com M1.** Das seis categorias episódicas elaboradas para o estudo, apenas três foram registradas nas fases de Linha de Base. A categoria *intervenção*, na qual ocorria a manipulação da variável independente, e as categorias *aproveitamento pós intervenção* e *ausência de resposta pós intervenção*, referentes a ela, eram inexistentes em condição de Linha de Base.

Durante as fases de Linha de Base, a ocorrência das categorias em que não houve manipulação da variável independente foi analisada por meio de registro sequencial de frequência, para verificar a quantidade de vezes em que cada categoria ocorreu por consulta e a ordem em que cada uma delas foi observada. A análise sequencial de frequência favoreceu a análise do contexto de ocorrência dessas categorias. A ocorrência de cada episódio foi definida de acordo com a sequência de comportamentos de comunicação observados dentro de um mesmo assunto/tema. A única exceção foi a contagem dos episódios de *perda de oportunidade*, que foram contados segundo critérios diferentes em condição de Linha de Base e em condição de Intervenção. Em condição de Intervenção, os episódios de perda foram contados em função da resposta do médico à intervenção da psicóloga, sendo que, essa resposta marcava o término de um episódio. Em condição de Linha de Base, os episódios de perda eram contados da mesma forma que os demais episódios, sendo considerado término do episódio o momento de mudança do assunto que desencadeou a perda.

Nas 15 consultas observadas em Linha de Base 1, para M1, foi observado número maior de episódios de *perda de oportunidade* do que de episódios de *aproveitamento espontâneo e tentativa bem sucedida de interação*. Foram registrados 53 episódios de *perda de oportunidade* (59%), 21 episódios de *aproveitamento espontâneo* (23%) e 16 episódios de *tentativa bem sucedida de interação* (18%). A soma dos episódios registrados nas categorias *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida* foi igual a 37 (41% dos episódios). A Tabela 11 apresenta o registro sequencial de frequência das consultas da Linha de Base 1 para M1.

Tabela 11

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Linha de Base 1 para M1*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta pós intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
P1- consulta 1	1, 5, 6	2	0	0	0	3, 4
P1- consulta 2	1, 4, 8, 9, 10	2, 3, 5, 6	0	0	0	7
P2	0	0	0	0	0	1, 2, 3
P3	1	2	0	0	0	0
P4	1, 5, 6	2, 4	0	0	0	3
P5	2, 4, 6, 7	5	0	0	0	1, 3, 8
P6	1, 2, 4, 5	3	0	0	0	0
P7	4	1, 3	0	0	0	2
P8	1, 2, 3, 6	4, 8	0	0	0	5, 7
P9	1, 3, 4	0	0	0	0	2
P10	1, 2	0	0	0	0	0
P11	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8	2	0	0	0	0
P12	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9	3, 6	0	0	0	0
P13	1, 2, 3, 5, 6, 10, 11	4, 7, 12	0	0	0	8, 9
P14	1, 2	3	0	0	0	0
Frequência Absoluta	53	21	0	0	0	16
Porcentagem	59%	23%	0	0	0	18%

Nas oito consultas observadas na Linha de Base 2, registradas após um mês de consultas psicopediátricas com M1, os dados começam a se inverter, com maior registro de episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida* em relação aos episódios de *perdas de oportunidade*. Foram observados oito episódios em que M1 perdeu oportunidade para comunicação (20% dos episódios da consulta), 14 episódios de *aproveitamento espontâneo* (35%) e 18 episódios de *tentativa bem sucedida de interação* (45%). A soma de episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida* foi igual a 32 (80% dos episódios). A

Tabela 12 apresenta o registro sequencial de frequência das consultas de Linha de Base 2 para M1.

Tabela 12

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Linha de Base2 para M1*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
P3	3	2	0	0	0	1, 4, 5
P4	2	1	0	0	0	0
P5	0	0	0	0	0	1, 2, 3
P6	4	1, 2, 5	0	0	0	3, 6
P8	3	5, 8	0	0	0	1, 2, 4, 6, 7, 9
P9	3, 4	1	0	0	0	2, 5
P10	0	1, 2, 5	0	0	0	3, 4
P11	4, 5	1, 2, 3	0	0	0	0
Frequência Absoluta	8	14	0	0	0	18
Porcentagem	20%	35%	0	0	0	45%

A Linha de Base 3, ocorrida após dois meses das consultas psicopediátricas, apresenta o resultado mais significativo em termos de mudança do padrão de comunicação de M1 e de diferença entre frequência de episódios de *perda de oportunidade*, *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação*. Nessa fase, embora apenas três consultas tenham sido observadas, não foi registrado episódio de *perda de oportunidade* e foi observada frequência igual de episódios de *aproveitamento espontâneo* (10 episódios, 50%) e episódios de *tentativa bem sucedida* (10 episódios, 50%). A Tabela 13 apresenta o registro sequencial de frequência das consultas de Linha de Base 3 para M1.

Tabela 13

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Linha de Base3 para M1*

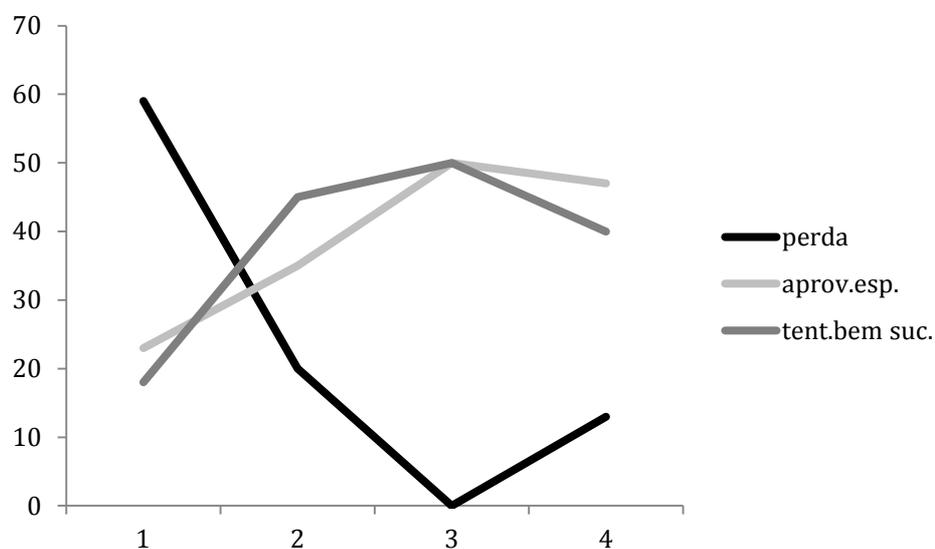
Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
P9	0	0	0	0	0	1, 2, 3, 4
P12	0	1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 12	0	0	0	4, 5, 8, 11
P14	0	1, 4	0	0	0	2, 3
Frequência Absoluta	0	10	0	0	0	10
Porcentagem	0%	50%	0	0	0	50%

Finalmente, na Linha de Base 4, cujas consultas foram observadas após um mês em que M1 voltou a atender sozinho, fora da condição de consulta psicopediátrica, observou-se manutenção do padrão de maior quantidade de *aproveitamentos espontâneos* e *tentativas bem sucedidas* do que de *perdas de oportunidade*, porém, com resultados mais próximos aos obtidos na Linha de Base 2. Em quatro consultas, foram registrados dois episódios de *perda de oportunidade* (13% dos episódios da consulta), sete episódios de *aproveitamento espontâneo* (47%) e seis episódios de *tentativa bem sucedida de interação* (40%). A soma dos episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida* foi igual a 13 (87% dos episódios). A Tabela 14 apresenta o registro sequencial de frequência das consultas de Linha de Base 4 para M1. A Figura 2 apresenta um resumo dos dados obtidos quanto à porcentagem de ocorrência de cada categoria episódica ao longo das quatro fases de Linha de Base.

Tabela 14

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Linha de Base 4 para M1*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
P15	6	1, 3, 4, 5	0	0	0	2, 7
P16	1	2, 3	0	0	0	4
P17	0	0	0	0	0	1, 2
P18	0	1	0	0	0	2
Frequência Absoluta	2	7	0	0	0	6
Porcentagem	13%	47%	0	0	0	40%



*Figura 2. Percentagem de ocorrência de cada categoria episódica de comunicação ao longo das quatro fases de Linha de Base para M1.*

**Consultas de Linha de Base com M2.** A observação das consultas com registro de gravação em áudio foi iniciada para M2, assim como para M1, em janeiro de 2011. Na Linha de Base 1, foram formadas 11 díades de pacientes com M2. Ao longo da coleta, com o descarte de duas díades, nove pacientes foram acompanhados nas fases de Linha de Base 1, Intervenção 1 e Intervenção 2. Desses nove, quatro participaram também da Linha de Base 2, quatro participaram da Linha de Base 3 e quatro participaram da Linha de Base 4. Na Linha de Base 2 foram observadas, ainda, consultas de dois pacientes que não formavam díades com M2, totalizando 11 pacientes acompanhados em condição de linha de base, com M2. Em relação ao número de consultas em cada Linha de Base, foram 12 consultas em Linha de Base 1 (três pacientes foram observados em duas consultas de LB1), seis consultas em Linha de Base 2, quatro em Linha de Base 3 e quatro em Linha de Base 4. A Tabela 15 resume os dados relativos a quantidade de pacientes e quantidade de consultas em cada Linha de Base de M2. A Tabela 16 apresenta a frequência de retornos para consultas, por paciente, ao longo das quatro fases de Linha de Base e das duas fases de Intervenção.

Tabela 15

*Total de Consultas Observadas para M2, por Paciente, ao Longo das Quatro Fases de Linha de Base*

Pacientes	Linha de Base 1	Linha de Base 2	Linhe de Base 3	Linha de Base 4
C1	10/01/11; 17/01/11			
C2	10/01/11; 17/01/11		12/04/11	10/05/11
C3	10/01/11	28/02/11	12/04/11	
C4	10/01/11	28/02/11		
C5	10/01/11	28/02/11	12/04/11	10/05/11
C6	10/01/11; 17/01/11		12/04/11	10/05/11
C7	17/01/11			
C8	24/01/11			10/05/11
C9	31/01/11	28/02/11		
C10		28/02/11		
C11		28/02/11		
Total de consultas	12	6	4	4

Tabela 16

*Frequência de Retornos para Consultas, ao Longo das Fases de Coleta, para os Pacientes Acompanhados com M2*

Pacientes	Patologia	Linha de Base 1	1ª Intervenção	Intervenção 1	Linha de Base 2	Intervenção 2	Linha de Base 3	Linha de Base 4
C1	LLA-AR	X	X	XX				
C2	LLA infante	XX	X	XX		X	X	X
C3	LLA-AR	X	X	XX	X	XXXX	X	
C4	LLA-recaída	X	X		X	X		
C5	LLA-AR-recaída	X	X	XXXX	X	X	X	X
C6	LLA-AR	X	X	XX		X	X	X
C7	LLA-AR-recaída	X	X	XX		X		
C8	LLA-AR	X	X	XX		XX		X
C9	LLA-RB	X		XX	X	XXXX		
C10	neuroblastoma				X			
C11	neuroblastoma recaída				X			

*Nota.* LLA = leucemia linfoblástica aguda; LLA-AR = leucemia linfoblástica aguda de alto risco

As consultas de Linha de Base para M2 duraram, em média, no total, 17 minutos. Houve grande variação entre o tempo de duração das consultas por linha de base e por paciente. A consulta de Linha de Base 1 com o paciente C1, por exemplo, durou 56 minutos e 33 segundos, enquanto que a consulta de Linha de Base 3 com o paciente C6 durou 7 minutos e 19 segundos. A consulta mais rápida, entretanto, foi a de Linha de Base 1 com o paciente C5 que durou apenas 5 minutos e 54 segundos. Os dados relativos ao tempo de duração das consultas de Linha de Base com M2 encontram-se na Tabela 17.

Tabela 17

*Tempo Médio de Duração das Consultas de Linha de Base para os Pacientes de M2*

Pacientes	Linha de Base 1	Linha de Base 2	Linha de Base 3	Linha de Base 4	Média
C1	Cons.1 – 21min37s Cons.2 – 56min33s				39min25s
C2	Cons.1 - 06min12s; Cons.2 – 22min43s		24min51s	13min39s	17min11s
C3	26min37s	15min31s	21min12s		21min33s
C4	0*	06min22s			06min22s
C5	05min54s	19min50s	24min48s	13min53s	16min16s
C6	Cons.1 – 15min53s; Cons.2 – 19min29s		07min19s	12min55s	14min04s
C7	29min28s				29min28s
C8	24min01s			26min53s	25min27s
C9	20min51s	11min31s			16min31s
C10		06min39s			06min39s
C11		12min22s			12min22s
Média	18min12s	12min22s	19min32s	16min50s	17min00s

*Nota.* \*A gravação em áudio da consulta de Linha de Base 1 de C4 com M2 foi perdida, por esse motivo, não foi possível mostrar seu tempo de duração.

**Análise da frequência e da sequência de ocorrência das categorias episódicas ao longo das fases de Linha de Base com M2.** Os dados referentes ao percentual de episódios de *perda de oportunidade*, *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação* para M2 foram semelhantes aos registrados para M1. Isso aponta para a mesma tendência geral de diminuição da porcentagem de episódios de *perda* e aumento na porcentagem da soma de episódios de *aproveitamento* e *tentativa bem sucedida*, da Linha de Base 1 para as Linhas de Base 2, 3 e 4. Nas 12 consultas observadas em Linha de Base 1, foram registrados 74 episódios de *perda de oportunidade* (55,4%), 10 episódios de *aproveitamento espontâneo* (13,5%) e 23 episódios de *tentativa bem sucedida de interação* (31%). A soma dos episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida* foi de 33 (44,6%). A Tabela 18 apresenta o registro sequencial de frequência das consultas da Linha de Base 1 para M2.

Tabela 18

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Linha de Base 1 para M2*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
C1- consulta 1	1, 2, 4, 7, 9, 10	3, 5	0	0	0	6, 8
C1- consulta 2	1, 3, 4, 7, 8, 10	2, 5, 11	0	0	0	6, 9, 12
C2- consulta 1	1, 2	0	0	0	0	0
C2- consulta 2	1, 2, 4, 6	3	0	0	0	5, 7
C3	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8	0	0	0	0	3, 9
C4	0	0	0	0	0	0
C5	1	0	0	0	0	2
C6-consulta1	1, 2, 3	0	0	0	0	0
C6- consulta 2	1	0	0	0	0	0
C7	1, 3, 5, 7, 9, 10, 12, 14	6	0	0	0	2, 4, 8, 11, 13
C8	1, 3	5	0	0	0	2, 4, 6, 7, 8
C9	2	1, 5	0	0	0	3, 4, 6
Frequência Absoluta	41	10	0	0	0	23
Porcentagem	55,4%	13,5%	0	0	0	44,6%

Nas seis consultas de Linha de Base 2, observadas após um mês de consultas psicopediátricas com M2, a situação se inverte, com uma quantidade maior registros de episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativas bem sucedidas de interação* em relação ao registro de episódios de *perda de oportunidade*. Foram observados 13 episódios de *aproveitamento espontâneo* (72,2% do total de episódios), quatro episódios de *tentativa bem sucedida de interação* (22,2%) e apenas um episódio de *perda de oportunidade* (5,6% do

total). A Tabela 19 apresenta o registro sequencial de frequência das consultas de Linha de Base 2 para M2.

Tabela 19

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Linha de Base2 para M2*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
C3	0	1, 3, 4, 5, 6	0	0	0	2, 7
C4	0	1, 3, 4, 5	0	0	0	2
C5	1	0	0	0	0	2
C9	0	1	0	0	0	0
C10	0	1	0	0	0	0
C11	0	1, 2, 3	0	0	0	0
Frequência Absoluta	1	13	0	0	0	4
Porcentagem	5,6%	72,2%	0	0	0	22,2%

Nas Linhas de Base 3 e 4 de M2, os dados se mantêm praticamente inalterados em relação aos observados para Linha de Base 2, com manutenção da tendência de pequena quantidade de *perdas de oportunidade* e quantidade maior de *aproveitamentos espontâneos* e *tentativas bem sucedidas de interação*. Na Linha de Base 3 foram registrados nove episódios de *aproveitamento espontâneo* (64,2% do total de episódios), quatro episódios de *tentativa bem sucedida de interação* (28,5%) e, mais uma vez, apenas um episódio de *perda de oportunidade* (7,1%). A soma de episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação* foi igual a 13 (92,7% do total). Na Linha de Base 4 ocorreu apenas um episódio de *perda* (5,9% do total), nove episódios de *aproveitamento espontâneo* (53%) e sete episódios de *tentativa bem sucedida de interação* (41,2%). A soma de episódios de *aproveitamento* e *tentativa bem sucedida* foi de 16 (94,2% do total de episódios). As Tabelas 20 e 21 apresentam o registro sequencial de frequência das consultas de Linha de Base 3 e 4, respectivamente, para M2. A Figura 3 apresenta um resumo dos dados quanto à frequência e porcentagem de ocorrência de cada categoria episódica ao longo das quatro fases de Linha de Base.

Tabela 20

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Linha de Base3 para M2*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
C2	1	2	0	0	0	0
C3	0	1, 2, 3, 4, 6, 7	0	0	0	5
C5	0	3				1, 2
C6	0	2	0	0	0	1
Frequência Absoluta	1	9	0	0	0	4
Porcentagem	7,1%	64,2%	0	0	0	28,5%

Tabela 21

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Linha de Base 4 para M2*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento (espontâneo)	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
C8	4	1, 3, 5, 6	0	0	0	2, 7
C2	0	2	0	0	0	1
C5	0	1, 3	0	0	0	2, 4
C6	0	2, 3	0	0	0	1, 4
Frequência Absoluta	1	9	0	0	0	7
Porcentagem	5,9%	53%	0	0	0	41,2%

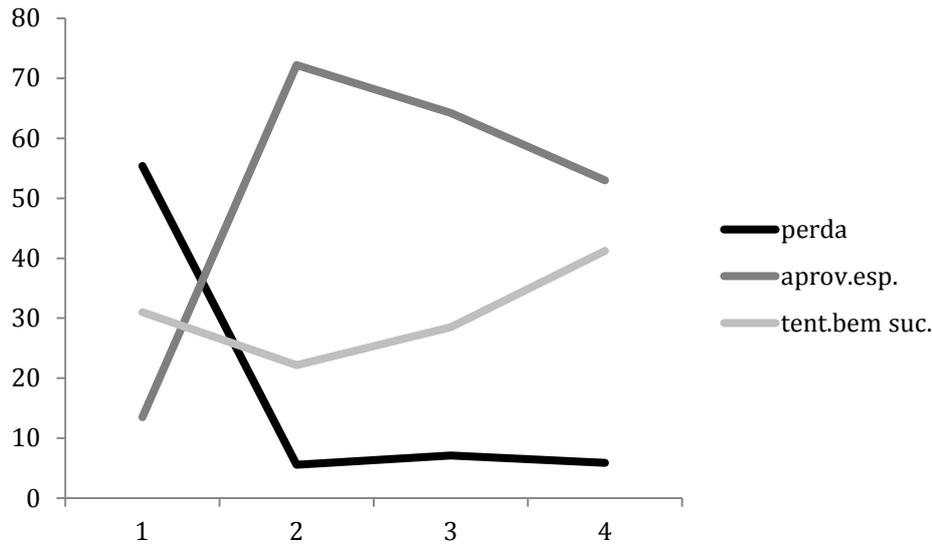


Figura 3. Porcentagem de ocorrência de cada categoria episódica de comunicação ao longo das quatro fases de Linha de Base para M2.

### Intervenção 1 e 2 para M1 e para M2

Em função dos diferentes contextos de coleta e dos diferentes graus de heterogeneidade dos participantes, registrou-se grande variação, tanto na quantidade de consultas observadas para cada médico, em cada fase de Intervenção, quanto na frequência de retorno de cada paciente para consulta, por médico. Enquanto com M1, a maioria dos pacientes de díades teve apenas uma consulta observada em condição de intervenção, com M2, registrou-se média de quatro consultas por díade, na mesma condição. A variação na quantidade e frequência de consultas acompanhadas por díade, contudo, parece ter tido menos efeito no desempenho dos médicos do que outras variáveis de contexto (tais como características relativas ao tipo de consulta e ao tipo de paciente) e do que a manipulação da própria variável independente (modificação da estratégia de intervenção do psicólogo desenvolvida entre a Intervenção 1 e a Intervenção 2), conforme é possível apontar por meio da análise descrita seguir.

**Análise da frequência e da sequência de ocorrência das categorias episódicas ao longo das fases de Intervenção com M1.** Durante a Intervenção 1 foram observadas 15 consultas de M1 com os pacientes das díades. Dentre esses pacientes, apenas P1 (paciente com linfoma de Hodgkin), P9 e P11 (pacientes com aplasia de medula) tiveram mais de uma consulta observada com M1, nessa fase. O registro sequencial de frequência também foi utilizado durante as fases de Intervenção, dessa vez, com a inclusão das categorias referentes à manipulação da variável independente, ou seja, *intervenção*, *aproveitamento pós intervenção* e *ausência de resposta pós intervenção*.

A duração média das consultas de Intervenção com M1 foi bem próxima ao observado para as consultas de Linha de Base: 23 minutos e 37 segundos. A consulta mais longa foi com

o paciente P10, com duração de 40 minutos e 16 segundos; e a mais rápida, a primeira consulta de Intervenção com o paciente P9, que durou 12 minutos e 51 segundos. Os dados relativos ao tempo de duração das consultas de Intervenção com M1 encontram-se na Tabela 22.

Tabela 22

*Tempo de Duração Médio das Consultas de Intervenção para os Pacientes de M1*

Pacientes	1a Intervenção	Intervenção 1	Intervenção 2	Média
P4	10/02/11 – 16min58s			16min58s
P1	20/01/11 – 27min26s	03/02/11 – 08min57s; 17/02/11 – 14min37s;	17/03/11 – 17min04s	17min21s
P2	03/02/11 – 28min05s		31/03/11 – 28min08s	28min06s
P3	08/02/11 – 19min38s			19min38s
P4	10/02/11 – 16min58s			16min58s
P5	08/02/11 – 23min20s		29/03/11 – 21min08s	22min14s
P6	08/02/11 – 18min30s		12/04/11 – 16min20s	17min25s
P7	15/02/11 – 21min25s		15/03/11 – 22min54s; 12/04/11 – 23min18s	22min32s
P8	10/02/11 – 28min43s			28min43s
P9	01/02/11 – 12min51s	08/02/11 – 13min15s; 24/02/11 – 16min33s;	10/03/11 – 13min57s; 15/03/11 – 19min53s; 29/03/11 – 19min47s; 07/04/11 – 38min36s; 14/04/11 – 22min55s	19min43s
P10			29/03/11 – 40min16s	40min16s
P11	15/02/11 – 26min31s	22/02/11 – 28min13s	31/03/11 – 44min26s; 05/04/11 – 52min56s	38min21s
P12			05/04/11 – 24min15s;	24min15s
P13			31/03/11 – 22min32s; 04/04/11 – 14min31s; 07/04/11 – 15min49s	17min37s
P14				
Média	22min02s	18min11s	25min26s	23min37s

A frequência mais elevada nas consultas de Intervenção 1 para M1 ainda foi a de *perda de oportunidade*. Foram registrados 38 episódios de *perda* (24,6% do total de episódios), contra 20 episódios de *aproveitamento espontâneo* (12,9%) e 26 episódios de *tentativa bem sucedida de interação* (16,8%), com uma diferença de, aproximadamente 10% a mais de

*perdas* do que das outras duas categorias. Entretanto, se forem somados o total de episódios de *aproveitamentos espontâneos* com o de *tentativas bem sucedidas*, o resultado final supera o de *perdas de oportunidade*, já durante a Intervenção 1 (46 ocorrências ou 29,7% dos episódios).

Foram registrados menos episódios de *intervenção* (35 ocorrências, ou 22,7% dos episódios) que de *perda de oportunidade*, o que mostra que não houve correspondência direta entre a ocorrência das duas categorias (para cada perda, uma intervenção). Ao mesmo tempo, foi registrada frequência idêntica de *aproveitamentos pós intervenção* e *ausência de resposta pós intervenção* (18 ocorrências ou 11,6% dos episódios, em cada categoria), sugerindo uma dificuldade de M1 em aderir ou em compreender as intervenções do psicólogo durante a Intervenção 1.

A Tabela 23 apresenta o registro sequencial categórico e a frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Intervenção 1 para M1. A Tabela 23 permite observar, ainda, que, durante a Intervenção 1 para M1, foi registrada frequência elevada de *perda de oportunidade* para a maioria dos pacientes e em todas as consultas.

Tabela 23

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Intervenção 1 para M1*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento (espontâneo)	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
P1-consulta1	1, 4, 9, 14	7, 17	2, 5, 10, 15	3, 6	11, 16	8, 12, 13
P1-consulta2	2	3, 6	4	5	0	1
P1-consulta3	1, 4, 7	10	2, 5, 8	6	3, 9	0
P2-consulta1	1, 2	5, 6	3	4	0	7, 8, 9
P3-consulta1	3, 8, 11, 14, 17, 20, 23	6, 7	4, 9, 12, 15, 18, 21, 24	10, 22	5, 13, 16, 19, 25	1, 2
P4-consulta1	2	5, 7	3	4	0	1, 6
P5-consulta1	5	0	6	7	0	1, 2, 3, 4
P6-consulta1	1, 4	7	2, 5	0	3, 6	0
P7-consulta1	2, 5	0	3, 6	4, 7	0	1, 8
P8-consulta1	3, 7	2, 4, 11	5, 9	6	10	1, 8, 12
P9-consulta1	1, 5, 8, 9	0	2, 6, 10	7, 11	3	4
P9-consulta2	0	1, 3	0	0	0	2, 4
P9-consulta3	1, 4, 9	7	2, 5, 10	0	3, 6, 11	8, 12
P11-consulta1	2, 5, 7	6	3, 8	4, 9	0	1
P11-consulta2	1, 3, 7	10	2, 4, 8	5, 6	3, 9	0
Frequência absoluta	38	20	35	18	18	26
Porcentagem	24,6%	12,9 %	22,7 %	11,6%	11,6%	16,8%

Durante a Intervenção 2, foram observadas 18 consultas de M1 com os pacientes das díades. Assim como na Intervenção 1, P9 e P11 foram dois dos pacientes cujas consultas foram observadas mais de uma vez. Outros dois pacientes, P7 (paciente de anemia falciforme com sequela de AVC) e P13 (paciente com leucemia), também tiveram mais de uma consulta observada em Intervenção 2 com M1, embora não tivessem sido acompanhados durante a Intervenção 1 (P7, em função das datas de retorno mensais de consulta e P13 porque entrou no estudo depois da Linha de Base 2).

Durante a Intervenção 2, observou-se mudança na frequência de ocorrência de todas as categorias episódicas, sendo que, as maiores diferenças foram nas frequências das categorias *ausência de resposta pós intervenção* (que caiu de 11,6% - 18 episódios - para 5,1% - 7

episódios) e *tentativa bem sucedida de interação* (que subiu de 16,8% - 26 episódios - para 33,8% - 46 episódios). Foi observado aumento, também, na ocorrência das categorias *aproveitamento espontâneo* (25 ocorrências ou 18,3% dos episódios) e *aproveitamento pós intervenção* (14 ocorrências ou 10,2% dos episódios).

Houve diminuição da frequência de ocorrência de *perda de oportunidade* que, dessa vez, correspondeu, em número absoluto, à frequência de ocorrência da categoria *intervenção* (22 ocorrências ou 16,1% dos episódios, em cada uma das duas categorias). Se for observado, entretanto, o registro sequencial das categorias, é possível notar que o padrão de não correspondência direta se manteve (a perda nem sempre era seguida por uma intervenção imediata, tendo sido registradas perdas sem intervenções e mais de uma intervenção para a mesma perda).

Os dados mostram modificação do comportamento de M1, em relação à intervenção, e sugerem um possível efeito da mudança da estratégia adotada pelo psicólogo durante a Intervenção 2 (lembrando que, nessa fase, além de intervir ao longo das consultas, o psicólogo apresentava, no intervalo entre uma consulta e outra, um *feedback* para o médico do que tinha sido positivo e negativo em seus comportamentos de comunicação com o paciente e o familiar acompanhante).

A Tabela 24 apresenta o registro sequencial categórico e a frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Intervenção 2 para M1. Se for observada a frequência de *perda de oportunidade* por paciente, a Tabela 24 mostra, também, que houve redução dessa categoria em todas as consultas, para todos os pacientes, a exceção da sétima consulta do paciente P9. A Figura 4 apresenta a porcentagem de ocorrência das categorias episódicas ao longo das duas fases de Intervenção, para M1.

Tabela 24

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Intervenção 2 para M1*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento (espontâneo)	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
P1-consulta4	0	3	0	0	0	1, 2
P2-consulta2	3	2, 9	4	5	0	1, 6, 7, 8
P5-consulta2	0	3	0	0	0	1, 2, 4
P6-consulta2	2, 6	5	3, 7	4, 8	0	1, 9, 10
P7-consulta2	1, 4	3	5	0	6	2
P7-consulta3	0	2, 4, 7	0	0	0	1, 3, 5, 6, 8
P9-consulta4	2	5	3	4	0	1
P9-consulta5	0	0	0	0	0	1
P9-consulta6	1	4	2	0	3	5
P9-consulta7	2, 5, 9, 10	1	3, 6, 8, 11	4, 7	12	13
P9-consulta8	7, 10	1, 6, 14	8, 11	9,12	0	2, 3, 4, 5, 13
P10-consulta1	4, 7	2	5, 8, 10	0	6, 9, 11	1, 3
P11-consulta3	0	0	2	3	0	1
P11-consulta4	1	4, 5, 6	2	3	0	7, 8, 9, 10
P12-consulta1	2, 6	1, 10, 12	3, 7	4, 8	0	5, 9, 11
P13-consulta1	3, 7	0	4, 8	9	5	1, 2, 6, 10
P13-consulta2	0	1	0	0	0	2, 3, 4
P13-consulta3	2, 5	1	3	4	0	6, 7
Frequência absoluta	22	25	22	14	7	46
Porcentagem	16, 1%	18, 3%	16,1%	10,2%	5, 1%	33, 8%

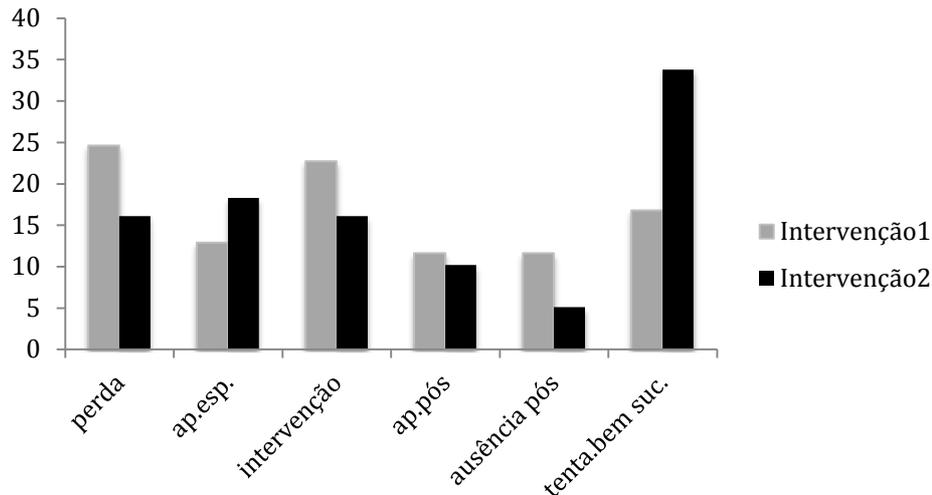


Figura 4. Porcentagem de ocorrência das categorias episódicas ao longo das duas fases de Intervenção, para M1.

**Análise da frequência e da sequência de ocorrência das categorias episódicas ao longo das fases de Intervenção com M2.** Durante a Intervenção 1 foram observadas 28 consultas de díades com M2, quase o dobro do observado para M1. Todos os pacientes que formaram díades com M2 tiveram consultas observadas mais de uma vez, com média de três consultas para cada paciente. Nos cálculos de frequência de ocorrência das categorias episódicas, porém, foram considerados apenas os registros de 19 dessas consultas. As consultas observadas no dia 07 de fevereiro de 2011 não foram consideradas na análise porque uma falha no equipamento de gravação impediu o registro em áudio das consultas. Como, para todas as outras consultas, os dados foram analisados considerando-se dois tipos de registro (observação direta e áudio), optou-se por eliminar as consultas daquela data e, assim, evitar modificação dos critérios de confiabilidade e fidedignidade dos resultados. As nove consultas do dia 07 de fevereiro foram consideradas, apenas, na contagem do total de consultas de Intervenção realizadas com M2 uma vez que, embora não se tenha tido acesso aos registros, os procedimentos de intervenção ocorreram normalmente, nesse dia, e tiveram a mesma possibilidade de afetar os comportamentos do médico que a intervenção desenvolvida nos demais dias.

A duração média das consultas de Intervenção com M2 foi de 23 minutos e 10 segundos, cerca de 5 minutos mais longas que a média das consultas de Linha de Base. Mais uma vez, houve, com M2, grande variação no tempo de duração das consultas por paciente. A consulta mais longa foi, assim como na Linha de Base, com o paciente C1, com duração de 44 minutos e 17 segundos. A consulta mais rápida foi com o paciente C4 e durou 7 minutos e 7 segundos.

Os dados relativos ao tempo de duração das consultas de Intervenção com M2 encontram-se na Tabela 25.

Tabela 25

*Tempo Médio de Duração das Consultas de Intervenção com os Pacientes de M2*

Pacientes	1a Intervenção	Intervenção 1	Intervenção 2	Média
C1	24/01/11 – 36min55s	31/01/11 – 14min09s; 21/02/11 – 44min17s		32min00s
C2	24/01/11 – 17min38s	14/02/11 – 25min13s	15/03/11 – 31min15s	24min55s
C3	24/01/11 – 26min44s	21/02/11 – 26min36s	15/03/11 – 36min28s; 22/03/11 – 25min26s; 29/03/11 – 16min44s; 05/04/11 – 32min45s	27min20s
C4			04/04/11 – 07min07s	07min07s
C5	24/01/11 – 33min08s	31/01/11 – 13min04s; 14/02/11 – 19min42s; 21/02/11 – 18min44s	21/03/11 – 20min59s	21min31s
C6	24/01/11 – 17min06s	31/01/11 – 19min20s;	10/03/11 – 09min44s	15min23s
C7		14/02/11 – 28min07s; 21/02/11 – 34min40s	24/03/11 – 30min06s	31min24s
C8	31/01/11 – 29min02s	21/02/11 – 32min02s	21/03/11 – 19min56s; 04/04/11 – 21min40s	25min50s
C9		21/02/11 – 14min33s; 14/02/11 – 17min01s	10/03/11 – 17min41s; 15/03/11 – 17min06s; 29/03/11 – 20min19s; 05/04/11 – 16min02s	17min00s
Média	26min58s	23min51s	24min44s	23min10s

Na primeira fase de Intervenção com M2, observou-se pequena diferença entre o percentual obtido em cada uma das categorias episódicas de comunicação. A categoria *tentativa bem sucedida de interação* foi a que registrou maior frequência (38 ou 23,1% dos episódios), seguida da categoria *intervenção*, com 34 ocorrências (20,7% dos episódios), *perda de oportunidade*, com 33 (20,1% dos episódios), *aproveitamento pós intervenção* com 31 (18,9% dos episódios) e *aproveitamento espontâneo* com 26 ocorrências (15,8 % dos episódios). A única exceção foi a categoria *ausência de resposta pós intervenção* que ocorreu apenas duas vezes, correspondendo a 1,2% dos episódios. Também com M2 os registros, tanto de frequência, quanto de sequência de ocorrência das categorias, mostram que não houve correspondência direta entre as categorias *intervenção* e *perda de oportunidade*. O

registro de frequência mostra ocorrência ligeiramente maior de intervenção que de perda, e o registro sequencial aponta que houve perdas sem intervenção e, por vezes, necessidade de mais de uma intervenção para uma mesma perda.

A Tabela 26 apresenta o registro sequencial categórico e a frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Intervenção 1 para M2. Assim como no caso de M1, é possível verificar, por meio da tabela, a frequência de ocorrência das categorias por consulta e por paciente. Focalizando a atenção nesse dado, observa-se, para M2, comportamento diferente do registrado para o médico M1. No caso de M2 a quantidade de perdas variou bastante em função da consulta e do paciente, tendo sido registrados cinco episódios de perda em uma mesma consulta com o paciente C8, por exemplo, e nenhum episódio de perda em consultas dos pacientes C5 e C9.

Tabela 26

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Intervenção1 para M2*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento (espontâneo)	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
C1-consulta1	1, 4, 10	7	5, 8, 11, 14	9, 12	6	2, 3, 13
C1-consulta4	3, 7	6, 10	4, 8	5, 9	0	1, 2
C2-consulta1	1	0	2	3	0	4
C2-consulta3	1, 4	0	2, 5, 7	3, 6, 8	0	9, 10, 11
C3-consulta1	1, 7	6, 10, 11	2, 8	3, 9	0	4, 5, 13
C3-consulta3	3	0	4	5	0	1, 2
C5-consulta1	1	0	2, 4	3, 5	0	6
C5-consulta2	1	0	2	3	0	4
C5-consulta4	0	2	0	0	0	1, 3
C5-consulta5	1, 5	0	2, 6	3, 7	0	4, 8
C6-consulta1	1	0	2	3	0	4
C6-consulta2	2	1	0	0	0	3, 4, 5
C7-consulta2	2, 4, 8	1, 12	5, 9	6, 10	0	3, 7, 11
C7-consulta3	4	1, 3, 7, 8, 10, 11	5	6	0	2, 9
C8-consulta1	2, 5, 9, 13	8, 12	3, 6, 10, 14	4, 7, 11	15	1
C8-consulta3	2, 5, 8, 12, 17	1, 11, 15	3, 6, 9, 13, 18	4, 7, 10, 14, 19	0	16
C9-consulta2	1, 6	5	2, 7	3, 8	0	4, 9
C9-consulta3	0	1, 2	0	0	0	3
Frequência absoluta	33	26	34	31	2	38
Porcentagem	20,1%	15,8%	20,7%	18,9%	1,2%	23,1%

O número de consultas observadas com M2 durante a Intervenção 2 foi igual a 15, menor que na Intervenção 1. Diminuiu, também, o número de pacientes com consultas observadas mais de uma vez. Em função das fases e do protocolo de tratamento da leucemia, na Intervenção 2, apenas os pacientes C3, C8 e C9 tiveram mais de uma consulta registrada com M2.

Embora tenha sido observada mudança da frequência de ocorrência de todas as categorias episódicas, a diferença entre o percentual obtido em cada uma das categorias permaneceu pequena. A categoria com maior frequência continuou sendo *tentativa bem sucedida de interação*, com 30 ocorrências (28% dos episódios), seguida, dessa vez, pela categoria *aproveitamento espontâneo*, com 28 ocorrências (26,1%) dos episódios. Houve queda na frequência de *perda de oportunidade* (de 33 episódios - 20,1% - para 17 episódios - 15, 8%) e na frequência de *intervenção* (de 34 episódios - 20,4% para 16 episódios – 14,9%), sendo mantido, mais uma vez, o padrão de não correspondência entre essas duas categorias. Em função da diminuição de perdas e intervenções, a frequência de ocorrência de *aproveitamento pós intervenção* também diminuiu (para 13 ocorrências ou 12,1% dos episódios), mas a frequência de *ausência de resposta pós intervenção* aumentou. Durante a Intervenção 2 essa categoria ocorreu três vezes, o que corresponde a 2,8% dos episódios, mais que o dobro do observado na Intervenção 1. A tendência de variação da frequência de ocorrência das categorias por paciente e por consulta, observada para M2 durante a Intervenção 1 foi menor, mas ainda foi observada na Intervenção 2. Para o paciente C2, por exemplo, foram registrados quatro episódios de *perda de oportunidade*, na consulta da Intervenção 2, enquanto que, na primeira consulta de Intervenção 1, para o mesmo paciente, tinha sido registrado apenas um episódio de perda. Ao mesmo tempo, durante a Intervenção 2, em consultas de pacientes como C3, C7 e C9 não foi registrado nenhum episódio de perda.

A Tabela 27 apresenta o registro sequencial categórico e a frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação nas consultas de Intervenção 2 para M2. A Figura 5 apresenta a porcentagem de ocorrência das categorias episódicas ao longo das duas fases de Intervenção, para M2.

Tabela 27

*Registro Sequencial Categórico da Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação nas Consultas de Intervenção 2 para M2*

Pacientes	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
C2-consulta 4	2, 5, 6, 9	10	3, 7	8	4	1
C3-consulta 4	7	1, 4, 6, 12	8	9	0	2, 3, 5, 10, 11
C3-consulta 5	0	2, 3, 4	0	0	0	1
C3-consulta 6	0	1, 3, 7, 9	0	0	0	2, 4, 5, 6, 8, 10, 11
C3-consulta 7	4	1	5	6	0	2, 3
C4-consulta 2	3	6	1, 4	2	5	0
C5-consulta 6	1	4	2	3	0	0
C6-consulta 4	1	6	2	3	0	4, 5
C7-consulta 4	0	2, 3, 6	0	0	0	1, 4, 5
C8-consulta 4	2, 7	5, 6, 10	3, 8	4	9	1
C8-consulta 5	2, 4	0	3, 6	4, 7	0	1, 8, 9, 10
C9-consulta 4	2	1, 5, 6	3	4	0	0
C9-consulta 5	1, 5	0	2, 6	3, 7	0	4
C9-consulta 6	1	0	2	3	0	0
C9-consulta 7	0	2, 5, 6	0	0	0	1, 3, 4
Frequência absoluta	17	28	16	13	3	30
Porcentagem	15,8%	26,1%	14,9%	12,1%	2,8%	28%

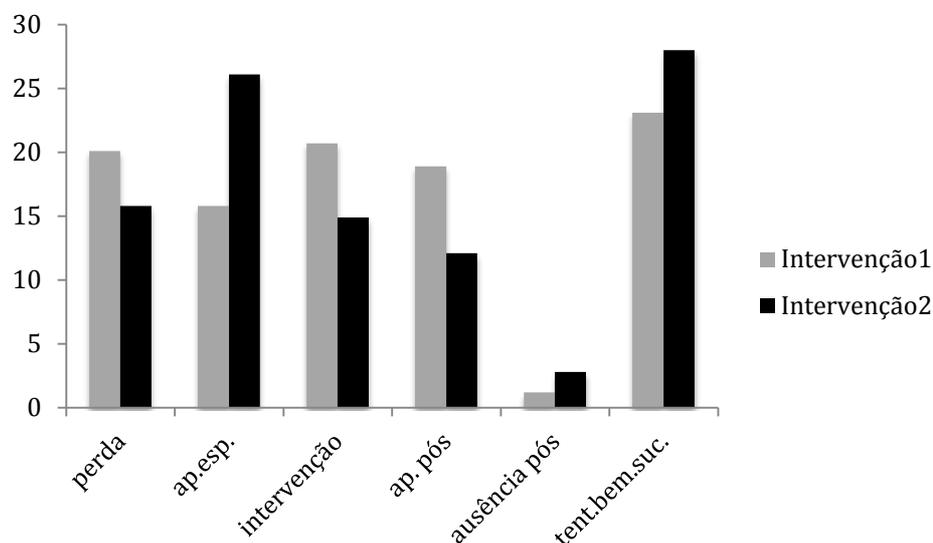


Figura 5. Porcentagem de ocorrência das categorias episódicas ao longo das duas fases de Intervenção, para M2.

A análise dos dados obtidos para os médicos M1 e M2 durante as fases de Intervenção 1 e 2 demonstra que, para ambos, independente do número de consultas com cada paciente, houve diminuição da frequência de ocorrência dos episódios de *perda de oportunidade* e aumento na frequência de ocorrência dos episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação*. Os dados indicam, ao mesmo tempo, que essa tendência não se apresentou da mesma forma para os dois médicos, e sugerem estilos diferentes de resposta ao procedimento de intervenção psicológica. A seguir, apresentam-se algumas análises descritivas de episódios selecionados com os dois médicos, que permitem observar esse dado de forma mais detalhada e sugerir outros efeitos do procedimento de intervenção psicológica.

#### **Análise descritiva das mudanças observadas no comportamento de comunicação dos médicos ao longo das seis fases do estudo - efeitos do procedimento de intervenção psicológica**

O registro sequencial de frequência de categorias permitiu que se fizesse análises descritivas do contexto de ocorrência de cada episódio e do conteúdo característico da comunicação entre médico e paciente. Como o volume de dados obtidos por meio desse tipo de análise foi grande, optou-se por selecionar, para apresentação nesse trabalho, aqueles que trazem questões mais significativas para discussão, de acordo com os objetivos de investigação definidos.

**Mudanças no foco de atenção da comunicação e na habilidade de percepção de comportamentos não verbais.** A primeira situação levantada pela análise descritiva diz respeito à relação entre temática do discurso e direcionamento do foco de atenção do médico ao longo dos episódios de comunicação. Embora não tenha sido objetivo desse trabalho realizar uma análise do conteúdo verbal da comunicação entre médico, paciente e familiar, observou-se que a maioria dos episódios de *perda de oportunidade* registrados durante as linhas de base abordou a temática da doença e tratamento. Dentro desse grande tema, entretanto, observou-se grande variação do foco de atenção do médico entre questões relativas à compreensão das informações e a aceitação das mesmas, tanto entre diferentes díades médico-paciente, em uma mesma linha de base, quanto para uma mesma díade, entre consultas de linhas de base diferentes, e ao longo das duas fases de intervenção. As dificuldades de aceitação das informações, principalmente, eram expressas, muitas vezes, por comportamentos não verbais que denotavam preocupação, ansiedade, discordância ou desconforto, os quais o médico tinha dificuldade de perceber ou não sabia como responder.

A seguir, são apresentados exemplos dos efeitos da intervenção sobre a percepção e resposta do médico a esses comportamentos, em díades de M1 e M2. Faz-se uma comparação do desempenho dos médicos em diferentes consultas de Linha de Base, nas diferentes consultas de Intervenção e entre consultas de Linha Base e Intervenção.

**Díades M1/P9 e M1/P10 em Linhas de Base 1 e 2.** Em relação às diferenças de foco nos episódios de *perda de oportunidade* entre díades diferentes, em uma mesma linha de base, um exemplo são as consultas das díades P9/M1 e P10/M1. Em ambos os casos, M1 teve dificuldades de perceber ou de responder a comportamentos não verbais dos pacientes, durante as consultas de Linha de Base 1 e conseguiu modificar esse padrão nas consultas de Linha de Base 2. Com o paciente P9, entretanto, a não resposta aos comportamentos emocionais não verbais, não implicou em risco de falta de explicação suficiente sobre o tratamento ou não compreensão do mesmo (embora possa ter gerado dificuldades para aceitação do paciente). Já com o paciente P10, a não resposta de M1 às manifestações de desconforto e ansiedade da paciente se constituíram em risco de não adesão por falta de informação.

P9 era um paciente adolescente, em tratamento para aplasia de medula, que comparecia às consultas com a mãe e se comportava de forma tímida, expressando poucas dúvidas e preocupações. Nas consultas de Linha de Base 1 de P9 com M1 foram registrados três episódios de *perda de oportunidade*, dois dos quais, em que M1 não respondeu às reclamações de P9 sobre o tratamento e um no qual não percebeu preocupação da mãe com uma informação dada. Nos três episódios, o foco de M1 foi dirigido à transmissão de informações e não à percepção de como paciente e mãe se sentiam em relação a essas informações. Nesse caso, embora tenham sido dadas informações e orientações necessárias ao

tratamento, com aparente compreensão tanto por parte do paciente quanto de sua mãe, as condições de *perda de oportunidade* podem gerar dificuldades de adesão ao tratamento por não aceitação dessas orientações. A descrição abreviada dos três episódios de perda de oportunidade registrados para P9 encontra-se a seguir.

*Perda de oportunidade 1:* M1 pede que P9 diga as medicações e quantidade que está usando. Ele fala e, ao final, mãe e paciente comentam, desanimados, que são muitos remédios (“bebo mais remédio do que como”). M1 Não responde ao comentário de P9, nem percebe as fisionomias de desânimo da mãe e do paciente.

*Perda de oportunidade 2:* P9 pergunta até quando deverá tomar a ciclosporina. Mãe diz que ele está doido pra parar com a essa medicação. M1 diz que ele deverá continuar tomando mesmo depois do transplante de medula e, talvez, por muito tempo ainda. P9 reage com fisionomia de decepção. M1 não comenta.

*Perda de oportunidade 3:* M1 avisa que nível de ciclosporina está baixo, precisava estar maior, mas que não vai mexer agora por causa da proximidade do transplante. Mãe demonstra preocupação, por meio da fisionomia. M1 não percebe.

Ao comparar as consultas de Linha de Base 1 e 2 para as mesmas díades, observa-se mudança dos comportamentos de comunicação de M1, com discreta alteração do foco de atenção durante os episódios de perda nas consultas com P9. Na consulta de Linha de Base 2 foram registrados dois episódios de *perda de oportunidade*, dois de *tentativas bem sucedidas de interação* e um de *aproveitamento espontâneo*. O primeiro episódio registrado de *perda de oportunidade* foi semelhante ao registrado na consulta de Linha de Base 1: P9 fez um comentário sobre o excesso de medicamentos que vinha tomando e M1 não respondeu a esse comentário. O segundo episódio de perda nessa consulta, também apresenta uma situação em que P9 reclamou de um procedimento (dessa vez, a transfusão de sangue), sendo que, dessa vez, M1 respondeu ao paciente, sem abordar a questão comportamental implícita na reclamação, mas repetindo explicações técnicas de porque P9 deveria receber sangue naquele dia. Em seguida a esse episódio, ocorreu um episódio de *tentativa bem sucedida* em que M1 entregou o resultado do exame da sangue a P9 e explicou os significados das dosagens das séries sanguíneas, utilizando essa explicação como mais uma estratégia de convencimento sobre a importância da transfusão (Era hábito de M1 apenas entregar o resultado do exame de sangue, sem mostrar ou detalhar as dosagens de cada série. O comportamento de explicação e/ou detalhamento do resultado para o paciente foi um dos comportamentos estimulados durante as fases de Intervenção). A transcrição dessa sequência de episódios encontra-se a seguir.

*Perda de oportunidade 2*

P9: Eu não vou precisar de sangue, não, né ? (pergunta baixinho)

M1: Hã ?

P9: Eu não vou precisar de sangue não.

M1: P9, hoje você está com 9.000 de plaquetas e eu vou te transfundir porque vem Carnaval aí. Então a gente não tem nem como te avaliar no meio desse período.

Mãe: Hum, hum.

P9 apresenta fisionomia de decepção, baixa a cabeça e desvia o olhar de M1.

M1: E eu tenho medo. Porque falta às vezes sangue, falta outras coisas no Carnaval porque o consumo se torna maior e eu prefiro te transfundir com uma coisa melhor, eu digo assim, com uma aférese, do que com um monte de coisa limitada. Então eu gostaria que você tomasse transfusão de plaqueta porque eu tenho medo de você sangrar nesse intervalo aí que vai ser quase uma semana.

Mãe: É verdade.

*Tentativa bem sucedida 2*

M1: Tá? Mas hemácia não, ó, você tá com, olha aqui o seu exame. Você tá com sete de hemoglobina, tá? Tá bom.

P9 concorda com a cabeça.

Embora o foco de M1 nos episódios de *perda de oportunidade* e *tentativa bem sucedida* transcritos permaneça sendo a transmissão de informações, observa-se maior atenção do médico às reclamações e queixas do paciente. A análise do outro episódio de *tentativa bem sucedida* registrado na consulta e do episódio de *aproveitamento espontâneo* reforçam esse dado. No primeiro episódio de *tentativa bem sucedida* registrado na consulta de Linha de Base 2 com P9, M1 avisou que precisará aumentar, mais uma vez, a dosagem de ciclosporina. Em seguida, perguntou o que P9 achou desse aumento e os dois acabaram brincando com a quantidade de comprimidos da medicação que P9 deveria passar a usar, conforme descrito a seguir.

*Tentativa bem sucedida 1*: M1 avalia os resultados dos exames e resolve aumentar a dosagem de ciclosporina. Volta-se para P9 e pergunta: “Não vai falar nada? Ficou chocado?” P9 responde em tom de brincadeira: “É, vou tomar 10 comprimidos, só 10”. M1, também brincando: “É, é pouco, né?”.

No episódio de *aproveitamento espontâneo*, a mãe do paciente referiu que P9 ficou muito triste e chorou após uma consulta com a endocrinologista em que foi informado de que não poderia crescer muito em estatura, em função da doença e do tratamento. Em seguida à informação dada pela mãe, M1 dirigiu-se a P9, explicou como ocorria o processo de crescimento e sugeriu alternativas de enfrentamento da situação, lembrando exemplos de pessoas bem sucedidas e de baixa estatura.

Nas consultas de P10 com M1, em Linha de Base 1, foram registrados dois episódios de *perda de oportunidade*, ambos referentes a situações de tratamento médico. P10 era uma paciente com seqüela de AVC, consequente à anemia falciforme, que apresentava

dificuldades cognitivas significativas. Na consulta de Linha de Base 1, foi acompanhada pelo irmão mais velho, que substituiu os cuidadores principais (mãe e pai), impossibilitados de comparecerem à consulta por motivo de trabalho. O irmão ainda era adolescente (18 anos) e não participava do tratamento, ou dos cuidados com P10, nem em casa, nem no hospital, estando pouco familiarizado com questões de medicamentos e procedimentos. M1 fez a investigação de sintomas e medicações em uso dirigindo-se o tempo todo à P10, que se confundiu e ficou tensa em responder às questões. Em nenhum momento M1 confirmou as informações com o irmão, questionou se os pais mandaram algum recado para ele ou solicitou a presença dos pais nas consultas seguintes. Ao mesmo tempo, não percebeu (ou optou por não intervir sobre) a dificuldade de expressão e a ansiedade de P10 em relação às informações. Limitou-se a seguir com a investigação, sem orientar P10 ou o irmão sobre como proceder com os sintomas queixados. Apenas ao final do primeiro episódio de perda, M1 agradeceu P10 por ter conseguido concluir as informações, mas permaneceu sem comentar a dificuldade da paciente em transmiti-las ou sugerir formas mais eficientes para lidar com essa dificuldade em outras consultas.

Observa-se uma falta de resposta às preocupações e dificuldades comportamentais expressas por paciente e acompanhante, concomitante à falta de orientação sobre significado dos sintomas e procedimentos de tratamento. O foco de atenção de M1, nesse caso, foi dirigido exclusivamente à coleta de dados sobre o estado clínico e medicações em uso por P10, o que pode gerar dificuldades de adesão não só por falta de aceitação, mas também por falta de informação sobre o tratamento. A descrição abreviada dos dois episódios de *perda de oportunidade* registrados com P10 encontra-se a seguir.

*Perda de oportunidade 1:*

M1 se dirige à paciente e não ao irmão para perguntar sobre estado clínico e uso de medicações. Paciente relata que não passou bem desde a última consulta e que vomitou, mas se confunde e não consegue descrever com segurança o que aconteceu, nem como. M1 pergunta o que a outra médica (da gastroenterologia) disse sobre o tratamento. Paciente diz que a médica mandou ela parar de comer besteiras e não mudou medicação. M1 aceita as informações de P10, sem verificar com o irmão e sem tentar acalmar P10 para que ela possa se expressar melhor. Registra no prontuário as informações dadas por P10. Em determinado momento da investigação, P10 entrega, espontaneamente, as caixas dos remédios que estava tomando à M1. A partir de então, M1 confere com P10, apontando para cada caixa, mas sem falar o nome de cada remédio, o que ela estava usando e em qual quantidade por dia. P10 consegue informar, hesitando e gaguejando. Ao final, M1 agradece à P10, dizendo que assim ficou mais fácil, mas não volta ao sintoma original (vômitos), não faz qualquer relação entre a investigação das medicações em uso e os sintomas queixados por P10, nem confirma com o irmão se as informações passadas pela paciente estão corretas.

*Perda de oportunidade 2:*

Durante o exame físico, M1 pergunta: “O xixi tá que cor, P10?”. P10: “Tá...meio escuro”. M1: “Cor de Coca-cola ou cor de chá?”. P10: “Meio Coca-cola, meio chá”. M1 faz anotação no prontuário, mas não verifica a informação de outra forma, nem orienta P10 ou o irmão a prestarem atenção na cor do xixi ou como devem proceder em relação à isso. Em seguida, encaminha paciente para transfusão e encerra a consulta.

Ao comparar as consultas de Linha de Base 1 e 2 para a mesma díade, observa-se mudança do comportamento de comunicação de M1. Na consulta de Linha de Base 2 para P10, não foi registrado nenhum episódio de *perda de oportunidade*. Por outro lado, foram registrados três episódios de *aproveitamento espontâneo* e dois de *tentativa bem sucedida de interação*, em que na maioria das vezes, M1 demonstrou preocupação com o comportamento de P10, que estava muito calada e tristonha durante a consulta. Em um dos episódios de *aproveitamento espontâneo*, ocorrido durante a investigação de sinais e sintomas, M1 mostrou comportamento totalmente diferente do observado na consulta de Linha de Base 1, embora o contexto da consulta fosse o mesmo (paciente confusa, com dificuldade em responder às questões e acompanhada apenas do irmão mais velho). Observa-se, nesse caso, mudança do foco de atenção de M1 no sentido de perceber e intervir sobre o comportamento não verbal e emoções expressas por P10 e de investigar adequação das estratégias utilizadas pela família para facilitar e garantir o uso correto das medicações, além da transmissão de informações e orientações sobre esse uso. A descrição da sequência de episódios encontra-se a seguir.

*Aproveitamento espontâneo 1:*

M1 percebe que P10 está triste e desanimada e investiga o que aconteceu. P10 diz que não foi nada mas M1 insiste, no começo e ao longo da consulta.

*Aproveitamento espontâneo 2:*

Durante a investigação sobre medicações em uso, P10 mostra-se, mais uma vez, com dificuldade em responder. De novo vai à consulta acompanhada só do irmão mais velho. M1 ajuda P10 a se lembrar das medicações que está tomando, corrige as informações erradas que a paciente fornece sobre a dosagem das medicações e, ao final, investiga quem administra os remédios a P10, como são armazenados e qual estratégia P10 utiliza, em casa, para distinguir um remédio do outro e as dosagens certas.

*Tentativa bem sucedida 3:*

Antes e durante o exame físico, M1 fala mais alto, faz brincadeiras com a temperatura de sua mão ao exame. P10 reage e começa a falar mais. M1 diz: “É pra vc acordar”.

*Tentativa bem sucedida 4:*

M1 investiga se P10 está estudando e se o irmão também está estudando. Pergunta se ele perde aula pra trazer P10 ao médico. O irmão confirma. Segue-se negociação entre M1 e o

irmão sobre a possibilidade de que P10 venha um dia para consulta com o irmão e, no dia seguinte, com a mãe para a transfusão. Os dois conversam sobre a melhor maneira de organizar os agendamentos em concordância com as necessidades da família.

*Aproveitamento espontâneo 5:*

M1 investiga se P10 já marcou nefrologista e percebe que não. Re-encaminha a paciente. P10 expressa com a fisionomia que não gosta. M1 percebe e brinca com ela: “Manda um beijinho pra mim ao invés de ficar brava”. P10 mantém fisionomia. M1 diz: “Vou chorar”. P10 ri. Ao final da consulta, dá um beijo em M1. Depois da saída da paciente e seu acompanhante do consultório, M1 permanece preocupada com o estado de humor de P10 e pede à psicóloga (que não estava presente porque a fase era Linha de Base), para verificar o que tinha acontecido.

***Díade M2/C8 em Linha de Base 1, Intervenção 1 e 2 e Linha de Base 4.*** A temática da doença e do tratamento também foi a mais frequente nos episódios de *perda de oportunidade* registrados para M2, ao longo das quatro fases de linha de base. Entretanto, o comportamento de comunicação de M2 tanto nesses episódios, quanto nos de *aproveitamento espontâneo e tentativa bem sucedida de interação*, mostrou-se mais constante que o de M1.

Durante a Linha de Base 1, os episódios de *perda de oportunidade* de M2 caracterizaram-se por situações nas quais eram transmitidas informações importantes sobre o tratamento que causavam apreensão, desconforto ou dúvida no paciente ou no familiar acompanhante; reações essas não percebidas por M2 e às quais o médico não respondia. Ao longo das demais fases de linha de base, essa situação se modifica de forma que M2 passa não só a responder às manifestações emocionais provocadas por informações sobre tratamento, como, em alguns casos, se antecipa à reação do paciente e, logo em seguida à informação dada, já pergunta ao paciente ou acompanhante como se sente em relação ao que tinha acabado de ser explicado.

Esse padrão comportamental foi observado e se repetiu para todas as díades e nos diferentes contextos de consulta (pacientes em começo de tratamento, com os quais M2 tinha pouco vínculo; pacientes com mais tempo de tratamento, com os quais M2 tinha bom vínculo; e pacientes em tratamento para recaída da doença). Cabe lembrar, entretanto, que M2 não foi observado em consulta de má notícia a partir da Linha de Base 1. Para exemplificar a mudança do padrão comportamental de M2 ao longo das fases de coleta, foram selecionados episódios de comunicação observados para a díade desse médico com a paciente C8, que são analisados a seguir.

- Linha de Base 1:

C8 era uma paciente que estava no primeiro mês do tratamento para leucemia, sem, entretanto, ter apresentado complicações ao longo desse período. Mesmo assim, os pais (especialmente, a mãe) e a criança eram bastante ansiosos e reagiam de forma apreensiva a

cada nova fase de tratamento. Embora tivesse ficado no Hospital de Base por poucos dias, apenas para confirmação diagnóstica, C8 sabia que, em caso de febre (que era indício de baixa imunológica e risco de infecção), poderia voltar a se internar lá. Esse era o principal medo que C8 trazia em quase todas as consultas. Ao mesmo tempo, incomodava-se muito, chegando a ficar deprimida, algumas vezes, com as restrições alimentares e sociais e pelos cuidados exigidos pelo tratamento quimioterápico, a fim de evitar essa baixa imunológica. Esse era outro tema recorrente nas consultas com C8.

A consulta de Linha de Base 1 de M2 com C8 foi uma das últimas dessa fase, tendo ocorrido no final do primeiro mês de coleta. Nessa consulta, foi registrada maior quantidade de episódios de *tentativa bem sucedida* (cinco) que de *perdas de oportunidade* (dois). Os dois episódios de *perda de oportunidade* registrados referiram-se a não percepção de M2 acerca da reação de apreensão de C8 e de sua mãe após informações dadas sobre o tratamento. A seguir, a transcrição de um desses episódios.

*Perda de oportunidade 2:*

Mãe: Deixa eu fazer uma pergunta, doutor. Com essa nova quimioterapia (Ara-C) a tendência, então, é abaixar um pouco essas taxas, né? (referindo-se às taxas do sangue).

M2: Bastante, é. O Ara-C é um que eu ia falar mas já que você falou, então vamos falar agora. Ela vai tomar o Ara-C que vai completar esse ciclo, agora, da indução. E o Ara-C ele vai destruir um pra um milhão.

C8 arregala os olhos.

M2 continua: Aqui a gente destruiu um pra vinte mil, pra trinta mil, pra cem mil, não sei exatamente, mas acho que praticamente destruiu umas cem mil células (referindo-se à quimioterapia anterior). Agora com esse ciclo a gente vai tentar destruir de um pra um milhão. Pra consolidar o que a gente conseguiu. Só que as células normais vão juntas, também.

Mãe: É. Hum, hum.

C8 afunda na cadeira.

M2: Toda célula que estiver em multiplicação, vai embora. Então, isso aqui vai baixar, bastante. É normal. E, quando baixa, aí a criança fica sem defesa, pode dar anemia, pode ter febre, sangramento, a plaqueta baixa... E, depois do Ara-C tem que ter um cuidado, assim, praticamente redobrado. Deu febre, vômito, dor de barriga, é... diarreia, a boca encheu com ferida, mal estar, assim, tá tonta, sonolência, tem que ir pro Base.

Mãe: Até sonolência...

M2: Até sonolência. Tudo acima do normal. Começou a ficar diferente, mesmo que não tenha febre, mas tá diferente, muito desanimada, muito prostrada, isso pode ser um sinal de infecção. Aí tem que ir pro Base, tá?

C8 permanece assustada, com os olhos arregalados. Mãe e pai ficam em silêncio e também expressam preocupação, pela fisionomia. M2 repete a necessidade de ir ao Base, a qualquer hora do dia ou da noite, caso algum dos sintomas descritos apareça, mas não comenta a expressão dos pais ou da criança, nem tenta tranquilizá-los.

Ao longo das consultas seguintes, já na fase de Intervenção, a preocupação da mãe com os cuidados necessários para evitar a baixa de imunidade, o risco de infecções e as possíveis internações no Hospital de Base chegaram a tal ponto que a criança passou a ter muitas restrições em sua rotina, chegando a se deprimir. Durante as consultas de Intervenção, foi, então, desenvolvida uma estratégia conjunta de M2 com a psicóloga, na tentativa de minimizar esse quadro e incentivar a participação mais ativa da criança no tratamento. C8 deveria elaborar listas de dúvidas e/ou pedidos sobre o que poderia ou não fazer para apresentar a M2, durante as consultas. Frente às respostas de M2, nos casos em que as proibições fossem mantidas, C8 deveria buscar substituições para seus pedidos, com a ajuda de M2 e da psicóloga (por exemplo: caso quisesse ir a uma festa de aniversário e não pudesse, substituiria a festa por uma sessão de DVD, em casa, com os pais e o irmão). As consultas de C8 com M2 passaram a ser direcionadas, então, pelas listas elaboradas pela criança e pela mãe.

As consultas de Intervenção 1 e 2 e Linha de Base 4, trazem vários exemplos desse tipo de interação, registrados como episódios de aproveitamento espontâneo. A seguir, são apresentados alguns relatos. Os relatos ilustram a manutenção da mudança do comportamento de M2 não só no sentido de perceber as manifestações da criança e da mãe, como também, de incluir a participação de C8 no processo de tomada de decisão sobre seu tratamento.

- Intervenção 1- consulta 3 de M2/C8:

Essa consulta foi selecionada como exemplo, por ter sido aquela em que foi registrada maior frequência de episódios de *perda de oportunidade* para M2, considerando as duas fases de Intervenção. A análise dessa consulta ilustra o tipo de comportamentos e situações para os quais M2 dirigia seu foco de atenção e indica a forma pela qual a intervenção psicológica pode ter influenciado no redirecionamento desse foco.

*Aproveitamento espontâneo 1:*

M2 percebe desconforto da mãe falando do Hospital de Base e o medo do risco de infecção por bactérias. M2 esclarece para a mãe alguns pontos sobre a necessidade das internações nesse hospital e os cuidados que são tomados para evitar infecções.

*Perda de oportunidade 1:*

C8 apresenta expressão facial de desânimo. M2 continua falando dirigindo-se à mãe e não percebe e/ou não reage à expressão facial da paciente.

*Intervenção 1:* Psicóloga pergunta: “Que desânimo é esse? É por causa da internação?” (referindo-se à internação no HAB prevista para aquele dia).

*Aproveitamento pós 1:*

M2 pergunta para paciente se ela acha que é melhor ficar para já fazer logo e se “livrar” de mais uma QT, lembra que a internação será diferente porque C8 acha melhor ficar no HAB e que lá ela deverá ter menos problemas M2 aproveita e pergunta a C8 sobre a listinha de dúvidas. C8 diz que não tem nada dessa vez e continua desanimada.

*Perda de oportunidade 3:*

M2 continua orientações à mãe sobre os procedimentos da internação, sem se dirigir à C8 que permanece desanimada e não participativa na consulta.

*Intervenção 3:*

Psicóloga pergunta a C8 se, mesmo sem dúvidas, ela teria alguma reclamação, queixa ou comentário.

*Aproveitamento pós 3:*

M2 pergunta se paciente quer pedir alguma coisa. C 8 nega.

*Aproveitamento espontâneo 2:*

M2 responde dúvidas dos pais quanto as atividades que paciente pode ou não fazer. Trecho que se inicia com pergunta da mãe sobre ida a chácara. M2 explica, então, o que C8 pode ou não fazer nessa etapa.

*Perda de oportunidade 4:*

M2 passa orientações aos pais sobre os cuidados durante a etapa de tratamento que C8 estava iniciando naquele dia, mas, mais uma vez, não se dirige a C8 que permanece com a mesma expressão desde o início da consulta.

*Intervenção 4:*

Psicóloga dá sugestão a C8 e à M2 de refazerem a listinha do “pode ou não pode”.

*Aproveitamento pós 4:*

M2 apóia a sugestão, sugere que a listinha seja feita durante essa internação e que as dúvidas sejam tiradas com o médico da noite. Psicóloga comenta, referindo-se às vantagens da lista: “É bom fazer, se não fica parecendo que não pode um monte de coisa...e pode!”. M2 concorda e reforça: “É, o McDonalds já pode!”

*Aproveitamento espontâneo 3:*

C8 relaxa um pouco mas permanece séria. M2 comenta: “Hoje está difícil tirar um sorriso aqui viu?! Se eu fizer cosquinha você vai sorrir!”. C8 sorri.

*Tentativa bem sucedida de interação 1:*

Já ao final da consulta, M2 pergunta sobre escola e avisa que, nessa fase, paciente já vai poder comparecer à escola com mais frequência.

- Linha de Base 4:

A consulta de Linha de Base 4 de M2 com C8 ocorreu após um mês de consultas sem a presença e sem a intervenção do psicólogo e três meses após a consulta de Intervenção descrita no exemplo anterior. A análise dessa consulta de Linha de Base 4 mostra, não só a mudança do comportamento do médico, como também a mudança do comportamento da criança, mais participativa durante a consulta. É importante notar que a participação da criança não se restringiu a responder perguntas feitas pelo médico, mas incluiu a iniciativa da criança de dirigir perguntas e reivindicações ao médico, sem a necessidade da intermediação da mãe.

*Aproveitamento espontâneo 1:*

M2: Hoje ela tá diferente, tá de uniforme. A gente só vê de roupa chique! Aí parece que quando vê de uniforme fica diferente.

Mãe, sorrindo: É, agora é a escola!

M2: Sempre vem combinando, toda combinadinha...

C8 (interrompendo a conversa): É, mas hoje tem lista...!

M2: Tem lista, é?

C8: Só deixa eu achar ela aqui que tá grande.

Mãe solta uma gargalhada.

M2, sorrindo: Ah, tá.

Mãe: Hoje tá bom. Hoje tem punção...

M2: Hoje é aquele dia que tem tudo? Tem Elspar...

Mãe: Hoje é "o" dia.

M2: Tem tudo que tem direito, hoje. E tem até a lista, também.

Mãe: É. A da mãe é pequena, a dela é grande.

C8 continua procurando sua lista na mochila.

C8: A minha nem é tão grande, não.

Mãe: A sua, mais ou menos, né ?

C8: Só umas quatro coisinhas.

M2 e mãe sorriem.

M2: Então, pode começar, mãe. Vamos começar pelas listas. Podem perguntar.

Mãe começa com sua lista, perguntando sobre vacinas. M2 responde à lista da mãe e, em seguida, a de C8 que continha perguntas sobre alimentos que poderia ou não comer. M2 comenta: Ai meu Deus! Toda vez que eu vejo essas suas listas eu já fico com fome porque sei que vai ter um monte de pedido de coisas pra comer.

Todos riem. M2 e C8 negociam ida à pizzaria *versus* fazer pizza em casa.

***Díade M1/P6 em Linha de Base 1 e em Intervenção 1 e 2.*** Além de contribuírem para evidenciar, mais uma vez, a alteração no foco de atenção do médico ao longo das fases de coleta, as consultas de M1 com P6 nas fases de Intervenção 1 e 2 mostram que a intervenção

psicológica também mudou e indicam quais os possíveis efeitos dessa mudança sobre o comportamento de médico.

P6 tinha 10 anos e fazia tratamento para talassemia. O tratamento para o tipo de talassemia de P6 indica a necessidade de transfusões regulares de sangue a cada 28 dias. P6 seguia esse tratamento desde pequeno e, em função das transfusões, passou a apresentar alto nível de ferro no sangue (efeito colateral comum, nesses casos). A fim de que o excesso de ferro não trouxesse outras complicações, há cerca de 1 ano, P6 fazia uso de uma medicação quelante do ferro no organismo. Essa medicação deveria ser tomada todos os dias, pela manhã, misturada à água ou a apenas dois tipos de suco (maça ou laranja). Alguns pacientes rejeitavam a medicação, argumentando que tinha um gosto ruim. P6 era um deles. Além disso, o paciente desenvolveu quadros ocasionais de diarreia, outro efeito colateral associado ao quelante de ferro, o que contribuía para dificuldade de adesão à medicação.

Ao longo dos cinco meses de coleta, P6 participou de quatro das fases do estudo: Linha de Base 1, Intervenção 1, Linha de Base 2 e Intervenção 2; com uma consulta observada em cada fase. A negociação quanto ao uso correto da medicação quelante de ferro esteve presente desde a Linha de Base 1, entretanto, observa-se mudança no foco de atenção de M1, quanto a essa questão, na estratégia de intervenção da psicóloga e no comportamento de M1 com cada tipo de estratégia diferente.

Na Linha de Base 1, M1 avisou, pela primeira vez, sobre a necessidade de aumentar a dose da medicação. Nesse contexto, foram observadas duas *perdas de oportunidade* seguidas na comunicação de M1 com P6 e com sua mãe. Os episódios são descritos a seguir:

*Perda de oportunidade 3:*

M1 explica necessidade de aumentar a dose do Exjade. Mãe não gosta muito e P6 também não (pela fisionomia). Mãe questiona se não vai aumentar a diarreia de P6. M1 negocia alternativas de uso (dosagem permanece alta e M1 sugere que seja ministrada dia sim, dia não), repete explicação e reforça necessidade do aumento da dose dirigindo-se só à mãe e não a P6.

*Perda de oportunidade 4:*

M1 modifica a prescrição do Exjade e explica a receita à mãe, só uma vez. Mãe questiona: “Duas de 500?” M1 explica que não vai ser todo dia e repete a necessidade de eliminar o ferro do organismo. Mãe parece não compreender que vai ter que dar dois comprimidos dia sim dia não; mantém fisionomia de dúvida, mas M1 não percebe.

Na consulta de P6 com M1 da Intervenção 1, a questão do uso da medicação não foi abordada diretamente, mas a mãe focalizou seu relato na preocupação com sintomas apresentados por P6 que ela relacionava à doença e ao tratamento. M1, ainda, não dirigiu sua atenção à preocupação expressa pela mãe e/ou à intervenção realizada pela psicóloga. Nessa fase, a intervenção da psicóloga limitava-se a chamar atenção do médico, durante a consulta,

sobre algum aspecto do comportamento do paciente e/ou do acompanhante que indicasse falta de compreensão ou dificuldade de aceitação da informação passada. A seguir, apresenta-se a descrição abreviada da primeira sequência de *perda - intervenção - comportamento pós intervenção*, que ilustra esse contexto.

*Perda de oportunidade 1:*

Mãe apresenta queixa de que P6 sentiu dor de cabeça muito forte. Diz que foi um susto grande. M1 investiga a queixa, detalhadamente, do ponto de vista médico e conclui que vai pedir que a neurologista o examine. Mãe permanece apreensiva. M1 não aborda a ansiedade da mãe.

*Intervenção 2:* Psicóloga comenta: “Foi um susto grande, né ?” Mãe concorda e dá mais detalhes de como se sentiu, em função de não ter hospitais próximo à casa, do estado em que P6 ficou e da dúvida sobre o que fazer (que medicações dar ou não)

*Ausência de resposta pós intervenção:* M1 não comenta nada e dá seguimento à consulta sem abordar ansiedade da mãe ou orientar sobre como proceder nesses casos.

Na consulta de Linha de Base 2, M1 constata que o nível de ferro, embora tenha baixado, ainda está mais alto do que o que seria desejável e altera, mais uma vez, a dosagem da medicação. Nessa consulta, M1 está mais atento aos comportamentos da mãe e negocia as alternativas de administração da medicação, mas permanece sem incluir o paciente na negociação.

Finalmente, na consulta de Intervenção 2, observa-se uma mudança significativa na abordagem de M1 à questão do uso da medicação e dos problemas de adesão ao tratamento apresentados por P6. A estratégia de intervenção da psicóloga também muda.

Nessa fase, as intervenções poderiam ocorrer tanto durante a consulta, quanto no intervalo entre consultas, na forma de *feedback* imediato ao médico sobre os comportamentos de comunicação observado. Na consulta de Intervenção 2 de P6 com M1, a psicóloga usou dois tipos de estratégia de intervenção, durante a consulta, e esclareceu os objetivos dessas intervenções para M1, no *feedback* do intervalo. Nessa consulta, M1 já tinha passado a se dirigir diretamente a P6 para orientar sobre o uso da medicação, mas ainda usava um estilo prescritivo de orientação. Na segunda intervenção, a psicóloga chamou atenção de M1 sobre a necessidade de avaliar a percepção do paciente sobre o uso da medicação, antes de orientar sobre a necessidade de uso e, durante o *feedback* do intervalo, explicou de que forma esse tipo de comunicação poderia ser mais eficiente para estimular a adesão ao tratamento do que a orientação meramente prescritiva. A seguir, encontra-se a descrição abreviada de todos os episódios registrados na consulta de P6 com M1 em Intervenção 2, com ênfase nas sequências de episódios de *perda - intervenção - comportamento pós intervenção*, e a descrição da intervenção realizada no *feedback*.

- Episódio 1- *Tentativa bem sucedida 1:*

M1 pergunta diretamente a P6 se ele está tomando o remédio direito. P6 diz que sim. M1 pergunta qual o nome do remédio e como P6 está tomando. P6 faz brincadeira, mas acaba respondendo corretamente.

- Episódio 2- *Perda de oportunidade 1:*

Depois de confirmar que está tomando o Exjade, P6 diz que o remédio é muito ruim. M1 continua escrevendo no prontuário e não comenta.

- Episódio 3- *Intervenção 1:*

Psicóloga repete a fala de P6 em forma de pergunta: “É ruim ?” P6 confirma e faz careta. Mãe relata que ele detesta o remédio. Psicóloga reforça a pergunta e a reação de P6: “É tão ruim, assim?”

- Episódio 4- *Aproveitamento pós intervenção 1:*

M1 comenta: “Eu não entendo porque só você fala isso, só você diz que é ruim”. Sugere, em seguida que mãe experimente colocar o remédio no suco para melhorar o gosto. Mãe diz que não vai adiantar porque P6 reclama de tudo, até da água. M1 diz que, então, não tem jeito.

- Episódio 5- *Aproveitamento espontâneo 1:*

Na sequência, P6 diz que não bebe água. M1 aproveita e conversa com paciente sobre importância de beber água para o tratamento. Explica, falando diretamente para P6, sobre a razão de ter que tomar o Exjade; sobre porque, tomando o Exjade, precisa beber muita água; e sobre quais as consequências de não tomar o Exjade e de não beber água. Ao final, pede a colaboração de P6. P6 concorda com a cabeça.

- Episódio 6- *Perda de oportunidade 2:*

M1 faz uma abordagem direta à P6, mas apenas prescritiva. Pede a participação dele em uma decisão já tomada por ela e não investiga a razão de P6 não beber água.

- Episódio 7- *Intervenção 2:*

Psicóloga pergunta: “Então, enquanto você sobe na maca (para o exame físico) me responde por que você não gosta de beber água? P6 sorri e diz que água não tem gosto de nada.

- Episódio 8- *Aproveitamento pós 2:*

M1 sugere que a mãe faça, então, uma experiência: deixe P6 um dia sem Exjade, mas também sem água, para ver se P6 não vai achar o gosto da água bom. P6 sorri e conversa com M1 sobre o gosto da água. Na sequência, M1 compara quem não bebe água a um maracujá. P6 se espanta e continuam a negociação para beber água.

- Episódio 9- *Tentativa bem sucedida 2:*

M1 mostra o resultado de sangue para P6 e para mãe, explicando as taxas e o significado das taxas para evolução do tratamento. Comenta: “Eu até gostei do seu exame hoje, olha aqui...” Mãe comemora junto com M1.

- Episódio 10- *Tentativa bem sucedida 3:*

No final da consulta, M1 pede que P6 anote, no período entre aquele dia até a próxima consulta, em um caderno, a quantidade de água que bebeu por dia. M1 explica como calcular a dose pelo tamanho do copo. P6 diz que a mãe anota para ele. M1 não concorda e diz que ele é que vai anotar porque ela quer ver se ele vai virar um maracujá ou outra coisa. Mãe complementa “Ou um xuxu!” Todos riem.

No *Feedback* positivo, pós consulta, a psicóloga reforça a iniciativa de M1 em pedir que P6 registre a quantidade de água ingerida e esclarece que essa é uma estratégia de adesão à tratamento. M1 diz que fez sem pensar. Psicóloga fala sobre problema de adesão do paciente, relacionando com a questão do doença crônica, e reforça como é importante a atenção do médico a aspectos que podem parecer de menor importância mas que têm impacto na forma como a rotina diária é alterada pelo tratamento; como por exemplo, a necessidade de aumento na ingestão de água para auxiliar o efeito do Exjade. Ressalta, ainda, que o bom humor e as brincadeiras constantes que P6 faz, durante a consulta, podem acabar mascarando os problemas de adesão, na medida em que dão uma falsa impressão de que está tudo bem com ele.

No *Feedback* negativo, a psicóloga fala da importância de buscar a opinião do paciente sobre o que ele acha difícil em seguir o tratamento e porque. Volta ao exemplo da ingestão de água e ressalta que, quando se investiga a razão de P6 não gostar de beber água, é possível obter um efeito diferente na adesão do que quando é dada apenas a explicação da necessidade da água do ponto de vista médico. A psicóloga explica que, ao investigar a percepção do paciente sobre o tratamento e as razões que ele mesmo aponta para dificuldade de seguimento, o médico dá a esse paciente a oportunidade de que seja ouvido, inclui o paciente no processo de tomada de decisão sobre o tratamento e estimula sua participação ativa. Assim, fica mais fácil conseguir que o paciente se responsabilize e se comprometa com o seguimento do tratamento, que é um dos objetivos da adesão. M1 concorda e, em seguida à explicação, lembra-se da necessidade de intervir, de forma semelhante ao que a psicóloga estava explicando, no caso de outro paciente que participava da consulta (P12). Pede que a psicóloga o ajude a lembrar disso, na consulta de P12 e de discutirem o caso na reunião geral dos médicos. Ao final do *feedback*, a psicóloga pede que M1 agende consulta para P6 com a psicologia, no retorno do paciente, que será em dia de linha de base. Psicóloga sugere a

necessidade de acompanhar o problema de adesão de P6 de forma mais sistemática. M1 concorda.

**Mudança na resposta do médico ao nível de complexidade das consultas.** Além das questões temáticas e diferenças no foco de atenção do médico, a análise descritiva da sequência dos episódios permitiu a identificação de outras variáveis contextuais presentes na Linha de Base 1, que foram relacionadas aos comportamentos do médico, e cujo efeito foi modificado, após as intervenções psicológicas, nas Linhas de Base 2, 3 e 4 e ao longo das duas fases de Intervenção. Essas variáveis contextuais interferiram no grau de complexidade da consulta em termos de quantidade e tipo de habilidade exigida do médico para interagir e se comunicar eficientemente com o paciente. As variáveis contextuais observadas foram divididas em duas categorias: (a) características da consulta que se constituem em obstáculos à comunicação; e (b) características do paciente que dificultam a interação com o médico. Dentro da primeira categoria - características da consulta - dois tipos de consulta se destacaram: consultas desenvolvidas em ambiente conturbado (ex.: com choro de crianças e/ou interrupções constantes de terceiros) e consultas em que foi necessária a transmissão de más notícias ao paciente e à família. Dentro da segunda categoria de variáveis contextuais que dificultaram a interação entre paciente e médico - características do paciente - foi possível observar dois grupos de pacientes com os quais os médicos tiveram dificuldade de se comunicar: pacientes de temperamento arredo e pacientes pequenos, com idade inferior a 3 anos. Exemplos de mudanças ocorridas no comportamento do médico em cada um desses tipos de consulta são analisados a seguir.

***Categoria 1: características das consultas que dificultam a interação com o médico – consultas em ambiente conturbado.*** Os episódios observados nas consultas de Linha de Base 1 e 3 de C2 com M2 ilustram de que forma os comportamentos do médico se modificaram ao longo do estudo, no sentido que conseguir lidar com as dificuldades ocasionadas por um ambiente conturbado, com menos prejuízo para a comunicação com o paciente|familiar. A paciente C2 era um bebê de um ano que já estava em tratamento o NOHP desde os seis meses de idade. Fazia tratamento para um tipo raro e grave de leucemia, para o qual o transplante de medula óssea poderia ser uma das opções de cura. A mãe também era jovem. Tinha pleno conhecimento da situação da filha e apresentava-se, geralmente, bastante ansiosa nas consultas. C2 era uma criança agitada que, constantemente, se irritava e chorava durante a consulta, não só durante o exame físico mas, por vezes, desde o início da consulta. O choro dificultava a compreensão da mãe acerca das informações passadas por M2, tanto pela intensidade quanto pela ansiedade expressa pela mãe entre acalmar a criança e prestar atenção à M2.

Durante a Linha de Base 1 foram observadas duas consultas de M2 com a paciente C2. A primeira consulta teve duração de 06 minutos e 12 segundos. Foi uma consulta em que a

paciente já chegou chorando, muito irritada, no colo da mãe. M2 não deu atenção ao choro da criança e prosseguiu com a consulta explicando à mãe o resultado do exame de sangue, apesar da fisionomia constante de apreensão da mãe, da ansiedade da mesma em relação ao resultado dos exames e da dificuldade em ouvir e prestar atenção ao que M2 falava, devido ao choro e à agitação da criança. O dois episódios de *perda de oportunidade* registrados nessa consulta, exemplificam bem essa situação.

*Perda de oportunidade 1:*

Mãe: Então, o sangue tá baixo. Ela não fazer a medicação hoje, não ?

C2 chora.

M2: Não, não vai.

C2 permanece chorando.

(pausa)

Mãe: Nossa, ela ficou uma semana em casa. Não deu tempo do sangue subir...

C2 chora. M2 não responde, examina o prontuário de C2.

*Perda de oportunidade 2:*

M2 termina de verificar o prontuário e dirige-se à mãe para responder a uma pergunta que havia feito no começo da consulta sobre o resultado do exame de líquido, um dos parâmetros para decisão sobre a necessidade e o momento do transplante.

M2: O exame do líquido ainda não está aqui. Não está no prontuário.

Mãe: E também, o Dr. L disse que parece que tinha um exame pra chegar da Alemanha, também.

M2: Ah, é? (volta a folhear o prontuário). Ah, eu acho que é aquele examezinho da mutação, né ?

Mãe: É. Esse mesmo.

M2: É. Ainda não chegou, não. Deve chegar até talvez pelo L. Mas isso não vai alterar o nosso tratamento, não. O tratamento é o mesmo.

C2 volta a chorar alto.

M2: É mais pra gente vê se tem aquela mutação de bebezinho, ou não, tá ?

C2 chora. Mãe tenta acalmá-la.

M2 continua falando (sem esperar C2 se acalmar): De qualquer maneira, o tratamento vai ser o mesmo. Eu vou...depois que eu terminar eu vou dar uma olhada no líquido, ali (referindo-se a pasta onde ficavam os exames recém-chegados do laboratório), pra ver, porque, às vezes, ainda tá separado ali. Agora, sexta-feira a gente teve a reunião e a P. olhou todos os líquidos e só tinha um que tinha dado alterado e não era dela.

C2 choraminga.

Mãe (apreensiva): Hum.

M2: Então eu acho que o dela deve tá normal. Porque checando assim...é que agora fica meio complicado pra eu ir lá olhar.

C2 choraminga, reclama e se agita no colo da mãe.

M2: Mas depois eu vejo e aí a gente já deixa separado.

C2 chora alto.

M2: E hoje ela não vai ter nada mesmo pra fazer, porque o sangue tá baixo.

C2 continua chorando alto.

Mãe: Então, como não vai ficar internada hoje, também não vai fazer o início do Ara-C (irritada).

M2: Não. Não vai fazer o Ara-C porque o sangue tá muito baixinho.

C2 chora.

M2: Vamos marcar pra semana que vem. Tá aqui o cartão.

Mãe: Já tá marcado, já.

M2: Já tá marcado? Ah, é. Então, vem semana que vem. Aí essa de hoje fica pra semana que vem. Depois a gente vai refazendo tudo no seu passaporte, à medida que fizer, tá ?

Mãe: Tá, OK.

M2 volta a examinar o prontuário. Mãe fica parada esperando.

M2: Você pode até ir agora. Ela tá bem, né ? O negócio é o sanguinho que ainda não subiu, ainda.

Mãe: Então, tá. Obrigada, doutor. Até semana que vem.

Na consulta de Linha de Base 3 de M2 com C2 a situação já se modifica. Nessa consulta, ainda foi registrado um episódio de *perda de oportunidade*, no qual M2 deu explicações à mãe sobre os procedimentos de transplante, ao mesmo tempo em que C2 chorava e se agitava no colo. Entretanto, ao final da consulta, M2 repetiu as informações passadas, aumentando as chances de compreensão da mãe.

Na consulta de Linha de Base 4, registrada após um mês sem qualquer tipo de intervenção psicológica, M2 parece ter conseguido resolver o problema do choro como obstáculo à comunicação. Nessa consulta, não houve episódios de *perda de oportunidade*, tendo sido registrado um episódio de *aproveitamento espontâneo* e um de *tentativa bem sucedida de interação*. O episódio de *tentativa bem sucedida* ilustra uma situação em que M2 demonstrou preocupação com a compreensão da mãe a respeito do uso de uma medicação prescrita, e, o episódio de *aproveitamento espontâneo* mostra M2 tentando acalmar C2 antes de dar seguimento ao exame físico e à consulta. Os dois episódios são transcritos a seguir.

*Tentativa bem sucedida de interação 1:*

M2 havia percebido que mãe não tinha utilizado uma receita anterior dada por ela. M2 refaz a receita e pede que a mãe confirme se entendeu.

M2: Vê se você entende a letra, só pra confirmar. Às vezes você não entende a letra e fica com vergonha de falar. Pode olhar e pode ficar à vontade. A letra não é lá essas coisas, mesmo, não. Deu pra entender ?

Mãe: Hum, hum.

M2 repete em voz alta o que está na receita e a mãe repete, mais uma vez, após a fala de M2.

*Aproveitamento espontâneo 1:*

M2 anuncia que vai fazer o exame físico em C2 e pede que a mãe a leve para maca. C2 começa a choramingar.

M2: Agora começa o chororô, né ?

Em seguida, M2 começa a brincar com C2 e chama a atenção da criança mostrando um bichinho de borracha verde que ficava preso em seu estetoscópio. C2 pára de chorar. Só então M2 continua o exame físico e volta a orientar a mãe.

***Categoria 1: características das consultas que dificultam a interação com o médico – consultas de más notícias.*** Considerando a classificação de Buckman (1984), foram apenas duas as consultas de más notícias observadas ao longo do estudo, ambas na Linha de Base 1, sendo uma com M1 e a outra com M2. Nos dois casos, a má notícia se referiu à necessidade do médico transmitir ao paciente e à sua família a informação de que o tratamento não estava obtendo os efeitos esperados e que havia necessidade de mudança do protocolo. No caso da consulta de má notícia observada com M2, essa mudança significava um tratamento mais invasivo, mas ainda com chances de cura para o paciente. No caso da consulta observada com M1, a mudança também representava um tratamento mais invasivo, porém, com poucas chances de cura. A situação de M1 foi considerada mais difícil, razão pela qual é apresentada como exemplo nessa seção. Foram selecionados os episódios de comunicação entre a díade P11/M1 na Linha de Base 1 e na Linha de Base 2. A partir da análise dos episódios selecionados, é possível verificar como, apesar da dificuldade apresentada pelo médico na consulta de má notícia, o padrão de comunicação com o paciente se modificou nas consultas subsequentes, embora a necessidade de abordar os aspectos aversivos do tratamento permanecesse presente.

O paciente P11 era adolescente, em tratamento para um caso grave de aplasia de medula. O médico M1 já conhecia P11 e já o havia atendido outras vezes, antes do início da coleta de dados para esta pesquisa. Os dois (P11 e M1) mantinham uma relação de bom vínculo afetivo.

A consulta de Linha de Base 1 de M1 com P11 foi caracterizada por ser uma consulta de comunicação de má notícia. Um paciente com aplasia de medula só tem chances de cura definitiva se for submetido a um transplante de medula óssea. Caso o transplante não seja possível, há outros tratamentos viáveis, mas com grande risco de não terem êxito. Um desses

tratamentos é o ATG (globulina anti timocítica). Com o paciente P11 foi feita toda a investigação para verificar existência de doadores de medula compatíveis na família, mas os resultados foram negativos. Os pais e o tio, que sempre o acompanhavam na consulta, já haviam sido informados, por M1, em consulta anterior à de Linha de Base 1, que P11 não tinha doador compatível e, como seu caso era grave, não poderia esperar pela busca de um doador do banco de medulas. Dessa forma, P11 deveria ser submetido ao tratamento com ATG, tão arriscado quanto o transplante, mas, com menores chances de cura definitiva. Ao mesmo tempo, o tratamento com ATG implicaria em que P11, além de enfrentar muitas restrições sociais, deveria continuar tomando uma série de medicamentos aos quais resistia bastante, como por exemplo, o corticóide (P11 era muito vaidoso e, como tomava corticóide em altas doses, estava sofrendo com os efeitos colaterais do medicamento, como ganho excessivo de peso, surgimento de pêlos e espinhas faciais em abundância). Ciente da resistência de P11, M1 havia combinado com o tio, em consulta anterior à de Linha de Base 1, que ele transmitisse a informação da incompatibilidade entre P11 e os possíveis doadores familiares aos pais e ao paciente para que, na consulta seguinte, M1 pudesse abordar mais as dúvidas, apresentar e discutir os detalhes do tratamento proposto com ATG (a família de P11 não residia no DF. Desde o diagnóstico, estavam hospedados na casa de um tio, que o acompanhava na maioria das consultas, uma vez que a mãe estava no final da gravidez quando P11 foi diagnosticado).

Na consulta de Linha de Base 1 de P11 com M1 compareceram, além do paciente, o tio, o pai, a mãe e o irmão caçula, ainda bebê, com oito meses. Foram registrados sete episódios de *perda de oportunidade* e apenas um de *aproveitamento espontâneo*. Nos episódios de *perda de oportunidade*, a temática foi sempre o tratamento e o foco de atenção do médico foi direcionado para a transmissão das informações e para o convencimento do paciente de que o tratamento sugerido era a melhor opção. M1 apresentou um discurso contraditório, em que, em um momento reforçava a necessidade de que P11 entendesse todas as informações, pensasse sobre elas e decidisse o que achava melhor fazer, e, no momento seguinte, dizia que P11 tinha que ter coragem, aceitar o tratamento e lutar e que não podia chorar. Observou-se grande dificuldade de M1 em lidar com as emoções expressas tanto por P11, quanto por seus familiares ao longo da consulta. Também em relação às emoções, M1 alternava seu comportamento entre não dar atenção às expressões de emoção e sugerir atitudes que julgava adequadas para o enfrentamento do problema, sempre focalizando a ideia de luta.

Antes do início dessa consulta, M1 havia comentado com a psicóloga pesquisadora que estava muito ansioso e solicitou orientação sobre sua atuação. Como essa orientação não poderia ser feita nem antes, nem ao longo da consulta, em função da condição de linha de base, foi acordado que o *feedback* seria dado ao final, seguindo o padrão definido para as consultas de Intervenção: primeiro *feedback* dos pontos positivos e em seguida, dos pontos

negativos. Ao final do *feedback*, M1 comentou sobre a razão de seu desconforto com a consulta, evidenciando a relação entre esse desconforto e um sentimento de impotência quanto à garantia de cura do paciente: “Se eu fizesse tudo isso com ele e tivesse certeza que eu ia melhorar, pelo menos a qualidade de vida dele, eu ficava mais confortável, entendeu. Mas eu não tenho como fazer isso...É muito risco”.

Foram selecionados para transcrição dois episódios de *perda de oportunidade* registrados na consulta de Linha de Base 1 de M1 com P11 para ilustrar o tipo de dificuldade do médico em situação de comunicação de má notícia.

#### *Perda de oportunidade 2*

M1: E aí ele volta a usar uma dose mais alta de corticóide, ele volta a usar o granulokine, eu não sei se ele já usou, mas ele usará o granulokine.

P11: O que é isso?

M1: (dirigindo-se para P11) É uma injeçãozinha que toma na pele que você vai tomar por 90 dias, tá certo?

P1: É doido!

M1: Não, é verdade. E, e vai continuar o uso da ciclosporina. Quando usa o ATG ele é composto dessas quatro drogas: ATG, ciclosporina, corticóide e o granulokine, tá certo?

Pai: E aí ele usa essa dosagem alta por quanto tempo?

M1: Do corticóide, que o senhor tá falando?

Pai: É, do corticóide.

M1: Sete dias. Depois a gente usa um tempo grande 2 mg/kg. Então o P11 vai voltar a usar quase 60 mg de prednisona.

Pai: Hum, hum.

P11 começa a chorar.

M1: (dirigindo-se para P11) Eu não quero choro.

Pai e mãe continuam fazendo perguntas sobre as medicações e seus efeitos. Ambos tinham certa resistência, também, ao uso prolongado e em altas doses de corticóide, e tinham receio dos efeitos colaterais dessa medicação, como indução a diabetes e pressão alta, alguns dos quais, P11 já havia começado a apresentar. M1 responde aos pais e não esconde a possibilidade de efeitos colaterais. P11 continua chorando e quando ouve sobre os efeitos colaterais, chora mais alto. O tio tenta consolá-lo. M1 não se dirige a ele. Mãe insiste em questionar os riscos e P11 continua chorando alto. M1 responde da seguinte forma:

M1 (eleva a voz, mais alto que o choro, cortando a fala da mãe): Por isso mãe, que a gente tem que fazer o controle. Se for preciso a gente usa a insulina. Vocês tem que entender que é: ou vai, ou racha. Ou eu faço tudo na dose que ele precisa de receber ou eu não consigo resposta. Entendeu?

Mãe: Hum, hum.

M1: É uma batalha. As intercorrências que vierem do uso das medicações que eu fizer: pressão alta, diabetes, eu controlo com remédio. Mas eu não posso ter medo de usar por causa disso, porque senão eu não consigo o efeito que eu quero.

M1 continua o discurso reforçando a metáfora da guerra e volta a dizer que todos têm que decidir juntos. Ao final, dirige-se especificamente à P11 e fala do objetivo do tratamento: cuidar da melhor forma possível, mesmo que, às vezes, seja preciso sofrimento. Toda a família se emociona e chora, nesse momento. M1 corta e pede que P11 suba na maca para o exame físico.

*Perda de oportunidade 6 (durante o exame físico)*

P11 continua chorando.

M1: Ó, pensa numa coisa boa de tudo que falei pra você hoje. Pensa aí.

P11 não fala nada, não olha para M1 e continua chorando.

M1: Eu tenho um monte de coisa boa. Você quer que eu comece a falar?

P11 faz que “não” com a cabeça.

M1: Hum? Não? É pra eu ficar calado?

P11 não responde, mas M1 continua.

M1: Primeiro que todo mundo já riu de mim lá embaixo. Isso não é bom? Segundo que você conseguiu me entender, mesmo eu com aparelho na boca. Isso não é bom? Terceiro... você vai ficar livre de um bicho de pé (P11 estava com bicho de pé). Quarto, você não vai ter que tomar nem plaqueta, nem hemácia hoje. E o que é melhor de tudo, não vai ficar no meu pé: “Cadê minha plaqueta? Posso ir embora?” (M1 imita a voz de P11). Olha só, que coisa boa.

P11 continua chorando, baixinho. Pais e tios não se manifestam. M1 para de falar e todos ficam em silêncio. M1 dá seguimento ao exame físico.

P11 participou de duas consultas com M1 durante a Intervenção 1 e duas durante a Intervenção 2. Nas consultas da Intervenção 1, ocorridas entre as duas primeiras linhas de base, as perdas de oportunidades registradas foram de dois tipos: (1) episódios em que M1 não percebia a preocupação de P11 com a evolução do tratamento, e (2) episódios em que o médico não percebia ou não respondia à insatisfação do paciente com algum dos efeitos colaterais das medicações.

No primeiro tipo de episódio, M1 costumava transmitir aos familiares e ao paciente o resultado do exame de sangue informando apenas se o exame estava bom ou ruim. P11 tinha o hábito de, após o resultado dado por M1, ler o exame, sozinho, como se tentasse verificar ou encontrar, no papel, o que M1 havia informado. Nesses momentos, a psicóloga intervinha no sentido de chamar a atenção de M1 para o interesse de P11 pelo resultado do exame e pela relação entre esse interesse e uma possível preocupação com o sucesso ou não do tratamento, sugerindo que M1 explicasse, mais detalhadamente, o resultado do exame de sangue. No

segundo tipo de episódio de perda de oportunidade nas consultas de P11 e M1, o paciente demonstrava descontentamento com os efeitos colaterais da medicação, o que já acontecia desde a consulta de Linha de Base 1. A tendência de M1 era ignorar as manifestações de insatisfação de P11 e, nessa hora, a psicóloga intervinha perguntando a P11 do que ele não tinha gostado, indicando a M1 que ele deveria responder à queixa do paciente. Nos dois casos, o comportamento de M1 em resposta à intervenção da psicóloga variava em igual proporção entre considerar e não considerar a intervenção. A sequência, a seguir, ilustra esse tipo de situação em episódios de uma mesma consulta.

*Perda de oportunidade 1:* P11 apresenta expressão facial de preocupação ao olhar exame (anteriormente, enquanto M1 estava fora da sala, P11 já havia verificado o exame e a psicóloga havia perguntado se ele entendia o que estava escrito. P11 respondeu que não. A psicóloga perguntou, então, se ele queria entender. P11 disse que queria entender tudo, mas que era coisa demais para guardar. A psicóloga sugere que ele pergunte à M1, quando ele voltar, para entender, pelo menos o exame daquele dia).

*Intervenção 1:* psicóloga pergunta para P11 que cara era aquela e repete para M1 a conversa que teve com o paciente enquanto M1 estava fora da sala.

*Aproveitamento pós intervenção 1 :* M1 pergunta se P11 quer mesmo entender o resultado e comenta que, já que ele não ia guardar nada, toda vez ele ia ter que repetir tudo de novo. A psicóloga diz que é assim mesmo. Todos riem, mas M1 não explica o resultado do exame à P11 e dá seguimento à consulta.

*Perda de oportunidade 2:* Embora responda à intervenção da psicóloga, M1 não segue a orientação dada, uma vez que não explica o exame P11.

*Perda de oportunidade 3:* P11 olha o exame, de novo, e faz, mais uma vez, uma cara estranha.

*Intervenção 2:* Psicóloga pergunta: “Que cara é essa? São essas letrinhas do exame?”

*Aproveitamento pós intervenção 2:* M1 responde: “O que é que você quer saber? P11 responde: “Tudo”. M1 brinca, começando a ler o que estava escrito em inglês, mas, depois, explica detalhadamente para P11 os termos do exame e as dosagens do sangue registradas naquele dia.

Na consulta de Linha de Base 2 para P11 com M1 observa-se, mais uma vez, mudança nos comportamentos de comunicação e do foco de atenção de M1, indicando mudança na habilidade de lidar com as consequências da mudança no protocolo de tratamento resultantes da má notícia. O paciente e sua família haviam optado por seguir com o ATG e, nessa consulta, P11 estava em fase de preparação para o procedimento. Compareceu à consulta acompanhado apenas do tio, dessa vez. Embora ainda tenham sido registrados dois episódios de *perda de oportunidade* na consulta de Linha de Base 2, ambos se referiram a perguntas (em um deles do paciente e no outro, do familiar acompanhante) que M1 não percebeu e às

quais não respondeu. Os episódios de *aproveitamento espontâneo* foram três, todos caracterizados pelo direcionamento da atenção às opiniões e necessidades expressas pelo paciente e à estimulação de sua participação nas decisões. Segue-se a descrição abreviada dos três episódios de *aproveitamento espontâneo* que exemplificam a mudança de comportamento de M1.

*Aproveitamento espontâneo 1:* P11 e o tio entram na sala com M1 ausente. P11 vê o resultado do exame de sangue sobre a mesa e começa a comentar com o tio que acha que vai ter que tomar sangue, preocupado. M1 entra e percebe que P11 estava preocupado. Pergunta: “Qual seu problema, senhor?”. P11 diz que nenhum.

*Aproveitamento espontâneo 2:* tio percebe que P11 está re-utilizando a agulha para medir glicemia e dá a P11 que não pode fazer isso. P11 insiste que pode. Tio dirige-se a M1 e explica que P11 está reutilizando a agulha e demonstra preocupação. M1 concorda com o tio, explica a P11 que não pode reutilizar a agulha e explica porque. P11 compreende e concorda com M1.

*Aproveitamento espontâneo 3:* P11 reclama e pergunta porque tem que fazer a glicemia toda tarde, demonstrando cansaço e impaciência com o procedimento. M1 verifica resultado do exame e pergunta como ele está fazendo para medir a glicemia. Negocia com P11 de fazer dia sim dia não para poupá-lo um pouco:

M1: Então... porque isso é bem por causa do almoço, mesmo. Tá? Você não precisa ficar... Isso aqui tá normal. Pode... quando tá assim, faz assim: um dia sim, um dia não pra te poupar um pouquinho, tá?

P11: Hum, hum! Hum, hum!

***Categoria 2: características do paciente que dificultam a interação com o médico – pacientes de temperamento arredo.*** As consultas em linha de base com a díade P12/M1 exemplificam de que forma o efeito das características de temperamento do paciente sobre o comportamento do médico foi modificado entre a Linha de Base 1 e as linhas de base seguintes. P12 era um paciente adolescente, recém-diagnosticado com Linfoma de Hodgkin, que chegava para as consultas sempre usando um boné posicionado de forma que os olhos do paciente ficassem escondidos pela aba do boné. P12 fazia todo possível para evitar contato visual e verbal com a equipe durante as consultas: mantinha-se de cabeça baixa (ou com a cabeça deitada sobre a mesa do consultório), não cumprimentava, não fazia perguntas. Sua resposta mais frequente eram suspiros diante de cada informação dada sobre o tratamento. Esse conjunto de comportamentos foi o que fez com que a equipe o classificasse como um paciente de temperamento arredo e rebelde.

A consulta de Linha de Base 1 de P12 com M1 foi a quarta consulta do paciente no NOHP. Nas três consultas anteriores, incluindo a consulta de confirmação diagnóstica, o paciente e a família haviam sido atendidos, cada vez, por um médico diferente e, antes da

Linha de Base 1, nunca haviam sido atendidos por M1. Os médicos que atenderam o paciente anteriormente registraram que a família tinha muita dificuldade de compreensão das informações passadas. As maiores dificuldades de compreensão haviam sido observadas com a mãe, a ponto de se levantar, entre os médicos, a hipótese de que a mesma sofresse de distúrbios psiquiátricos.

A consulta de Linha de Base com M1 aconteceu no dia da primeira sessão de quimioterapia de P12 e tinha, como um dos objetivos, informar ao paciente e à família sobre as características desse tratamento. Foram registrados, nessa consulta, sete episódios de *perda de oportunidade* e apenas dois de *aproveitamento espontâneo*. Todos os episódios de perda de oportunidade referiram-se a forma pela qual M1 conversou com P12, sua mãe e uma terceira acompanhante (prima) sobre a doença e o tratamento: (a) deteve-se muito tempo em apresentar grande quantidade de informações de uma vez; checando, de maneira breve, a compreensão apenas do paciente sobre as informações passadas; (b) não deu atenção às manifestações de desaprovação e desconforto de P12 (geralmente relacionadas à lista de cuidados e proibições apresentada por M1, consequentes ao uso da quimioterapia); e (c) direcionou pouca ou nenhuma atenção à mãe ou a terceira acompanhante. Segue a transcrição de um dos episódios de *perda de oportunidade*, como exemplo.

*Perda de oportunidade 2*

M1 (dirigindo-se a P12): Você sabe o que você veio fazer aqui, hoje?

P12 murmura, mantendo a cabeça baixa e sem olhar para M1.

M1: O que? Você pode me explicar? Porque eu não conheço você...

P12: Quimioterapia.

M1: Quimioterapia. Por causa de que P12?

P12: Do linfoma.

M1: Do linfoma. Então você já sabe que você tem um linfoma, e você sabe que pra tratar esse tumor precisa de quimioterapia. E você sabe o que é quimioterapia?

P12 murmura de novo, mantendo a cabeça e o olhar baixos.

M1: Não? O que você acha, mais ou menos, que é, que você vai fazer hoje?

P12: Uai...

M1 (para P12): Hã ?

P12: É como se fosse um antibiótico, injetado na veia, é não? Só que é um monte de remédio.

M1: Tá. Então ó, é... com o antibiótico a gente combate (pausa): Infecção. Quimioterapia a gente combate (pausa): Tumor, né?

P12 não responde.

M1: Então, se você fizer essa associação, tá certo: você vai tomar e receber a medicação pela veia, né, pra poder destruir as células que não são do bem e que estão no seu corpo, certo?

P12 não responde.

M1: Só que o efeito dela é diferente do antibiótico porque o antibiótico combate uma infecção e melhora a sua defesa. A quimioterapia, não. Ela combate o tumor e ela pode diminuir as suas defesas, certo? Por isso, que depois que faz a quimioterapia, se tiver febre, que é a temperatura de 38, igual ou maior, tem que ir para o hospital. Não tem chance de dizer: “Ah, eu não quero, tô enjoado, não tô a fim, não tem quem me leve...”. Não pode. Tem que ir. Por que? Por você, por mais ninguém.

P12 permanece de cabeça baixa, sem contato visual com M1.

M1 continua com uma fala de quatro minutos sobre os cuidados com a quimioterapia, proibições alimentares, de bebida e de contato social durante o uso da quimioterapia, riscos e conseqüências de não seguir os cuidados corretamente. Concluiu da seguinte forma:

M1: Alguma coisa que você gostaria de saber que eu possa não ter falado?

P12 mantém-se em silêncio e se mantém na mesma postura desde o início da consulta.

M1 suspira e repete a pergunta: Não?

P12 faz que “não” com a cabeça.

Pela primeira vez, M1 se dirige à mãe (depois de 8 minutos de consulta) e pede: Então, por favor, a senhora pegue essas coisas (bolsa e exames que a mãe tinha colocado sobre a maca do exame físico) para que o P12 possa deitar pra eu examinar ele.

Devido ao protocolo de tratamento quimioterápico de P12, suas consultas de retorno não coincidiram com a data da Linha de Base 2. Assim, P12 participou de uma consulta com M1 na fase de Intervenção 2 e voltou a ser acompanhado por M1 em Linha de Base 3. Os dados registrados, tanto na consulta de Intervenção 2, quanto na consulta de Linha de Base 3 para P12 com M1 foram bastante diferentes, e, principalmente na Linha de Base 3, praticamente opostos aos observados na Linha de Base 1.

Na Intervenção 2 foram registrados dois episódios de *perda de oportunidade* seguidos por *intervenção* da psicóloga, sendo que, no primeiro, houve aproveitamento de oportunidade do médico pós intervenção e no segundo, não. Na mesma consulta, foram, ainda, três episódios de *aproveitamento espontâneo* e três episódios de *tentativa bem sucedida de interação*. Os episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida*, dessa consulta, caracterizam-se, principalmente, por tentativas de M1 para estimular a participação de P12 na consulta, pedindo que ele tirasse o boné e olhasse para M1 enquanto conversavam, por exemplo. Já as duas sequências de *perda de oportunidade – intervenção – resposta do médico pós intervenção* exemplificam de que forma M1 ainda alternava o padrão de comportamento

observado na Linha de Base 1 com o novo padrão sugerido pelas intervenções da psicóloga, conforme pode-se observar nas descrições abreviadas a seguir.

- Primeira sequência:

*Perda de oportunidade 1:* P12 havia perguntado sobre possibilidade de parar de tomar o remédio para tuberculose, no início da consulta. M1 investiga essa possibilidade, por telefone, com a pneumologista e, no momento em que está fazendo as prescrições, avisa que a equipe médica vai discutir em reunião, naquela semana, se P12 deve continuar ou se pode parar de usar o remédio. Pede que P12 continue tomando o remédio até que a equipe decida (prazo de, aproximadamente, 15 dias). P12 demonstra não gostar da notícia.

*Intervenção 1:* Psicóloga pergunta como P12 toma o remédio e porque ela acha o remédio ruim. P12 diz que o remédio é líquido e que o gosto é ruim. Mãe complementa dizendo que P12 sente vontade de vomitar quando toma o remédio nos mesmos dias em que toma quimioterapia.

*Aproveitamento pós intervenção 1:* M1 investiga se o enjôo com o remédio é só nos dias de quimioterapia, fala de um possível efeito psicológico e do vômito antecipatório. Dá sugestões a P12 sobre como melhorar os sintomas, mesmo tomando o remédio.

- Segunda sequência:

*Perda de oportunidade 2:* Durante conversa sobre tratamento, P12 pergunta porque só pode fazer as sessões de quimioterapia de 15 em 15 dias. M1 explica, tecnicamente, mas P12 demonstra impaciência com a duração do tratamento.

*Intervenção 2:* Psicóloga pergunta: “Você quer que acabe rápido, é isso?” P12 confirma, com a cabeça.

*Ausência de resposta pós intervenção 1:* M não comenta.

M1 recebeu dois feedbacks da psicóloga, a respeito de seu comportamento de comunicação com P12, em dias diferentes. O primeiro ocorreu logo após essa consulta da fase de Intervenção 2, no qual a psicóloga explicou a importância de abordar a percepção do paciente sobre o tratamento no sentido de tentar conseguir melhor adesão. O segundo feedback aconteceu entre a consulta de Intervenção 2 e a consulta de Linha de Base 3, com P12, a pedido de M1 e após *feedback* também abordando estratégias de comunicação que estimulam adesão à tratamento dado a M1 após consulta com o paciente P6. Segue a descrição abreviada dos dois feedbacks da consulta de M1 com P12.

*Feedback 1 - positivo:* psicóloga reforça o fato de M1 ter respondido diretamente a todas as perguntas feitas por P12 e ressalta a melhora na habilidade de M1 lidar com a resistência de P12 à interação.

*Feedback* Negativo: psicóloga pontua que M1 percebeu que a fisionomia de P12 denotava que alguma coisa estava errada, e perguntou se tinha alguma coisa que ele não havia entendido. Entretanto, no caso de P12 o problema parecia não ser não entender e sim não gostar das informações que estava recebendo. M1 admite que percebeu isso. Psicóloga explica que, se ela percebeu, mas pergunta ao paciente se ele não está entendendo, não vai ter a resposta certa e não vai conseguir lidar com a dificuldade, que é de aceitação e não de compreensão. Reforça que a opção em abordar as preferências ou não é do médico, e afirma que é necessário estar atento para o efeito da forma da pergunta, se a intenção for melhorar a adesão. M1 responde que vai modificar a prescrição e admite que o gosto do remédio é ruim, mesmo.

*Feedback 2* - discussão do caso P12, entre a consulta de Intervenção 2 e a de Linha de Base 3: psicóloga explica a razão do *feedback* fora do lugar (M1 havia pedido ajuda a psicóloga na próxima consulta de P12, mas, a próxima consulta seria Linha de Base, então, a opção foi por dar a orientação antes da consulta). Durante a orientação, psicóloga pontua os seguintes aspectos: (a) lembra M1 de pedir a P12 para anotar os nomes dos remédios que está usando (em função da discussão da reunião com os médicos, onde houve confusão sobre os remédios em uso, por causa de informações desconstruídas dadas pela mãe); (b) reforça a importância de transmitir as informações sobre tratamento diretamente para P12 e verificar a compreensão diretamente com ele, devido a não confiabilidade da mãe para compreender e guardar as informações; (c) lembra M1 de pedir que a tia de P12 compareça à próxima consulta, já a tia demonstrava ser melhor informante que a mãe; e (d) lembra M1 de encaminhar P12 para psicologia, caso avalie que há muita dificuldade de adesão. Ao final, a psicóloga dá explicações sobre a dinâmica do relacionamento entre P12 e a mãe, contextualizando as dificuldades da mãe na compreensão do tratamento e nos cuidados com o paciente.

Na Linha de Base 3 foram registrados oito episódios de *aproveitamento espontâneo*, quatro de *tentativa bem sucedida de interação* e nenhum episódio de *perda de oportunidade*, na consulta de P12 com M1. Dessa vez, embora P12 tenha mantido seu padrão de pouca interação, com cabeça baixa e sem estabelecer contato visual espontaneamente, M1 não desistiu de estimular sua participação, pedindo, por mais de uma vez, que ele olhasse para ele, perguntando qual a razão das expressões faciais do paciente (“O que significa esse olhar assim e assim?”) e solicitando que o paciente repetisse as orientações que recebeu (“Então vamos voltar: quais os remédios que você está tomando?”). Ao mesmo tempo, M1 passou a incluir a mãe no processo de comunicação, direcionando perguntas a ela e atenta às suas dúvidas.

- Exemplos:

*Aproveitamento espontâneo 2:* durante a fase de investigação de sintomas e medicações em uso, mãe e paciente apresentam dificuldade em informar quais remédios P12 estava tomando e em qual quantidade. M1 dirige-se a P12 e pede que, na próxima consulta, traga uma lista, por escrito, de todos os remédios que está tomando:

M1: Então nós vamos combinar uma coisa. P12, o senhor vai trazer, pra mim, na próxima consulta, a lista de todos os remédios que o senhor está tomando. Tá certo, escrito.

P12 não responde.

M1: Eu não ouvi a resposta.

P12: Tá.

M1: Melhorou.

Após esse pedido, P12 pergunta se poderia parar de tomar um determinado remédio. M1 pergunta qual. P12 fala o nome. M1 comenta que, agora, ele sabe o nome do remédio, elogiando a participação do paciente, e pergunta qual quantidade está usando desse remédio. Mãe sorri. P12 diz que não sabe, mas que está escrito na receita e daí tira a receita da pasta e entrega a M1. M1 tenta entender a receita junto com P12 e a mãe e explica porque ainda não é possível suspender a medicação.

*Aproveitamento espontâneo 3*

Após analisar a receita que P12 lhe dá, M1 continua:

M1: É o seguinte, P12. Nós vamos fazer o que... nós vamos fazer a tomografia agora, tá? Eu vou dar os pedidos pra poder marcar o exame.

P12 baixa o olhar com sua fisionomia de impaciência característica.

M1: Olha pra mim P12. Pra marcar o exame e depois, com o resultado, a gente vai ver se suspende ou não. Não dá pra suspender antes de ver a tomografia. Tá? (e continua explicando quais remédios P12 deverá continuar usando e como).

P12: Esse exame que eu vou fazer agora, pra ver se tem os músculos, como é que é o nome?

Mãe e M1 respondem juntas: Cintilografia.

P12: Não tem como ver nela, não?

M1: Não. São dois exames diferentes. Um vai ser só do pulmão e o outro do corpo todo.

*Tentativa bem sucedida 1:* após explicação sobre suspensão da medicação a depender do resultado da tomografia, M1 dirige-se a P12 e a mãe e pergunta: “Então vamos voltar: quais os remédios que você está tomando?”. Agora, a mãe responde e consegue dizer os dias e dosagem.

*Tentativa bem sucedida 2:* M1 espera que a mãe termine de dar as informações e, em seguida, pede que P12 confirme os remédios que está tomando. P12 diz que não sabe. M1 pede que ele leia a receita. P12 começa e lê o primeiro remédio. M1 reforça: “Issol!” P12 desiste no segundo remédio. Mãe tenta ajudá-lo. M1 não deixa. P12 diz que não entende a

letra. M1 re-escreve a receita em letra de forma. P12 consegue ler. M1 reforça mais uma vez o comportamento de P12 e repete em voz alta os remédios da receita, enfatizando o remédio que poderia ser suspenso, dependendo do resultado da tomografia. Pede que P12 confirme se é isso mesmo, e se ele tem alguma dúvida. P12 diz que não tem dúvidas.

***Categoria 2: características do paciente que dificultam a interação com o médico – pacientes com menos de 3 anos.*** A dificuldade em se comunicar com pacientes menores que 3 anos foi percebida, tanto com M1 quanto com M2, por meio da diferença no conteúdo das verbalizações dirigidas ao acompanhante a à criança em consultas com pacientes nessa faixa etária. Nesse casos, o médico falava sobre doença e tratamento com a mãe e, com a criança, quando conversava, abordava assuntos relativos a brincadeiras, características do vestuário da criança ou da rotina doméstica. As sequências de *perdas de oportunidade* descritas a seguir, de uma consulta de M1 com a paciente P3, ilustram essa situação. P3 era uma paciente com 3 anos, em tratamento para anemia falciforme, que havia sido submetida a uma cirurgia para retirada do baço, em função de ter sido vítima de crise de sequestro esplênico antes dos 2 anos. Até a cirurgia, para minimizar os riscos de novo sequestro, P3 era submetida a transfusões de sangue a cada 21 dias. Depois da cirurgia essas transfusões não seriam mais necessárias, entretanto, nenhuma dessas informações havia sido passada a P3 quer antes, quer depois da cirurgia.

*Perda de oportunidade 3:* M1 pergunta se P3 teria de tomar sangue naquele dia. M1 mesmo responde que não (em tom de: “É claro que não”- a cirurgia do baço eliminava a necessidade das transfusões regulares). Mãe ri e comenta: “É, eu achei que não ia precisar, mesmo, depois da cirurgia que é mesmo pra isso”. P3 acompanha a conversa e se espanta por não ter que tomar sangue, mas ninguém se refere a ela.

*Intervenção 3:* A psicóloga comenta: “Ela (P3) fez uma cara de quem nem está acreditando que não tem mais que tomar sangue...”

*Ausência de resposta 3:* M1 comenta, dirigindo-se à P3: “Figuraça”, mas não fala nada sobre a relação entre a cirurgia e não precisar mais tomar sangue.

*Perda de oportunidade 2:* M1 dá longa e detalhada explicação à mãe sobre a possibilidade de P3 voltar a ter dores depois da cirurgia de retirada do baço. Ao final da explicação, P3 dá um longo e barulhento bocejo.

*Intervenção 2:* A psicóloga comenta: “A P3 estava prestando atenção na explicação até a metade. Depois, acho que ela ficou com sono, mas ela começou prestando muita atenção”.

*Ausência de resposta 2:* M1 não se dirige à P3 e continua escrevendo.

Além do que foi registrado com a observação sistemática das consultas, a dificuldade de comunicação com crianças menores de 3 anos, foi sinalizada por M2 durante uma das discussões de *feedback* da fase de Intervenção 2 com o paciente C9. C9 era uma criança em tratamento para leucemia que tinha 2 anos à época da coleta. A mãe estava grávida, quando a

doença de C9 foi descoberta, e tinha a intenção de congelar o sangue do cordão da filha que estava esperando, visando uma futura necessidade de transplante de medula óssea. C9 era uma criança ativa e, na maioria das vezes, colaborativa. Apresentava, porém, ansiedade e medo de procedimentos invasivos em geral, especialmente, frente à punção de medula. A mãe ficava bastante apreensiva com essa situação, tinha dúvidas sobre a melhor forma de lidar com a criança e expressava essas dúvidas na consulta, por vezes, verbalmente, mas, na maioria das vezes, de forma não verbal, por meio da fisionomia e postura corporal (olhos arregalados, testa franzida, respiração curta e mais ofegante, tremor das mãos e torcer dos dedos frente à notícia da necessidade do exame). M2 não conseguia perceber os sinais não verbais da mãe e, quando a mesma perguntava, diretamente ao médico, sobre como proceder, M2 dava orientações sem se dirigir ou considerar a percepção ou a expressão da criança sobre seus medos e preferências. A seguir, são apresentados, de forma abreviada, episódios de perda de oportunidade nas consultas de C9 com M2, que ilustram essa dificuldade de comunicação e parte do *feedback* no qual M2 admite não saber como abordar a percepção e as preferências de crianças menores de 3 anos durante o tratamento.

- Consulta 2 de C9 com M2:

*Aproveitamento espontâneo 1:* M2 pergunta se mãe trouxe a pomada para a punção. Mãe diz que não e pergunta, apreensiva: “Não trouxe. Vai ter que fazer?” M2 confirma e diz que a pomada está em falta no hospital. Mãe se preocupa. M2 comenta: “Mas ele não é aquele que fica com medo só de passar a pomada? Talvez seja até melhor sem”.

*Perda de oportunidade 2:* após a sugestão do médico, mãe permanece apreensiva e expressa, pela fisionomia, pena do filho fazer a punção sem a pomada.

*Intervenção 2:* Psicóloga: “Você fica com dó, né ?” Mãe confirma.

*Aproveitamento pós intervenção 2:* M2 explica para a mãe que a agulha da punção é mais fina, que dói menos e tenta convencer a mãe de que a dor da punção lombar é menor que a da punção venosa; mas, ao final, pede que a mãe verifique com a enfermagem se não tem mesmo a pomada. Faz a explicação para mãe, de costas para o paciente, demonstrando cuidado para que C9 não percebesse do que estavam falando.

Registro do observador: psicóloga comenta com M2 que a mãe de C9 é muito ansiosa e fica muito preocupada quando, durante a consulta, é dada notícia sobre algum procedimento ou exame para o qual ela não estava preparada. M2 diz não ter percebido que a mãe fica assustada com essas mudanças: “Não percebi nada, não. Ainda não consigo perceber essas coisas, já que essa mãe me parece muito esclarecida e tranquila”.

- Consulta 5 de C9 com M2:

*Perda de oportunidade 1:* C9 entra na consulta chateado logo depois de ter tirado o sangue, segurando o braço no local da punção venosa.

*Intervenção 1:* Psicóloga comenta que C9 estava chateado.

*Aproveitamento pós intervenção 1:* M2 dirige-se à C9 reforçando o fato dele estar com a mãe naquele dia e perguntando sobre a irmã recém-nascida (na semana anterior, M2 achou que C9 estava chateado porque a mãe não tinha vindo à consulta com ele, para cuidar da irmãzinha. Embora M2 aborde a “chateação” de C9, parte de uma ideia própria sobre a razão do aborrecimento e não investiga o real motivo com C9. C9 não responde aos comentários de M2 e a consulta segue com a investigação de sinais e sintomas).

*Perda de oportunidade 2:* C9 apresenta fisionomia de desconfiança frente às informações que M2 dá sobre o tratamento e os procedimentos que deverão ser realizados naquele dia.

*Intervenção 2:* Psicóloga chama atenção de M2 para o paciente, dizendo que ele está sério e desconfiado, sem saber o que vai acontecer com ele.

*Aproveitamento pós intervenção 2:* Mãe responde que já explicou a C9, em casa, que haveria punção lombar naquele dia. M2 pergunta como a mãe sabia, mas não dá atenção para o paciente. Mãe diz que já imaginava, por ter seguido passaporte. M2 elogia a mãe e sua atenção ao passaporte<sup>4</sup>. Mãe repete que resolveu explicar os procedimentos, com antecedência, à C9 e M2 elogia e reforça, mais uma vez, o comportamento da mãe, mas permanece sem se dirigir a C9.

No mesmo dia dessa consulta, mas durante o *feedback* da consulta com outro paciente (C3), M2 perguntou à psicóloga como perceber sinais não verbais de desconforto, com as informações passadas e com o tratamento, em pacientes com pouca idade e cita sua dificuldade em lidar com C9, nesse sentido. Segue a transcrição integral desse trecho:

Psicóloga explica que vai começar o *feedback*, nos intervalos, sobre como foi a comunicação durante a consulta, pede para fechar a porta e sinaliza: “Foi muito bom!”

M2: Minha nota foi boa? Tirei nota boa?

Psicóloga: Foi ótima! (sorrindo)

M2: O que você avalia é se eles estão entendendo a comunicação, é isso?

Psicóloga: É, na verdade, a gente avalia a comunicação de um modo geral e o que é que a gente tem observado é que tem dois níveis de compreensão: tem a compreensão daquilo que você explica, mas tem toda a questão emocional que a família traz junto. Então, muitas vezes você pode explicar tudo direitinho, mas se a família não estiver emocionalmente atenta...

M2 completa: Não vai entender.

Psicóloga: É, aquilo vai passar...

M2: É.

---

<sup>4</sup> O passaporte era o nome dado à cópia do protocolo de quimioterapia em uso pelo paciente que ficava com a família.

Psicóloga: Então, o que tem sido legal nas consultas de C3, como em outras, também que a gente tem acompanhando: fazer uma vinculação boa com a família de forma que eles se sintam à vontade pra perguntar. Então, por exemplo, nas primeiras consultas de C3, ela sempre reclamou da punção, mas você não prestava atenção.

M2: Hum, hum.

Psicóloga: Quando eu comecei a chamar atenção pra isso, você agora é super sintônica a ela, então ela se sente à vontade a aí ela já pode perguntar. Tanto que ela tem perguntado mais do próprio tratamento, porque ela se sente à vontade na consulta.

M2: É, hã, hã.

Psicóloga: Então isso que eu acho que é bacana da gente conseguir fazer mais essa vinculação do médico com o paciente. Alguns pacientes têm dado esse feedback pra gente também, que eles têm conseguido falar mais na consulta. Porque quando fica muito assim, no batidão...

M2: Sei, sei, só perguntando, respondendo...

Psicóloga: Então assim, às vezes o paciente não tem nem coragem de perguntar porque ele não sente um clima favorável pra isso. Então quando ele faz uma vinculação, que você presta atenção na fisionomia dela e pergunta: “Ah, você tá cansado”, ou “Ah, você tá decepcionado” ou “Parece que o senhor não entendeu muito bem”, esse simples detalhe, estimula, então, a família a perguntar e aí a compreensão é melhor.

Passa-se um trecho em que a psicóloga apresenta exemplos de como o que ela relatou está acontecendo nas consultas de C3. M2 concorda com as pontuações da psicóloga e, ao final, pergunta:

M2: E como você consegue perceber isso nos pequenos, tipo C9?

Psicóloga sorri.

M2 continua: É mais comportamental...

Psicóloga: É muito comportamental, então, assim...

M2: Semana passada, a punção, eu achei um pouco mais tranqüila.

Psicóloga: Foi?

M2: É, foi com o pai. O pai, tadinho, o pai sofreu. Ele fica assim, com muita pena e tal, mas ele (C9) se comportou melhor, não precisou segurar tanto.

Psicóloga: É porque a criança pequena não é tão verbal, né.

M2: É! É por isso que eu tô te falando...

Psicóloga: Então a gente vai perceber mais pela fisionomia: choro, baixou o olho, olhar de susto, a gente também tem um treino e a gente pode ir se treinando pra aprender a observar a fisionomia das crianças.

M2: É, e vocês vão ajudando a gente a observar isso (sorri). Então, que bom!

### **Mudanças na habilidade de estímulo às estratégias de enfrentamento dos pacientes.**

A análise descritiva da sequência dos episódios permitiu verificar que a mudança no direcionamento do foco de atenção do médico ao longo dos episódios de comunicação favoreceu duas outras aquisições ao repertório de comunicação dos médicos com seus pacientes: (a) identificação de sinais não verbais que interferiam na comunicação (efeito já analisado em seção anterior desse trabalho); e, (b) iniciativa de estímulo ao uso de estratégias de enfrentamento por parte dos pacientes. Essa segunda aquisição é abordada nessa seção, a partir de exemplos das consultas do médico M2 com a paciente C3.

A paciente C3 estava em seu primeiro mês de tratamento para leucemia e tinha tido, logo no início, uma complicação consequente a uma reação adversa à quimioterapia que havia provocado perda parcial do movimento das pernas. Essa reação obrigou a criança a fazer a parte inicial do tratamento internada em outro hospital, o que provocou alto nível de estresse, tanto para C3, como para os familiares. A consulta de Linha de Base 1 de C3 com M2 foi a primeira consulta ambulatorial da paciente após esse período de internação. A paciente veio acompanhada pelo pai, que foi seu acompanhante durante todas as consultas. M2 havia acompanhado C3 durante a internação, mas tinha tido contato apenas com a mãe e não conhecia o pai da paciente. O pai tinha dificuldades em informar sobre sintomas e medicações em uso pela criança e geralmente levava para as consultas uma lista elaborada pela mãe de C3 com as questões que deveria abordar. A paciente era muito bem informada sobre sua doença e tratamento, mas, no começo do acompanhamento, M2 direcionava todas as perguntas ao pai e só se direcionava à C3 para realizar o exame físico.

Na consulta de Linha de Base 1 de C3 com M2 foram registrados sete episódios de *perda de oportunidade*, três dos quais em que M2, em três momentos diferentes da consulta, não respondeu aos protestos de C3 relacionados à necessidade de realização de procedimento invasivo em seguida ao atendimento (punção lombar), conforme exemplificado na transcrição seguinte.

*Perda de oportunidade 1:*

M2: Ah, tá! É a punção lombar. Agora deixa, porque hoje ela tem punção lombar, tá?

Pai: Hum, hum.

C3: Não, não, não, não! Não faça isso comigo, tio!

M2 (dirigindo-se ao pai, sem olhar para C3): É essa punçãozinha aqui, ó (mostrando no protocolo).

Pai: E essa aqui também, ó?

M2: É justamente, essa punção lombar.

Logo à frente, enquanto explicava ao pai a nova fase do protocolo que C3 estava iniciando naquele dia, M2 repetiu sobre a necessidade de punção lombar, C3 reclamou mais uma vez e tanto pai quanto M2 ignoraram seus protestos. A mesma situação aconteceu uma

terceira vez, ao final da consulta, quando M2 encaminhou a criança para internação e voltou a avisar que C3 faria a punção lombar ainda pela manhã.

Os outros quatro episódios de *perda de oportunidade* referiram-se às explicações de M2 ao pai sobre a nova fase de tratamento que C3 estava iniciando e sobre a necessidade de colocação de catéter, na tentativa de minimizar o desconforto das punções venosas para infusão de quimioterapia. M2 apenas transmitiu as informações, mas o pai permaneceu, nos quatro episódios, com fisionomia de dúvida que M2 pareceu não perceber. Em relação à colocação do catéter, o pai chegou a perguntar, por duas vezes, como ia ser o procedimento, mas M2 limitou-se a pedir que ele se dirigisse à enfermagem para maiores esclarecimentos. Ao final da consulta, depois que C3 e o pai saíram do consultório, M2 dirigiu-se, espontaneamente, aos pesquisadores e admitiu ter percebido a preocupação do pai com o catéter, mas justificou-se, lamentando não ter podido oferecer explicações com mais calma devido ao pouco tempo para consulta e ao excesso de pacientes para atender.

Na primeira consulta da Intervenção 1, os protestos de C3 frente à necessidade de punção se repetiram e também se repetiu a ausência de resposta de M2 dirigida à ansiedade expressa pela paciente. Dessa vez, entretanto, houve intervenção da psicóloga à qual M2 respondeu, prontamente:

*Perda de oportunidade 1:* Paciente entra na consulta avisando que não fará punção nesse dia (embora soubesse que era dia de punção). M2 somente brinca com o fato e não investiga o motivo da recusa.

*Intervenção 1:* Psicóloga pergunta: “Você acha muito ruim fazer punção? Mas passa né?”.

*Aproveitamento pós intervenção 1:* M2 comenta: “Dói, é ruim a posição, mas você tá bem melhor depois que começou a tratar e faz parte do tratamento, né?”.

Na segunda consulta da Intervenção 1, M2 amplia a intervenção que usa para lidar com a recusa de C3 em relação à punção e com as queixas de dor frente os procedimentos invasivos: além de investigar a percepção de dor da criança frente à punção do catéter, sugere, espontaneamente, estratégias de enfrentamento que podem ser seguidas para minimizar a dor da punção lombar.

*Tentativa bem sucedida 1:* M2 investiga como C3 está se adaptando ao retorno às aulas. Reforça o interesse da paciente pelos estudos e sugere que, como C3 gosta de estudar, fazer as tarefas da escola, durante a internação, possa servir como uma técnica de distração para quando tiver que ser a punccionada. M2 explica a C3 que, se ela conseguir pensar em outras coisas e não ficar pensando só na punção (tanto lombar, quanto do catéter) pode sentir menos medo e menos dor.

*Tentativa bem sucedida 2:* Durante exame físico, M2 pergunta a C3 se ela está achando o tratamento melhor depois que colocou o catéter e investiga se ela sente para punccionar o

catéter. C3 responde que mais ou menos. M2 repete a sugestão de estratégias de enfrentamento do episódio anterior.

Na consulta de Linha de Base 2 de C3 com M2, a situação se apresenta diferente do observado em Linha de Base 1. Não foi registrado episódio de *perda de oportunidade*, tendo cinco episódios de *aproveitamento espontâneo* e dois de *tentativa bem sucedida*. C3 não manifesta resistência à punção lombar e, em dois dos episódios de *aproveitamento espontâneo*, M2 aborda, diretamente com C3, a melhor maneira de realizar a punção lombar de forma que a criança sinta menos dor, conforme exemplifica a transcrição seguinte.

*Aproveitamento espontâneo 2:*

Pai: Hoje tem punção?

M2: Tem. Tem, é aquela da internação igual. É a mesma coisa das outras vezes.

Pai: Vou pegar uma pomadinha então, pra ela.

M2: Ah, tá. Mas, semana passada nós passamos, mas não adiantou nada, né?

C3: E ficou formigando... de tarde.

M2: Quer fazer sem pomada, então?

C3 (sorrindo): Não.

M2 sorri. Pai sorri e sai para buscar a pomada.

*Aproveitamento espontâneo 5:*

M2: Vamos passar a pomada, vem cá (dirigindo-se à C3).

C3 murmura e geme.

M2: Se Deus quiser vai ser rapidinho, igual da outra vez, né ?

C3: É. Tio, você que vai fazer?

M2: Que é que foi, C3?

C3: É você que vai fazer?

M2: Ah, vou. Me lembra que é pra eu fazer. Sou eu quem vai fazer, sim. Que dá outra vez foi tranquilo, né?

C3: Na verdade foi cinco furadas mas foi a vez que doeu menos.

M2: É verdade. Foram cinco furadinhas mas não doeu. Eu me lembro desse detalhe (e sorri)<sup>5</sup>.

Durante a Intervenção 2, a questão da dificuldade de C3 com os procedimentos invasivos permaneceu recorrente, mas M2 manteve um comportamento de comunicação com a criança que abordou e considerou as preferências de C3 para minimização do estresse a esses

---

<sup>5</sup> De acordo com a rotina de atendimento no NOHP, o médico designado para realização dos procedimentos invasivos variava, a cada dia, em função do fluxo de pacientes e da quantidade de atendimentos agendados. Por esse motivo, a preocupação de M2 em ser ele a realizar a punção lombar em C3, a pedido da criança, representa uma estratégia escolhida pelo médico para minimizar o estresse da paciente com o procedimento.

procedimentos. Passaram a ser frequentes, também, intervenções conjuntas de M2 com a psicóloga no sentido de incentivar o uso de estratégias de enfrentamento.

- Exemplo: Consulta 4 de C3 com M2:

*Aproveitamento espontâneo 1:* Logo no início da consulta, C3 pergunta se vai ter que fazer punção. Pai e M2 respondem quase ao mesmo tempo que sim. C3 reclama. M2 sorri, enquanto verifica papéis. Então confirma que vai ter que fazer punção mesmo. C3 reclama mais uma vez. M2 comenta: “Tem hoje, mas depois só tem daqui há 1 mês”. Psicóloga comenta: “É uma boa notícia”. M2 completa: “Uma ruim, depois uma boa, né, C3”.

*Tentativa bem sucedida 1:* quase em seguida, depois de M2 investigar brevemente sinais e sintomas, M2 volta ao assunto da punção: “Mas tem outra coisa boa: pelo menos hoje não vai ter que ficar internada. Das outras vezes, além da punção, tinha que ficar internada. Assim não é melhor? C3 faz que não com a cabeça. Todos riem. M2: “É hoje você tá desanimada, o que está acontecendo? Não estou te reconhecendo hoje (fala sorrindo)”. Psicóloga lembra à M2 do dia em que C3 disse que odiava punção lombar e sugere que por isso ela esteja tão desanimada. Completa dizendo que, por outro lado, C3 agora já tem “truques” para enfrentar a punção (referindo-se à estratégias de enfrentamento como distração e relaxamento, sugeridas por M2 na consulta 2 da Intervenção 1, e desenvolvidas pela psicóloga com C3 durante as internações para quimioterapia). C3 confirma. M2 complementa dizendo que vai ser rapidinho.

*Tentativa bem sucedida 2:* M2 investiga com C3 e o pai como foi feita a punção da vez anterior (com pomada anestésica ou não e antes ou depois da internação) para repetir o mesmo procedimento dessa vez, caso tenha obtido bom resultado.

Na consulta de Linha de Base 3 de M2 com C3 o comportamento de M2 se manteve semelhante ao observado em Linha de Base 2. Mais uma vez, não foi registrado nenhum episódio de *perda de oportunidade*, enquanto foram registrados seis episódios de *aproveitamento espontâneo* e um de *tentativa bem sucedida de interação*. Os episódios dessa consulta exemplificam de forma ainda mais clara como M2 passou a participar mais e intervir sobre o processo de enfrentamento de C3, a partir do direcionamento da atenção as reações emocionais e da maior inclusão da paciente na comunicação sobre o tratamento.

*Aproveitamento espontâneo 1:* M2 inicia a consulta cumprimentando o pai e a paciente e comenta com C3: “Você recebeu furada na mão pra fazer o exame? É por isso que você está zangada assim?”, percebendo a expressão de mau humor de C3. C3 responde: “Também”, e sorri. Pai intervém, dizendo que C3 está com inchaço nas pernas e C3 complementa dizendo que sente dores, principalmente no joelho esquerdo, com voz dengosa. M2 investiga as queixas. O pai e C3 respondem, mas C3 participa mais da conversa e é quem mais apresenta queixas e detalha os sintomas. M2 examina e orienta, relacionando os sintomas ao uso do

decadron, dirigindo-se mais a C3 que ao pai (episódio completo longo, dura quase metade da consulta).

*Aproveitamento espontâneo 2:* M2 avisa que iniciarão, naquele dia, nova medicação (Ara-C subcutâneo). C3 pergunta: “É no catéter?”. M2 responde que não, repete que é subcutâneo e explica o que é punção subcutânea. C3 protesta: “Ah, não!”. M2 responde: “Não vai doer nada, você vai ver como é bem pequenininho”. C3 pergunta se é no braço. M2 diz que não tem certeza, mas repete que a agulha é pequena e não dói. C3 repete: “Ah, não!”. M2 repete: “Não gostou muito da ideia? Mas geralmente as crianças não reclamam, você vai ver que é bem pequenininha.”

*Aproveitamento espontâneo 3:* ao final da explicação sobre novos remédios que C3 começaria a usar (além do Ara-C, M2 acrescentou novo ciclo de mercaptina), C3 reclama: “É remédio demais! Não agüento mais, pelo amor de Deus.” M2 sorri e concorda com ela: “É muito, né? Você tem razão.”

*Aproveitamento espontâneo 4:* em seguida, M2 avisa que o Ara-C terá que ser tomado na semana seguinte, no Base (a semana seguinte a da medicação seria de feriado, e, tomando remédio uma semana antes, havia o risco de baixar o sangue e ter que internar). Pai comenta: “Ih, então já era”. M2 comenta: “Já era a chácara né, pai? (anteriormente, pai tinha solicitado permissão para passar o feriado na chácara e M2 tinha sugerido que não fossem, mas ficou reticente). C3 comenta: “Você é muito má, tio.” M2 responde: “Vamos ver. Quem sabe? Eu já marquei, mas, se o sangue estiver bom, quem sabe dá pra ir?”

*Aproveitamento espontâneo 5:* na repetição, C3 percebe que terá de voltar ao hospital para medicação todos os dias da semana e reclama: “Ah, não! Tem que vir ao hospital hoje, amanhã e depois e depois...” M2 responde: “Mas só toma e vai embora. Essa é rapidinha.” Pai também se queixa da demora no preparo das medicações. M2 explica como é o procedimento de preparo, tentando justificar a demora.

*Aproveitamento espontâneo 6:* já nas despedidas, M2 comenta para C3: “Fica triste, não. Tô te achando triste hoje”. Pai comenta que é sono. M2 dá uma série de orientações para tentar manter conforto com o uso das novas medicações prescritas e evitar náuseas. Investiga o humor com o uso do decadron e reduz o tempo de desmame. C3 participa da conversa e, ao final reclama: “Eu quero é dormir!”. M2: “Assim que chegar em casa vc dorme, deita e descansa.”

**Mudanças na habilidade de inclusão do paciente pediátrico nas consultas e aumento da participação de paciente e acompanhante ao longo do estudo.** Nem M2, nem M1 demonstraram dificuldade em se dirigir aos pacientes pediátricos nas consultas observadas. Entretanto, a comunicação entre os médicos e as crianças ou adolescentes era caracterizada por temáticas lúdicas, em que o médico fazia brincadeiras verbais com a criança, comentava sobre sua aparência no dia da consulta (elogiando a roupa ou o cabelo) ou perguntava sobre a

frequência à escola. Quando era necessário abordar questões relativas à doença e/ou ao tratamento, os médicos dirigiam-se, invariavelmente, ao acompanhante, permitindo a participação do paciente às vezes e de forma diferente, para cada médico.

Desde a Linha de Base 1, quando o paciente tinha mais de 10 anos de idade, M1 estimulava sua participação na consulta (e no tratamento) investigando sinais e sintomas e medicações em uso diretamente com o paciente. As discussões sobre tratamento, porém, independente da idade do paciente, aconteciam sempre com o acompanhante. Ao longo das fases de coleta, M1 foi modificando esse padrão: permaneceu solicitando a participação do paciente durante a investigação de sinais, sintomas e medicações, mas passou a incluir o paciente, também, nas discussões e tomadas de decisão sobre o tratamento. A maior quantidade de atenção direcionada aos sinais não verbais e a maior frequência de inclusão do paciente nas discussões sobre tratamento fez com que M1 tenha chegado a “prescrever” tratamento de cunho psicossocial e não apenas medicamentoso, como é possível verificar nos exemplos de consultas com o paciente P9.

As consultas de Linha de Base 1 de P9 com M1 já foram utilizadas como exemplos na primeira sub-seção desta seção de resultados. É importante recordar que P9 era um paciente adolescente, tímido, em tratamento para um tipo de aplasia de medula óssea pouco responsivo ao tratamento medicamentoso e que se preparava para fazer transplante de medula em outro estado. Em função de seu tratamento, tinha necessidade de tomar, diariamente, uma grande quantidade de medicação e precisava de certa restrição nas atividades sociais a fim de evitar infecções. Devido a seu temperamento tímido P9 tinha limites de atividades sociais: não frequentava escola e passava o dia em casa, dormindo, vendo televisão ou usando computador.

Durante a Linha de Base 1, as *perdas de oportunidade* registradas já caracterizavam-se por episódios em que M1 não percebia o cansaço e insatisfação de P9 com as exigências de seu tratamento, como o excesso de medicações que tomava, todos os dias. P9 foi o paciente que mais teve consultas acompanhadas com M1 ao longo das seis fases do estudo. Foram 11 consultas, ao longo das quais, um dos focos da intervenção era o aumento da participação do paciente nas consultas e em seu tratamento. Dentro desse objetivo, foram observadas mudanças dos comportamentos de comunicação de M1 e na estratégia de intervenção da psicóloga. Inicialmente, as intervenções se limitavam a chamar a atenção do médico para as expressões não verbais do paciente, ao que M1, dentro de seu padrão, ora respondia, ora não respondia. A partir da Intervenção 2, a psicóloga passou a sinalizar os objetivos de sua intervenção, durante os *feedbacks* nos intervalos das consultas. M1 respondeu melhor a esse tipo de intervenção e passou a seguir as orientações da psicóloga, chegando a combinar intervenções conjuntas, interdisciplinares, nas últimas consultas da Intervenção 2. A seguir serão descritos alguns episódios que ilustram esse processo de mudança.

- Intervenção 1 - consulta 1 de P9 com M1:

*Perda de oportunidade 1:* Mãe relata bateria de exames que teve de fazer e demonstra cansaço. Comemora que os exames tenham terminado.

*Intervenção 1:* Psicóloga fala: “Que bom é muito, né?” Chamando atenção para a rotina puxada de exames pré cirurgia. Mãe concorda e completa: “Duas semanas, só fazendo exames.”

*Ausência de resposta pós intervenção 1:* Médica não fala nada.

- Intervenção 1 - consulta 2 de P9 com M1:

*Aproveitamento espontâneo 1:* M1 avisa que P9 vai precisar de transfusão porque já está há muito tempo sem fazer e as dosagens do sangue estão baixas. Percebe na fisionomia de P9 que ele não gostou e comenta: “Eu sei que você não gostou muito não; tô vendo que você não gostou, mas vai ser o jeito.” P9 diz que sabe e a mãe completa dizendo que ele já teve muita folga e não tem do que reclamar. Psicóloga insiste: “Mas e essa sua cara de quem não gostou?”. P9 diz que tá tudo bem.

- Intervenção 1 – consulta 3 de P9 com M1:

*Perda de oportunidade 1:* P9 entra na sala e M1 pede que ele fale quais remédios está usando. P9 pergunta: “De novo?”. M1 sorri e responde: “Mas você nem falou ainda. Vamos lá. Está com algum problema?”. P9 começa a relatar os remédios e as dosagens, mas não responde se tem problema, nem M1 investiga ou acolhe a manifestação de cansaço de P9.

*Intervenção 1:* Psicóloga comenta: “Você já sabe que todo dia tem prova. Tooodo dia tem que falar sobre os remédios que tá tomando” e sorri.

*Ausência de resposta 1:* M1 continua a investigação e não percebe ou não dá atenção ao tom da intervenção da psicóloga que reforçava a ideia de cansaço expressa pelo paciente.

*Aproveitamento espontâneo 1:* Mãe, P9 e M1 conversam sobre forma de tomar medicação e P9 diz que vai fugir da forma venosa da medicação. Demonstra cansaço em ser muito furado. M1 diz que pode prescrever a medicação em outra forma, mas explica que, como ele vai fazer transplante, vai precisar tomar muitas medicações pela veia e sugere que ele se prepare.

- Intervenção 2 - consulta 7 de P9 com M1:

*Tentativa bem sucedida 1:* M1 chama atenção do paciente para atividades que ele gosta de fazer e não faz em decorrência das limitações do tratamento. Depois combina prescrever transfusão de plaqueta para ele poder fazer a atividade que escolher. P9 escolhe jogar futebol e M1 combina que ele vai jogar só um tempo, mesmo com a transfusão. P9 concorda.

*Feedback* positivo: psicóloga elogia o incentivo de M1 para P9 retornar atividades que gosta e uma rotina mais normal de vida; reforça a importância do vínculo positivo que está sendo construído com a mãe e com paciente, o que possibilita que ambos tragam mais conteúdos pessoais, como timidez do paciente. Tanto a psicóloga como a M1 comentam, novamente, que paciente e mãe interromperam suas vidas em função da espera pelo transplante e discutem as consequências dessa interrupção para o processo de desenvolvimento de P9 e de sua família.

- Intervenção 2 - consulta 8 de P9 com M1:

*Tentativa bem sucedida 1:* M1 lembra da “prescrição” da consulta anterior e pergunta para paciente se ele jogou futebol, como eles haviam combinado. P9 diz que sim. M1 e psicóloga comemoram e investigam, juntas, com P9 como foi a experiência, se ele se cansou, etc.

*Tentativa bem sucedida 2:* M1 explica o exame de sangue para P9 e se mostra feliz com os resultados, associando esses resultados com o uso dos remédios e do tratamento. M1: “P9, eu tô tão contente hoje! Advinha quanto está a sua plaqueta”. Explica, ao final, que ajustou o tratamento para que P9 pudesse ter mais resistência para jogar.

*Tentativa bem sucedida 3:* M1 muda seu padrão de investigação de sintomas fazendo perguntas sobre rotina de vida de P9 (qualidade do sono, atividades sociais) ao invés de perguntar sobre sintomas e medicações. P9 dá detalhes sobre o que fez e como se sentiu, participando da investigação com entusiasmo, pela primeira vez. M1 não questiona medicações em uso, dessa vez. Apenas repete o que ele já está usando para que ele confirme.

Dos dois médicos participantes do estudo, M2 foi o que apresentou, nas consultas de Linha de Base 1 e nas primeiras consultas de Intervenção 1, maior dificuldade em incluir o paciente na comunicação sobre doença e tratamento. Ao mesmo tempo, seu padrão de resposta às intervenções da psicóloga contribuiu para que essa dificuldade fosse superada rapidamente.

Os episódios de consultas, citadas em sub-seções anteriores deste trabalho, de M2 com as pacientes C2, C3 e C8 trazem alguns exemplos do processo de mudança de comportamentos de M2 no sentido de estimular, gradativamente, uma maior participação do paciente pediátrico nas consultas. No entanto, em todos os episódios, as pacientes manifestavam sua opinião, de alguma forma, e M2 não dava atenção ou não respondia a essa manifestação. Por isso, nessa sub-seção, são apresentados, como exemplo da maior inclusão dos pacientes pediátricos por M2, episódios de consultas de díades em que os pacientes, assim como P9, eram tímidos e tinham pouca expressão, tanto verbal, quanto não verbal.

Um desses pacientes era C5, uma adolescente, em tratamento de recaída de um tipo de leucemia de alto risco. Seria encaminhado para transplante de medula óssea, ao final do

tratamento quimioterápico. Vinha, à maioria das consultas acompanhado pela mãe, com quem mantinha forte vínculo de dependência. Dessa forma, quando a mãe não podia acompanhá-lo nas consultas, havia o risco de que as informações não fossem seguidas corretamente e as dúvidas não fossem tiradas, já que o paciente não se manifestava. Durante as consultas de Intervenção, M2 vai, gradativamente, modificando o direcionamento das perguntas e orientações da mãe para o paciente, até que o próprio paciente começa a participar, espontaneamente, das consultas.

- Intervenção 1 - consulta 1 de C5 com M2:

*Perda de oportunidade 1:* C5 apresenta expressão facial de alegria/alívio quando o médico fala do adiamento da ida a São Paulo para os exames pré-transplante.

*Intervenção 1:* psicóloga pergunta para paciente se ele gostou ou não de saber que a consulta em São Paulo foi adiada. Mãe responde e diz que C5 não quer fazer a viagem.

*Aproveitamento pós intervenção 1:* M2 dirige-se paciente e fala que ele está muito bem e que seus exames estão bons. Depois, volta-se para mãe (embora a expressão de alívio/preocupação tenha sido expressa pelo paciente), e diz que não há necessidade de preocupação com essa parte se de ir a São Paulo e que, por enquanto, seria só continuar com o tratamento quimioterápico mesmo.

- Intervenção 1 - consulta 2 de C5 com M2 (Mãe não acompanhou o paciente nessa consulta, por motivo de trabalho. C5 foi acompanhado pelo avô, que pouco sabia sobre a doença e o tratamento):

*Perda de oportunidade 1:* Paciente inicia a consulta falando que estava com menos apetite e que achava que tinha emagrecido. M2 não concorda e atribui a perda de peso a um erro de balança. M2 sugere que o paciente aproveite que está com menos apetite e para começar a comer verdura, e ir se acostumando com a mudança da dieta (C5 estava com sobrepeso).

*Intervenção 1:* psicóloga pergunta se ele conseguiu comer mais verdura, desde a última consulta. Paciente diz que conseguiu um pouco. Psicóloga comenta que C5 merece ser elogiado pelo seu esforço.

*Aproveitamento pós intervenção 1:* M2 concorda com a psicóloga e passa a elogiar C5, com entusiasmo. Diz que vai lembrar dele quando ele mesmo for comer verdura (M2 também estava fazendo dieta): “Se você tá conseguindo eu também vou conseguir, também preciso aprender a comer salada....”.

*Tentativa bem sucedida 1:* M2 se preocupa com dor que paciente possa sentir em um exame invasivo (mielograma) e pergunta para ele o que mais o incomoda no tratamento. Paciente responde que o que mais incomoda é ficar internado no hospital, durante a

quimioterapia. M2 dá sugestões de como C5 pode lidar com esse incômodo e com a dor dos procedimentos, com base em situações vivenciadas em consultas com outras díades (especialmente, C3 e C8).

- Intervenção 1 - consulta 3 de C5 com M2 (Nessa consulta, a mãe estava presente e M2 continua se dirigindo ao paciente):

*Tentativa bem sucedida 1:* M2 pergunta para paciente se ele comeu bastante salada e diz que não esqueceu do acordo deles.

*Tentativa bem sucedida 2:* M2 parabeniza C5 por não estar engordando.

Na Linha de Base 3 - *Tentativa bem sucedida 1:* M2 inicia a consulta chamando atenção para o aspecto diferente de C5, que estava com cabelo crescido e, por isso, aparentando mais idade. Elogia C5 e pergunta como foi o mês que passaram ser vir ao hospital. Pergunta se deu pra aproveitar e descansar.

*Tentativa bem sucedida 2:* M2 e mãe conversam sobre fase atual do tratamento. M2 pergunta se C5 já voltou para escola. Mãe responde e diz que C5 voltou mas está com preguiça. M2 dirige-se a C5 e reforça necessidade de ir à escola, voltar para vida normal e controlar o peso. Mãe fala sobre sua preocupação com o peso e pergunta da possibilidade de exame de colesterol. M2 concorda e prescreve o exame. Depois, reforça a possível influência do peso nos sintomas (pressão, cansaço, dores) e, mais uma vez dirigindo-se a C5 (que, na presença da mãe tende a ficar calado), repete que ele deve procurar um nutricionista e controlar o peso. C5 concorda com aceno positivo de cabeça.

*Aproveitamento espontâneo 1:* M2 avisa da mudança de fase do protocolo de tratamento e diz que C5 vai começar a tomar remédios que ainda não tomou. Fala da mercaptina e do MTX, explica como tomar e avisa que serão 20 comprimidos de MTX por dia. C5 e a mãe reagem, ao mesmo tempo: “Vinte?”. M2 confirma e completa, dirigindo-se para C5: “Ou você prefere tomar como injeção? De repente, pra você vai ser mais fácil tomar uma injeção do que os 20 comprimidos. Você que sabe. Como é melhor?” C5 diz que tanto faz. A mãe pergunta se pode ser à noite. M2 diz que sim. C5 diz que prefere os comprimidos, mesmo. M2 assente e prescreve os comprimidos. Explica os efeitos da medicação, dirigindo-se sempre para C5, e sugere usar nausedron associado para evitar náusea e vômitos.

Outro paciente acompanhado em díade com M2 que permanecia calado a maior parte das consultas era C7, pré-adolescente, e também em tratamento para recaída de um tipo de leucemia de alto risco, que exigia transplante de medula óssea. Ao contrário de C5, C7 vinha de uma família de nível socioeconômico baixo, que tinha várias dúvidas sobre a doença e o tratamento. O paciente tinha um relacionamento difícil com a mãe, que era vista pelos demais familiares como uma má cuidadora. Por esse motivo, os conflitos entre a mãe e os cuidadores

substitutos eventuais (principalmente, a tia) eram frequentes e, por vezes, interferiam, negativamente, no seguimento do tratamento de forma correta.

Na consulta de Linha de Base 1 de C7 com M2 foram registrados oito episódios de *perda de oportunidade*, nos quais é possível perceber de que forma essa dinâmica entre mãe, tia e paciente interferia no seguimento do tratamento. Alguns desses episódios são descritos a seguir.

*Perda de oportunidade 1:* C7 vai ao hospital com a tia e a mãe, mas só entram C7 e a tia. Tia aproveita a ausência da mãe para tirar dúvida com M2 sobre a alimentação de C7, dizendo que a mãe tem sido negligente com sua alimentação (deixa C7 comer o que quiser e quando quiser) e que não leva C7 ao Base quando tem febre porque espera C7 concordar em ir. Tia demonstra preocupação e desconfiança. M2 reforça os cuidados com alimentação e a necessidade de recorrer ao Base em caso de febre, mas não aborda preocupação da tia, nem procura saber o que pode estar causando essa dificuldade da mãe em seguir as orientações sobre alimentação e sobre o Base. Apenas aceita a informação da tia e também não solicita ou aguarda a presença da mãe para verificar, com ela, o que estava acontecendo, nem se dirige a C7.

*Tentativa bem sucedida 1:* depois do exame físico M2 lembra-se de perguntar pela mãe. Tia diz que ela está lá fora. M2 pede que a chame. Tia diz “Ela falou que se precisasse dela era pra chamar”. M2: “Precisa, sim; sempre precisa dela.”

*Perda de oportunidade 2:* mãe entra em clima de confusão com a tia. M2 avisa que C7 terá que ficar internado, porque estava com febre, e pede que a mãe agradeça a Deus por não ter acontecido nada de pior. Reforça que ela deveria tê-lo levado ao hospital no sábado, quando, segundo a tia, a febre tinha começado. Mãe diz que sábado ele ainda não estava com febre e que a febre só começou na madrugada de domingo para segunda. Tia diz à mãe que, quando houver febre, C7 tem que ser levado ao Base nem que seja à força. M2 não fala nada, nem para averiguar corretamente a data da febre, nem para corrigir o procedimento da mãe ou concordar com a fala da tia.

*Perda de oportunidade 5:* M2 conclui dizendo que a família correu muito risco porque as defesas de C7 estão próximo a zero. Repete que, graças à Deus, não aconteceu o pior, mas poderia ter acontecido. Tia, vai concordando: “Viu? Tá vendo?” e M2 pede que nunca mais deixem C7 correr esse tipo de risco. Mãe abaixa a cabeça e chora. M2 não faz nada. Minutos depois repete que fez as perguntas porque precisava saber o que a mãe realmente sabia e comenta que não adianta dar bronca na mãe e que ela sabe que é difícil, mas não aborda a razão da mãe estar chorando, nem oferece outro tipo de consolo. C7 permaneceu na sala ao longo de todos esses episódios e, em nenhum momento, M2, a mãe ou a tia se dirigiram a ele.

A primeira consulta da fase de Intervenção foi realizada no dia 07 de fevereiro, dia em que o áudio de todas as consultas foi perdido. Na consulta seguinte, M2 já passa a se dirigir à

C7, tanto para explicar, quanto para cobrar sua participação mais responsável no tratamento. Ao mesmo tempo, C7 passa a fazer mais perguntas, espontaneamente, a M2.

*Aproveitamento espontâneo 1:* Paciente inicia a consulta falando, espontaneamente, quais serão os procedimentos que fará naquele dia. M2 comenta: “Tá sabendo, hein.” Psicóloga lembra a M2 de que elas haviam pedido a C7, na consulta anterior, que ele prestasse mais atenção e participasse mais do tratamento e conclui: “Tá vendo, ele tá de parabéns”. M2 concorda e elogia, reforçando os aspectos positivos da participação do paciente no tratamento.

*Perda de oportunidade 1:* C7 pergunta se vai ter que tirar sangue de novo, com tom de preocupação. Mãe responde que não e explica porque, mas M2 não responde à preocupação de C7 e a psicóloga também não intervém.

*Perda de oportunidade 2:* C7 olha para os papéis dos exames como quem não está entendendo nada. M2 não percebe.

*Intervenção 2:* Psicóloga pergunta se C7 está entendendo o que está escrito no protocolo. C7 diz que não. Psicóloga pergunta se ele quer entender. C7 diz que não. Psicóloga insiste: “Nem os quadradinhos.”

*Aproveitamento pós-intervenção 2:* M2 explica para C7 que os quadradinhos são só os remédios que ele tem que tomar e diz que, quando tiver o quadradinho da punção ela vai avisar a C7 porque acha que ele vai se interessar. Pergunta se C7 não quer saber nem o dia da punção. C7 diz que quer. Todos riem. M2 reforça e diz que, então vai avisar. Psicóloga reforça o comportamento de M2: “Isso”.

Na consulta seguinte, dessa mesma fase, é possível observar de forma mais clara o aumento da participação espontânea do paciente, com manutenção das respostas de M2 dirigidas a ele. Observa-se, ainda, uma maior participação da mãe e, mais uma vez, intervenção de M2 no sentido de favorecer o uso de estratégias de enfrentamento pelo paciente e situações de intervenção conjunta de M2 com a psicóloga:

*Aproveitamento espontâneo 3:* C7 reclama de ter que tirar sangue de novo. Mãe pergunta sobre possibilidade de colocar cateter. M2 explica que não há necessidade porque já estão acabando as sessões de quimioterapia e sugere que mãe use pomada de arnica para diminuir a dor da picada da agulha. Mãe diz que C7 não gosta da arnica porque é gelado. Psicóloga pergunta para paciente o que é pior, a agulhada ou o frio da Arnica. C7 diz que é a picada. M2 repete que, então, é melhor o geladinho da pomada.

*Aproveitamento espontâneo 4:* C7 pergunta, preocupado, sobre se não é possível puncionar a veia com um determinado tipo de agulha. M2 responde que sim e, percebendo a preocupação de C7, complementa: “O que a gente puder fazer pra diminuir a sua dor, C7, nós vamos fazer. E, graças à Deus, você já está ficando bom é só pra fazer esses exames pra saber se continua tudo bem”. Psicóloga reforça o comportamento de C7 de sugerir de que forma

prefere o procedimento e orienta a que ele faça da mesma forma com a enfermagem, na hora do procedimento.

*Tentativa bem sucedida 2:* No final da consulta, M2 pergunta a C7 se ele tem dúvidas e reforça que pode perguntar o que quiser (para ela ou para psicóloga). Depois diz, dirigindo-se a C7 e à mãe: “Então, vamos repassar, agora” e revê os procedimentos que devem ser feitos e as medicações que a mãe vai precisar, receitas, etc.

*Aproveitamento espontâneo 5:* Na sequência imediata, mãe tem a oportunidade de falar sobre dificuldades de C7 em tomar remédios (glivec), da qual não tinha falado ainda. M2 aproveita e orienta sobre importância dessa medicação, orienta o que fazer, dirigindo-se a C7 e reforçando a importância do pensamento positivo para aceitar a medicação.

*Aproveitamento espontâneo 6:* M2 fala do medo de C7 com agulhas e de sua mania de olhar pra ver o tamanho da agulha. M2 comenta que a agulha tem sempre o mesmo tamanho, não precisa olhar toda vez. Completa com um ditado: “O que os olhos não vêem o coração não sente” e sugere que talvez seja melhor não olhar durante o exame para não aumentar o medo de C7.

**Aumento de intervenções interdisciplinares nas consultas com as díades.** O desenvolvimento de intervenções conjuntas, de cunho interdisciplinar, nas consultas com as díades foi um efeitos já observado e citado em exemplos utilizados em sub-seções anteriores. As intervenções conjuntas ocorreram de forma espontânea (sem planejamento prévio dos pesquisadores) tanto nas consultas com M1, quanto nas consultas com M2, notadamente após a Intervenção 2, uma vez que, a estratégia de intervenção com *feedback* ao comportamento do médico nos intervalos da consulta propiciava a interdisciplinariedade durante as consultas.

O primeiro registro de intervenção conjunta ao longo da coleta aconteceu com o médico M1, logo após a consulta de Linha de Base 1 com o paciente P11. M1 tinha muita preocupação em como conduzir o tratamento com esse paciente (conforme também já citado em exemplos anteriores) e solicitou a ajuda da psicóloga para avaliar seu comportamento imediatamente após essa consulta, que foi uma consulta de má notícia. Situação semelhante foi observada na primeira consulta de Intervenção 1 com o paciente P5. P5 era um adolescente de 16 anos, em tratamento de anemia falciforme com seqüela de AVC, em condição psicossocial de risco por ter sido abandonado pela mãe. Em consultas anteriores ao início da coleta, P5 havia comentado com M1 que estava morando na rua. A inclusão de P5 como um dos pacientes para formação de díades com ele foi sugestão de M1, que já havia pedido ajuda da psicóloga sobre a melhor forma de lidar com esse caso. Antes da consulta da fase de Intervenção 1, por solicitação de M1, o caso foi discutido e a psicóloga dá orientações sobre como M1 deveria conduzir a consulta. Os episódios registrados nessa consulta forma os seguintes:

*Tentativa bem sucedida 1:* M1 mostra interesse e tenta investigar a condição psicossocial do paciente: pergunta porque faltou à consulta com a assistente social e investiga a situação social atual (com quem P5 está morando, se está indo à escola, se tem benefício, etc). Diante das respostas de P5, M1 utiliza a possibilidade de ganhar o benefício social (Benefício de Prestação Continuada do Distrito Federal - BPC) para incentivar P5 a procurar o serviço social e solicita a presença da avó na próxima consulta. Investiga as dificuldades da avó para vir ao hospital, sugere soluções e reforça que o benefício pode ajudar a família.

*Tentativa bem sucedida 2:* M1 pede, várias vezes ao longo da consulta, para que P5 olhe para ela. M1 procura manter contato visual com P5 o tempo todo.

*Tentativa bem sucedida 3:* M1 elogia o paciente pois ele deu entrada na papelada do Exjade (medicação quelante de ferro que ele deveria tomar e não conseguia porque ainda não havia tomado as providências necessárias para liberação da medicação na Farmácia Central do GDF). M1 dá os “Parabéns” a P5 e diz que está orgulhosa dele.

*Tentativa bem sucedida 4:* M1 pergunta para paciente porque ele se atrasou para a consulta, e pergunta se foi por causa do ônibus. Conversa com ele sobre o trajeto que ele faz para chegar ao hospital e dá sugestões de trajetos mais rápidos.

*Perda de oportunidade 1:* paciente vem sem boné (M1 tinha pedido isso para ele na consulta anterior – Linha de Base 1) e M1 não comenta nada até o final da consulta.

*Intervenção 1:* A psicóloga diz à M1 que deviam dar os “Parabéns” a P5, também, porque tinha vindo sem boné.

*Aproveitamento pós intervenção 1:* M1 percebe e comemora. Dá “parabéns” a P5 e diz que gostou mais dele assim. A psicóloga concorda com M1.

Depois desses episódios, M1 e a psicóloga só voltaram a interagir de forma conjunta, quer por meio de discussão e orientação sobre conduta entre as consultas, quer por meio de intervenções interdisciplinares durante a consulta, na fase de Intervenção 2. Mesmo quando registradas ao longo da consulta, essas interações ocorriam como consequência de questões discutidas nos feedbacks dos intervalos, de forma que a ação de M1, nesses casos, parecia ser consequência de um planejamento prévio definido com a psicóloga. Dois exemplos podem ilustrar melhor o estilo de interação entre M1 e a psicóloga. O primeiro, já foi descrito, em relação às consultas com o paciente P12. O segundo, aconteceu ao longo das consultas com o paciente P9, a partir do momento em que, na fase de Intervenção 2, a psicóloga começou a pontuar para M1 as possíveis influências da alteração de rotina social e familiar, consequente ao longo período de tratamento, na adesão do paciente e da família ao tratamento. Na consulta 8 da Intervenção 2 (já referida como exemplo), a psicóloga chama atenção de M1 para importância de incentivar a participação de P9 em atividades normais de rotina social e escolar e combinam como fazer isso ao longo das consultas. Na última consulta da fase de Intervenção, a mãe traz dados novos que passam a ser discutidos por M1 e pela psicóloga. A

descrição de episódios da última consulta de intervenção com P9 e da consulta de Linha de Base 3, a seguir, ilustram esse aspecto.

- Intervenção 2 - consulta 9 de M1 com P9:

*Aproveitamento espontâneo 2:* Mãe pergunta se é normal a demora na marcação do transplante. M1 acolhe a preocupação da mãe quanto a demora para a realização do transplante e conversa longamente com ela sobre isso e sobre a rotina de funcionamento das unidades de transplante.

*Perda de oportunidade 1:* Em sua fala, M1 aborda as razões da demora, mas, não aborda as dificuldades consequentes à espera, aparentemente implícitas na pergunta da mãe.

*Intervenção 1:* Ao final das explicações de M1, a psicóloga comenta: “Tá difícil a espera, né?”. Mãe fala, então que não tem mais marido, a filha está perdida e a vida está uma bagunça.

*Aproveitamento pós intervenção 1:* M1 pede que a mãe explique o que quer dizer e pergunta o que está acontecendo na família. Mãe detalha seus problemas. M1 mostra empatia pelos problemas da mãe.

*Perda de oportunidade 2:* embora empática (“É, as mães são especiais” – porque a mãe estava falando que não era de ferro e também tinha limites), M1 não conclui o assunto, nem orienta a mãe sobre como lidar com os problemas relatados. E a mãe acaba dizendo que tem que ter paciência, mesmo.

*Intervenção 2:* A psicóloga volta ao assunto e clarifica com a mãe se sua preocupação pela demora do transplante era mais por causa dos problemas pessoais ou se ela ainda tinha algum receio sobre as conseqüências da demora para o tratamento de P9. Mãe refere que é tudo.

*Aproveitamento pós intervenção 2:* M1 volta à questão do transplante, reforça que a espera é difícil mesmo e ressalta os pontos positivos relativos a P9 ter encontrado doador, que, segundo ela, é o principal complicador para o transplante. Não volta, porém, às questões familiares expressas pela mãe.

*Tentativa bem sucedida 5:* M1 entrega os resultados dos exames de sangue para P9, diretamente, reforçando o resultado positivo e reforçando que ele pode continuar jogando futebol, com cuidados. Orienta os cuidados.

*Aproveitamento espontâneo 2:* No final da consulta, mãe agradece à M1 e à psicóloga e meio que se desculpa por ter cobrado a demora do transplante : “Obrigada, aí, gente, pelos esclarecimentos. É que a gente fica preocupada...” M1 não deixa a mãe concluir suas desculpas e diz que é assim mesmo. Fala que tem uma revista de uma associação de pacientes, que aborda as questões do transplante, compatibilidade, espera, etc, e que vai trazer a revista para a mãe na próxima consulta.

*Feedback:* assim que a mãe sai, M1 comenta com a psicóloga: “Alguma coisa tá acontecendo aí nesse casamento, gente”. A psicóloga conta a M1 que a vida da família se desestruturou totalmente por conta da espera pelo transplante. M1 se interessa em saber porque isso aconteceu. A psicóloga explica como isso é comum em tratamentos longos, como essas questões familiares interferem na adesão à tratamento e como, muitas vezes, prejudicam a compreensão e/ou aceitação da família das informações recebidas. A psicóloga reforçou positivamente, então, o acolhimento da médica em relação a esses assuntos psicossociais (permissão para que a mãe falasse) e falou da importância de manter contato visual com o paciente durante a conversa, para encorajar a verbalização daqueles assuntos que o mesmo pode não conseguir falar com facilidade.

Na consulta de Linha de Base 3 de P9 com M1, ocorrida uma semana após a última consulta de Intervenção, M1 seguiu algumas das orientações da psicóloga referentes ao comportamento com o paciente e à abordagem da relação entre o transplante e a espera, mas, não voltou às questões familiares expressas pela mãe. Note-se que não registro de episódios de *perda de oportunidade* nessa consulta. A descrição, a seguir, apresenta todos os episódios registrados na consulta de Linha de Base.

- Linha de Base 3 de M1 com P9:

*Tentativa bem sucedida 1:* M1 investiga se P9 jogou mais futebol (acordo feito entre eles para que P9 retornasse algumas atividades sociais, enquanto esperava o TMO). P9 diz que nessa semana, não. M1 lamenta.

*Tentativa bem sucedida 2:* M1 explica para mãe e para P9 que o exame de sangue está bom, mostrando os resultados de cada taxa e explicando que só terá de tomar sangue por causa do valor das plaquetas. Diz estar feliz porque isso mostra que o tratamento está “segurando” o sangue e isso é um bom resultado, considerando o transplante.

*Tentativa bem sucedida 3:* M1 comenta sobre a cor da blusa de P9 e diz que ele fica bem com cores claras. Pergunta porque P9 só usa preto, demonstrando preocupação de que as cores sinalizem possível processo depressivo no qual P9 poderia estar entrando em função da demora do TMO. P9 diz que é só branco e preto. M1 e a mãe conversam sobre cores de roupa e cores que ficariam bem em P9. Paciente participa da discussão, mas não concorda com as opiniões da mãe e de M1.

*Tentativa bem sucedida 4:* M1 pede que P9 a ajude preenchendo um formulário necessário para pegar medicação. P9 começa a preencher com seus dados e passa a conversar mais com M1 sobre o processo de recebimento da medicação. (responsabilização e inclusão).

Com o médico M2, as intervenções conjuntas começaram a ser observadas desde a fase de Intervenção 1. Desde as primeiras consultas, M2 tinha o hábito de discutir os casos com a psicóloga nos intervalos (por vezes, justificando seu comportamento durante a consulta,

quando julgava que seu desempenho havia sido prejudicado por alguma variável como excesso de pacientes em espera ou falta de tempo suficiente durante a consulta). Da mesma forma, dirigia-se, desde a Intervenção 1, à psicóloga, durante as consultas, para perguntar sua opinião e/ou sugerir que ela fizesse alguma intervenção com o paciente em outro momento. Durante a Intervenção 2, uma vez que a estratégia de intervenção com *feedback* assim o permitia, as intervenções conjuntas passaram a ser mais frequentes e adquiriram caráter de orientação da psicóloga ao médico sobre como abordar determinadas questões com cada paciente. As descrições, a seguir, ilustram situações de intervenção conjunta de M2 com a psicóloga em consultas das duas fases de Intervenção.

- Intervenção 1 - consulta 3 de M2 com C2:

*Perda de oportunidade 2:* M2 resolve fazer a punção lombar naquele dia mesmo. Mãe pergunta se C2 vai ser sedada, demonstrando, mais uma vez, preocupação. M2 não percebe ou não comenta.

*Intervenção 2:* Psicóloga pergunta à mãe: “Você prefere que ela seja sedada?”

*Aproveitamento pós intervenção 2:* M2 explica sobre a sedação e analisa com a mãe a reação de C2 quando fez sedada e quando fez sem sedação. Ambas, M2 e a mãe, avaliam, em conjunto, a melhor forma de fazer o procedimento e decidem pela sedação.

*Intervenção 3:* ainda sobre a preocupação expressa pela mãe com a punção lombar, a psicóloga pergunta: “E você vai preferir entrar com ela, ou não?”

*Aproveitamento pós intervenção 3:* mãe demonstra dúvida e responde que não sabe. M2 completa (dirigindo-se à psicóloga, mas referindo-se à mãe): “Ela tem entrado, né? Ela sempre entra nos procedimentos. Porque, ela não tem querido entrar mais?” (referindo-se à mãe). Mãe responde que tem medo que C2 fique mais manhosa na sua presença. M2 sugere que, na idade em que C2 está, acha melhor que a mãe esteja presente durante o procedimento, porque, caso contrário, a criança pode ficar com mais medo e ter sensação de abandono. A psicóloga complementa sugestão de M2, concordando com ela. M2 repete, então, que vai fazer a sedação para ver se C2 fica mais calma.

- Intervenção 2 - consulta 6 de M2 com C9:

*Perda de oportunidade 1:* C9 vai à consulta acompanhado da avó (a irmã recém-nascida de C9 tinha tomado vacina e o paciente estava há cerca de 15 dias na casa da avó em função do risco de contaminação). A avó fala que C9 fica em melhores condições de cuidados quando está em sua casa e comenta que, sempre que C9 vai para casa da mãe, fica pior porque são muitas crianças e muita confusão (mas não explica pior, como). Mistura sintomas e cuidados, com questões familiares, deixando subentender que ela, avó, cuida melhor da criança que a mãe.

*Intervenção 1* (desenvolvida na ausência da avó que tinha descido para levar C9 para tirar sangue): Psicóloga pontua que avó parece ainda estar perdida com as informações, procedimentos e cuidados. Chama atenção para possibilidade de conflito entre avó e mãe, na medida em que avó não admite as dúvidas e dificuldades que tem sobre a doença e o tratamento, e joga a responsabilidade de todos os problemas relativos a cuidados para a mãe e para o que acontece na casa da mãe. M2 admite que não conseguia perceber isso, mas concorda com as pontuações da psicóloga. A psicóloga sugere que M2 recapitule e organize, com a avó, os procedimentos que devem ser seguidos com C9, já que a avó não vai perguntar para não admitir suas deficiências. M2 concorda.

*Aproveitamento pós intervenção 1* (depois que avó e C9 voltam do exame de sangue): M2 pergunta se a avó entende as papeladas da consulta. Avó admite que não e que vai precisar estudar. M2 investiga se a mãe explicou à avó. Avó diz que a mãe explica, mas que ela prefere aprender sozinha. M2 comenta que é difícil aprender esse tipo de coisa sozinha e reforça conduta da mãe, dizendo que ela é muito atenciosa. Avó assume postura defensiva. M2 contorna a situação e detalha para avó o protocolo (traduzindo o que está no papel) e explicando sobre medicações, cuidados e tratamento, passo a passo. Avó vai, então, fazendo as perguntas sobre o que não entende.

**Generalização dos comportamentos de comunicação estimulados, independente das díades.** Alguns dos exemplos destacados permitem observar que, um último efeito do procedimento de intervenção psicológica sobre o comportamento de comunicação dos médicos foi a generalização de comportamentos estimulados na consulta com uma díade para consultas de outras díades. São exemplos dessa generalização, o comportamento de explicação detalhada do resultado do exame de sangue, para M1; e a investigação sobre sensibilidade de dor do paciente frente aos procedimentos de punção lombar, para M2. Ambos os comportamentos, são exemplos de uma categoria mais ampla de ações, a saber, manter atenção e responder às expressões não verbais de dúvida ou desconforto expressas pelos pacientes e seus familiares acompanhantes.

O foco das intervenções da psicóloga era essa categoria mais ampla de comportamentos. A necessidade de explicação detalhada do resultado do exame de sangue, por exemplo, foi sinalizada pela psicóloga para M1, para as consultas dos pacientes P11 e P9 desde a fase de Intervenção 1. Nessa fase, M1 nem sempre apresentava resposta à intervenção. A partir da Intervenção 2, quando a psicóloga além de chamar atenção para essa necessidade, explicou a M1 como percebia que os pacientes esperavam pela explicação e como isso poderia diminuir dúvidas, M1 passou a detalhar, espontaneamente, o resultado dos exames de sangue não só nas consultas dos pacientes P11 e P9, como também nas de outros pacientes, como P5, P8 e P14. O mesmo aconteceu com M2, em relação ao comportamento de investigação sobre a sensibilidade à dor, só que, para esse médico, a generalização ocorreu desde a fase de

Intervenção 1, quando esse comportamento foi estimulado nas consultas com C3 e, depois, repetido espontaneamente por M2 nas consultas com C5, C7 e C8.

**Análise do estilo de comportamento característico e das mudanças no padrão do comportamento de comunicação de cada médico observadas ao longo do estudo**

Uma última questão relacionada ao contexto de ocorrência dos episódios de comunicação médico-paciente, evidenciada pela análise, diz respeito às diferenças na forma pela qual ocorreram as mudanças no comportamento com cada médico, ao longo das seis fases de estudo. Para M1, foi observada mudança semelhante e gradativa ao longo das seis fases, ao contrário do que se verificou com M2 para o qual o padrão de resposta à intervenção se manteve constante, mas variou ligeiramente em função do tipo de paciente ou do tipo de consulta. Embora com menor quantidade de consultas observadas nas fases de Intervenção, M1 registrou maior diferença na frequência de ocorrência das categorias entre Intervenção 1 e Intervenção 2, e, maior mudança do que M2 em relação ao padrão de comunicação, conforme mostram a Tabela 28 e a Figura 6.

Tabela 28

*Análise do Desempenho do Médico M1, por Categoria Episódica, ao Longo das Seis Fases do Estudo.*

Fases	Perda de Oportunidade	Intervenção	Aproveitamento pós intervenção	Ausência de resposta pós intervenção	Aproveitamento (espontâneo)	Tentativa bem sucedida de interação
LB 1	59%	-	-	-	23%	18%
I 1	24,6%	22,7%	11,6%	11,6%	12,9%	16,8%
LB 2	20%	-	-	-	35%	45%
I 2	16,1%	16,1%	10,2%	5,1%	18,3%	33,8%
LB 3	0%	-	-	-	50%	50%
LB 4	13%	-	-	-	47%	40%

*Nota.* LB = Linha de Base; I = Intervenção

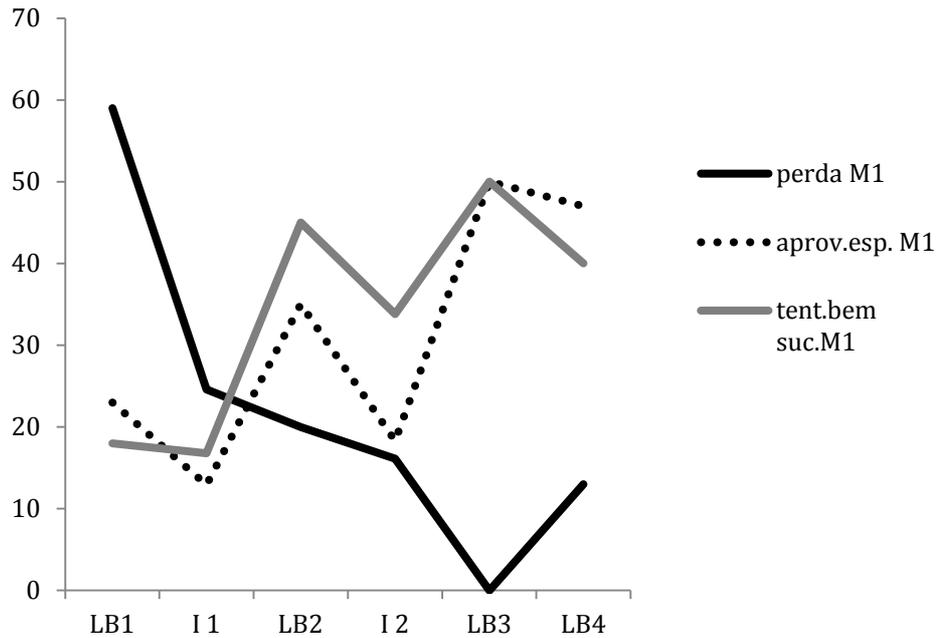


Figura 6. Desempenho do médico M1, em *perda de oportunidade*, *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação*, ao longo das seis fases do estudo.

Para o médico M1, houve diminuição expressiva e gradual da frequência de ocorrência de *perda de oportunidade*, ao longo das seis fases (com discreto aumento em Linha de Base 4, quando comparada à Linha de Base 3), ao mesmo tempo em que houve aumento, igualmente expressivo e gradual, da frequência de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida*. Chama atenção, também, nos registros desse médico, a diferença nas frequências de *aproveitamento pós intervenção* e *ausência de resposta pós intervenção* entre as fases de Intervenção 1 e 2. Enquanto na Intervenção 1 a frequência de ocorrência das duas categorias foi idêntica (11,6% para cada categoria), na Intervenção 2, M1 passou a aproveitar mais as oportunidades sinalizadas pela intervenção da psicóloga (com 10,2% de *aproveitamento pós intervenção* contra 5,1% de *ausência de resposta pós intervenção*). A análise dos episódios mostra, ainda, que, mesmo quando aproveitava a intervenção da psicóloga para responder ao paciente, nem sempre M1 abordava os aspectos que a psicóloga havia tentado sinalizar com sua intervenção. O exemplo seguinte, da primeira consulta de P9 com M1 em Intervenção 1, ilustra esse tipo de resposta.

*Perda de oportunidade 2:* paciente estava olhando exame, fazendo careta, e médico não percebe

*Intervenção 2:* Psicóloga pergunta se o paciente sabe traduzir o exame de sangue. E ele responde que sabe ver só duas coisas. Psicóloga insiste perguntando o que interessa a ele no exame. P9 diz que, na verdade, são três coisas e tenta ler os nomes das séries do sangue: “Lin..cócito?...” e sorri.

*Aproveitamento pós intervenção 2:* M1 corrige a leitura de P9 e diz, brincando, que P9 sabe mais que ela.

*Perda de oportunidade 3:* M1 não explica mais nada de fato sobre o exame.

O médico M2 apresentou desempenho diferente. Houve diminuição expressiva da frequência de ocorrência de *perda de oportunidade* da Linha de Base 1 para Linha de Base 2. A partir daí, a frequência dessa categoria manteve-se estável. A frequência de ocorrência da categoria *tentativa bem sucedida de interação*, que foi elevada, desde a Linha de Base 1, também se manteve, relativamente estável, ao longo das seis fases. O aumento mais expressivo foi observado na frequência da categoria *aproveitamento espontâneo*, entre as fases de Linha de Base. A porcentagem de ocorrência dessa categoria cresceu de 13,5% na Linha de Base 1 para 72,2% na Linha de Base 2, concluindo com 53% na Linha de Base 4.

A resposta de M2 à intervenção da psicóloga e à mudança de estratégia entre as fases de Intervenção 1 e 2 também foi diferente à de M1. M2 registrou frequência baixa na ocorrência da categoria *ausência de resposta pós intervenção* desde a Intervenção 1 (1,2% dos episódios). Entretanto, ao contrário do que ocorreu com M1, para M2 a frequência dessa categoria aumentou da Intervenção 1 para a Intervenção 2 (registrando 2,8% de ocorrência nos episódios da Intervenção 2), conforme mostram a Tabela 29 e a Figura 7.

Tabela 29

*Análise do Desempenho do Médico M2, por Categoria Episódica, ao Longo das Seis Fases do Estudo*

Fases	Perda de Oportunidade	Intervenção	Aproveitamento pós intervenção	Ausência de resposta pós intervenção	Aproveitamento espontâneo	Tentativa bem sucedida de interação
LB 1	55,4%	-	-	-	13,5%	31%
I 1	20,1%	20,7%	18,9%	1,2%	15,8%	23,1%
LB 2	5,6%	-	-	-	72,2%	22,2%
I 2	15,8%	14,9%	12,1%	2,8%	26,1%	28%
LB 3	7,1%	-	-	-	64,2%	28,5%
LB 4	5,9%	-	-	-	53%	41,2%

*Nota.* LB = Linha de Base; I = Intervenção.

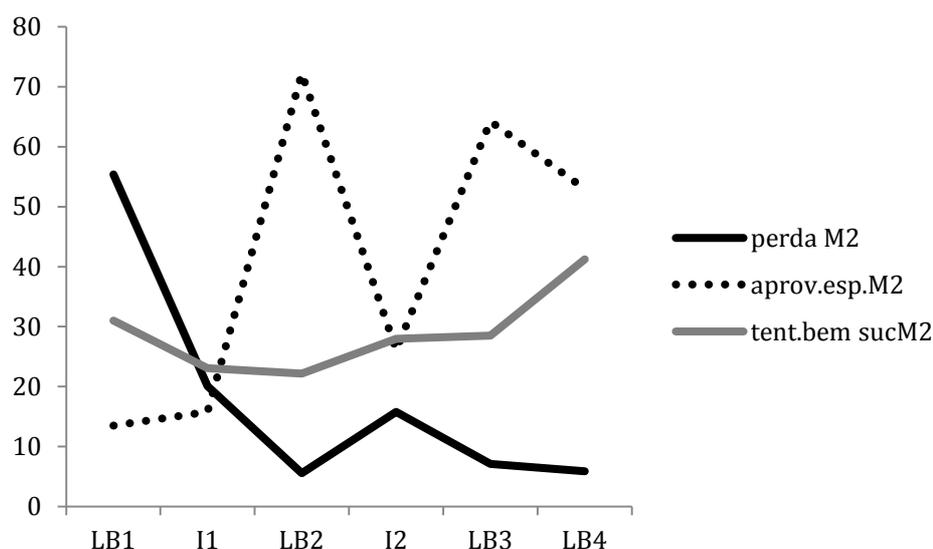


Figura 7. Desempenho do médico M2, em *perda de oportunidade*, *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação*, ao longo das seis fases do estudo.

Entre as duas fases de Intervenção com M1, observou-se diminuição na frequência de perdas de oportunidade da Intervenção 1 para Intervenção 2, para a maioria dos pacientes e em todas as consultas. Nas fases de Linha de Base, essa diminuição também ocorreu em três condições diferentes de interação com os pacientes: (a) pacientes acompanhados em díade com o médico durante as Linhas de Base 1, 2 e 3 e também ao longo das fases de Intervenção; (b) pacientes acompanhados em díade com o médico durante as Linhas de Base, e apenas uma vez na fase de Intervenção; e (c) pacientes observados apenas em Linha de Base 4 e não acompanhados no esquema de díade, nem nas linhas de base anteriores, nem durante as fases de Intervenção. Foram escolhidos três casos para exemplificar cada uma das condições. A Tabela 30 resume a frequência de ocorrência das categorias episódicas de comunicação, para os pacientes representantes de cada condição.

Tabela 30

*Frequência de Ocorrência das Categorias Episódicas de Comunicação para os Pacientes Representantes das Três Condições de Interação com M1, ao Longo das Quatro Fases de Linha de Base*

Pacientes e condições	Linha de Base 1			Linha de Base 2			Linha de Base 3			Linha de Base 4		
	PO	AE	TB									
P9 – díade LB1, 2 e 3 + Intervenções 1 e 2	3	0	1	2	1	2	0	0	4	-		
P8 – díade LB1 e 2 + uma consulta em Intervenção	4	2	2	1	2	6	-			-		
P15 – LB4 + não díade	-			-			-			1	4	2
P16 – LB4 + não díade	-			-			-			1	2	1

*Nota.* PO=perda de oportunidade; AE=aproveitamento espontâneo; TB=tentativa bem sucedida.

Em relação à primeira condição, o melhor exemplo a ser citado é, mais uma vez, o da díade P9/M1. O paciente P9 foi o que teve maior número de consultas acompanhadas com M1: uma consulta em Linha de Base 1, uma em Linha de Base 2, oito consultas nas fases de Intervenção e uma consulta em Linha de Base 3, num total de 11 consultas. O desempenho de M1 com esse paciente, nas linhas de base, mostra a tendência de melhora do comportamento de comunicação, da Linha de Base 1 para Linha de Base 3, com diminuição dos episódios de *perda de oportunidade* e aumento dos episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação*. Na Linha de Base 1, com P9, foram registrado três episódios de *perda de oportunidade*, nenhum de *aproveitamento espontâneo* e apenas um de *tentativa bem sucedida*. Na Linha de Base 2, a frequência de *perda de oportunidade* caiu um pouco (foram registrados dois episódios), mas houve aumento nas outras duas categorias (um episódio de *aproveitamento espontâneo* e dois de *tentativa bem sucedida*). E, na Linha de Base 3, não foi registrado nenhum episódio de *perda de oportunidade*, enquanto foram registrados quatro episódios de *tentativa bem sucedida de interação*. Como já descrito anteriormente, observou-se, também, mudança do foco de atenção de M1 nos episódios de *perda de oportunidade*, *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida*, no sentido de passar a perceber mais e intervir sobre manifestações emocionais do paciente e do acompanhante, assim como de solicitar mais a participação do paciente ao longo das consultas.

Na segunda condição (pacientes acompanhados em díade com o médico durante as Linhas de Base, mas não durante as fases de Intervenção), o exemplo é o da díade P8/M1. O paciente P8 tinha 17 anos, fazia tratamento para um quadro grave de anemia falciforme, no

qual havia sofrido seqüela de AVC e várias complicações renais. Era um paciente com tendência a depressão, dificuldade de adesão ao tratamento e, apesar da idade, muito dependente da mãe, que o acompanhava às consultas.

Em função do protocolo de tratamento de P8, as consultas médicas ocorriam a cada 28 dias. Por esse motivo, P8 foi acompanhado nas fase de Linha de Base 1 e 2, e apenas uma vez em consulta de Intervenção. No retorno previsto após a consulta de Linha de Base 2, P8 teve uma complicação clínica e foi transferido para outro hospital, razão pela qual não participou das intervenções seguintes à Linha de Base 2, nem da fase de Linha de Base 3.

O paciente P8 já era conhecido de M1 e, em razão de ser acompanhado no NOHP desde criança, já tinha sido atendido por esse médico várias vezes, antes do início da coleta de dados. Na consulta de Linha de Base 1 de P8 com M1 foram registrados quatro episódios de *perda de oportunidade*, dois de *aproveitamento espontâneo* e dois de *tentativa bem sucedida de interação*. Os episódios de *perda de oportunidade* estavam relacionados a não adesão de P8 ao uso correto das várias medicações que precisava tomar. Em todos eles, M1 dirigia-se à mãe, que informava sobre como P8 não seguia o tratamento prescrito, enquanto P8 permanecia de cabeça baixa, suspirando constantemente, em uma postura comportamental que indicava impaciência, desânimo e irritação. Em nenhum dos episódios, quer M1, quer a mãe, se dirigiram à P8, inclusive no único episódio em que P8 se manifestou verbalmente, protestando contra a necessidade de alterar o tratamento para um esquema semanal de infusão contínua de desferral, por seis horas.

Na Linha de Base 2 de P8 com M1, mais uma vez, a situação se inverte. Ainda foi registrado um episódio de *perda de oportunidade*, a quantidade de *aproveitamentos espontâneos* permaneceu sendo de dois e observou-se aumento dos episódios de *tentativa bem sucedida*, tendo sido registrados seis episódios. Embora no único episódio de perda o contexto tenha sido, ainda, o não inclusão do paciente em uma das decisões sobre a mudança do tratamento, M1 percebeu em seguida essa não inclusão e passou, ao longo do restante da consulta, não só a dirigir-se a P8 como também a incentivar sua opinião sobre as opções que estavam sendo sugeridas para que o tratamento fosse menos invasivo e menos restritivo para P8: “P8. desculpa, como é que você está se sentindo?”, e, mais à frente: “Você entendeu tudo sobre essa medicação? Quer me fazer alguma pergunta?”.

Finalmente, em relação à última condição (pacientes observados apenas em Linha de Base 4 e não acompanhados no esquema de díade), observou-se manutenção da tendência de menor ocorrência de episódios de *perda de oportunidade* e maior ocorrência de episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação*. Foram registrados apenas dois episódios de perda, um com o paciente P15 e outro com P16, enquanto houve sete episódios de *aproveitamento espontâneo* e seis de *tentativa bem sucedida*. Os pacientes em cujas consultas houve registro de *perda de oportunidade* foram também aqueles com os quais

foi observado maior número de episódios de *aproveitamento espontâneo* (quatro com P15 e dois com P16).

Quanto ao contexto de ocorrência dos episódios de comunicação, as condições de coleta de dados das consultas com M2 não apresentaram a mesma variabilidade que o observado para M1. No caso de M2, todas as díades acompanhadas ao longo das quatro fases de linha de base e das duas fases de intervenção, seguiam protocolos de tratamento semelhantes e retornavam para consultas com a mesma frequência, participando de uma quantidade semelhante de consultas ao longo da coleta. Ainda assim, M2 registrou diferenças expressivas na frequência de ocorrência da categoria *perda de oportunidade*, de paciente para paciente, tanto em consultas de Linha de Base, quanto em consultas de Intervenção, sugerindo suscetibilidade maior de M2 a variáveis contextuais como características do paciente e complexidade das consultas. Os dados das Tabelas 31 e 32 ilustram essa tendência.

Tabela 31

*Análise do Desempenho do Médico M2 com o Paciente C5, por Categoria Episódica, ao Longo das Seis Fases do Estudo*

Fases	Perda de Oportunidade	Intervenção	Aproveitamento pós intervenção	Ausência de resposta pós intervenção	Aproveitamento espontâneo	Tentativa bem sucedida de interação
LB 1	1	-	-	-	0	1
I 1 – cons. 1	1	2	2	0	0	1
I 1 – cons. 2	1	1	1	0	0	1
I 1 – cons. 3	0	0	0	0	2	2
I1 – cons. 4	2	2	2	0	0	2
LB 2	1	-	-	-	0	1
I 2	1	1	1	0	1	0
LB 3	0	-	-	-	1	2
LB 4	0	-	-	-	2	2

*Nota.* LB = Linha de Base; I = Intervenção.

Tabela 32

*Análise do Desempenho do Médico M2 com a Paciente C3, por Categoria Episódica, ao Longo das Seis Fases do Estudo*

Fases	Perda de Oportunidade	Intervenção	Aproveitamento pós intervenção	Ausência de resposta pós intervenção	Aproveitamento espontâneo	Tentativa bem sucedida de interação
LB 1	7	-	-	-	0	2
I 1 – cons. 1	2	2	2	0	3	3
I 1 – cons. 2	1	1	1	0	0	2
LB 2	0	-	-	-	5	2
I 2 – cons.1	1	1	1	0	4	5
I 2 – cons. 2	0	0	0	0	3	1
I 2 – cons. 3	0	0	0	0	4	7
I 2 – cons. 4	1	1	1	0	1	2
LB 3	0	-	-	-	6	1
LB 4	0	-	-	-	2	2

*Nota.* LB = Linha de Base; I = Intervenção.

Na Tabela 31, é apresentada a frequência de ocorrência dos episódios de comunicação para todas as consultas do paciente C5 com M2 (C5 foi um dos pacientes que teve consultas observadas nas seis fases do estudo). Observa-se pouca variação na frequência de ocorrência de todas as categorias, em geral, e, em especial, da categoria *perda de oportunidade*, de uma fase para outra. A Tabela 32 apresenta a frequência de ocorrência dos episódios de comunicação para todas as consultas da paciente C3 com M2 (C3 só não teve consultas observadas na fase de Linha de Base 3). Com essa paciente, o desempenho de M2 variou bastante entre as fases, com queda expressiva dos episódios de *perda de oportunidade* da primeira fase para as seguintes; e, aumento, igualmente expressivo, de episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida* ao longo das seis fases. Na Linha de Base 1, foram registrados sete episódios de *perda de oportunidade*, número que caiu para zero nas Linhas de Base 2, 3 e 4. Da mesma forma, *aproveitamento espontâneo* subiu de

zero, na Linha de Base 1, para seis, na Linha de Base 3; e, *tentativa bem sucedida de interação* subiu de dois, na Intervenção 1 para sete na Intervenção 2.

A única condição contextual que se repetiu, para os dois médicos, porém, em fases diferentes, foi a observação de consultas, em fase de linha de base, com pacientes que não formavam díades com o médico. No caso de M2, isso ocorreu na Linha de Base 2, onde foram registradas consultas de dois pacientes que não formavam díade e faziam tratamento para um tipo de câncer diferente da leucemia. O desempenho dos médicos quanto ao comportamento de comunicação nas consultas de pacientes não acompanhados em díades, entretanto, foi semelhante. Da mesma forma que com M1, observou-se, para M2, manutenção da tendência de menor ocorrência de episódios de *perda de oportunidade* e maior ocorrência de episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação*, também em consultas com pacientes não participantes de díades. Na Linha de Base 2, para M2, não foi registrado nenhum episódio de *perda de oportunidade* nas consultas com os pacientes C10 e C11. Para C10, foi registrado um episódio de *aproveitamento espontâneo* e para C11, três episódios da mesma categoria.

#### **Análise das entrevistas realizadas com os participantes – relato do médico sobre as mudanças percebidas em seu comportamento de comunicação**

As entrevistas com os médicos foram realizadas depois do final da Linha de Base 4. O auxiliar de pesquisa que participava das consultas com M1 fez a entrevista com M2 e o auxiliar que acompanhava as consultas com M2 fez a entrevista com M1. A Tabela 33 resume as respostas obtidas por ambos os médicos às entrevistas.

Tabela 33

*Síntese das Respostas dos Médicos M1 e M2 à entrevista*

Perguntas	Respostas de M1	Respostas de M2
1- Você percebeu alguma diferença entre as consultas realizadas sem a presença do psicólogo e as consultas com a presença e intervenção do psicólogo? Se sim, qual (is)?	Sim: a) aumento da atenção do médico acerca de aspectos que, sem a intervenção do psicólogo não seriam percebidos (reações do paciente, conflitos familiares); b) a presença do psicólogo na consulta médica oferece, ao psicólogo, outras informações que podem favorecer seu trabalho posterior com o paciente e a família.	Sim: a) aumento do vínculo médico paciente, em função da organização das consultas com díades fixas; b) aumento da atenção do médico para as dúvidas expressas pelo paciente.
2- Você observou alguma mudança no seu comportamento durante as consultas realizada com a presença do psicólogo? Se sim, qual (is)?	Sim: a) maior conhecimento do paciente e de suas necessidades, devido ao aumento vinculo (que M1 associa ao esquema de atendimento em díades fixas); b) diminuição do sentimento de solidão do médico durante as consultas – possibilidade de dividir decisões com o psicólogo e, com isso, se sentir mais seguro quanto às condutas.	Sim: a) aumento da atenção do médico às demandas do paciente por já conhecer melhor aquele paciente e ter um vínculo maior com ele; b) aumento da dedicação do médico.
3- Das intervenções realizadas pelo psicólogo (incluindo dicas durante as consultas e feedbacks nos intervalos), quais aquelas que você mais lembra?	a) intervenções que sinalizaram “gafes” do médico com o paciente; b) intervenções que mostraram ao médico a afetividade do paciente dirigida a ele, médico.	a) importância de explicar o resultado do exame de sangue de forma detalhada; b) importância de verificar a percepção das crianças acerca dos procedimentos invasivos.
4- Você acha que aprendeu alguma coisa nova sobre a comunicação com o paciente e seu familiar acompanhante a partir das intervenções realizadas pelo psicólogo? Se sim, o que?	Sim: a) importância do vinculo entre médico e paciente para conhecer melhor o paciente e se comunicar melhor com ele; b) importância de perceber qual a necessidade do paciente para responder a essa necessidade (ex.: explicar de forma detalhada o resultado do exame de sangue).	Sim: a) importância de prestar atenção no paciente e nas reações dele ao que é comunicado.
5- Qual sua avaliação geral sobre a prática de consultas médicas com a presença do psicólogo (consultas psicopediátricas)?	A consulta psicopediátrica é positiva porque permite que o paciente tenha maior abertura com os profissionais (tanto médico, quanto psicólogo) e se sinta mais seguro. Mas, pode ser prejudicial se não houver uma boa interação entre os profissionais.	A consulta psicopediátrica é positiva, mas, talvez não seja necessária em todas as consultas do paciente. M2 sugere uma consulta psicopediátrica a cada quatro consultas regulares e ou em situações específicas ao longo do tratamento, como consultas de más notícias.
6- Se você pudesse, mudaria alguma coisa nesse tipo de consulta (consulta psicopediátrica)?	M1 sugere que, além das consultas psicopediátricas, o médico pudesse ter uma avaliação psicológica prévia do paciente que o ajudasse a identificar, durante a consulta, quais aspectos deveriam ser considerados. Sugere que essa avaliação fosse feita individual e separadamente, com a criança e com os acompanhantes, permitindo o acesso a informações que um não se sente à vontade de transmitir na frente do outro.	M2 sugere mudanças apenas na estrutura física do ambiente: sala maior, ar condicionado (por causa da porta fechada durante as consultas psicopediátricas), colocação da cadeira da psicóloga para que pudesse ter uma visão mais ampliada tanto do médico, quanto do paciente e acompanhante.
7- Comentários e sugestões livres	Questiona como seria o procedimento e os resultados em casos de consultas de más notícias (diagnóstico, por exemplo) e diz estar muito curioso com os resultados por esperar que esses resultados possam melhorar o desempenho e a organização do serviço	M2 diz que gostava das consultas psicopediátricas, ficava esperando pelo dia em que atenderia nesse esquema. Enfatiza as vantagens e a importância de que o médico atenda os mesmos pacientes para formação de vinculo e melhora do processo de comunicação.

As respostas apontam que, tanto M1 quanto M2 avaliaram o procedimento de consulta psicopediátrica como positivo. Ambos referiram que foram capazes de perceber mudanças em seu comportamento depois da participação no procedimento. Todavia, atribuíram grande parte

dessas mudanças ao esquema de atendimento em díades fixas, que fazia com que o mesmo médico acompanhasse os mesmos pacientes durante o período de coleta de dados. Dois trechos, extraídos das entrevistas de M1 e de M2, ilustram essa percepção:

M2: “Até porque são os mesmos pacientes: a gente criou um vínculo com eles. E pela S (psicóloga) estar e falar das dúvidas, eu tomava mais cuidado de esclarecer melhor as dúvidas com eles. Eu gosto de atender com a S. Como são os mesmos pacientes eu já estou conhecendo eles bem. E a intervenção até ajudou.”

M1: “Por esses pacientes passarem sempre na minha mão, é diferente daqueles pacientes que vêm aleatório, então, começa a ter um vínculo, uma liberdade maior (...) Nesse sentido muda a forma de agir com esse paciente. Mas, no sentido da, não sei nem se é metodologia da consulta, ela continua a mesma. É claro que... Ah! Isso foi importante pra esse paciente, então, esse paciente, quando ele voltar, eu vou prestar atenção. O que eu não consigo fazer é com um paciente que eu atendo hoje, amanhã outro, amanhã outro e eu só vou ver esse paciente de novo daqui há dois meses, eu não sei o que aconteceu com ele nesse período todo, então eu não vou conseguir captar o ocorrido pra eu poder trabalhar. Desse jeito que a gente tá trabalhando agora, (nas consultas psicopediátricas) é bom trabalhar. É fácil porque eu vejo esse paciente agora e eu vou ver de novo daqui há 15 dias”.

M2 foi o médico que mais enfatizou a importância de que os pacientes fossem atendidos sempre por um médico de referência, especialmente para privilegiar a formação do vínculo. Repetiu esse aspecto em quase todas as respostas à entrevista e dedicou cerca de 20 minutos do tempo livre para comentários, descrevendo exemplos observados em sua prática que reforçavam tal posição: “Foi bom, o paciente já conhecia, já sabia que era com ela (referindo-se à psicóloga) e criava um bom vínculo e isso é primordial pro processo de comunicação (...) Às vezes, dependendo da fase do tratamento, o paciente volta seis vezes em um mês. Imagina se cada vez voltar com um médico diferente. Eu acho até que seria legal fazer a pesquisa ao contrário, fazer com os seis médicos (com pacientes diferentes) pra ver no que dá (...) Eu sempre achei que o paciente tem que ter o médico dele. Até porque, eu gosto de ir no meu médico. Uma vez ou outra, um tá de férias, mas, pelo menos um grupo de mesmos. Pelo menos ser a maioria com a mesma pessoa.”

M1 fez uma avaliação mais ampla do procedimento de consulta psicopediátrica. Embora também tenha reforçado a importância do vínculo proporcionado pelo esquema de atendimento em díades fixas, M1 pontuou, com maior clareza, as vantagens das consultas psicopediátricas: “Então, com certeza ela (psicóloga) percebe muito mais coisa que eu. E muitas vezes ela me dá um toque que eu tento na próxima consulta modificar(...) e também eu acho que ela consegue, depois, trabalhar melhor esse paciente do ponto de vista psicológico. Ela vai perceber no que eu falhei, tanto do lado médico, mesmo, - ela me chama atenção pra algumas coisas que, às vezes, eu não percebo - mas, ao mesmo tempo, ela percebe

uns conflitos que eu não percebo e aí ela vai trabalhar esses conflitos em outro nível, né, não no nível em que eu trabalho, mas de outra forma. Eu acho que aí é o maior ganho(...) e eles (pacientes) vão adquirindo confiança”.

Esse trecho da fala de M1 sugere uma relação entre o procedimento de consultas psicopediátricas e o modelo interdisciplinar de atendimento à saúde. Essa relação é reforçada em outro trecho, retirado da resposta sobre as mudanças observadas no comportamento do médico: “Talvez no final, eu possa trocar uma ideia. A gente é muito só, no nosso pensamento. Quando você tá de frente pro paciente é só você e ele. Então, as suas dúvidas têm que ser resolvidas com você mesmo. Mesmo que você não tenha solução, você vai ter que dar a resposta naquele momento (...) certo ou errado, vai ter que sair uma resposta ali. E, às vezes, depois que ele sai, quando você tece um comentário, é como se você dividisse uma responsabilidade que é só sua, naquele momento. Mesmo sabendo que não vai mudar o que já foi, mas te faz pensar e tentar mudar da próxima vez (...) eu tenho outra chance pra fazer porque alguém me ajudou a enxergar um outro caminho.”

Entretanto, assim como percebeu vantagens, M1 fez considerações sobre dificuldades que o médico pode enfrentar, consequentes ao vínculo mais intenso com o paciente: “Ao mesmo tempo, me faz envolver muito mais com esse paciente. Então, é bom e é ruim. Porque, como aconteceu essa semana, de eu perder um paciente, isso mexe muito comigo. Então traz benefício, mas traz um outro lado, de um vínculo tão extenso, dentro de uma instituição onde ninguém é de ninguém, que me faz trabalhar coisas que normalmente eu não preciso de tá trabalhando...”.

Quanto ao tipo de mudanças no comportamento de comunicação ou tipo de comportamento aprendido a partir das intervenções da psicóloga, M1 e M2 coincidiram em ressaltar a importância de prestar maior atenção aos comportamentos do paciente. Os trechos a seguir, extraídos de respostas de M1 e de M2, ilustram de que forma os médicos compreenderam essa importância.

M1: “Eu procuro mostrar praquele paciente o que a psicóloga me apontou de ser importante; tipo, mostrar um exame de sangue. Muitas vezes a gente fala: taqui o exame de sangue, tá bom, toma. Não. Hoje eu procuro mostrar: essa é a parte vermelhinha, essa é a branca, essa é a plaqueta, tá melhor, tá pior. Isso porque ela me ensinou. É tão comum pra mim, isso. Mas ela me mostrou que é importante praquele paciente, então, é uma maneira de mudar a minha comunicação (...) uma informação que pra mim é tão banal, mas pra ele não. Pra ele aquilo faz diferença. Eu percebi isso, só de eu mostrar (...) pra mim não, mas pra mãe aquilo faz tanta diferença. Era só: melhorou. Mas hoje eu entendi que é “melhorou o que?”. Parece que, de alguma forma, ela (a mãe) se sentiu mais atendida naquele momento. Agora, o meu jeito de tratar, o meu jeito de fazer, não. É o que eu te falei. Eu tenho que ter um método de exame, senão eu não consigo seguir a consulta.”

M2: “A S foi me mostrando coisas que às vezes a gente não está tão atenta; uma expressão facial, da mãe, uma atitude do familiar ou do próprio paciente, observar mais uma reclamação do paciente, prestar mais atenção nele, eu acho que fez com que eu percebesse mais isso. Antes eu não percebia tanto. Eu estava mais preocupada em atender o paciente, fazer todas as coisas que têm que ser feitas que eu não me preocupava tanto com a comunicação. Eu tentava explicar e tudo, mas, depois eu vi que tem que explicar mesmo, melhor. Perguntar pra mãe se ela realmente entendeu. Às vezes eu explicava, mas, esquecia de perguntar pra mãe, nem lembrava. E a S perguntava e às vezes a mãe não tinha entendido direito, ficava com vergonha de falar. Então eu acho que isso eu aprendi bastante, tentar perceber mais isso, né.”

Por fim, tanto M1, quanto M2 falaram, no momento de comentários livres, sobre as expectativas quanto aos resultados do estudo. M2, sempre enfocando a importância do paciente ser acompanhado por um médico de referência, referiu a percepção que colheu dos pacientes acerca do procedimento: “(...) eu percebi, nesse tempo, que os pacientes já queriam consultar com a gente. Teve um que foi com outro médico, num intervalo. Foi só uma consulta, só, mas eles (paciente e acompanhante) me disseram: “Ah! Sentimos saudade, queremos voltar”; e outros que solicitaram, vinham pedir que a gente consultasse, eu mais a S, que sabiam que a S tava fazendo trabalho e queriam consultar com a gente (...) uma prova, foi essa: teve dois que não conseguiram marcar no dia e, quando foram reagendar, pediram pra marcar no meu dia com a S. Eu até falei com a S que eu acho que esse trabalho dela, além de falar da comunicação, vai conseguir provar isso daí, a relação médico-paciente, que é importante (...)”.

E, M1 sugeriu que os resultados gerassem desdobramentos que auxiliassem o desenvolvimento de modelos de comunicação não só com pacientes onco-hematológicos, mas com pacientes crônicos, em geral. M1 disse esperar que os resultados da pesquisa possam provar que são necessários tempo suficiente e estrutura adequada de atendimento para que o médico estabeleça um melhor vínculo com o paciente e, com isso, melhore seu comportamento de comunicação: “Eu acho muito legal, isso (referindo-se à pesquisa) porque é uma forma da gente se auto-avaliar. A gente quando tá aqui, sentado do lado de cá, não tem ninguém pra te avaliar. Então, você não sabe o quanto está sendo benéfico ou malefício praquela pessoa. Às vezes ela não quer um remédio, às vezes ela quer só um “oi”; e você tá tão corrido que você dá o remédio e não dá o “oi” (...) Talvez isso (referindo-se às consultas psicopediátricas) seja um modelo para atendimento de pacientes crônicos. Eu acho que isso pode ajudar muito, muito, no sentido de melhorar essa comunicação (...) se conseguir mostrar com isso (dados da pesquisa) que isso faz diferença, aí é um subsídio pra mostrar que precisa de mudar.”

## Discussão

Este trabalho teve o objetivo principal de analisar os efeitos de um protocolo de intervenção psicológica sobre os comportamentos de comunicação de médicos onco-hematologistas pediatras com pacientes e familiares acompanhantes, atendidos em esquema de consultas ambulatoriais. O protocolo de intervenção escolhido foi a consulta psicopediátrica, condição em que o psicólogo permanecia na consulta e sinalizava ao médico a necessidade de alterar seu(s) comportamento(s) de comunicação nas ocasiões em que o paciente e/ou familiar acompanhante expressassem dúvida e/ou insatisfação, não percebida ou não respondida. A qualidade da comunicação foi avaliada em função da frequência e sequência de ocorrência das categorias *perda de oportunidade*, *aproveitamento espontâneo*, *aproveitamento pós-intervenção*, *ausência de resposta pós-intervenção* e *tentativa bem sucedida de interação*, nas quatro fases de Linha de Base e nas duas fases de Intervenção.

Os eventos comportamentais que constituíram a categoria *perda de oportunidade* foram analisados como dificuldades e/ou barreiras ao processo de comunicação. As intervenções propostas pela psicóloga aos médicos, quer durante a consulta, quer sob a forma de *feedback* entre uma consulta e outra, foram consideradas operações estabelecedoras de uma comunicação mais eficiente entre médicos, pacientes e familiares. O comportamento dos médicos foi analisado e comparado, ao longo das seis fases, considerando, situações de melhor desempenho em comunicação, aquelas com menor registro de *perdas de oportunidade* e maior quantidade de *tentativas bem sucedidas de interação* e *aproveitamentos* (em resposta à intervenção ou espontâneos).

Os resultados obtidos, além de avaliarem a consulta psicopediátrica como estratégia de intervenção ao treinamento de comportamentos de comunicação do médico, contribuem para compreensão de aspectos funcionais envolvidos no processo de estabelecimento e manutenção de comunicação médico-paciente em oncologia e hematologia pediátrica, tais como: identificação de eventos e contingências que atuam como barreiras ao processo de comunicação, em contexto real de atendimento; influência do estilo de comportamento de cada médico, tanto na comunicação com o paciente, quanto no aprendizado de alternativas mais eficazes de se comunicar; e necessidade de individualização e adaptação das estratégias de treinamento às características de cada profissional e de cada contexto de atendimento, a fim de obter melhores resultados. Ao mesmo tempo, indicam respostas para outras questões relacionadas ao treinamento médico em comunicação, tais como: possibilidade e importância do desenvolvimento de treinamento de médicos já formados, paralelamente à prática clínica; validade do uso de técnicas instrucionais individualizadas no processo de aprendizagem dos médicos; possibilidade de manutenção dos comportamentos treinados de acordo com a estratégia de intervenção utilizada; e função do trabalho interdisciplinar no processo de comunicação.

O delineamento e as análises realizadas até o presente não oferecem respostas definitivas para a questão do manejo de eficácia na comunicação médico-paciente em pediatria. Indicam, entretanto, estratégias que podem ser aplicadas à clínica, para melhorar a qualidade da comunicação, favorecendo a adesão a comportamentos de saúde e, em última instância, melhorando a qualidade geral do atendimento em pediatria. Permite, ainda, o levantamento de questões para novas pesquisas, conforme evidenciado nesta seção.

A seção de Discussão está organizada em três partes: (a) avaliação da consulta psicopediátrica como protocolo de intervenção sobre os comportamento de comunicação dos médicos; (b) avaliação da opções metodológicas definidas para coleta e análise dos dados; e (c) aplicabilidade prática dos resultados e sugestões para outras pesquisas.

### **Avaliação da consulta psicopediátrica como protocolo de intervenção sobre o comportamento de comunicação dos médicos**

O atendimento conjunto médico-psicólogo já tinha se mostrado eficaz no contexto de atendimento ambulatorial, na assistência primária em pediatria (Guimarães et al., 1995). O uso de consultas psicopediátricas sob a forma de um protocolo de intervenção sobre comportamentos de comunicação de médicos, em condição de consultas reais com seus pacientes, entretanto, constitui um procedimento ao mesmo tempo inédito e desafiador. Inédito porque, ao invés de ter como objetivo a intervenção paralela do médico e do psicólogo com um mesmo paciente, como no procedimento original, neste trabalho, o psicólogo observava, avaliava e intervinha sobre a resposta comunicação do médico, propondo mudanças de comportamento, na situação real de interação com paciente e familiar acompanhante.

Essa condição já representa, por si só, um aspecto desafiador, na medida em que o médico poderia se sentir desconfortável, resistir à intervenção do psicólogo, ou mesmo, não permitir sua presença na consulta, com esse fim. O controle de variáveis de contexto, tais como: características dos pacientes atendidos por cada médico, quantidade de pacientes atendidos, frequência de atendimentos, condições de seguimento e controle do protocolo de intervenção, também foi outro desafio importante. Por outro lado, a escolha da consulta psicopediátrica como instrumento de intervenção, permitiu que os dados obtidos se aproximassem, o máximo possível, da realidade vivenciada pelos médicos, ao contrário do que se observa com uso de outras estratégias de treinamento.

Em revisão recente da literatura sobre treinamento de médicos em comunicação, Van den Eertwegh, Van Dulmen, Van Dalen, Scherpbier e Van der Vleuten (2013) descrevem a situação atual em relação aos estudos na área: apesar do amplo reconhecimento da importância da comunicação para uma assistência médica de qualidade, permanecem frequentes os registros de baixa satisfação com a comunicação, tanto por parte dos médicos, quanto dos pacientes. Apesar da importância referida ao treinamento em comunicação durante

os anos de formação profissional, tem sido raro o investimento nesse treinamento na prática clínica, em condição de contato direto entre médico e paciente.

O que se observa, então, são falhas na transmissão do que foi aprendido para a prática de atendimento, mantendo, assim, problemas recorrentes de comunicação médico-paciente. Os autores sugerem que trabalhos futuros desenvolvam propostas de treinamento em comunicação integradas ao contexto de atendimento clínico. O uso da consulta psicopediátrica como instrumento de intervenção, embora não seja uma proposta de treinamento em formato tradicional, é uma iniciativa que vai ao encontro das propostas de Van den Eertwegh et al. (2013), uma vez que contempla duas questões importantes, e, normalmente, polêmicas: (a) possibilita o desenvolvimento de habilidades e o aprimoramento de comportamentos de comunicação em situação real de consulta; e (b) possibilita a melhora do desempenho em comunicação para médicos já formados, ao longo da prática regular de assistência.

Embora questionado em alguns artigos, o uso de consultas simuladas, com atores treinados desempenhando o papel de pacientes, parece ser prática comum no processo de ensino-aprendizagem de estudantes e residentes de medicina (Berkhof, Van Rijssen, Schellart, Anema & Van der Beek, 2011; Bosse, Nickel & Nikendei, 2010; Gough et al., 2009). Para fins de treinamento, o uso de atores se dá não só quando o foco é a comunicação médico-paciente, mas também em treinamentos do processo de investigação de sinais e sintomas para diagnóstico e intervenções de tratamento. As consultas simuladas têm, na maioria das vezes, a preferência dos educadores, por se constituírem em um ambiente mais controlado e seguro de aprendizado. A fidelidade na semelhança entre as situações simuladas e a situação real, segundo os defensores dessa estratégia, é alcançada por meio do treinamento rigoroso dos atores que participam da simulação (Stewart, Kennedy & Cuene-Grandidier, 2010).

É possível encontrar, contudo, questionamentos sobre a validade da simulação e da capacidade de generalização dos comportamentos aprendidos nessa condição para contextos reais de cuidado e assistência. Ozuah e Reznik (2008) avaliaram a competência de residentes de medicina no diagnóstico e classificação de sintomas de asma, utilizando atores como pacientes. Os residentes foram divididos em dois grupos, sendo que, em um deles, os residentes sabiam que os pacientes eram atores e, no outro, os residentes pensavam que os atores fossem pacientes reais. Os resultados mostram que o desempenho dos residentes foi pior no grupo em que não sabiam que os pacientes eram atores, o que sugere discrepâncias entre a performance em simulação e em situação clínica real.

Comentando os resultados de Ozuah e Reznik (2008), Greenberg (2008) lembra da importante distinção entre *mostrar como* e *fazer* (“shows how” - simulação; e “does” - pacientes reais) e ressalta a dificuldade de fazer generalizações, em termos da transferência de

aprendizagem para prática, quando as consultas são simuladas. O desenvolvimento de treinamento paralelo à própria prática resolveria esse problema.

Outro aspecto em que o contexto real de atendimento se diferencia do contexto de simulação é a expressão de preocupações e sinais emocionais, de pacientes, e a resposta dos médicos a esses sinais. Para Oguchi et al. (2011), à medida que a interação se desenvolve, a comunicação se altera, em função de preocupações e emoções manifestas. Essas mudanças fazem parte do desenvolvimento natural da interação entre as partes e, dificilmente, ocorrem da mesma forma em contextos simulados. Assim, por mais que nos treinamentos que usam simulação sejam treinadas respostas mais adequadas dos profissionais às expressões emocionais dos pacientes e familiares, a condição de contexto real implica diferentes responsabilidades ao médico que influenciam os comportamentos de comunicação com o paciente.

Os dados apresentados neste trabalho exemplificam uma dessas situações, ocorrida na consulta de Linha de Base 1 de M1 com P11. Na consulta, classificada como de má notícia, a consciência do médico de que tinha de convencer o paciente a fazer o tratamento, embora o tratamento oferecesse poucas opções de sucesso, esteve diretamente relacionada aos comportamentos de comunicação do médico, o que resultou em grande quantidade de episódios de *perda de oportunidade*. Embora essa condição pudesse ser recriada em um treinamento simulado, não seria possível recriar a qualidade de vínculo que já existia entre M1 e P11 e que, de acordo com o relato do próprio médico, tornava ainda mais difícil a comunicação nesse contexto.

Os resultados obtidos com as consultas psicopediátricas mostram que é possível analisar e modificar os comportamentos de médicos, em situação real, considerando e manejando a influência dos aspectos emocionais e com manutenção desse aprendizado durante os meses subsequentes ao treinamento. No caso do episódio citado entre M1 e P11, pode-se considerar que dois fatores do protocolo de consulta psicopediátrica foram fundamentais para essa mudança: estabelecimento de espaço para expressão das dificuldades do médico na comunicação e desenvolvimento da estratégia de *feedback* ao comportamento do médico, no intervalo entre as consultas. A partir do momento em que M1 pôde dividir, com a psicóloga pesquisadora, sua percepção, dificuldades e ansiedades ligadas ao tratamento de P11, esses aspectos foram considerados nas intervenções subsequentes. A intervenção com *feedback* permitiu, ainda, que fosse mantido o monitoramento sobre as reações de M1 e que o médico recebesse orientações de como lidar com suas emoções. Ao mesmo tempo, foi possível discutir questões relacionadas às características do paciente P11 e à dinâmica de sua família que auxiliaram a definição da melhor forma de desenvolver a comunicação, nesse caso. O resultado evidenciou uma redução dos episódios de *perda de oportunidade* e aumento dos

episódios de *aproveitamento espontâneo e tentativa bem sucedida de interação*, nas consultas com P11.

Os resultados observados para díade M1/P11 se repetiram para outros pacientes atendidos por M1, em esquema de díade ou não, e, da mesma forma, para pacientes atendidos por M2. A análise da consulta psicopediátrica, como protocolo de intervenção sobre comportamentos de comunicação, e dos resultados desse procedimento, aproximam a consulta psicopediátrica do modelo de aprendizagem construcional, proposto originalmente por Goldiamond (1974). Nessa abordagem, o autor propõe que o comportamento que se quer modificar seja analisado de maneira funcional, de acordo com as contingências ambientais em que ocorre. O foco não é a eliminação de comportamentos prejudiciais, que também fornecem benefícios dificilmente obtidos por outros padrões comportamentais. O foco é, então, na construção de novos repertórios; quer pelo desenvolvimento de novos comportamentos, quer pelo fortalecimento ou transferência de comportamentos já existentes a novas situações, que, ao longo da aprendizagem, passam a ser incompatíveis com os padrões antigos.

No caso da consulta psicopediátrica, pode-se considerar que a intervenção passou a ser de caráter construcional a partir do momento em que foi introduzido o *feedback* no intervalo entre as consultas, na fase de Intervenção 2. Durante a Intervenção 1, a psicóloga apenas assinalava o que era considerado inadequado e, às vezes, sugeria uma mudança, mas, sem discutir a situação previamente. A partir da Intervenção 2, como o uso do *feedback*, passaram a ser sinalizados, primeiro, os comportamentos considerados adequados do médico em comunicação, durante a consulta e, em seguida, os considerados negativos. Ao mesmo tempo, eram discutidas, com o médico, alternativas para lidar com situações semelhantes, em consultas próximas, e o custo/benefício dessas alternativas. Essa forma de intervenção se aproxima do modelo construcional de Goldiamond (1974), na medida em que focaliza o desenvolvimento de comportamentos novos e reforça habilidades já existentes no repertório comportamental dos médicos. Ao mesmo tempo, assim como proposto pelo autor, a estratégia adotada nas consultas psicopediátricas, a partir da Intervenção 2, oportuniza um aprendizado individualizado, adaptado às características e necessidades de cada médico e ao contexto de atendimento com cada paciente.

Os dados mostram que a resposta dos médicos à intervenção também foi individualizada e indicam que os efeitos foram diferentes de acordo com o estilo de cada médico, aspecto analisado de forma mais detalhada posteriormente. Por enquanto, é importante ressaltar que, os dados obtidos, à luz das teorias psicológicas de aprendizagem comportamental, reforçam a importância de que os protocolos e/ou programas de treinamento em comunicação considerem, além dos aspectos de contexto, aspectos individuais dos participantes no processo de mudança e aprendizagem. Treinamentos com grande quantidade de participantes, que se propõem a ensinar comportamentos padrão (tais como uso preferencial de perguntas

abertas ou estruturação da consulta a partir da demanda), mesmo que buscando uma comunicação centrada nas necessidades do paciente, podem não ser eficazes, na prática clínica por não conseguirem alcançar especificidades que são próprias de cada contexto de comunicação médico-paciente.

A consulta psicopediátrica, ao contrário, como representante dos modelos de treinamento individualizados de caráter instrucional e constructional, além de poder ser aplicado tanto a médicos em formação quanto aos já formados, permite o acesso a tais especificidades. Estes pontos podem ter resultado na manutenção e generalização do aprendizado dos médicos acompanhados nessa pesquisa, nos meses seguintes à intervenção. Na próxima seção, são abordados, de forma mais detalhada, outros efeitos positivos observados nos comportamentos de comunicação dos médicos.

**Consulta psicopediátrica e adesão ao tratamento.** A relação existente entre comunicação e adesão à tratamento é bem documentada na literatura de psicologia da saúde e psicologia pediátrica (Ferreira, 2006; Graves et al., 2010; Jerant, Franks, Tancredi, Saito & Kravitz; Theunissen, Ridder, Bensing & Rutten, 2003). Uma questão que permanece em discussão é como a comunicação influencia o processo de adesão e quais as características da chamada *boa comunicação*. A tendência é aproximar a *boa comunicação* do modelo de comunicação centrada no paciente, que, de um modo geral, permite e incentiva a participação ativa deste ao longo do processo de tratamento, especialmente em situações de tomada de decisão (Arora, 2008; Arora et al., 2009; Butow, 2009; Epstein et al., 2005). Ainda assim, e apesar de grande quantidade de pesquisas que referem esse modelo, não existe consenso sobre sua eficácia (De Haes e Bensing, 2009; Hendren et al., 2010). O que se observa é que, muitas vezes, na tentativa de definir quais seriam as características de uma *boa comunicação*, dentro de um modelo centrado no paciente, os estudos se preocupam mais em validar características previamente definidas do que em acessar as necessidades reais do paciente na comunicação.

Em artigo que critica estudos de comunicação com pacientes com câncer, por exemplo, Schofield e Butow (2004) propõem um protocolo que se inicia com a identificação de dificuldades e registro das opiniões de médicos e pacientes sobre suas necessidades em comunicação. Entretanto, ao final, os autores indicam o desenvolvimento de *guidelines* e a aplicação das recomendações desses *guidelines* na prática clínica, sem a preocupação de recomendar, também, novas checagens para verificação da adequação das orientações propostas a cada contexto de atendimento.

No que se refere ao estímulo da adesão ao tratamento, os dados obtidos com o uso da consulta psicopediátrica mostram que esse modelo de intervenção foi bem sucedido em dois sentidos: (a) favorecer a participação ativa do paciente pediátrico e seu familiar acompanhante ao longo das consultas (o que já é preconizado pelo modelo de comunicação centrado no paciente); e (b) estimular essa participação e propor ações de adesão a partir das

necessidades expressas diretamente pelo paciente, em contexto real de atendimento (o que os estudos revisados para esse trabalho ainda não conseguem contemplar).

Vários exemplos podem ser citados, extraídos das análises de M1 e M2 com diferentes pacientes de díades (M1/P6, M1/P9, M1/P11, M1/P12, M2/C3, M2/C5, M2/C8). Lembramos dois desses exemplos, descritos na seção de Resultados, por apresentarem evidências da relação entre a intervenção em consulta psicopediátrica, a mudança nos comportamentos do médico e o aumento da participação do paciente na consulta com incentivo à adesão à tratamento.

O primeiro exemplo é o da díade M2/C8. Para essa díade, observou-se que, ao longo de todo o processo de acompanhamento (Linha de Base 1, Intervenção 1 e 2 e Linha de Base 4) M2 passou a voltar sua atenção à criança, incentivando, gradativamente, sua participação nas decisões sobre o tratamento. M2 passa, não só a prestar atenção às reações emocionais da paciente, diante de notícias não desejadas (como necessidade de internação), mas também, a partir da Intervenção 1, a utilizar a estratégia da lista de dúvidas como forma de acessar as necessidades tanto da mãe, quanto da paciente. Ambas as ações de M2 ocorrem em resposta às intervenções da psicóloga. São, ainda, representativas de estímulo à maior adesão da paciente ao tratamento proposto, uma vez, que, paralelamente à mudança de comportamento de M2, C8 passa a apresentar cada vez menos resistência a determinados procedimentos (internação, punção lombar) e ao seguimento de alguns cuidados (restrições alimentares e de atividades sociais).

O segundo exemplo é o da díade M1/P6. Também foi observada mudança gradativa de comportamento do médico, no sentido de dar mais atenção às reações da criança e do familiar e incentivar tanto a participação quanto a responsabilização do paciente sobre seu tratamento. Chama atenção, nesse caso, o aspecto de cronicidade da doença (talassemia) que gera maiores dificuldades para adesão ao tratamento geral e manejo das medicações em uso, principalmente em pacientes pediátricos (Graves et al, 2010). Esse foi, especificamente, o caso de P6, que se recusava a tomar a medicação necessária, em função dos efeitos colaterais desagradáveis que a medicação provocava. Ao mesmo tempo, a mãe tinha dificuldade de compreensão e manejo da dose da medicação.

As primeiras iniciativas de M1 para incentivo à adesão, durante a Linha de Base 1 e a Intervenção 1 não foram bem sucedidas. Nessas fases, M1 não estava atento às reações da mãe e do paciente às informações transmitidas por ele. A partir da Linha de Base 2, o comportamento de M1 começa a mudar, no sentido de dar mais atenção às reações do acompanhante e discutir alternativas à administração da medicação. A mudança mais expressiva, contudo, ocorreu na Intervenção 2, quando M1 insere o paciente na negociação, e se interessa em saber os motivos da não adesão. Dessa forma, M1 não só estimula a participação do paciente, como acessa de que forma a percepção dele influencia o

seguimento, ou não, do tratamento. A atitude de M1 é individualizada, dirigida a P6 e, assim, com maiores chances de sucesso. Ao final da consulta, M1 orienta que P6 utilize registros de monitoração do seguimento do tratamento para levar à consulta seguinte, uma das técnicas de intervenção indicadas na literatura para controle da adesão (Quittner et al., 2008). A mudança do comportamento de M1 ocorre com o auxílio das intervenções da psicóloga. As intervenções têm efeito direto sobre os comportamentos, principalmente, na consulta de Intervenção 2, tanto durante a consulta, quanto na intervenção do *feedback*, onde a psicóloga explica para o médico a relação entre comunicação, comportamento e adesão, no contexto do tratamento de doenças crônicas.

**Consulta psicopediátrica, preferências e dificuldades de médicos e pacientes na comunicação.** Abordar o tema das preferências em comunicação em psicologia pediátrica significa, necessariamente, falar de dois problemas: (a) inclusão do paciente pediátrico no processo de comunicação; e (b) adaptação da comunicação às especificidades do contexto pediátrico (consulta triádica e habilidade de compreensão da criança ou do adolescente) (Zwaaunswijk et al., 2007; Zwaaunswijk et al., 2011). A necessidade de inclusão do paciente pediátrico na comunicação está ligada à adesão ao tratamento, como referido na seção anterior, mas, ainda é objeto de polêmica, principalmente quando se trata da comunicação de más notícias (Hubble et al., 2008). Embora parte da polêmica esteja ligada às dificuldades técnicas e emocionais do contexto de más notícias, se deve, também, à tendência de não identificar a criança e o adolescente como sujeitos com grau de autonomia e capacidades cognitivas suficientes para compreender e opinar sobre questões de saúde, doença e tratamento. Braga e Tarantino (2011) falam em “dar a palavra” ao paciente pediátrico para que seja ouvido, informado e tenha suas opiniões consideradas e respeitadas nas decisões.

Se for aceita a ideia de que existe uma preferência do paciente por ser incluído no processo de comunicação sobre seu tratamento, fica a questão de se essa preferência é compartilhada por seus familiares e pelos médicos responsáveis por seu cuidado. Mais uma vez, não se encontra consenso, na literatura. Clark et al. (2005) descrevem estudo em que a maioria dos pais entrevistados preferiu que a comunicação do diagnóstico de leucemia fosse feita por eles próprios a seus filhos, e não pela equipe médica. Em outro artigo, Albrecht, Franks e Ruckdeschel (2005) defendem que crianças e adolescentes, não só estejam presentes na comunicação do diagnóstico, como sejam consultados em procedimentos de consentimento informado para quimioterapia.

Por fim, em relação às preferências dos médicos, observa-se uma dupla dificuldade de inclusão: a do paciente pediátrico, mas, também, a inclusão do familiar no processo de comunicação sobre doença e tratamento. Estudos recentes (Farnesi, Newton, Holt, Sharma & Ball, 2012; Van Dalen & Van der Eertwegh, 2013) reforçam que, quando é dada aos pais a oportunidade de se envolver ativamente e negociar questões relativas ao tratamento de seus

filhos, obtém-se maior satisfação, maior nível de confiança no médico e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento. Por outro lado, quando as explicações não são dirigidas ao pais de forma clara, nem é incentivada negociação e/ou participação nas decisões, o que se encontra, principalmente em situação de diagnósticos desfavoráveis, é a falta de entendimento/compreensão, baixos índices de satisfação e de engajamento dos pais no tratamento proposto (Cousino et al., 2012). Ainda assim, médicos relatam dificuldades de comunicação com pacientes e familiares que, geralmente, os levam a não incluir pacientes e familiares em determinadas discussões e tomadas de decisão (Mendonça, 2007; Perosa & Ranzani, 2008; Stenmarker et al., 2010).

Os dados analisados mostram que essa foi uma dificuldade observada no comportamento tanto de M1 quanto de M2, não só em consultas de más notícias (que foram apenas duas, ao longo do estudo, ambas em fase de Linha de Base 1), como principalmente, em situações de tomadas de decisão sobre o tratamento em consultas de ambulatoriais de rotina. Essa dificuldade foi diminuindo a partir da intervenção em consulta psicopediátrica.

M2 foi o médico que demonstrou maior dificuldade para inclusão do paciente, chegando, em alguns casos, em consultas de Linha de Base 1, a desconsiderar as tentativas do paciente para ser ouvido e participar das decisões sobre o tratamento. Chama atenção, nesse sentido, o comportamento de M2 com C3, durante a Linha de Base 1, em que o médico ignorou, por três vezes, os protestos da paciente diante da necessidade de realização de punção lombar. Da mesma forma, destaca-se a mudança observada no comportamento de M2. A partir da fase de Intervenção 1, o médico não só desenvolveu o hábito de investigar as preferências de C3 sobre a melhor forma de fazer a punção (com ou sem anestesia local, sentada ou deitada), como também, generalizou o comportamento de investigação de preferências e dificuldades relativas ao procedimento para consultas com outros pacientes, nas quais esse comportamento não havia sido incentivado (por exemplo, nas consultas com C5, C7 e C9).

Outro contexto de atendimento que era difícil para M2 era o das consultas com pacientes pequenos, com menos de três anos de idade. Nesses casos, embora M2 brincasse com os pacientes, não considerava suas reações à comunicação, nem aos procedimentos e não se dirigia a eles quando precisava transmitir alguma informação sobre doença e tratamento. Em relação a pacientes com menos de três anos, essa foi uma dificuldade observada, também, para M1, e está de acordo com o descrito na literatura, quanto aos problemas de comunicação dos médicos com pacientes pediátricos (Tates et al., 2002). A intervenção desenvolvida pela psicóloga nas consultas psicopediátricas contribuiu para minimizar essa dificuldade, mas apenas a partir do uso das intervenções de *feedback*. Somente a sinalização, durante a consulta, de que a criança estava reagindo de forma desfavorável à comunicação feita pelo médico, não foi suficiente para que M1 ou M2 percebessem a importância e passassem a dar atenção às reações expressas pelas crianças. Em um dos *feedbacks* da psicóloga com M2, o

médico pergunta como é possível perceber quando pacientes muito jovens estão participando ou compreendendo a comunicação, admitindo sua dificuldade e confirmando as afirmações de Braga e Tarantino (2011). A partir dessa pergunta, médico e psicóloga discutem sobre as alternativas para inclusão desses pacientes no processo de comunicação.

Diferente de M2, M1 era um médico que tendia a dirigir-se aos pacientes durante as consultas, principalmente no caso de adolescentes. Entretanto, a inclusão do paciente seguia um esquema protocolar, em todas as consultas, independente do paciente. M1 tinha o hábito de iniciar a consulta perguntando ao paciente como estava e pedindo que listasse as medicações em uso. Esse comportamento, muitas vezes, assumia um caráter de cobrança, principalmente quando M1 criticava o paciente por não saber dar as informações solicitadas. Dessa forma, ao invés de ter um efeito positivo, como seria esperado de uma ação de inclusão, contribuía para criar certa distância, chegando a irritar o paciente, e sem favorecer a adesão. Situações como essa foram encontradas, por exemplo, em consultas de M1 com P9, P10 e P12, descritas na seção de Resultados. As intervenções nas consultas psicopediátricas tiveram a intenção, então, de chamar a atenção de M1 para as diferenças individuais de cada paciente e como cada um lidava com o tratamento. Foi reforçado, também, principalmente durante os *feedbacks* da Intervenção 2, a importância de considerar, como forma de inclusão do paciente, não só o questionamento sobre *o que* o paciente faz ou não faz, mas, sobre *como* e *porque* segue, ou não, algum tratamento. Essa foi a principal mudança na maneira pela qual M1 passou a incluir o paciente e seu familiar acompanhante na comunicação sobre doença e tratamento. Essa mudança foi observada em consultas do paciente P6 (já descritas nesta Discussão) e também nas consultas dos pacientes P9, P10, P11 e P12 (descritas nos Resultados).

Ao mesmo tempo em que M1 e M2 passaram a dar mais atenção à forma particular de cada paciente enfrentar o tratamento, ambos passaram a se preocupar, também, em identificar os sinais de acordo e desacordo dos pacientes e familiares em relação ao que era discutido sobre o tratamento. A partir do momento em que, além de identificar, os médicos foram capazes de responder a esses sinais, M1 e M2 passaram a adotar, como comportamento de comunicação, a inclusão das preferências do paciente e de seu acompanhante. Os dados obtidos com o uso das consultas psicopediátricas respondem, de certa forma, ao problema de atender, ao mesmo tempo às preferências de pais, pacientes e médicos quanto à inclusão ou não da criança e do adolescente na comunicação. O problema deixa de ser incluir ou não e passa a ser *quando* e *como* fazer tal inclusão. E a resposta das consultas psicopediátricas é: quando ele demonstrar que precisa de mais informação e/ou orientação.

Por fim, considera-se que as consultas psicopediátricas desempenharam, também, o papel de oferecer suporte emocional ao médico e ao paciente no processo de comunicação, mesmo em condições desfavoráveis, tais como consultas de más notícias e pacientes difíceis. Esse

efeito de suporte fica claro no relato de avaliação dos médicos sobre o procedimento, principalmente, no relato de M1. E, embora não tenha sido colhida a avaliação dos pacientes e familiares, em relatos informais, fora da condição de pesquisa, mães que participaram do estudo comentaram como se sentiam mais seguras para conversar com o médico durante as consultas psicopediátricas. M2 chega a comentar esses relatos em sua entrevista de avaliação.

Assim, pode-se concluir que as consultas psicopediátricas responderam a um tipo de demanda que outros tipos de estratégia de treinamento não conseguiram responder: ensinar aos médicos não só *o que* fazer, mas o *como* fazer, com segurança emocional para lidar com dificuldades inerentes à comunicação. Esse tipo de demanda foi levantada, por exemplo, por médicos do INCA, treinados com uso do protocolo SPIKES, que se queixaram de que na prática, saber quais passos devem ser seguidos na comunicação não é suficiente para minimizar as dificuldades encontradas nesse processo (INCA & Ministério da Saúde, 2010). Os dados supracitados indicam de que forma a consulta psicopediátrica pode ser utilizada para responder a essa demanda.

**Consulta psicopediátrica, identificação e resposta a reações emocionais e de *distress* dos pacientes e familiares acompanhantes.** Diretamente relacionada à questão da inclusão de pacientes e familiares no processo de comunicação está o problema da dificuldade do médico em identificar e responder aos sinais emocionais e de *distress*, bem como lidar com problemas psicossociais dos pacientes. Mais uma vez, muitos foram os estudos que se dedicaram a chamar atenção para importância desses sinais na comunicação e, outros tantos, os que desenvolveram programas de treinamento para pediatras identificarem e responderem a reações emocionais dos pacientes (Eide et al., 2011; Engelen et al., 2012; Zimmermann, Del Piccolo & Finset, 2007; Zimmerman et al., 2011).

Em um desses estudos, Vail et al., (2011), após analisarem consultas de 285 médicos, de 22 especialidades diferentes, em 46 hospitais, destacam que o foco central da comunicação do médico com seus pacientes era a transmissão de informações biomédicas sobre estado clínico, doença e tratamento, caracterizando uma comunicação centrada na doença e não no paciente. Durante as consultas psicopediátricas com M1 e M2 verificou-se situação semelhante ao apontado pelo estudo de Vail et al., (2011). Além disso, na maioria das vezes em que o foco do médico na comunicação era uma questão relacionada exclusivamente a doença ou ao tratamento, foram registrados episódios de *perda de oportunidade*. Os dados mostram mudança no foco de atenção dos médicos, a partir das intervenções da psicóloga, no sentido de começarem a perceber, com mais facilidade, sinais verbais e não verbais de *distress* e reações emocionais. Mostram ainda, maior preocupação na abordagem de questões psicossociais relacionadas ao tratamento (como problemas financeiros da família e frequência das crianças à escola) ao longo das consultas.

Destacam-se nesse sentido, as consultas de M1 com os pacientes adolescentes, por ter sido esse o médico com maior dificuldade, não tanto na identificação das reações emocionais, mas na resposta a elas. M2, desde a primeira consulta de Intervenção 1, passou a adotar as dicas da psicóloga para identificação e resposta às reações emocionais de pacientes e familiares. Esse comportamento fica bem demonstrado pela alta frequência de *aproveitamentos de oportunidades* de M2 em sequência às intervenções da psicóloga. M1, ao contrário, apresentou frequência igual de *aproveitamentos* e *ausências de resposta pós intervenção*, ao longo das consultas da Intervenção 1. Grande parte das *ausências de resposta* foram em seguida a intervenções que chamavam atenção para reações emocionais do paciente ou do familiar acompanhante. Exemplos desse comportamento de M1 são encontrados nas consultas com P9, relacionados às expressões de desânimo e cansaço do paciente com o excesso de medicações que deveria tomar diariamente; nas consultas de P10, relacionados ao desconforto da paciente por não saber listar as medicações em uso; nas consultas de P11, relacionadas à preocupação do paciente com o resultado do exame de sangue; e nas consultas de P12 relacionadas à resistência do paciente em prosseguir o tratamento. Em todos os casos, M1 conseguiu modificar o comportamento inicial para responder a essas reações características de cada paciente.

A mudança entretanto, só aconteceu a partir da Intervenção 2, com a introdução da intervenção em *feedback*, indicando, mais uma vez, a dificuldade de M1 com a resposta a esses sinais, bem como a sensibilidade maior desse médico ao procedimento de *feedback* e à técnica de aprendizagem construcional. M1 parecia não dar muita importância às intervenções da psicóloga, enquanto apenas sinalizavam a reação emocional do paciente, durante a consulta. Em uma das consultas com P11, por exemplo, embora tenha respondido à intervenção no sentido de detalhar o resultado do exame de sangue ao paciente, M1 contra-argumenta, afirmando que não ia adiantar explicar o resultado porque o paciente não iria memorizar a explicação, o que levaria à necessidade de repetir a explicação em todas as consultas.

Os dados mostram que a partir da Intervenção 2, o comportamento de M1 se modifica. O médico passa a responder às reações emocionais expressas, de forma generalizada, em consultas diferentes e com pacientes diferentes. Nessa fase, foi abordado pela psicóloga, nas intervenções de *feedback*, a relação entre ambiente de cuidados, comportamento da criança e da família, inclusão do paciente na comunicação e adesão à tratamento. Nessas intervenções, era enfatizada a forma pela qual o comportamento e a percepção da criança e da família, em relação à doença e ao tratamento, eram relevantes ao processo de adesão. Foi explicado, ainda, que, muitas vezes, esse comportamento e essas percepções, diferentes para cada paciente, eram acessadas por meio da identificação dos sinais emocionais expressos durante a

consulta. Por fim, o médico foi incentivado a prestar mais atenção a esses sinais e a dedicar mais tempo à investigação de problemas psicossociais.

Exemplos da modificação de comportamento de M1 em relação à resposta aos sinais verbais e não verbais que denotavam reações emocionais foram a preocupação de M1 com o estado emocional de P10, e sua insistência em estimular uma melhora no ânimo da paciente, na consulta da Intervenção 2; e a preocupação do médico com uma expressão de ansiedade da mãe de P9 em consulta da mesma fase. No caso da mãe de P9, não era comum esse tipo de expressão de ansiedade. A mãe, geralmente, era calma, não demonstrava preocupações e não falava de problemas pessoais ou familiares. Na nona consulta da Intervenção 2 de M1 com P9, M1 percebe, a partir de uma fala da mãe em resposta a uma intervenção da psicóloga, que a mãe estava diferente e toma iniciativa de perguntar o que estava acontecendo. O questionamento de M1 permitiu que a mãe relatasse problemas psicossociais consequentes ao longo período de tratamento e que estavam dificultando adesão e enfrentamento, tais como alterações na rotina conjugal e familiar, afastamento de P9 da escola e problemas financeiros.

Propostas de intervenção sobre algumas dessas questões, como o problema de motivação de P9, já haviam sido incluídas por M1 nas consultas com o paciente, a partir das intervenções da psicóloga. O conhecimento das outras, permitiu que M1 compreendesse melhor a influência dos problemas psicossociais no processo de adesão à tratamento de pacientes com doenças crônicas. Ao final do estudo M1 reconheceu esse aprendizado ao pontuar, na entrevista de avaliação, que o fundamental, na comunicação, é prestar atenção à informação que *é importante para o paciente* e nem sempre àquela que o médico considera importante.

**Consulta psicopediátrica e tempo de duração das consultas.** Uma das dificuldades frequentemente relatadas por médicos em relação à comunicação é a falta de tempo suficiente, durante as consultas, para discutir com os pacientes questões relativas à doença e ao tratamento (Fujimori & Uchitomi, 2009; Johnston & Appleby, 2011; Mendonça, 2007). Esse foi um problema comum levantado por médicos, em estudos de diferentes áreas de atuação (pediatria geral e especializada, atendimento de adultos) e em diferentes contextos de atendimento (consultas de rotina e consultas de más notícias).

O tempo insuficiente para a consulta faz parte de problemas estruturais, gerados pela forma como os serviços estão organizados, e costuma estar associado ao excesso de pacientes que um médico deve atender por período (Malta, Schall & Modena, 2004; Oliveira, Oliveira, Gomes & Gasperin, 2004). É considerado, ainda, uma importante barreira à chamada *boa comunicação* com o paciente uma vez que, a necessidade de atender rápido, para atender a todos, faz com que o médico tenha que priorizar aspectos a serem avaliados e discutidos na consulta. Dessa forma, tende a priorizar os aspectos biomédicos, em detrimento dos psicossociais (Mendonça, 2007; Vail et al., 2011). Por esse motivo, alguns estudos que

avaliaram diferentes tipos de treinamento do médico em comunicação, procuraram apresentar propostas de treinamento rápidos, que poupassem o tempo do médico e, ao mesmo tempo, ensinassem formas de se comunicar mais adequadas e em menos tempo (Brown, Hurst & Davies, 2008; Jensen et al., 2011).

O problema da duração da consulta também foi uma queixa dos médicos acompanhados neste estudo. No NOHP, à época da coleta, eram atendidos uma média de 25 pacientes por período, com cerca de quatro médicos escalados para manhã e quatro a tarde. Na especialidade de oncologia e hematologia pediátrica, mesmo as consultas de rotina podem ser consideradas complexas e percebidas como demoradas. De acordo com a forma como o serviço estava organizado, os prontuários ficavam empilhados em uma mesa, respeitando a ordem de chegada dos pacientes. Cabia ao médico buscar o prontuário e chamar um novo paciente para consulta assim que terminasse a consulta anterior. Um dos fatores geradores de estresse e ansiedade nos médicos era quando, após vários atendimentos realizados, a pilha de prontuários ainda permanecia grande. Em situações assim, a tendência do médico era “correr com a consulta” para conseguir atender a todos os pacientes dentro de período para o qual estava escalado e à tempo para que o paciente pudesse realizar outros procedimentos.

Embora sempre tenham colaborado com a pesquisa, a percepção de M1 e M2 era a de que as consultas psicopediátricas demoravam mais, em função da presença do psicólogo. Dessa forma, ambos os médicos participavam da consulta demonstrando maior ansiedade e preocupação com o tempo. Ao final de uma das consultas de Intervenção 1, M2 expressa essa preocupação, perguntando se já estava liberado para atender os pacientes que não participavam da pesquisa porque a agenda estava cheia e, agora, teria de “correr”.

Os dados coletados quanto à duração das consultas, entretanto, não confirmam a percepção dos médicos. Caso as consultas psicopediátricas fossem mais demoradas, em função da participação da psicóloga, o tempo de duração deveria ser maior que o tempo de duração das consultas de Linha de Base. Isso não foi verificado. Para M1, consultas de Intervenção e consultas de Linha de Base duraram, em média, 23 minutos e 17 segundos para as consultas de Intervenção e 22 minutos e 26 segundos para as consultas de Linha de Base. Para M2, observou-se maior tempo nas consultas de Intervenção: 23 minutos e 10 segundos, em média; contra 17 minutos, que foi o tempo médio gasto nas consultas de Linha de Base. Ainda assim, para M2, as consultas com a presença da psicóloga duraram, em média, apenas cinco minutos a mais que as consultas de Linha de Base. Esse resultado sugere que a presença da psicóloga e as intervenções do protocolo de consulta psicopediátrica não contribuíram para aumentar o tempo das consultas. Ao mesmo tempo, significa que, uma consulta que focalize a questão da comunicação médico-paciente e priorize, nessa comunicação, atenção a aspectos psicossociais e participação ativa do paciente na consulta, não necessariamente precisa ser uma consulta demorada.

Outro dado que chama atenção em relação à duração das consultas foi a discrepância entre o tempo de duração mínimo e máximo, tanto em Linha de Base, quanto em intervenção. Essa discrepância foi bem mais acentuada nas consultas de M2. Percebe-se que as consultas com menor tempo de duração foram as dos pacientes que não apresentaram resultado de exame de sangue compatível com a realização de quimioterapia, no dia da consulta. Nessa situação, M2 consultava o paciente rapidamente, a fim de verificar presença de algum sinal ou sintoma que merecesse mais atenção, e o liberava para voltar na semana seguinte. Essas consultas foram mais frequentes em Linha de Base que em Intervenção e a rapidez de M2, nessas circunstâncias, pode ter sido relacionada à ansiedade, pelo excesso de pacientes.

Já as consultas com maior tempo de duração, tanto para M1, quanto para M2, foram consultas em que o médico foi interrompido, ou para discutir casos com outros médicos ou para providenciar documentos necessários ao tratamento do paciente que estava sendo atendido (pedidos de parecer, pedidos de exame ou relatórios médicos). Esse dado sugere que, pelo menos no contexto do NOHP, a variável mais determinante de demora da consulta não foi a presença da psicóloga ou a modificação na forma de comunicação do médico com os pacientes. Destacam-se questões estruturais ligadas à organização do serviço que tornaram necessária a interrupção das consultas e causaram um conseqüente aumento no tempo gasto com cada paciente.

#### **Consulta psicopediátrica e possibilidade de treino de habilidades de comunicação.**

Dentro da avaliação da consulta psicopediátrica como protocolo de intervenção, resta analisar uma última questão: a consulta psicopediátrica é um instrumento capaz de ensinar e treinar habilidades de comunicação aos médicos? Na verdade, embora analisada por último, essa questão está na origem de todos os outros questionamentos e pode se desdobrar em mais duas: habilidades de comunicação podem ser ensinadas e treinadas? Mesmo médicos com vários anos de experiência podem modificar comportamentos em comunicação e manter os novos comportamentos aprendidos?

Os dados obtidos na literatura sobre treinamento médico em comunicação, atualmente, já parecem concordar que as habilidades de comunicação podem e devem ser treinadas (Back et al., 2009; Calman, 1995; Fallowfiel et al., 2003; Keir & Wilkinson, 2013; Levetown, 2008; Rodriguez et al., 2008). Permanece a dúvida sobre qual a forma mais eficaz de treinamento e qual o melhor momento para desenvolver esse treinamento: durante a graduação ou paralelamente à prática clínica (Berkhof et al., 2011; Ellman & Fortin, 2012; Hausberg et al. 2012; Jucá et al., 2010; Leal & Ribeiro, 2010; Lenzi, Baile, Costantini, Grassi & Parker, 2011; Van Rijssen, Schellart, Anema, Boer & Van der Beek, 2011; Shapiro, Lancee & Richards-Bentley, 2009; Wheatley-Price, Massey, Panzarella, Shepard & Mikhael, 2010).

Antes de analisar o que os dados deste estudo indicam, é importante ressaltar que a consulta psicopediátrica não pode ser considerada um instrumento formal de treinamento. Os

chamados treinamentos formais, além de terem uma função definida de ensinar habilidades de comunicação, são organizados de forma a mesclar teoria e prática sobre conhecimentos a serem aprendidos. Na consulta psicopediátrica, nenhuma dessas condições esteve presente. Por outro lado, a consulta psicopediátrica se propõe a ser uma intervenção sobre o comportamento de comunicação, visando modificá-lo. Por esse motivo, pode-se dizer que é capaz de gerar um efeito de aprendizagem e, dessa forma, obter resultados semelhantes aos obtidos por meio dos treinamentos formais, em relação às habilidades de comunicação.

Isso posto, os dados do estudo indicam que houve modificação nos comportamentos dos dois médicos acompanhados, a partir das consultas psicopediátricas. Houve diminuição de *perda de oportunidade* e aumento de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação* em todas as fases do estudo, depois da Linha de Base 1. As figuras 2 e 3, que analisam a alteração na porcentagem de ocorrência dessas categorias ao longo das fases de Linha de Base, são as mais significativas para mostrar essa mudança. A diminuição de *perda de oportunidade* e o aumento de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação* nas consultas de Linha de Base indica modificação do comportamento tanto de M1 quanto de M2 a partir das intervenções da psicóloga na fase de Intervenção 1.

Outro resultado interessante é que essa modificação não aconteceu da mesma forma para os médicos. M1 e M2 tinham estilos de comunicação diferentes e a modificação do comportamento também ocorreu de formas diferentes. M2 foi o médico que mais rapidamente reagiu às intervenções da psicóloga, registrando queda expressiva na frequência de perda de oportunidade já entre a Linha de Base 1 e a Intervenção 1. A baixa frequência no registro de perdas se manteve até a Linha de Base 4. Seria possível pensar que essa constância estivesse relacionada à maior regularidade nas consultas de M2 com as díades (pacientes com retornos de semanais a quinzenais, todos com a mesma patologia). Entretanto, embora atendendo em um contexto mais regular de consulta, M2 mostrou-se mais suscetível ao efeito de variáveis contextuais sobre seu comportamento. Esse dado fica evidenciado pela variação na frequência de ocorrência de *perda de oportunidade*, durante as fases de Intervenção 1 e 2, de acordo com o paciente atendido e o nível de complexidade da consulta. Assim, observa-se que M2 obteve expressiva mudança em seu comportamento geral de comunicação, desde o começo, mas manteve dificuldades pontuais na comunicação com os pacientes, definidas pelas dificuldades pessoais do médico em lidar com determinados contextos, até o final do estudo.

Com base nesses dados, questiona-se se M2 realmente aprendeu novos comportamentos de comunicação, ou se aprendeu a reagir à condição de pesquisa. Pensando na segunda alternativa, a presença do psicólogo na consulta (quer na condição de intervenção, ou de linha de base, com os auxiliares de pesquisa) não funcionou como estímulo discriminativo para comportamentos esperados de M2 com os pacientes e familiares.

Já M1 apresentou um processo de modificação comportamental completamente diferente. Assim como M2, M1 registrou diminuição da frequência de ocorrência dos episódios de *perda de oportunidade* e aumento na frequência de ocorrência dos episódios de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida de interação*, logo depois da Linha de Base 1. Essa diminuição, porém, não foi tão expressiva, desde o começo. Caracterizou-se por ocorrer de forma gradual, tendo sido mais significativa na Linha de Base 3, quando não foi registrado episódio de *perda de oportunidade* nas consultas de M1. Por outro lado, os dados mostram que a mudança aconteceu de forma indiscriminada, ou seja, independente do contexto de consulta ou do tipo de paciente atendido, houve redução de perdas e aumento de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida*. Esse resultado é ainda mais significativo em função de M1 ter tido maior variabilidade de condições em suas consultas com as díades, atendendo os pacientes a intervalos, na maioria das vezes, mensais, e acompanhando pacientes com diferentes patologias, oncológicas e hematológicas. Ao contrário de M2, pode-se considerar que M1 aprendeu novos comportamentos de comunicação e foi capaz de generalizar esse aprendizado tanto para o atendimento de diferentes díades, quanto para o de pacientes não acompanhados em esquema de díade.

Os dados obtidos com o uso da consulta psicopediátrica indicam, dessa forma, que a consulta pode funcionar como instrumento de treinamento e aprendizagem de médicos em habilidades de comunicação e que esse treinamento pode ser eficaz mesmo para médicos com muito tempo de formação. Os efeitos da consulta psicopediátrica dependem, contudo, mais das características e estilos específicos dos médicos sob treinamento, do que do tempo de experiência. Tal condição não pode ser considerada uma limitação. Acredita-se que seja, na verdade, uma vantagem, uma vez que revela de que forma o aprendizado é influenciado, na prática, pelas características individuais e pessoais de cada médico, variável negligenciada pela maioria dos estudos sobre treinamento em comunicação.

#### **Avaliação da opções metodológicas definidas para coleta e análise dos dados**

A revisão de literatura mostrou que, a maioria dos estudos, tanto sobre comunicação médico-paciente, quanto sobre treinamento do médico em comunicação, apresentam dificuldades metodológicas que limitam a generalização e aplicação dos resultados obtidos. Dentre essas dificuldades, citamos: (a) a variedade metodológica empregada no treinamento dos médicos, com definições operacionais discordantes e baixo controle de variáveis intervenientes (Zimmermann, Del Piccolo & Finset, 2007); (b) a pequena quantidade de estudos fundamentados em evidências empíricas de pesquisa com metodologia consistente e controle de variáveis compatíveis com ambientes reais de cuidados com a saúde (Paul et al., 2009; Ptaceck & McIntosh, 2009); e (c) o desenvolvimento de *guidelines* e programas de treinamento para médicos sem fundamentação na análise do contexto no qual a comunicação ocorre (Oguchi et al. 2011; Wittenberg-Lyles et al., 2008).

As opções metodológicas definidas para coleta dos dados com uso da consulta psicopediátrica tiveram a intenção de responder a parte dessas dificuldades. A primeira questão que se tentou contemplar foi o desenvolvimento de uma proposta de intervenção sobre o comportamento de comunicação do médico que considerasse o contexto real no qual a comunicação ocorre. A coleta de dados aconteceu durante as consultas regulares do ambulatório de oncologia e hematologia, com pacientes reais e em condição regular de atendimento. Garantir a avaliação e análise do comportamento de comunicação em contexto real, entretanto, trouxe outras dificuldades que, apesar das medidas tomadas para controle de certas variáveis intervenientes, podem ter influenciado os resultados finais.

Analisando o contexto de pesquisa sobre comunicação de más notícias em oncologia, Paul et al. (2009) criticam os estudos revisados por eles pela carência de evidências empíricas, baseadas em procedimentos experimentais, que permitam afirmações consistentes sobre o estado do conhecimento na área. Para que nosso estudo pudesse gerar dados obtidos em contexto real de atendimento, sem perder as características de rigor metodológico, que permitissem estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis relacionadas à comunicação, foi escolhido o delineamento de sujeito como próprio controle, com observação direta e sistemática dos comportamentos de comunicação do médico.

O uso de metodologia observacional, tanto na coleta, quanto na análise de dados permitiu uma uniformidade metodológica que evitou problemas encontrados em muitos estudos que usavam metodologia mista (por exemplo, observação do comportamento na coleta e auto-relato dos participantes na análise dos dados). Dentre esses problemas, pode-se citar a dificuldade de comparar dados obtidos com uso de diferentes tecnologias metodológicas e a alta probabilidade de influência da desajustabilidade social nos resultados. A escolha por categorias episódicas, com registro sequencial, também favoreceu o acesso e avaliação de variáveis características do contexto de comunicação médico-paciente e a análise da influência dessas variáveis sobre o comportamento de comunicação do médico, conforme sugerido, desde a década de 90 do século XX por Zannon (1999) e, ainda recentemente, por Van der Eertwegh et al. (2013). O uso de categorias contextuais episódicas gerou, por outro lado, um custo importante: a necessidade de treinamento rigoroso dos auxiliares de pesquisa para garantir a consistência e fidedignidade dos dados.

Na maioria dos estudos observacionais revisados na literatura, a coleta e/ou análise de dados é feita com uso das categorias topográficas de respostas, por meio de instrumentos de codificação, a partir de consultas gravadas em áudio e vídeo. O treinamento dos observadores no uso dos instrumentos de codificação também implica em custo intelectual e de tempo, entretanto, as gravações em áudio e vídeo diminuem as possibilidades de erro, na medida em que é possível retornar à situação original para verificar e corrigir as análises. No caso das consultas psicopediátricas, a gravação em vídeo não foi aceita pelos médicos, razão pela qual

optou-se pela gravação apenas em áudio e pela observação direta dos comportamentos realizada por observadores treinados. Dessa forma, o gasto intelectual, o rigor, a frequência e o tempo de treinamento dos observadores foram maiores, a fim de minimizar as chances de erro e garantir consistência e fidedignidade dos dados. Essa pode ser considerada uma primeira dificuldade associada às opções metodológicas deste estudo.

O delineamento de sujeito como próprio controle é metodologia amplamente utilizada em estudos de psicologia, especialmente na área da Análise do Comportamento. Baseia-se no método indutivo de pesquisa, segundo o qual: (a) o número de instâncias específicas conta como prova de uma lei geral; e (b) regularidades passadas contam como prova de regularidades futuras (Chiesa, 2006). De forma resumida, isso significa que, em delineamentos de sujeito como próprio controle, se busca estabelecer a generalidade científica dos resultados pela manipulação cuidadosa de variáveis experimentais, através da repetição de várias situações, independente da quantidade de participantes. De acordo com os objetivos e condições para o desenvolvimento deste estudo, o uso do delineamento de sujeito como próprio controle foi uma escolha natural por dois motivos principais: (a) a pouca quantidade de médicos disponíveis para participação na pesquisa, respeitando os critérios de inclusão e exclusão definidos; e (b) esse tipo de delineamento permite a análise dos comportamentos de comunicação no contexto em que ocorrem, favorecendo o respeito à variabilidade comportamental e situacional características do processo, tanto durante a coleta de dados, quanto na análise dos resultados, e abarcando a complexidade envolvida na comunicação médico-paciente.

As objeções que se fazem em casos de estudos de sujeito como próprio controle, ou estudos com N pequeno, dizem respeito ao problema da generalização. Questiona-se se as amostras podem ser consideradas representativas da população estudada e como pesquisas com número pequeno de participantes podem permitir a generalização dos dados e conclusões válidas sobre os processos analisados.

A resposta a essas objeções é dada pelos analistas do comportamento por meio do procedimento de replicação sistemática. A replicação sistemática consiste na repetição do experimento, exatamente da mesma forma, com sujeitos diferentes, ou várias vezes, com o mesmo sujeito, ampliando, a cada vez, a quantidade ou combinação de variáveis às quais o sujeito é exposto (acrescentado elementos novos do contexto, mas mantendo elementos antigos aos quais o sujeito já foi submetido). Se, ao final de uma sequência de replicações, os resultados obtidos forem os mesmos, tanto inter-sujeitos, quanto intra-sujeito, pode-se afirmar que os dados podem ser generalizados. Nas palavras de Sidman:

Como critério de fidedignidade e generalidade, a replicação intersujeitos é um instrumento mais poderoso do que a replicação intergrupos. A replicação intergrupos fornece um indicador de fidedignidade na medida em que demonstra que as mudanças na tendência central de um grupo podem ser repetidas. Em relação à generalidade, entretanto, a replicação intergrupos não responde à pergunta sobre quantos indivíduos os dados realmente representam. Com replicação intersujeitos, por outro lado, cada experimento adicional aumenta a representatividade dos resultados. Na verdade, a replicação de um experimento com dois sujeitos estabelece maior generalidade dos dados entre os indivíduos de uma população do que a replicação com dois grupos de sujeitos cujos dados individuais foram combinados. (Sidman, 1960, p. 79)

A garantia da generalização e validade dos dados em estudos de sujeito como próprio controle, portanto, depende, em grande parte, do controle de variáveis intervenientes para que se possa afirmar que houve replicação sistemática, ou seja, que o experimento foi repetido, exatamente da mesma forma, com sujeitos diferentes, ou várias vezes, com o mesmo sujeito. No caso das consultas psicopediátricas, a intenção foi repetir o mesmo procedimento (intervenção da psicóloga), da mesma forma (seguindo os protocolos definidos para ocorrência das categorias *intervenção* e *intervenção em feedback*), com os mesmos sujeitos (M1 e M2), várias vezes (ao longo de cinco meses). Entretanto, por se tratar de uma situação real, e não de contexto simulado para pesquisa, não foi possível o controle rigoroso de algumas variáveis intervenientes, o que pode limitar afirmações sobre validade e generalidade de alguns dados. Em função das dificuldades de controle das variáveis intervenientes e de não ter sido possível a seleção randômica e aleatória da amostra de participantes, este estudo deve ser classificado como quase-experimental, de acordo com os critérios definidos por Campbell e Stanley (1979).

O primeiro tipo de dificuldade encontrada no controle das variáveis intervenientes foi relacionado às diferentes condições de atendimento para M1 e para M2. Cada médico cumpria escalas diferentes de atendimento. De certa forma, os agendamentos dos pacientes estavam organizados, de acordo com a patologia, em dias diferentes. Assim, o médico que atendia às segundas-feiras (M2) tinha maior probabilidade de acompanhar pacientes em início de tratamento de câncer, já que esse era o dia em que os pacientes eram internados para quimioterapia após a consulta ambulatorial. Esses pacientes traziam determinados tipo de demanda e, em função dos protocolos de tratamento, retornavam para as consultas a intervalos menores (geralmente, semanais). Já o médico que atendia às terças e quintas (M1), tinha maior probabilidade de acompanhar pacientes com doenças hematológicas que, também, em função do protocolo de tratamento, retornavam a intervalos maiores (geralmente

de mês em mês) e traziam demandas mais características de pacientes crônicos, como as dificuldades relativas à adesão ao tratamento.

Dessa forma, M1 e M2 foram acompanhados em condições muito diferentes de consulta, que poderiam influenciar, tanto no comportamento de comunicação de cada médico, quanto na avaliação do quanto as modificações nesse comportamento podem ser atribuídas ao efeito da intervenção ou à influência dessas condições. Mesmo com a dificuldade de controle dessas variáveis, os dados sugerem resposta de M1 e M2 à intervenção, e, ao mesmo tempo, indicam o efeito das diferentes condições de consulta no comportamento de ambos os médicos. Analisando as modificações de comportamento entre as fases de Linha de Base e Intervenção, é possível verificar, por exemplo, como M1 e M2 passaram a se comunicar de forma diferente com os pacientes em condições diferentes de consulta e como, para M2, foi mais difícil superar o efeito das características do paciente e da consulta na qualidade de sua comunicação. Assim, a dificuldade de garantir condições idênticas de atendimento para M1 e para M2, apesar de ter sido uma limitação do ponto de vista metodológico, pode ter favorecido a compreensão de fatores relacionados à variabilidade comportamental e situacional característicos do contexto de comunicação médico-paciente, como é objetivo dos estudos que utilizam sujeito como próprio controle.

Outro tipo de dificuldade relacionado ao controle das variáveis intervenientes foi a organização dos atendimentos em díades fixas médico-paciente. O atendimento no NOHP sempre foi pautado na lógica do paciente ser da equipe e não do médico. Embora, por vezes, tanto médicos quanto pacientes questionassem essa lógica de organização, ambas as partes estavam acostumadas a esse sistema, de maneira que não havia um vínculo formal e específico de determinado paciente com determinado médico. Era incentivado que esse vínculo fosse com a equipe. A partir do momento em que os atendimentos de M1 e M2 foram organizados em díades fixas com os pacientes para fins da pesquisa, para esses médicos, esse contexto foi modificado.

A organização do atendimento em díades teve o objetivo de controlar possíveis efeitos que as características individuais de cada paciente teriam sobre o comportamento de comunicação com o médico. Caso essa organização não tivesse sido seguida, seria bem mais difícil definir em que medida as mudanças comportamentais que viessem a ser observadas seriam efeito da intervenção da psicóloga ou de características de cada paciente, em cada consulta. Entretanto, uma vez que a organização em díades não era rotina do serviço, outra dúvida se criou: as mudanças do comportamento de comunicação foram efeito da intervenção, ou ocorreram em função da maior vinculação entre o médico e o paciente, proporcionada pelo fato de o médico passar a atender o mesmo paciente, em sequência? Tanto M1, quanto M2 citaram, em suas entrevistas de avaliação, a percepção do efeito que o acompanhamento sistemático do mesmo paciente teve sobre o comportamento delas. Embora

M1 tenha indicado alguns aspectos negativos desse acompanhamento sistemático (ligados às consequências emocionais que a vinculação com o mesmo paciente traz), ambos os médicos enfatizaram aspectos positivos do sistema de díade, tais como o aumento do conhecimento do médico sobre o paciente e a família, o que favorecia decisões sobre o tratamento e facilitava a comunicação.

O efeito do atendimento em díades fixas de médico e paciente na melhora do processo de comunicação não pode ser negado. Entretanto, não se pode atribuir as modificações de comportamentos dos médicos apenas a essa condição. Dois tipos de resultado suportam esse argumento. Em primeiro lugar, pode-se citar o registro de *perdas de oportunidade*, nas últimas fase tanto de Intervenção quanto de Linha de Base, mesmo em consultas com pacientes de díades, para M1 e, principalmente, para M2. Esse dado indica que, a despeito da maior vinculação ou do maior conhecimento do paciente e seu familiar acompanhante, proporcionado pelo atendimento em díade, características do contexto da consulta continuam interferindo sobre o comportamento de comunicação do médico e gerando barreiras a uma melhor comunicação.

Em segundo lugar, deve-se mencionar a baixa frequência de *perdas de oportunidade* registrada em consultas de Linha de Base com pacientes não atendidos pelo esquema de díade, tanto com M1, quanto com M2. Inicialmente, se pensou em manter, nas condições de Linha de Base 2, 3 e 4, o esquema de acompanhamento exclusivo das consultas com pacientes das díades, mais uma vez, como forma de controle das variáveis intervenientes. Entretanto, o seguimento dessa opção aumentaria o tempo de coleta, especialmente para M1, já que a maioria dos pacientes acompanhados com esse médico retornavam para consulta a intervalos mensais. Dessa forma, optou-se por alterar a condição de coleta nas Linhas de Base subsequentes à Linha de Base 1, para que fossem acompanhados, nessas condições todos os pacientes atendidos pelos médicos em um período de atendimento, independente de fazerem parte de díades ou não.

Essa alteração funcionou como uma ampliação na combinação das variáveis às quais os participantes foram expostos, com acréscimo de elementos novos do contexto (pacientes não acompanhados em díade), mas mantendo elementos antigos aos quais o participante já havia sido submetido (presença do auxiliar de pesquisa e observação da consulta), conforme previsto nos procedimentos de replicação sistemática. O que se observou foi que, mesmo com pacientes que não formavam díades com os médicos, houve baixa frequência e, em alguns casos, nenhum registro de *perda de oportunidade*, com maior quantidade de registros de *aproveitamento espontâneo* e *tentativa bem sucedida*. A comparação desse resultado com os da Linha de Base 1, para ambos os médicos, indicam que a mudança no comportamento de comunicação pode ser atribuída ao efeito do procedimento de intervenção adotado.

Um último tipo de dificuldade observada no controle da variável independente, ou seja, na intervenção da psicóloga. Embora houvesse um protocolo de intervenção previamente definido, tanto para as intervenções durante a consulta, quanto para intervenção com *feedback*, os dados mostram que, nem sempre, a psicóloga seguiu estritamente esse protocolo. Durante as Intervenções 1 e 2, ao longo da consulta, nem todos os episódios de *perda de oportunidade* foram seguido de uma *intervenção* da psicóloga.

Em alguns contextos, a psicóloga deixava para intervir depois da segunda ou terceira perda sobre o mesmo tema; em outros, aconteciam duas perdas seguidas, antes da intervenção da psicóloga e, em outros, ainda, registrou-se sequência de *perda-aproveitamento espontâneo-perda* e só então *intervenção*. Durante a fase de Intervenção 2, embora tenha sido registrada maior correspondência entre *perda de oportunidade* e *intervenção*, verificou-se, em algumas consultas, frequência maior de intervenções com *feedback*, nos intervalos, do que de intervenções pontuais ao longo das consultas. Os resultados sugerem que houve aprendizagem, também, do comportamento de intervenção da psicóloga, na medida em que ela foi modificando e aprimorando sua estratégia de intervenção, de acordo com as repostas que percebia dos médicos à intervenção. Indicam, ainda, a complexidade do processo de comunicação e da construção de práticas interdisciplinares, ponto que será abordado com mais detalhes no último tópico a seguir. E, embora possam significar uma limitação em termos do controle de variáveis, podem ser interpretados como uma necessidade relacionada ao sistema construcional de aprendizagem, na medida em que, adaptando a intervenção ao contexto da consulta, a psicóloga esteve atenta e respondeu aos diferentes estilos de comportamento de cada médico.

**Outras dificuldades relacionadas ao uso da consulta psicopediátrica e limitações do estudo.** Além das dificuldades e limitações já relatadas em relação à metodologia, o uso da consulta psicopediátrica como estratégia pode trazer outras dificuldades. A principal diz respeito ao fato de que a adesão do médico ao procedimento fica, de certa forma, dependente da qualidade da relação estabelecida com o profissional de psicologia que faz a intervenção. M1 chegou a citar esse problema. Quando perguntado sobre qual avaliação geral fazia da prática de consultas médicas com a presença do psicólogo, M1 respondeu: “Eu acho que é positiva, dependendo do psicólogo que está do lado pra saber intervir na hora certa e te respeitar, respeitar suas ideias (...) tem que existir uma empatia do médico com aquele outro profissional que está ali. Então o profissional psicólogo, justamente por ele conhecer o médico, ele vai saber a hora certa de intervir (...) Então eu acho que é uma consulta extremamente válida, desde que os profissionais se entendam, e trabalhem num mesmo rumo (...) Eu acho que o paciente se sente mais seguro; eu acho que a pessoa quando já sabe trabalhar com aquele profissional sabe a hora em que ele tá enroscado, que ele precisa de um empurrão; ela consegue ler o que o paciente quer dizer e de repente fazer uma intervenção:

“Ah! Mas será que...”; só esse “será que” já te toca que você tem que voltar. Mas pra isso tem que ter afinamento entre os profissionais. Ainda segundo M1, caso não exista esse tipo de interação, a presença do psicólogo na consulta médica pode atrapalhar.

Uma tal relação, entretanto, deve ser construída e depende de múltiplos fatores, diferentes para cada dupla de profissionais médico e psicólogo. No caso deste estudo, a psicóloga pesquisadora que participou das consultas psicopediátricas e realizou as intervenções já fazia parte da equipe do NOHP, há 17 anos. Isso facilitou a concordância dos médicos com o procedimento e favoreceu, também, a adesão às intervenções da psicóloga. De certa forma, pode-se considerar que a psicóloga não foi vista como uma pesquisadora externa, mas como um membro da equipe, auxiliando o desenvolvimento de um trabalho de equipe. Da mesma forma, pode-se questionar se os resultados seriam os mesmos caso as intervenções tivessem sido conduzidas por outro(a) psicólogo(a). Esse tipo de dúvida limita as possibilidades de replicação do estudo. Por outro lado, serve como incentivo para que mais trabalhos como esse sejam desenvolvidos como parte da atuação clínica prática de equipes multidisciplinares, uma vez que se hipotetiza que a participação de membros da equipe na coleta de dados possa favorecer a realização do procedimento.

Outras limitações do estudo, não necessariamente associadas ao uso da consulta psicopediátrica foram: (a) a pouca quantidade de consultas de comunicação de más notícias observadas, impossibilitando afirmações sobre a validade do uso da consulta psicopediátrica nesse contexto; e (b) a ausência de dados sobre a avaliação de pacientes e familiares em relação aos efeitos da consulta psicopediátrica, no processo de comunicação com os médicos e na qualidade do atendimento recebido.

Em relação ao uso de consultas psicopediátricas em contexto de más notícias, o protocolo de pesquisa envolvia, após o término do Estudo 1, dois outros estudos testando o procedimento em diferentes condições. No Estudo 3, M2 seria acompanhado em consultas psicopediátricas, exclusivamente em contexto de comunicação de más notícias, de acordo com a definição de Buckman (1984), seguindo de forma mais rigorosa as indicações do modelo de aprendizagem construcional de Goldiamond (1974). Entretanto, o serviço do NOHP foi transferido do Hospital de Apoio para o Hospital da Criança de Brasília. Três consultas de Linha de Base com M2 foram gravadas, em contexto de má notícia, duas de comunicação de diagnóstico e uma de transferência do paciente para o Programa de Cuidados Paliativos. Contudo, a organização do ambulatório no Hospital da Criança era diferente da existente no Hospital de Apoio e, durante o primeiro ano de funcionamento, houve ainda muitas mudanças na organização do agendamento dos pacientes e estruturação do atendimento ambulatorial. Porém, a partir de 2014, com maior estabilidade dos processos de atendimento, o Estudo 3 poderá ser retomado.

Quanto à segunda limitação, o objetivo dos pesquisadores ao concluir o Estudo 1, era entrevistar pacientes e familiares para obter a percepção dos mesmos acerca do procedimento e das mudanças na qualidade do atendimento que pudessem ser atribuídas ao uso das consultas psicopediátricas. Mais uma vez, a transferência do serviço para o Hospital da Criança dificultou a execução desse planejamento. Ao mesmo tempo, houve perda de alguns pacientes participantes, por óbito e por encaminhamento para transplante de medula em outros serviços. Ao final, cerca de cinco dos pacientes participantes estariam disponíveis para entrevista e, assim, optou-se por não realizar esta avaliação.

A percepção dos pacientes e familiares e/ou o seguimento das díades para verificação de alterações no comportamento de adesão ou nas estratégias de enfrentamento, após terem passado pela consulta psicopediátrica, pode contribuir para uma avaliação mais ampla da eficácia do procedimento. Sem esse tipo de avaliação, não se pode responder, com segurança, se a consulta psicopediátrica é uma prática capaz de resolver os problemas de comunicação do NOHP, que motivaram, em primeiro lugar, o desenvolvimento desta pesquisa. Por outro lado, deve-se lembrar que o foco deste estudo foi o desenvolvimento de um instrumento de intervenção sobre o comportamento do médico, considerando que modificações no comportamento de comunicação trariam, como consequência, melhora geral da comunicação médico-paciente e maior qualidade no atendimento prestado. Considerando esse recorte, os objetivos do estudo foram alcançados.

### **Aplicabilidade prática dos resultados e sugestões para pesquisas futuras**

Ao final dessa seção, resta levantar pontos a serem considerados em pesquisas futuras. Dois desses pontos já foram sugeridos na seção anterior: (a) replicação do estudo em contexto de más notícias; e (b) ampliação da avaliação dos resultados com introdução de entrevistas com os pacientes e familiares como procedimento de coleta de dados. Sugere-se apenas que, mesmo com uso de entrevistas com os participantes, seja mantida a metodologia observacional como opção de coleta e análise de dados. Estudos recentes na área da comunicação médico-paciente, conduzidos por autores adeptos das categorias topográficas, vêm recomendando, não só o uso desse tipo de metodologia, como também, o registro sequencial de categorias episódicas e uso de *feedback* como técnica de treinamento, de forma semelhante ao que foi desenvolvido neste trabalho (Noordman, Verhaak & Van Dulmen, 2011; Noordman & Van Dulmen, 2013).

Uma terceira sugestão está relacionada, também, às possibilidades de aplicação das consultas psicopediátricas como prática de intervenção clínica. Quando essa pesquisa foi iniciada, tinha-se a hipótese de que a presença do psicólogo, intervindo nas consultas, sobre o comportamento de comunicação dos médicos, poderia contribuir para modificar e melhorar esse comportamento. Entretanto, não era previsto que a atuação do psicólogo, nesse sentido, pudesse desencadear situações de intervenção conjunta com o médico, ou que essas

intervenções conjuntas pudessem ter um efeito sobre a comunicação, estimulando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e adesão por parte dos pacientes. A análise dos dados mostrou que esse foi um dos efeitos obtidos, principalmente com a introdução da intervenção em *feedback*. Os relatos de M1 e M2 em suas entrevistas de avaliação também indicam que a possibilidade de lidar com a comunicação de forma interdisciplinar foi valorizada por eles. M1 chega a sugerir que a ação da psicóloga complementava sua atuação, na medida em que o ajudava a identificar aspectos da comunicação que não era capaz de perceber sozinho: “Também tenho outras coisas pra prestar atenção além do paciente, de estar olhando. Então, eu não consigo olhar pra ele todo o tempo. Eu preciso de escrever, eu preciso de pegar papel. E ela - a psicóloga - não (...) Então, com certeza ela percebe muito mais coisa que eu. E muitas vezes ela me dá um toque que eu tento na próxima consulta modificar.(...) eu não percebo, mas, ao mesmo tempo, ela percebe uns conflitos que eu não percebo e aí ela vai trabalhar esses conflitos em outro nível, né, não no nível em que eu trabalho, mas de outra forma. Eu acho que aí é o maior ganho.

Essa complementariedade é característica das atuações interdisciplinares e pode se tornar uma alternativa em treinamentos voltados para comunicação. Os profissionais de saúde em geral e, em particular, os médicos, mostram lacunas na formação específica que os prepare para comunicação com pacientes. O atendimento a este ponto, na formação, resultará em uma assistência de melhor qualidade. Entretanto, independente da quantidade ou qualidade do treinamento recebido, existem alguns aspectos que são difíceis de serem identificados e respondidos pelo médico, em sua prática clínica com o paciente, não por incapacidade do profissional, mas por características próprias à função do médico. Em situações de urgência ou de gravidade do quadro de doença, por exemplo, embora possa e deva dar atenção aos aspectos psicossociais, o foco do médico dirige-se para avaliação e intervenção sobre os sinais e sintomas clínicos.

Dessa forma, é possível considerar que apenas o treinamento do médico em comunicação não seja suficiente para melhorar a qualidade do atendimento prestado ao paciente e sua família. Em alguns contextos, pode ser necessário o desenvolvimento de intervenções interdisciplinares nas quais, a exemplo da consulta psicopediátrica, o profissional psicólogo alerta o médico quanto a alterações em seu comportamento de comunicação com o paciente. Em artigos recentes da literatura sobre comunicação sugere-se o uso de intervenções interdisciplinares na prática pediátrica (Roberts, Canter & Odar, 2012), e na pesquisa (Mortisiefer et al., 2012; Nayda-Simmenroth, Alt-Epping & Gágyor, 2011). Análises de alternativas de atuação do psicólogo podem ser o foco de novos estudos na área de comunicação médico-paciente. A presença do psicólogo em consultas médicas com a finalidade de aperfeiçoamento do processo de comunicação pode ser um procedimento de rotina a ser adotado por equipes multidisciplinares. Essa prática, além de contribuir para

melhorar a qualidade do atendimento, com possibilidade de favorecer os processos de enfrentamento e adesão à tratamento, permite que o médico tenha um suporte técnico e emocional individualizado e necessário para maior segurança em sua comunicação com os pacientes, conforme mostram os dados deste estudo.

### **Considerações finais**

A comunicação médico-paciente, em geral, e pediátrica, em particular, é uma área de interface entre várias ciências, como a psicologia, a medicina e a sociologia. Além de estudar um fenômeno complexo, a interface de saberes e a multiplicidade de olhares sobre o fenômeno ocasionada por essa interface torna ainda mais difícil a delimitação dos campos e a escolha das metodologias de estudo. Por ser uma área de conhecimento nova, ainda está em fase de formação de seus construtos teóricos e adequação de opções metodológicas.

Este estudo pretendeu desenvolver e analisar os efeitos de um protocolo para comunicação médico-paciente em contexto de oncologia e hematologia pediátrica. O protocolo criado apresentou um novo tipo de intervenção psicológica sobre os comportamentos de comunicação dos médicos, que foi capaz de melhorar essa comunicação, no contexto específico em que foi desenvolvido. Os dados apontam para importância e para as vantagens de uma comunicação adaptada às necessidades do paciente pediátrico e seu familiar, bem como às características do contexto e do estilo pessoal de cada médico.

Uma das maiores vantagens da consulta psicopediátrica foi promover a sensibilidade do médico mais às contingências da consulta do que a instruções gerais de comportamento. Essa característica realça a consulta psicopediátrica como uma prática de comunicação centrada no paciente, independente da teoria que se utilize. Indica, ainda, respostas para um dos grandes dilemas relacionados à comunicação médico-paciente em pediatria: o da inclusão ou não da criança/adolescente no processo de comunicação.

Uma vez que enfatiza a necessidade de atenção aos aspectos individuais e contextuais envolvidos na comunicação, o uso da consulta psicopediátrica favorece a percepção de que o importante é identificar quando e como incluir o paciente. Ao mesmo tempo, sinaliza a necessidade de avaliar se o paciente deseja ser incluído na comunicação ou não. A observação dessas características pode contribuir para redirecionar as questões de pesquisa na área e ampliar o próprio conceito de comunicação. Comunicação passa a ser considerado o que acontece na relação funcional entre os sujeitos (ou, por vezes, em um mesmo sujeito). A análise funcional permite que seja considerada a multiplicidade de significados que cada comportamento de comunicação pode assumir e aproxima, mais uma vez, a consulta psicopediátrica de um modelo de comunicação centrada no paciente.

Os resultados permitem afirmar que a consulta psicopediátrica é uma estratégia válida para modificação do comportamento de comunicação dos médicos e capaz de promover aprendizagem de novos comportamentos. Os dados dão suporte, ainda, à recomendação de

que propostas de treinamento, e/ou de ensino-aprendizagem em comunicação, estejam atentas às características pessoais e individuais dos médicos, sejam fundamentadas em práticas de ensino individualizado e incluam uma perspectiva interdisciplinar de atuação. A consulta psicopediátrica oferece um modelo para essa atuação interdisciplinar, sugerindo como cada profissional envolvido pode desempenhar seu papel e estimulando oportunidades para intervenção conjunta.

## Referências

- Albrecht, T.L., Franks, M.M. & Ruckdeschel, J.C. (2005). Communication and informed consent. *Current Opinion in Oncology*, 17, 336-339
- Ammertrop, J., Sabroe, S., Kofoed, P. E. & Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled Trial. *Patient Education and Counseling*, 66, 270-277.
- Araújo, I. S. & e Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz.
- Araújo, T. C. C. F. A. (2009). Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13.
- Arksey, H. & Sloper, P. (1999). Disputed diagnoses: The cases of RSI and childhood cancer. *Social Science & Medicine*, 49, 483-497.
- Armelin, C.B., Wallau, R.A., Sarti, C.A. & Pereira, S.R. (2005). A comunicação entre profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2), 45-54.
- Arora, N. K. (2008). Advancing research on patient-centered cancer communication. *Patient Education Counseling*, 70(3), 301-302.
- Arora, N. K., Street, R. L., Epstein, R. M. & Butow, P. N. (2009). Facilitating patient-centered cancer communication: A road map. *Patient Education and Counseling*, 77, 319-321.
- Arruda, P.M. (2002). *Exigências para adesão ao tratamento pediátrico de febre reumática e diabetes mellitus tipo 1 e estratégias de enfrentamento do cuidador*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Assunção, G.S. (2013). *Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Brasília.
- Back, A. (2006). Patient-physician communication in oncology: What does the evidence show? *Oncology*, 20(1), 67-74.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexanders, S. C., Barley, G. E., Gooley, T. A. & Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167, 453-460.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A. & Fryer-Edwards, K. (2009). What makes education in communication transformative? *Journal of Cancer Education*, 24(2), 160-162.
- Back, A. L. Michaelson, K., Alexander, S., Hopley, E., Edwards, K. & Arnold, R. M. (2010). How oncology fellows discuss transitions in goals of care: a snapshot of approaches used prior to training. *Journal of Palliative Medicine*, 13(4), 395-400.

- Baer, A.N., Freer, J.P., Milling, D.A., Potter, W.R., Ruchlin, H. & Zinnerstrom, K.H. (2008). Breaking bad news: Use of cancer survivors in role-playing exercises. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 885-892.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Baile, W.F., Lenzi, R., Parker, P.A., Buckman, R. & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practice in giving bad news: An exploratory study. *American Society of Clinical Oncology*, 20, 2189-2196.
- Bait Amer, A. & AL-Zakri, N. (2013). A qualitative study of the Omani physicians' lived experience with truth disclosure to cancer patient. *Open Journal of Nursing*, 3, 130-137.
- Berkhof, M., van Rijssen, H.J., Schellart, A.J.M., Anema, J.R. & van der Beek, A.J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, 84, 152-162.
- Bosse, H.M., Nickel, M. & Nikendei, C. (2010). Peer role-play and standardized patients in communication training: A comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. *BMC Medical Education*, 10(27). Publicação online. doi: 10.1186/1472-6920-10-27
- Braga, M.L. & Tarantino, M.G. (2011). La comunicación em pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1), 36-41.
- Breuner, C.C. & Moreno, M.A. (2011). Approaches to the difficult patient/parent encounter. *Pediatrics*, 127(1), 163-169.
- Brinkman, W.B., Geraghty, S.R., Lanphear, B.P., Khoury, J.C., Del Rey, J.A.G., DeWitt, T.G. & Britto, M.T. (2007). Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism. *Archives of Pediatric and Adolescence Medicine*, 161, 44-49.
- Brown, R. F., Butow, P. N., Dunn, S. M. & Tattersall, M. H. N. (2001). Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomized trial. *British Journal of Cancer*, 85(9), 1273-1279.
- Brown, C., Hurst, J. & Davies, H. (2008). Teaching communication skills specific to paediatrics in 40 minutes. *Medical Education*, 42, 538-539.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.
- Buckman, R. (1996). Talking to patients about cancer. *British Medical Journal*, 313, 699-700.
- Butow, P. (2009). Giving and using information: What we know and don't know. *Patient Education and Counseling*, 77, 149-150.

- Calman, F. (1995). Talking to cancer patients and their relatives. *British Medical Journal*, 310, 1340.
- Camargo, B. & Kurashima, A. Y. (2007). *Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar*. São Paulo: Lemar.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa* (R.A.T. Di Dio, trad.). São Paulo: EPU/EDUSP
- Cardoso, J. M. & Araújo, I. S. (2008). *Comunicação e saúde*. Retirado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>
- Carlson, L.E., Feldman-Stewart, D., Tishelman, C. & Brundage, M.D. (2005). Patient-professional communication research in cancer: An integrative review of research methods in the context of a conceptual framework. *Psycho-Oncology*, 14, 812-828.
- Chiesa, M. (2006). *Behaviorismo radical: a filosofia e a ciência*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Clarke, S.A., Davies, H., Jenney, M., Glaser, A. & Eiser, C. (2005). Parental communication and childrens' behaviour following diagnosis of childhood leukaemia. *Psycho-oncology*, 14, 274-281.
- Christner, J.G., Stansfield, R.B., Schiller, J.H., Madenci, A., Keefre, P.M. & Pituch, K. (2010). Use of simulated electronic mail (e-mail) to assess medical student knowledge, professionalism, and communication skills. *Academic Medicine*, 85(10), 51-54.
- Cosnier, J., Grosjean, M. & Lacoste, M. (1994). Cuidados e comunicação. Abordagens interacionistas das relações e cuidados. (Texto condensado e traduzido por Tereza Cristina Ferreira Cavalcanti de Araújo e Elizabeth Queiroz, do original *Soins et communication. Approches interactionistes dès relations de soins*. Lyon: Univesitaires de Lyon)
- Costa Jr. A.L. (2001). *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia*. (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Costa Jr., A.L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. Em M.A. Dessen & A. L. Costa Jr. (Orgs.) *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 171-189). Porto Alegre: Artmed.
- Cousino, M.K., Zyzanski, S.J., Yamokoski, A.D., Hazen, R.A., Baker, J.N., Noll, R.B., Rheingold, S.R., Geyer, J.R., Alexander, S.C., Drotar, D. & Kodish, E.D. (2012). Communicating and understanding the purpose of pediatric phase I cancer trials. *Journal of Clinical Oncology*, 30(35), 4367-4372.
- Crepaldi, M. A., Linhares, M. B. M. & Perosa, G. B. (2006). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- D'Alessandro, D. M. & Dosa, N. P. (2001). Empowering children and families with information technology. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 1131-1136.
- De Haes, H. & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 287-294.
- DelaColeta, M.F. (2004). *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos, instrumentos*. São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Díaz, G. F. (2006). Comunicando malas noticias em medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 452-459.
- DiMatteo, M.R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- DiMatteo, M.R., Gioradi, P.J., Lepper, H.S. & Croghan, T.W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 40(9), 794-811.
- Dimoska, A., Girgis, A., Hansen, V., Butow, P. N. & Tattersall, M. H. N. (2008). Perceived difficulties in consulting with patients and families: a survey of Australian cancer specialists. *Medical Journal of Australia*, 189(11/12), 612-615.
- Doca, F.N.P. & Costa Jr. A.L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17(37), 167-179.
- Dolbeault, S. & Brédart, A. (2010). Difficultés de l'annonce Du cote des professionnels et de leurs patients quels obstacles à la communication et quels recours possibles? *Bulletin Du Câncer*, 97(10), 1183-1194.
- Dow, A. W., Leong, D., Anderson, A. & Wenzel, R. P. (2008). Using theater to teach clinical empathy: A pilot study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(8), 1114-1118.
- Dubé, C.E., LaMonica, A., Boyle, W., Fuller, B. & Burholder, G. J. (2003). Self-assessment of communication skills preparedness: Adult versus pediatric skills. *Ambulatory Pediatrics*, 3, 137-141.
- Eide, H., Eide, T., Rustoen, 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, 156-162.
- Ellman, M.S & Fortin, A.H. (2012). Benefits of teaching medical students how to communicate with patients having serious illness-comparison of two approaches to experiential, skill-based, and self-reflective learning. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 85, 261-270.
- Engelen, V., Detmar, S., Koopman, H., Maurice-Stam, H., Caron, H., Hoogerbrugge, P., Egeler, R.M., Kaspers, G. & Grootenhuys, M. (2012). Reporting health-related

- quality of life scores to physicians during routine follow-up visits of pediatric oncology patients: Is it effective? *Pediatric Blood and Cancer*, 58, 766-774.
- Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shilets, C.G., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L. & Duberstein, P.R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science Medicine*, 61, 1516-1528.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V. & Soli-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: Results of a 12-month follow-up. *British Journal of Cancer*, 89, 1445-1449.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2006). Current concepts of communication skills training in oncology. *Recent Results on Cancer Research*, 168, 105-112.
- Faquinello, P., Higarashi, I.H. & Marcon, S.S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto e contexto em enfermagem*, 16(4), 609-616.
- Farnesi, B.C., Newton, A.S., Holt, N.L., Sharma, A.M. & Ball, G.D.C. (2012). Exploring collaboration between clinicians and parents to optimize pediatric weight management. *Patient Education and Counseling*, 87, 10-17.
- Ferreira, R. (2005). *Efeitos da apresentação sistematizada de um manual educativo para pais de crianças com leucemia*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Ferreira, E.A.P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. Em M.A. Crepaldi, M.B.M. Linhares & G.B. Perosa (Orgs.) *Temas em psicologia pediátrica* (pp. 147-189). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ford, S., Hall, A., Ratcliffe, D. & Fallowfield, L. (2000). The Medical Interaction Process System (MIPS): An instrument for analysing interviews of oncologists and patients with cancer. *Social Science and Medicine*, 50, 553-566.
- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201-216.
- Gebremariam, M. K., Bjune, G., A. & Frich, J. C. (2010). Barriers and facilitators of adherence to TB treatments in patients on concomitant TB and HIV treatment: A quantitative study. *BioMed Central Public Health*, 10, 651- 659.
- Geeta, M.G., Krishnakumar, P., Rajasree, K.C., Ashraf. T.P., Sureshkumar, K. & Riyaz, A. (2011). Effectiveness of communication skills training on perceptions and practice of pediatric residents. *Indian Journal of Pediatrics*, 78(8), 979-982.
- Gimenes, M. G. G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. Em: M. M. J. de Carvalho (Org.), *Introdução à Psiconcologia* (pp. 35-56). São Paulo: Editorial Psy.

- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2(1), 1-84.
- Gough, J.K., Frydenberg, A.R., Donath, S.K. & Marks, M.M. (2009). Simulated parents: developing paediatrics trainees' skills in giving bad news. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45, 133-138.
- Graves, M.M., Roberts, M.C., Rapoff, M. & Boyer, A. (2010). The efficacy of adherence interventions for chronically ill children: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(4), 368-382.
- Greenberg, L. (2008). Use of stealth standardized patients in evaluating and teaching trainees. *Ambulatory Pediatrics*, 8, 143.
- Guimarães, S. S., Costa Jr., A.L., Escarlante, L.B., Cruz, M.P. & Castro, T.F. (1995, abril). *Consulta psicopediátrica: uma abordagem multidisciplinar*. Tema livre apresentado no XXV Congresso Interamericano do Psicologia, México.
- Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C. & Frankel, R. M. (2009). Nonverbal sensitivity in medical students: Implications for clinical interactions. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 217-222.
- Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C. & Frankel, R. M. (2009a). Observer-rated rapport in interactions between medical students and standardized patients. *Patient Education and Counseling*, 76, 323-327.
- Harrison, M. E. & Walling, A. (2010). What do we know about giving bad news? A review. *Clinical Pediatrics*, 49(7), 619-626.
- Hausberg, M.C., Hregert, A., Kröger, C., Bullinger, M. Rose, M. & Andreas, S. (2012). Enhancing medical students' communication skills: Development and evaluation of an undergraduate training program. *BMC Medical Education*. Publicação online. doi:10.1186/1472-6920-12-16
- Helitzer, D. L., LaNoue, M., Wilson, B., Hernandez, B. U., Warner, T. & Roter, D. (2011). A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Education and Counseling*, 82, 21-29.
- Hendren, S., Griggs, J. J., Epstein, R. M., Huminston, S., Rousseau, S., Jean-Pierre, P., Carroll, J., Yosha, A. M., Loader, S. & Fiscella, K. (2010). Study protocol: A randomized controlled trial of patient navigation-activation to reduce cancer health disparities. *BioMed Central Cancer*, 10, 551-561.
- Holland, J. C. (1991). *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Howells, R.J., Davies, H.A. & Silverman, J.D. (2008). Teaching and learning consultation skills for paediatric practice. *Archives of Disease in Childhood*, 91(4), 367-370.

- Hubble, R., Trowbridge, K., Hubbard, C., Ahsens, L. & Ward-Smith, P. (2008). Effectively using communication to enhance the provision of pediatric palliative care in an acute care setting. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 45-50.
- Instituto Nacional do Câncer [INCA] & Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica [SOBOPE] (2008). *Câncer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos Registros de Base populacional e de Mortalidade*. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional do Câncer [INCA] & Ministério de Saúde (2010). *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: INCA.
- Jenkins, V. & Fallowfield, L. (2002). Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology*, 20(3), 765-769.
- Jensen, B.F., Gulbrandsen, P., Dahl, F.A., Krupat, E., Frankel, R.M. & Finset, A. (2011). Effectiveness of a short course in clinical communications skills for hospital doctors: Results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 84, 163-169.
- Jerant, A., Francks, P., Tancredi, D. J., Saito, N. & Kravitz, R. L. (2011). Tendency to adhere to provider-recommended treatments and subsequent pain severity among individuals with cancer. *Patient Preference and Adherence*, 5, 23-31.
- Jirasevijinda, T. & Brown, L.C. (2010). Jeopardy!: An innovative approach to teach psychosocial aspects of pediatrics. *Patient Education and Counseling*, 80, 333-336.
- Johnston, D. L. & Appleby, W. (2011). Pediatric oncologists opinions on breaking bad news. *Pediatric Blood and Cancer*, 56, 506.
- Jucá, N. B. H., Gomes, A. M. A., Mendes, L. S., Gomes, D. M., Martins, B. V. L., Silva, C. M. G. C., Lino, C. A., Augusto, K. L. & Caprara, A. (2010). A comunicação do diagnóstico "sombrio" na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 57-64.
- Kerbaui, R. R. (1999). *Comportamento e saúde: explorando alternativas*. São Paulo: ARBytes Editora.
- Keir, A. & Wilkinson, D. (2013). Communication skills training in paediatrics. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49, 624-628.
- Kemper, K.J., Foy, J.M., Wissow, L. & Shore, S. (2008). Enhancing communication skills for pediatric visits through on-line training using video demonstrations. *BMC Medical Education*, 8(8). Publicação online. doi: 10.1186/1472-6920-8-8
- Kersun, L., Gyi, L. & Morrison, W.E. (2009). Training in difficult conversations: A national survey of pediatric hematology-oncology and pediatric critical care physicians. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 525-530.

- Kohlsdorf, M. (2008). *Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Kohlsdorf, M. & Costa Jr., A.L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 417-429.
- Kohlsdorf, M (2012). *Proposta de pré-consulta comportamental: análise da comunicação médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica*. (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. Em W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford Press.
- Leal, S S. & Ribeiro, M. M. F. (2010). Desenvolvendo habilidades para um atendimento clínico humanizado: relato de uma experiência na disciplina de semiologia médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 168-171.
- Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D. & Stewart, S. K. (2002). Enhancing physician-patient communication. *Hematology*, 464-483.
- Lenzi, R., Baile, W.F., Constantini, A., Grassi, L. & Parker, P.A. (2011). Communication training in oncology: Results of intensive communication workshops for Italian oncologists. *European Journal of Cancer Care*, 20, 196- 203.
- Leventhal, H., Zimmerman, R. & Gutmann, M. (1984). Compliance: a self-regulation perspective. Em W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 370-436). New York: Guilford Press.
- Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121(5), e1441-e1460.
- Leydon, G.M. (2008). ‘Yours is potentially serious, but most of these are cured’: Optimistic communication in UK outpatient oncology consultations. *Psycho-Oncology*, 17, 1081-1088.
- Leydon, G.M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M. & McPherson, K. (2000). Cancer patients’ information needs and information seeking behaviour: In depth interview study. *British Medical Journal*, 320, 909-913.
- Libert, Y., Merckaert, I., Reynaert, C. & Razavi, D. (2006). Lês enjeux, objectifs et particularités de la communication médecin-malade en oncologie: état dês lieux et. *Bulletin du Cancer*, 93(4), 357-362.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Klustersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. & Razavi, D. (2006). Factors that influence cancer patients’ anxiety following a medical consultation: Impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of Oncology*, 17(6), 1450-1458.

- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. & Razavi, D. (2008). Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: Impact of a communication skills training program for physicians. *Psycho-Oncology*, 17, 488-496.
- Lozano, P., McPhillips, H.A., Hartzler, B., Roberts, A.S., Runkle, C., Scolz, K.A., Stout, J.W. & Kieckhefer, G.M. (2010). Randomized Trial of teaching brief motivational interviewing to pediatric trainees to promote healthy behaviors in families. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164(6), 561-566.
- Lunney, C.A., Kleinert, H.L., Fergusson II, J.E. & Campbell, L. (2011). Effectively training pediatric residents to deliver diagnoses of Down Syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 158A, 384-390.
- Mack, J. W., Cook, E. F., Wolfe, J., Grier, H. E., Cleary, P. D. & Weeks, J. C. (2007). Understanding of prognosis among parents of children with cancer: Parental optimism and the parent-physician interaction. *Journal of Clinical Oncology*, 25(11), 1357-1362.
- Malta, J. D. S., Schall, V. T. & Modena, C. M. (2009). O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(1), 33-39.
- Masera, G., Spinetta, J.J., D'Angio, G.J., Green, D.M., Marky, I., Jankovic, M., Karamoschoglou, L.D., Wolfgang, M., Jones, P.M., Stocker, M., Postma, A., Nesbit, M. E., Schuler, D., Stevens, M & Wilbur, J. (1993). SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. *Medical and Pediatric Oncology*, 21, 627-628.
- Masera, G., Chesler, M.A., Jankovic, M., Ablin, A.R., Bem Arush, M.W., Breatnach, F., McDowell, H.P., Eden, T., Epelman, C., Bellani, F.F., Green, D.M., Kosmidis, H.V., Nesbit, M.E., Wandzura, C., Wilbur, J.R. & Spinetta, J.J. (1997). SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology: Guidelines for communication of the diagnosis. *Medical and Pediatric Oncology*, 28, 382-385.
- McWhinney, I. R. (1986). Are we on the brink of a major transformation of clinical method? *Canadian Medical Association Journal*, 135(8), 873-878.
- Mendonça, M.B. (2007). *Análise do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante em onco-hematologia pediátrica*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Meyer, E.C., Sellers, D.E. & Browning, D.M. (2009). Difficult conversations: Improving communication skills and relational abilities in health care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 10, 352-359.

- Meystre, C., Bourquin, C., Despland, J.N., Stiefel, S & de Roten, Y. (2013). Working alliance in communication skills training for oncology clinicians: A controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 90, 233-238.
- Michelson, K.N., Ryan, A.D., Jovanovic, B. & Frader, J. (2009). Pediatric residents' and fellows' perspectives on palliative care education. *Journal of Palliative Care Education*, 12 (5), 451-457.
- Monat, A. & Lazarus, R.S. (1985). *Stress and coping, an anthology*. New York: Columbia University Press.
- Mortsiefer, A., Rotthoff, T., Schmelzer, R., Immecke, J., Ortmanns, B., in der Schmitt, J., Altiner, A. & Karger, A. (2012). Implementation of the interdisciplinary curriculum Teaching and Assessing Communicative Competence in the fourth academic year of medical studies (CoMeD). *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1). Publicação online. doi: 10.3205/zma000776
- Nayda-Simmenroth, A., Alt-Epping, B. & Gágyor, I. (2011). Breaking bad news – an interdisciplinary curricular teaching-concept. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28(4). Publicação online. doi: 10.3205/zma000764
- Ngo-Metzger, Q., August, K. J., Srinivasan, M., Liao, S. & Meyskens, F. L. (2008). End-of-life care: Guidelines for patient-centered communication. *American Family Physician*, 77(2), 167-174.
- Nikendei, C., Bosse, H.M., Hoffmann, K., Möltner, A., Hancke, R., Conrad, C., Huwendiek, S., Hoffmann, G., Herzog, W., Jünger, J. & Schultz, J.H. (2011). Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents. *Patient Education and Counseling*, 82, 94-99.
- Noordman, J., Verhaak, P. & van Dulmen, S. (2011). Web-enabled video-feedback: A method to reflect on the communication skills of experienced physicians. *Patient Education and Counseling*, 82, 335-340.
- Noordman, J. & van Dulmen, S. (2013). Shared medical appointments marginally enhance interaction between patients: An observational study on children and adolescents with type 1 diabetes. *Patient Education and Counseling (in press)*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.008>
- Novack, D.H., Plumer, R., Smith, R.I., Ochitill, H., Morrow, G. & Bennett, J.M. (1979) Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *The Journal of American Medical Association*, 241, 887-900.
- Numico, G., Anfossi, M., Bertelli, G., Russi, E., Cento, G., Silvestris, N., Granetto, C., Di Costanzo, G., Occelli, M., Fea, E., Garrone, O., Gasco, M., Colantonio, I. & Merlano, M. (2009). The process of truth disclosure: An assessment of the results of information during the diagnostic phase in patients with cancer. *Annals of Oncology*, 20, 941-945.

- Nunes, C. & Ayala, M. (2010). Communication techniques used by pediatricians during well-child program visits: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 78, 79-84.
- Oguchi, M., Jansen, J., Butow, P., Colagiuri, B., Divine, R. & Dhillon, H. (2011). Measuring the impact of nurse cue-response behaviour on cancer patients' emotional cues. *Patient Education and Counseling*, 82, 163-168.
- Oken, D. (1961). What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *Journal of American Medical Association*, 175, 1120-1128.
- Oliveira, V.Z. & Gomes, W.B. (2004) Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em pacientes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de psicologia*, 9(3), 459-469.
- Oliveira, V. Z., Oliveira, M. Z., Gomes, W. B. & Gasperin, C. (2004). Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 9-17.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Orgel, E., McCarter, R. & Jacobs, S. (2010). A failing medical educational model: A self-assessment by physicians at all levels of training of ability and comfort to deliver bad news. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6), 677-683.
- Ozuah, P.O. & Reznik, M. (2008). Using unannounced standardized patients to assess residents' competency in asthma severity classification. *Ambulatory Pediatrics*, 8, 139-142.
- Pai, A.L.H. & Drotar, D. (2010). Treatment adherence impact: The systematic assessment and quantification of the impact of treatment adherence on pediatric medical and psychological outcomes. *Journal of Pediatric Psychology* 35(4), 383-393.
- Paul, C. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W., Douglas, H. & Webb, G. (2009). Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *European Journal Of Cancer*, 45(17), 2960-2966.
- Perosa, G.B. & Gabarra, L.M. (2004). Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 135-147.
- Perosa, G. B. & Ranzani, P. M. (2008). Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 468-473.
- Pinghin, S. & Bonnefon, J.F. (2011). Facework and uncertain reasoning in health communication. *Patient Education and Counseling*, 85, 169-172.
- Ptacek, J. T. & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *Journal of American Medical Association*, 276(6), 496-502.
- Ptacek, J. T. & McIntosh, E. G. (2009). Physician challenges in communicating bad news. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 380-387.

- Quittner, A.L., Modi, A.C., Lemanek, K.,L., Ievers-Landis, C.E. & Rapoff, M.A. (2008). Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 916-936.
- Registro Hospitalar de Câncer do Distrito Federal (2013, julho). *Número de casos novos de câncer admitidos em pediatria*. (edição 07/13). Brasília, DF: Nepumoceno.
- Rider, E.A.,Volkan, K. & Hafler, J.P. (2008). Pediatric residents'perceptions of communication competencies: Implications for teaching. *Medical Teacher*, 30, e208-e217.
- Roberts, M.C., Canter, K.S. & Odar, C.C. (2012). Commentary: A call to action to secure the future of pediatric psychology – resonating to the points of Rozensky and Janicke (2012). *Journal of Pediatric Psychology*, 37(4), 369-375.
- Rodriguez, H. P., Anastario, M. P., Frankel, R. M., Odigie, E. G., Rogers, W. H., Von Glahn, T. & Safran, D. G. (2008). Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention. *Biomedical Central Medical Education*, 8(3). Publicação online. doi: 10.1186/1472-6920-8-3.
- Rossi-Barbosa, L. A., Lima, C. C., Queiroz, I. N., Fróes, S. S. & Caldeira, A. P. (2010). A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 363-370.
- Roter , D. L., Larson, S., Shinitzky, H., Chernoff, R., Serwint, J. R., Adamo, G. & Wissow, L. (2004). Use of a innovative vídeo feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education*, 38, 145-157.
- Salmon, P., Mendick, N. & Young, B. (2011). Integrative qualitative communication analysis of consultation and patient and practitioner perspectives: Towards a theory of authentic caring in clinical relationships. *Patient Education an Counseling*, 82, 448-454.
- Schillinger, D., Machtiger, E. L., Wang, F., Chen, L. L., Win, K., Palácios, J., Rodriguez, M. & Bindman, A. (2005). Language, literacy, and communication regarding medication in an anticoagulation clinic: Are pictures better than words? In K. Henriksen, J. B. Battles, E. S. Marks, & D. I. Lewin (Eds.), *Advances in patient safety: From research to implementation (volume 2: concepts and methodology)* (pp. 199-212). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Schofield, P. E. & Butow, P. N. (2004). Towards better communication in cancer care: A framework for developing evidence-based interventions. *Patient Educacion and Counseling*, 55(1), 32-39.
- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersal, M. H., Beeney, L. J. & Dunn, S. M. (2003). Psychological response of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14(1), 48-56.
- Shanafelt, T. D., Bowen, D. A., Venkat, C., Slager, S. L., Zent, C. S., Kay, N. E., Reinalds, M., Han Tun, B. S., Sloan, J. A. & Call, T. G. (2009). The physician-patient relationship

- and quality of life: Lessons from chronic lymphocytic leukemia. *Leukemia Research*, 33(2), 263-270.
- Shapiro, S. M., Lancee , W. J., & Richards-Bentley, C. M. (2008). Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. *Biomedical Central Medical Education*, 9(11). Publicação online. doi: 10.1186/1472-6920-9-11.
- Shaw, W.S., Pransky, G., Roter, D.L., Winters, T., Tveito, T.H. & Larson, S.M. (2011). The effects of patient-provider communication on 3-month recovery from acute low back pain. *JABFM*, 24(1), 16-25.
- Sidman, M. (1960). *Táticas da pesquisa científica – avaliação dos dados experimentais na psicologia*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Silva, D.H. A competency-based communication skills workshop series for pediatric residents. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 100(2), 8-12.
- Skinner, C. S., Pollak, K. I., Farrell, D., Olsen. M. K., Jeffreys, A. S. & Tulskey, J. A. (2009). Use of and reactions to a tailored CD-ROM designed to enhance oncologist-patient communication: The SCOPE trial intervention. *Patient Education and Counseling*, 77(1), 90-96.
- Sleath, B., Carpenter, D.M., Sayner, R., Ayala, G., Pharm, D.W., Davies, S., Tudor, G. & Yeatts, K. (2011). Child and caregiver involvement and shared decision-making during asthma pediatric visits. *Journal of Asthma*, 48(10), 1022-1031.
- Sobo, E.J., Seid, M. & Gellard, L.R. (2006). Parente-identified barriers to pediatric health care: A process-oriented model. *Health Services Research*, 41(1), 148- 172
- Solomon, M. Z., Browning, D. M., Dokken, D. L., Merriman, M. P. & Rushton, C. H. (2010). Learning that leads to action. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164(4), 315-322.
- Stabler, B. (1993). On the role of patient. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(3), 301-312.
- Stenmarker, M., Hallberg, U., Palmerus, K. & Márky, I. (2010). Being a Messenger of life-threatening conditions: Experiences of pediatric oncologists. *Pediatric Blood and Cancer*, 55, 478-484.
- Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social, Science and Medicine*, 19(2), 167-175.
- Stewart, M. Kennedy, N. & Cuene-Grandidier, H. (2010). Undergraduate interprofessional education using high-fidelity paediatric simulation. *The Clinical Teacher*, 7, 90-96.
- Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J., Fallowfield, L., Jost, L., Razavi, D. & Kiss, A. (2010). Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among european experts in 2009. *Annals of Oncology*, 21, 204-207.

- Straub, R. (2010). *Health psychology – a biopsychosocial approach*. New York: Worth Publishers.
- Sukiennik, R., Moura, V. & Bollela, V. (2012). *Communication gaps in a teaching paediatric out-patient scenario*. *Medical Education*, 46, 509.
- Swedlund, M.P., Schumacher, J.B., Young, H.N. & Cox, E.D. (2012). Effect of communication style and physician-family relationships on satisfaction with pediatric chronic disease care. *Health Communication*, 27(5), 498-505.
- Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L. & Bensing, J. (2002). Doctor-parent-child relationships: A “pás de trois”. *Patient Education and Counseling*, 48, 5-14.
- Tates, K. & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.
- Taylor, S. E. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.
- Theunissen, N. C., de Ridder, D. T., Bensing, J. M. & Rutten, G. E. (2003). Manipulation of patient-provider interaction: Discussing illness representations or action plans concerning adherence. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 247-258.
- Vaidya, V. U., Greenberg, L. W., Patel, K. M., Strauss, L. H., & Pollack, M. (1999). Teaching physicians how to break bad news: A 1-day workshop using standardized parents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 419-422.
- Vail, L., Sandhu, H., Fisher, J., Cooke, H., Dale, J. & Barnett, M. (2011). Hospital consultations breaking bad news with simulated patients: An analysis of communication using the Roter Interaction Analysis System. *Patient Education and Counseling*, 83, 185-194.
- Van Dalen, J. & van der Eertwegh, V. (2013). Communication in the initial paediatric consultation. *Paediatric Respiratory Reviews (in press)*, doi:10.1016/j.prrv.2013.05.002
- Van den Eertwegh, V., van Dulmen, S., van Dalen, J., Scherpbier, A.J.J.A. & van der Vleuten, C.P.M. (2013). Learning in context: Identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. *Patient Education and Counseling*, 90, 184-192.
- Van Dulmen, S. (2004). Pediatrician-parent-child communication: Problem-related or not? *Patient Education and Counseling*, 52, 61-68.
- Van Rijssen, H.J., Schellart, A.J.M., Anema, J.R., Boer, W.E. & van der Beek, A.J. (2011). Systematic development of communication skills training course for physicians performing work disability assessments: from evidence to practice. *BMC Medical Education*, 11(28). Publicação online. doi: 10.1186/1472-6920-11-28
- Vatne, T.M., Finset, A., Ornes, 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, 399-404.

- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2007). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação* (16ª Ed.). São Paulo: Cultrix.
- Wheatley-Price, P., Massey, C., Panzarella, T., Shepard, F.A. & Mikhael, J. (2010). Resident preparedness in discussing prognosis in patients with advanced lung cancer. *Support Care Cancer, 18*, 491-497.
- Wissow, L., Roter, D., Larson, S. M., Wang, M., Hwang, W., Johnson, R. & Luo, X. (2002). Mechanisms behind the failure of residents' longitudinal primary care to promote disclosure and discussion of psychosocial issues. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 156*, 685-692.
- Wissow, L., Gadowski, A., Roter, D., Larson, S., Lewis, B. & Brown, J. (2011). Aspects of mental health communication skills training that predict parent and child outcomes in pediatric primary care. *Patient Education and Counseling, 82*, 226-232.
- Wittenberg-Lyles, E. M., Goldsmith, J., Sanchez-Reilly, S. & Ragan, S. L. (2008). Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: Deficiencies in current communication training protocols. *Social Science & Medicine, 66*, 2356-2365.
- Zannon, C.M.L.C. (1981). Atuação do psicólogo em setores de assistência pediátrica hospitalar. *Boletim de Psicologia, 33*, 40-51.
- Zannon, C. M. L. C. (1999). Psicologia aplicada à pediatria: questões metodológicas atuais. Em R.R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde - Explorando Alternativas* (pp. 46-58). Santo André, SP: ARBytes.
- 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.
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., Bensing, J., Bergvik, S., De Haes, H., Eide, H., Fletcher, I., Goss, C., Heaven, C., Humphris, G., Kim, Y.M., Langewitz, W., Meeuwesen, L., Nuebling, M., Rimondini, M., Salmon, P., van Dulmen, S., Wissow, L., Zandblet, L. & 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*, 141-148.
- Zwaanswijk, M., Tates, K., van Dulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A., Beishuizen, A. & Bensing, J. M. (2007). Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: Results of online focus groups. *Biomedical Central Pediatrics, 7*(35). doi: 10.1186/1471-2431-7-35.
- Zwaanswijk, M., Tates, K., van Dulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A., Beishuizen, A. & Bensing, J. M. (2011). Communicating with child patients in pediatric oncology consultations: A vignette study on child patients', parents', and survivors' communication preferences. *Psycho-Oncology, 20*, 269-277.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

Tabela 1

Análise Sintética dos Artigos Revisados sobre Treinamento em Comunicação Médico-paciente, em Pediatria, de 2003 a 2013

Referência	Objetivos	Metodologia	Principais resultados e conclusões
(1) Dubé, LaMonica, Boyle, Fuller & Burkholder, 2003	Avaliar e comparar a quantidade e qualidade do treinamento recebido por residentes de medicina, quanto à habilidades de comunicação com os pacientes. Foi intenção do estudo, comparar o treinamento recebido para comunicação com pacientes adultos e o treinamento recebido para comunicação com pacientes pediátricos, especificamente, em contexto de notícias.	<b>Participantes:</b> residentes de medicina <b>Especialidade médica:</b> não informado <b>País de origem:</b> Canadá <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico <b>Metodologia de coleta de dados:</b> entrevista com os residentes <b>Instrumento utilizado:</b> escala tipo Likert	Um total de 143 residentes completaram a avaliação. O tempo gasto em treinamento para comunicação com pacientes adultos foi maior do que com pacientes pediátricos. 12% dos residentes afirmou não ter tido nenhum tipo de treinamento em comunicação com crianças e 11% não teve treinamento em comunicação com adolescentes. Mais da metade dos residentes relatou não ter observado nenhuma situação de comunicação de más notícias em contexto pediátrico, durante seu treinamento. Os residentes relataram, ainda, grande dificuldade e desconforto em comunicar más notícias a crianças e adolescentes e menor dificuldade na comunicação com pacientes adultos.
(2) Roter et. al., 2004	(1) Avaliar a aceitação, por um grupo de residentes em pediatria, de um programa de <i>video-feedback</i> para treino de comunicação; (2) avaliar uma estratégia breve de ensino de comunicação com uso do programa de <i>video-feedback</i> , associada a sessão de treino de uma hora de <i>role-playing</i> com simulação do contexto de consulta; e (3) avaliar a influência do gênero dos residentes nas mudanças observadas no estilo de comunicação após o treinamento.	<b>Participantes:</b> 28 residentes de pediatria <b>Especialidade médica:</b> pediatria geral <b>País de origem:</b> Estados Unidos <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico <b>Metodologia de coleta de dados:</b> observação do comportamento por meio de gravação em vídeo, delineamento experimental com avaliação dos resultados antes e depois da intervenção <b>Instrumento utilizado:</b> Roter Interaction Analysis System (RIAS) para avaliação do comportamento de comunicação dos residentes, antes e depois do treinamento	Foi observada melhora significativa no comportamento de comunicação dos residentes, após o treinamento, nas seguintes áreas avaliadas pelo RIAS: diminuição de dominância verbal, aumento do uso de questões abertas, aumento do uso de empatia, aumento da inclusão do paciente em discussões e tomada de decisões sobre o tratamento, aumento no estímulo à adesão ao tratamento. Residentes do sexo feminino apresentaram maior quantidade de mudanças na comunicação do que residentes do sexo masculino.
(3) Howells,	Apresentar e discutir o uso de estratégias	<b>Contexto:</b> treinamento de residentes	Conclui-se pela importância do treinamento dos

Davies & Silverman, 2006	baseadas em evidência no ensio de habilidades de comunicação para residentes de medicina, com um mínimo de recursos.	<b>Especialidade médica:</b> pediatria geral <b>País de origem:</b> Inglaterra <b>Tipo de artigo:</b> teórico <b>Metodologia de coleta de dados:</b> - <b>Instrumentos utilizados:</b> -	residentes em habilidades de comunicação e sugere-se o uso de vídeo combinado a <i>feedback</i> , em grupos pequenos, como a melhor estratégia de ensino. Reforça-se, ainda, que o treinamento não precisa ser extensivo.
(4) Ammentorp, Sabroe, Kofoed & Mainz, 2007	(1) Investigar o efeito do treinamento em habilidades de comunicação na avaliação de auto-eficácia de médicos e enfermeiras, (2) verificar como o treinamento influencia na percepção dos profissionais quanto a sua experiência inicial em comunicação, e (3) identificar o que determina a auto-eficácia em profissionais de saúde.	<b>Participantes:</b> 19 médicos e 11 enfermeiras <b>Especialidade médica:</b> pediatria geral <b>País de origem:</b> Dinamarca <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico <b>Metodologia de coleta de dados:</b> avaliação do desempenho dos participantes após treinamento (curso sobre comunicação com duração de 5 dias, com aulas teóricas e avaliação do comportamento em consultas reais gravadas em vídeo, por meio de <i>feedback</i> ); delineamento experimental com seleção aleatória de participantes e uso de grupo controle e grupo de intervenção <b>Instrumentos utilizados:</b> questionário	Os profissionais que participaram do curso tiveram 37% de melhora na avaliação da auto-eficácia em comunicação, após o treinamento. O desempenho se manteve nesse nível durante os seis meses seguintes ao treinamento. O treinamento não influenciou a avaliação dos profissionais quanto a auto-eficácia inicial. Conclui-se que o treinamento em habilidades de comunicação pode melhorar a auto-avaliação dos profissionais sobre seu desempenho em tarefas específicas relacionadas à comunicação, como por exemplo, a auto-eficácia.
(5) Brinkman et.al., 2007	Verificar se o desempenho de residentes em habilidades de comunicação, treinados por meio de diferentes tipos de <i>feedback</i> de, melhora à medida que aumenta o <i>feedback</i> oferecido a eles.	<b>Participantes:</b> 36 residentes do 1o ano <b>Especialidade médica:</b> pediatria geral <b>País de origem:</b> Estados Unidos <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico <b>Metodologia de coleta de dados:</b> avaliação do desempenho dos residentes, com uso de delineamento experimental, com seleção aleatória de participantes e com dois grupos: controle e de intervenção. O grupo controle recebia o <i>feedback</i> padrão, oferecido a todos os	Os dois grupos obtiveram desempenho semelhante em linha de base. De acordo com a avaliação dos familiares, os dois grupos melhoraram seu desempenho em comunicação após cinco meses. Já de acordo com a avaliação das enfermeiras, o desempenho dos residentes melhorou no grupo de intervenção e piorou no grupo controle. Os autores concluem que a quantidade e o tipo de <i>feedback</i> ofercido influencia o desempenho em comunicação de residentes em treinamento.

---

(6) Brown, Hurst & Davies, 2008	Apresentar uma estratégia inovadora de treino de residentes de pediatria em comunicação triádica, com duração de apenas 40 minutos.	residentes, sobre seu desempenho em comunicação. O grupo de intervenção, além do <i>feedback</i> padrão, recebia o <i>feedback</i> de familiares acompanhantes das crianças atendidas e de enfermeiras do serviço, e participava de um grupo de discussão sobre o desempenho em comunicação. A avaliação foi feita em dois momentos: em linha de base e cinco meses após a linha de base.	<b>Instrumentos utilizados:</b> questionário <b>Participantes:</b> residentes <b>Especialidade médica:</b> pediatria geral <b>País de origem:</b> Inglaterra <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico <b>Metodologia de coleta de dados:</b> Organização de proposta de treinamento em habilidades de comunicação com duração de 40 minutos, desenvolvimento do treinamento com residentes de pediatria e avaliação com os residentes pós treinamento. <b>Instrumentos utilizados:</b> questionário para avaliação dos residentes sobre o treinamento	Os residentes avaliaram o treinamento como positivo e ressaltaram como principais pontos aprendidos: (a) necessidade de inclusão da criança na comunicação, (b) necessidade de organização prévia da consulta, e (c) necessidade de usar a linguagem correta, tanto quanto à escolha dos termos, tanto quanto à entonação da voz. Os autores concluem que importantes aspectos da comunicação triádica, em pediatria, podem ser ensinados aos estudantes em sessões curtas, de apenas 40 minutos.
(7) Kemper, Foy, Wissow & Shore, 2008	Avaliar a viabilidade e adequação de um curso on-line para treinamento de habilidades de comunicação em saúde mental pediátrica.	<b>Participantes:</b> profissionais de saúde em pediatria (médicos, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogos) <b>Especialidade médica:</b> pediatria/saúde mental <b>País de origem:</b> Estados Unidos <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico <b>Metodologia de coleta de dados:</b>	No total, participaram 61 profissionais, sendo 22 médicos, 24 enfermeiras e 12 psicólogos e assistentes sociais. Destes 61, 59% (36 profissionais) completaram a avaliação do curso. Dos que avaliaram o curso, 85% avaliaram que os objetivos do curso foram atingidos e 80% relataram maior confiança tanto em discutir diagnóstico e tratamento, quanto em manejar situações difíceis na interação com os pacientes após o curso. Não	

---

		recrutamento dos profissionais, via e-mail, para participar do curso on-line e responder à avaliação sobre o curso, também por meio virtual <b>Instrumentos utilizados:</b> questionário para avaliação do curso on-line	foi informado, dentre os participantes que avaliaram o curso, quantos eram médicos e quantos eram de outras especialidades de saúde. Os autores concluem que treinamentos on-line são uma prática viável para ensino de habilidades de comunicação e sugerem comparações futuras entre resultados obtidos nesse tipo de treinamento e os obtidos em treinamentos tradicionais presenciais.
(8) Levetown, 2008	Apresentar uma revisão das evidências sobre comunicação clínica, no contexto pediátrico, desde a assistência primária até os cuidados paliativos, e oferecer sugestões práticas para melhorar a comunicação com pacientes e familiares.	<b>Contexto:</b> educação médica <b>Especialidade médica:</b> pediatria geral <b>País de origem:</b> Estados Unidos <b>Tipo de artigo:</b> teórico com revisão crítica e não sistemática da literatura <b>Metodologia de coleta de dados:</b> - <b>Instrumentos utilizados:</b> -	A autora conclui que se comunicar de forma efetiva e empática é uma habilidade essencial para o médico que cuida de crianças e de seus familiares, e, por isso, a comunicação deveria estar no centro da educação, prática e pesquisa em pediatria.
(9) Perosa & Ranzani, 2008	Investigar o conceito dos médicos sobre má notícia, como essa má notícia deve ser transmitida à criança e que tipo de capacitação esses médicos receberam para essa função. A partir dos resultados dessa investigação, as autoras pretendem apresentar proposta de inclusão de atividades que habilitem em comunicação de más notícias no currículo de formação dos alunos de medicina.	<b>Participantes:</b> médicos staff e residentes de um hospital-escola <b>Especialidade médica:</b> pediatria geral e especialidades pediátricas (não informado quais) <b>País de origem:</b> Brasil <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico <b>Metodologia de coleta de dados:</b> aplicação de questionário semi-estruturado, adaptado de Oken (1961) para população de médicos pediatras; amostra de conveniência <b>Instrumentos utilizados:</b> questionário, com análise qualitativa dos resultados.	Houve um retorno de 68% dos questionários distribuídos, totalizando resposta de 53 médicos, sendo 25 do staff regular e 28 residentes. Não se encontrou acordo sobre uma única melhor forma de dar más notícias à criança, mas, a maioria dos médicos opinou que a criança tem o direito de receber essas informações e 70% afirmou já ter enfrentado uma situação desse tipo. Independente do tempo de formados, 48% dos participantes afirmaram ter discutido comunicação de más notícias na graduação e residência, mas apenas 30% relataram ter recebido habilitação específica para isso. As autoras concluem pela necessidade do desenvolvimento de técnicas como role-playing, envolvendo manejo de fatores emocionais presentes no processo de comunicação, na formação específica em medicina.
(10) Silva, 2008	Avaliar o desempenho de médicos residentes em comunicação de más notícias após treinamento.	<b>Participantes:</b> residentes <b>Especialidade médica:</b> pediatria geral <b>País de origem:</b> Porto Rico <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico	Os residentes do grupo de intervenção aprovaram o treinamento, enfatizando a eficácia do modelo de ensino instrucional utilizado. O autor conclui que o modelo de ensino instrucional para desenvolvimento de

<p>(11) Gough, Frydenberg, Donath &amp; Marks, 2009</p> <p>Avaliar o desempenho e principais dificuldades encontradas por médicos residentes na comunicação de más notícias em pediatria, após participação em programa de treinamento.</p>	<p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> delineamento experimental com avaliação do desempenho de dois grupos de residentes na comunicação de más notícias em consultas simuladas: um grupo de intervenção, que participou de treinamento instrucional de desenvolvimento de competência, e um grupo controle que não participou do treinamento</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> questionário respondido pelos residentes após a consulta de más notícias</p> <p><b>Participantes:</b> residentes</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p> <p><b>País de origem:</b> Austrália</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> gravação em vídeo e observação de consultas simuladas, com atores no papel de pacientes, durante treinamento em comunicação de más notícias, com avaliação do desempenho dos residentes por dois observadores independentes: um ator e um médico staff. Uso de <i>feedback</i> para os residentes após a consulta e aplicação de entrevista semiestruturada para avaliar a percepção do próprio residente sobre seu desempenho</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> entrevista semiestruturada, com análise qualitativa dos resultados.</p>	<p>competências é eficaz para o treino de habilidades de comunicação necessárias em situações complexas como a comunicação de más notícias. Reforça, ainda, que, esse tipo de treinamento aumenta a confiança do médico, fator necessário no desenvolvimento de cuidado adequado aos pacientes.</p> <p>A análise qualitativa dos dados das entrevistas revelou cinco temas centrais indicados pelos residentes como dificuldades relativas ao treinamento e à prática de comunicação de más notícias em pediatria: pouco tempo para comunicação de más notícias, falta de segurança emocional para comunicação, alto nível de complexidade da consulta, dificuldades de aplicar as habilidades aprendidas na prática clínica e dificuldade de mudar o padrão previamente aprendido de comunicação. A análise das consultas em vídeo indicou as habilidades de comunicação nas quais os residentes necessitavam de mais treinamento: avaliação da rede de apoio e suporte psicossocial das famílias, estímulo para que os pacientes fizessem perguntas e repetição e clarificação das mensagens centrais transmitidas.</p> <p>Foram identificados 345 residentes dentro dos critérios</p>
<p>(12) Kersun,</p> <p>Avaliar o treinamento prévio de residentes</p>	<p><b>Participantes:</b> residentes</p>	

Gyi Morrison, 2009	& em hematologia e oncologia pediátrica em comunicação de más notícias, a fim de reorganizar o treinamento de futuros residentes.	<p><b>Especialidade médica:</b> hematologia e oncologia pediátrica</p> <p><b>País de origem:</b> Estados Unidos</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> envio de web-questionário de 12 perguntas sobre treinamento recebido e nível de conforto dos residentes na comunicação de más notícias. Amostra de conveniência, com seleção das respostas dos residentes formados nos último's cinco anos (considerando a data de realização do estudo)</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> questionário eletrônico</p>	estabelecidos (especialidade médica e tempo de formação) dos quais 171 (50%) responderam ao questionário. O tipo de treinamento recebido pelos residentes foi composto de: observação do comportamento de médicos seniors na comunicação (100%), ser observado pelos mesmos médicos seniors no mesmo contexto (78%), leiturs sobre o tema (56%), participação em técnicas de role-playing (20%), participação em workshops (16%), simulação de consultas (13%) e análise de vídeos (13%). A observação de médicos seniors foi indicada pelos residentes como a técnica mais útil de aprendizado. Maior tempo de formação e experiência e a frequência de envolvimento em consultas difíceis foram preditores de maior conforto dos residentes na comunicação de más notícias. A única técnica associada a avaliação de maior preparo para comunicação de más notícias foi o workshop.
(13) Meyer, Sellers & Browning, 2009	Avaliar um programa de treinamento para melhorar a comunicação com pacientes em cuidados intensivos em pediatria.	<p><b>Participantes:</b> profissionais de saúde em pediatria (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e capelães)</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria intensivista</p> <p><b>País de origem:</b> Inglaterra</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> auto-avaliação dos participantes de um curso para desenvolvimento de habilidades para comunicação com paciente pediátrico em situações difíceis, com uso de consultas simuladas, amostra de conveniência e avaliação em dois momentos: logo após e cinco meses após o treinamento.</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> questionários de auto-avaliação respondidos pelos</p>	Os participantes relataram melhora na organização da comunicação, nas habilidades em comunicação e na confiança para se comunicarem com crianças e familiares. Relataram, ainda, redução na ansiedade prévia a uma consulta de comunicação, tanto logo após, quanto cinco meses após o treinamento. 2/3 dos participantes relataram mudanças em sua prática clínica como resultado do programa de treinamento. Quatro aspectos foram ressaltados, pelos participantes, como aprendizado do curso: identificação de sua própria competência em comunicação, integração das habilidades de comunicação aprendidas e as capacidades relacionais já existentes, importância do trabalho em equipe interdisciplinar e valorização da escuta.

---

<p>(14) Michelson, Ryan, Jovanovic &amp; Frader, 2009</p>	<p>(1) Avaliar a quantidade e qualidade do treinamento, conhecimento, experiência, conforto e competência em comunicação em cuidados paliativos pediátricos de residentes e internos de medicina; (2) avaliar a percepção dos residentes e alunos sobre os conceitos dos cuidados paliativos; (3) identificar tópicos e métodos para educação de médicos em cuidados paliativos.</p>	<p>médicos após o treinamento  <b>Participantes:</b> residentes e internos  <b>Especialidade médica:</b> cuidados paliativos pediátricos  <b>País de origem:</b> Estados Unidos  <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico  <b>Metodologia de coleta de dados:</b> avaliação do auto-relato dos participantes sobre o treinamento recebido em cuidados paliativos e em comunicação com pacientes, nesse contexto, ao longo de um ano de formação, com uso de amostra de conveniência  <b>Instrumentos utilizados:</b> questionário</p>	<p>Responderam ao questionário 60% dos residentes e 62% dos internos em formação em um hospital-escola durante os anos de 2006 e 2007. Os participantes avaliaram os níveis de treinamento, experiência, conhecimento, competência e conforto em comunicação no contexto de cuidados paliativos pediátricos entre nenhum e moderado. As áreas indicadas como mais necessárias da educação em cuidados paliativos foram: discussão do prognóstico, transmissão de más notícias e controle da dor. As áreas identificadas como menos importantes foram: treinamento para oferecer suporte espiritual às famílias e suporte emocional para os próprios médicos. Os participantes indicaram, ainda, que o ensino nessa área seria melhorado com maior quantidade de oportunidades de observação de consultas, ensino à beira do leito e participação em grupos de trabalho multidisciplinares. Os autores concluem pela necessidade de maior treinamento dos estudantes na comunicação e na assistência em cuidados paliativos, por meio da participação dos estudantes em situações da vida real.</p>
<p>(15) Bosse, Nickel &amp; Nikendei, 2010</p>	<p>Avaliar a percepção de estudantes de medicina sobre duas formas de treinamento de comunicação em pediatria: simulação de consultas com atores fazendo o papel de pacientes e <i>role-playing</i> com pares, onde os estudantes se revezam nos papéis de médico e paciente.</p>	<p><b>Participantes:</b> estudantes de medicina  <b>Especialidade médica:</b> pediatria geral  <b>País de origem:</b> Alemanha  <b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico  <b>Metodologia de coleta de dados:</b> avaliação da percepção de dois grupos de estudantes sobre o treinamento recebido em comunicação: um grupo que participou de consultas simuladas com atores no papel de pacientes e outro grupo que participou de técnicas de <i>role-playing</i> com os próprios estudantes representando</p>	<p>Os dois tipos de treinamento obtiveram aceitação e aprovação por parte dos estudantes, sendo ambos percebidos como próximos à realidade. Em relação à percepção dos efeitos do treinamento, o treinamento com atores no papel de pacientes foi avaliado como mais vantajoso. Ambos os tipos de treinamento foram avaliados como úteis no treino de habilidades de comunicação. Também em ambos os treinamentos, os estudantes consideraram que o aprendizado recebido era aplicável às situações reais de consulta, porém de forma moderada. O nível de utilidade e aplicabilidade dos treinamentos foi maior para o grupo que usou atores no papel de pacientes.</p>

---

---

(16) Christner et. al., 2010	Avaliar a validade de um tipo de treinamento de estudantes de medicina na comunicação com seus pacientes por e-mail, utilizando as respostas dos residentes como meio de avaliar sua competência prévia em comunicação.	os papéis de médico e de paciente. Uso de delineamento experimental, com seleção aleatória da amostra e dois grupos de intervenção (sem grupo controle).	O desempenho dos estudantes melhorou gradativamente do primeiro para o último e-mail. O mesmo resultado foi observado no período de aplicação da mesma estratégia de intervenção a estudantes do curso seguinte de treinamento. Os autores concluem que a comunicação por e-mail com pacientes também pode ser ensinada e que é viável a inclusão desse tipo de treinamento na formação em comunicação de estudantes de medicina na área de pediatria.
(17) Jirasevijinda & Broens, 2010	Avaliar o uso do jogo Jeopardy! no treino de residentes em pediatria para identificar aspectos psicossociais na comunicação com seus pacientes.	<p><b>Instrumentos utilizados:</b> escala tipo Likert aplicada aos estudantes para avaliação dos resultados dos treinamentos.</p> <p><b>Participantes:</b> estudantes de medicina</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p> <p><b>País de origem:</b> Estados Unidos</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> Elaboração de quatro situações hipotéticas em que familiares de pacientes pediátricos enviavam, por e-mail, perguntas e seus médicos sobre dúvidas no tratamento dos filhos. Discussão em grupo, com participação de professores, e avaliação das respostas dos alunos aos e-mails simulados. Utilização dos resultados em currículo de treinamento de novos estudantes em habilidades de comunicação.</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> escala para avaliação do desempenho dos estudantes, tipo Likert</p> <p><b>Participantes:</b> residentes</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p> <p><b>País de origem:</b> Estados Unidos</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> adaptação do jogo Jeopardy! para ensinar residentes a identificar aspectos</p>	Participaram do treinamento 34 residentes. Desses, 30 residentes responderam à escala de avaliação. A maioria relatou que as informações recebidas no treinamento eram desconhecidas por eles. Também a maioria relatou melhora na compreensão sobre a diversidade cultural da população atendida e na percepção dos desafios de incluir aspectos psicossociais na comunicação. Os residentes

---

---

(18) Lozano et. al., 2010 Avaliar o efeito do treinamento em habilidade de entrevistas motivacionais para residentes de pediatria.

psicossociais e culturais envolvidos na comunicação com os pacientes. Avaliação do treinamento pelos próprios residentes.

**Instrumentos utilizados:** escala tipo Likert para avaliação dos residentes sobre o treinamento recebido.

**Participantes:** residentes

**Especialidade médica:** pediatria geral

**País de origem:** Estados Unidos

**Tipo de artigo:** estudo empírico

**Metodologia de coleta de dados:** condução de um treinamento breve, de nove horas, no desenvolvimento de entrevistas motivacionais para promoção de adesão a comportamentos saudáveis, com familiares de pacientes pediátricos. Delineamento experimental, com seleção aleatória e distribuição dos participantes em dois grupos: controle e intervenção. Três momentos para o grupo de intervenção: workshop focalizando as habilidades de comunicação, prática das habilidades aprendidas em consultas reais, feedback aos residentes em um segundo workshop. Avaliação dos dois grupos três meses após o treinamento, em consultas gravadas simuladas com atores, e sete meses após o treinamento (no final da residência)

**Instrumentos utilizados:** OSCE-Objective Structured Clinical Examinations\*, para avaliação do desempenho dos residentes

aprovaram a nova técnica de ensino, classificada como uma forma divertida e eficaz de aprendizado. Os autores concluem pela necessidade de incluir técnicas novas, fundamentadas em teorias de modelo de aprendizagem de adultos, na formação e treinamento de residentes.

Os residentes que participaram do treinamento obtiveram melhor desempenho em habilidades de comunicação tanto na avaliação de três meses, quanto na de sete meses após o treinamento. Os autores concluem que o uso combinado de feedback e de técnicas breve de treinamento em entrevistas motivacionais é eficaz para ensinar habilidades de comunicação a residentes.

(19) Orgel, McCarter & Jacobs, 2010	(1) Avaliar o desempenho de residentes durante treinamento de habilidades de comunicação, considerando a percepção de competência dos residentes e a importância atribuída ao treinamento, (2) identificar as barreiras ao aprendizado de estratégias de comunicação mais eficientes.	<p><b>Participantes:</b> residentes e médicos staff</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral e especialidades pediátricas</p> <p><b>País de origem:</b> Estados Unidos</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> avaliação do auto-relato dos participantes por meio de questionários comportado de 12 perguntas objetivas e duas perguntas abertas sobre quantidade de treinamento recebido, nível de conhecimento e nível de conforto dos médicos na comunicação de más notícias</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> questionário semi-estruturado</p>	<p>Um total de 253 médicos respondeu ao questionário. A maioria dos médicos staff e 2/3 dos residentes relataram não possuir conhecimento suficiente sobre comunicação de más notícias. Os médicos staff relataram que a falta de conhecimento era um problema menor que a sensação de desconforto na comunicação de más notícias. As principais barreiras identificadas foram: falta de tempo suficiente na consulta, falta de um modelo para comunicação de más notícias, e falta de conhecimento sobre alternativas a serem oferecidas aos pacientes. As piores experiências relatadas pelos participantes na comunicação de más notícias envolveram uso de linguagem inadequada, espaço inadequado, preparo insuficiente e baixa empatia. Os autores sugerem que os treinamentos futuros incluam tanto técnicas didáticas de ensino, quanto técnicas de aprendizagem baseada na prática para garantir melhores resultados.</p>
(20) Geeta et al., 2011	Avaliar a eficácia de um treinamento estruturado, do tipo workshop, em habilidades de comunicação para alterar a percepção e prática de residentes de medicina.	<p><b>Participantes:</b> residentes</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p> <p><b>País de origem:</b> Índia</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> avaliação da percepção e da prática em comunicação de residentes de pediatria em dois momentos: antes e seis semanas depois de um workshop de treinamento em habilidades de comunicação</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> questionário estruturado para avaliação da percepção dos residentes, com uso de escala tipo Likert.</p>	<p>Participaram do estudo 20 residentes. Antes do treinamento, a maioria dos residentes se auto-avaliou como pouco capaz em habilidades de comunicação. Após o treinamento, a auto-avaliação registrou uma melhora generalizada nas habilidades de comunicação dos residentes. Os autores concluem pela falta de formação adequada em comunicação no período de graduação e sugerem que o treinamento em habilidades de comunicação seja incorporado ao currículo de pós-graduação/residência em pediatria.</p>
(21) Lunney, Kleinert,	Avaliar um programa de ensino tutorial via internet quanto à eficácia no aumento do	<p><b>Participantes:</b> residentes</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p>	<p>O tutorial foi avaliado como tendo melhorado significativamente o conhecimento dos residentes sobre</p>

Ferguson II & Campbel, 2011	nível de conforto de médicos na comunicação do diagnóstico de Síndrome de Down.	<p><b>País de origem:</b> Estados Unidos</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> avaliação do nível de conforto dos residentes na comunicação de diagnóstico, em dois momentos: antes e depois de participarem de um treinamento por meio de tutorial virtual, que simulava 10 cenários diferentes de comunicação do diagnóstico de Síndrome de Down</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> Diagnostic Situations Inventory – escala de avaliação do nível de conforto em situação diagnóstica, tipo Likert</p>	comunicação de diagnóstico desfavorável e diminuído o nível de desconforto nesse tipo de situação. Os participantes avaliaram que esse tipo de treinamento é importante e útil para o parendizado de uma melhor comunicação com os pacientes.
(22) Nikendei et. al., 2011	Avaliar o efeito de um programa de treinamento em habilidades de comunicação médico-familiar acompanhante no desempenho dos médicos (segundo o protocolo OSCE) e na percepção de auto-eficácia após treinamento.	<p><b>Participantes:</b> médicos staff com até cinco anos de experiência clínica</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p> <p><b>País de origem:</b> Alemanha</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> delineamento experimental com avaliação do desempenho de dois grupos de médicos em relação à comunicação com familiares de crianças atendidas ambulatorialmente: um grupo de intervenção, que recebeu treinamento de acordo com os critérios do protocolo OSCE (Objective Structured Clinical Examintaion)*; e um grupo controle que não recebeu treinamento. Os médicos forma distribuidos entre os dois grupos de forma aleatória. Durante o treinamento foram utilizadas consultas simuladas, com</p>	De acordo com os critérios de avaliação do OSCE, os médicos do grupo de intervenção apresentaram maior habilidade na construção de vínculo com os familiares e na análise da demanda da família. Os médicos do grupo de intervenção também obtiveram melhor desempenho em auto-eficácia. Os autores concluem que, mesmo médicos com alguma experiência clínica têm seu desempenho modificado e se beneficiam de treinamentos estruturados em comunicação.

---

(23) Wissow et. al., 2011	Avaliar o efeito de um programa de treinamento em habilidades de comunicação para pediatras em assistência primária que focalizava intervenção sobre problemas comportamentais e emocional das crianças.	<p>atores representando o papel de pacientes, gravadas em vídeo e posteriormente analisadas pelos atores envolvidos, pelos colegas de treinamento e pelos supervisores. O feedback das avaliações foi dado aos participantes em seguida à análise das consultas gravadas. Os dois grupos foram avaliados em dois momentos: antes e depois do treinamento. Foi avaliada percepção de auto-eficácia dos participantes dos dois grupos por meio de questionário, também antes e depois do treinamento.</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> escala de tipo Likert para avaliação do desempenho e da percepção de auto-eficácia.</p> <p><b>Participantes:</b> cuidadores em pediatria básica, médicos staff e enfermeiros</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p> <p><b>País de origem:</b> Estados Unidos</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> delineamento experimental, com seleção aleatória de participantes, grupo experimental e grupo controle. Avaliação dos grupos antes e seis meses depois do treinamento. Utilização de consultas simuladas, no treinamento. Avaliação pós treinamento por meio de aplicação de questionário aos pais das crianças atendidas pelos profissionais.</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> questionário.</p> <p><b>Participantes:</b> residentes e médicos</p>	Os participantes do grupo experimental utilizaram mais as habilidades treinadas em seus atendimentos pós treinamento e fundamentaram sua atuação no modelo de comunicação centrada no paciente, em relação aos atendimentos com crianças, mas não nos atendimentos com adolescentes. O uso de metodologia de comunicação centrada no paciente teve relação significativa com a melhora das respostas clínicas das crianças atendidas.
(24)	Avaliar a eficácia do processo de treinamento		Foram observadas falhas na comunicação entre os

---

Sukiennik, Moura & Bollela, 2012	de residentes por médicos staff preceptores, em relação à transmissão de informações para os pacientes.	<p>preceptores</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p> <p><b>País de origem:</b> Brasil</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> estudo empírico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> gravação em vídeo e análise de 10 consultas ambulatoriais em três momentos: (1) consulta do residente com a criança e o acompanhante, (2) discussão do caso entre o residente e o preceptor para orientação do preceptor sobre a conduta a ser tomada, (3) consulta do residente com paciente e família para transmitir as orientações recebidas do preceptor. Imediatamente após o término do processo, os pacientes e familiares eram entrevistados a fim de verificar a compreensão que tiveram do plano terapêutico transmitido a eles. As gravações também foram analisadas por um médico independente a fim de avaliar o desempenho dos residentes</p>	residentes e os familiares que influenciaram na compreensão do plano de tratamento. Foram observadas perdas de informação nos três momentos de avaliação, mas, com maior frequência, no terceiro momento: consulta do residente com paciente e familiar após as orientações do preceptor. As principais perdas de informação foram observadas durante a discussão das intervenções propostas para tratamento, o que contribuiu para a falta de compreensão dos familiares sobre o manejo necessário com o paciente. Os autores sugerem que, ao usar esse método de treinamento, o desempenho dos residentes seja monitorado e que o preceptor esteja presente em algumas das consultas pós orientação, a fim de verificar o desempenho do residente e oportunizar melhor compreensão da família.
(25) Keir & Wilkinson, 2013	Analisar questões envolvidas no treinamento de pediatras em habilidades de comunicação, focalizando os fatores necessários à eficácia desse treinamento.	<p><b>Instrumentos utilizados:</b> -</p> <p><b>Contexto:</b> educação médica</p> <p><b>Especialidade médica:</b> pediatria geral</p> <p><b>País de origem:</b> Austrália</p> <p><b>Tipo de artigo:</b> teórico</p> <p><b>Metodologia de coleta de dados:</b> -</p> <p><b>Instrumentos utilizados:</b> -</p>	Os autores defendem a necessidade de que os programas de treinamento em habilidades de comunicação para pediatras sejam organizados com base em evidências, que definam, claramente, os objetivos do treinamento. Afirmam que, tanto residentes quanto médicos staff podem se beneficiar do treinamento e defendem a importância de que os treinamentos oportunizem o aprendizado em contexto real de atendimento, de acordo com as experiências específicas veivenciadas em pediatria.

*Nota.\** O Objective Structured Clinical Examination – OSCE – é um protocolo para avaliação do desempenho de médicos em comunicação. São apresentados cenários descrevendo diferentes situações de comunicação médico-paciente, em pediatria, nas quais os treinandos devem decidir como intervir. A intervenção é então avaliada de acordo com os critérios definidos no protocolo como correspondentes à boa comunicação e a um bom desempenho do médico. São exemplos dos critérios de boa comunicação, nesse protocolo: avaliação e análise da demanda, compreensão da perspectiva do familiar, desenvolvimento de consulta estruturada, construção de vínculo com o familiar.

## **Anexo 2**

### **Descrição das patologias hematológicas observadas e respectivas formas de tratamento**

#### **Hemoglobinopatias: anemia falciforme e talassemia**

A doença falciforme é uma anemia hemolítica hereditária autossômica recessiva, caracterizada pela presença de um tipo de hemoglobina mutante chamada hemoglobina S (Hb S). O termo doença falciforme define as hemoglobinopatias nas quais pelo menos uma das hemoglobinas alteradas é a Hb S. A Hb S resulta de erros no processo de síntese da hemoglobina e provoca distorção dos eritrócitos, fazendo-os tomar a forma de foice ou meia-lua, donde o nome da doença (falciforme = forma de foice). Os eritrócitos falciformes dificultam a circulação sanguínea, provocando vasclusão e infarto da área afetada, o que pode resultar em isquemia, dor, necrose e disfunções, com danos permanentes aos tecidos e aos órgãos.

As doenças falciformes mais frequentes são a anemia falciforme (Hb SS), a S betatalassemia e as duplas heterozigoses Hb SC e Hb SD. As talassemias são um grupo heterogêneo de afecções, nos quais a produção normal da hemoglobina é parcialmente ou completamente suprimida, em função do defeito na síntese das cadeias de hemoglobina alfa ou beta.

A ocorrência da anemia falciforme segue os princípios da herança genética mendeliana. Quando um dos pais é heterozigoto para o gene falciforme e o outro é normal, os filhos têm 50% de chance de nascerem ou com o traço da doença (AS) ou com um genótipo normal (AA). Se ambos os pais tiverem o traço da doença falciforme (AS) há 50% de chance dos filhos terem o traço falciforme (AS), 25% de nascerem normais (AA) e 25% de chance de nascerem com a doença falciforme (SS). O portador apenas do traço falciforme, ou heterozigoto para Hb S, é assintomático, não anêmico e não é considerado doente. Já os homozigotos para o gene falciforme podem apresentar sintomatologia importante e graves complicações.

A anemia falciforme e as talassemias são doenças crônicas, que não têm cura e que, por serem sistêmicas, podem afetar vários órgãos do organismo, como os sistemas hepático, imunológico, gastrointestinal, pulmonar, cardiovascular, renal, nervoso, endócrino e o metabolismo. Dependendo dos sistemas afetados, os pacientes podem apresentar diferentes tipos de seqüela ao longo do desenvolvimento. Um exemplo são os pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC), em consequência de obstruções múltiplas de pequenas veias causadas pela doença falciforme. Esses

pacientes podem apresentar desde sequelas apenas físicas, como hemiplegia ou paraparesia, até quadros de tetraplegia acompanhada de déficit cognitivo grave, o que torna o paciente completamente dependente de terceiros.

Uma das características mais marcante das doenças falciformes, porém, especialmente presente na anemia falciforme, são as crises dolorosas frequentes, nas extremidades, costas, abdômen ou tórax, geralmente associadas à febre e à alteração na coloração da urina. As crises dolorosas geralmente resultam da necrose avascular da medula óssea e a fonte da dor parece ser uma pressão intramedular crescente que ocorre em consequência a um processo inflamatório. As crises dolorosas recorrentes são a causa mais comum de óbito em pacientes com doença falciforme. O tratamento e controle das crises de dor está bastante associado à habilidade do paciente em identificar e manejar sua dor, o que, por sua vez, é influenciado por fatores sociais, culturais e médicos. Assim, há uma variabilidade de formas de tratamento, dependendo das condições de cada paciente, que vão desde a profilaxia das crises, passando pelas transfusões sanguíneas regulares, até o uso contínuo de morfina.

### **Aplasia de medula**

A aplasia de medula é uma doença hematopoiética, caracterizada por pancitopenia (alteração generalizada nas séries do sangue) no sangue periférico, causada pela falência da medula óssea, na ausência de neoplasia (leucemia ou linfoma, por exemplo) e de fibrose. Em casos de aplasia de medula óssea, a medula é substituída por tecido adiposo, em grau variável. São critérios diagnósticos para aplasia de medula óssea grave, 25% de celularidade medular e depressão em pelo menos 2 a 3 séries sanguíneas (neutrófilos, plaquetas ou reticulócitos).

O tratamento preferencial e com maiores chances de cura, é o transplante de medula óssea, com compatibilidade do doador acima de 95%. Caso o transplante não seja possível, há duas alternativas de tratamento : (a) protocolo com ATG (globulina anti timocítica) ou ALG (globulina anti linfocítica) extraída de animais, preferencialmente, coelho ou cavalo; e (b) corticoterapia, com uso de ciclosporina, metilprednisolona e talidomida. Caso nenhum desses tratamentos obtenha resultado, o paciente se torna refratário ao tratamento e pode evoluir para óbito. Dadas as dificuldades e riscos envolvidos no transplante de medula e as poucas opções de tratamentos, com chances de cura, alternativos ao transplante, a aplasia de medula pode ser considerada uma doença de prognóstico, geralmente, limitado e desfavorável.

### **Fontes de consulta**

- Cappellini, M.D., Cohen, A., Eleftheriou, A., Piga, A., Porter, J. & Thaer, A. (2008). *Guidelines for the clinical management of thalassaemia*. Nicosia, Chipre: Thalassaemia International Federation.
- Lopez, F. A. & Campos Júnior, D. (2010). *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. Barueri, São Paulo: Manole.
- Serjeant, G. R. & Serjeant, B. E. (2001). *Sickle cell disease*. New York: Oxford University Press.

### Anexo 3

Data: \_\_\_\_\_

Médico (a): \_\_\_\_\_

Número da consulta: \_\_\_\_\_

<b>Categorias de Comunicação Verbal</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Ocorrência</b>
<b>1. Comunicação sobre o diagnóstico</b>		
1.1	Uso de linguagem técnica	
1.2	Uso de analogias sobre a doença	
1.3	Adaptação de linguagem para realidade do paciente /acompanhante	
<b>2. Comunicação sobre tratamento</b>		
2.1	Uso de linguagem Técnica	
2.2	Uso de analogias sobre o tratamento	
2.3	Adaptação de linguagem para realidade do paciente e do acompanhante	
<b>3. Resposta assertiva ao repasse de informações</b>		
3.1	Do médico para o paciente e/ou acompanhante	
3.2	Do paciente e/ou acompanhante para o médico	
<b>4. Ausência de resposta ao ser questionado</b>		
4.1	Do médico para paciente e/ou acompanhante	
4.2	Do paciente e/ou acompanhante para o médico	
<b>5. Resposta agressiva ao repasse de informações</b>		
5.1	Do médico para paciente e/ou acompanhante	
5.2	Do paciente e/ou acompanhante para o médico	
<b>6. Repasse de informações por terceiros durante os episódios de comunicação</b>		
6.1	Por outros membros da equipe médica	
6.2	Por outras pessoas presentes	
<b>7. Investigação clínica</b>		
7.1	Apenas com o acompanhante na presença do paciente	
7.2	Com o paciente e o acompanhante	
<b>8 Execução de exame invasivo</b>		
8.1	Sem explicação prévia	
8.2	Com utilização de persuasão	
<b>9. Execução de exame clínico sem solicitação ao paciente, apenas ao acompanhante</b>		
<b>10. Verificação de compreensão de informações repassadas</b>		
10.1	Por meio de perguntas inadequadas	
10.2	Por meio de perguntas adequadas	
<b>11. Não dar atenção a sentimentos do paciente e/ou acompanhante</b>		
<b>12. Não chamar o acompanhante pelo nome, mas como “mãe”, por exemplo</b>		
<b>13. Interrupção do diálogo entre médico e paciente pelo acompanhante</b>		
<b>14. Incentivar comportamentos adequados do paciente e ou acompanhante</b>		
<b>15. Pedir contato visual do paciente e/ou acompanhante</b>		
<b>16. Conversar com outro membro da equipe ou terceiros durante a consulta</b>		
16.1	Sobre o paciente	



**Anexo 4**

Data: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Nº da consulta: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Idade do paciente: \_\_\_\_\_

Doença: \_\_\_\_\_

<b>Categorias e Subcategorias de Comunicação Verbal</b>	<b>Ocorrência</b>
<b>1. Comunicação sobre o diagnóstico</b>	
1.1 Usos de linguagem técnica	
1.2 Uso de analogias sobre a doença	
1.3 Adaptação de linguagem para realidade do paciente /acompanhante	
<b>2. Comunicação sobre tratamento</b>	
<b>2.1 Explicação</b>	
2.1.1 Uso de linguagem Técnica	
2.1.2 Uso de analogias sobre o tratamento	
2.1.3 Adaptação de linguagem para realidade do paciente e do acompanhante	
2.1.4 Correção do conhecimento do acompanhante/paciente	
2.1.5 Reclamação da parte da criança e/ou acompanhante sobre o tratamento	
<b>2.2 Informação</b>	
2.2.1 Oferta	
2.2.2 Solicitação	
<b>2.3 Orientação</b>	
2.3.1 Uso de linguagem técnica	
2.3.2 Uso de analogias sobre o tratamento	
2.3.3 Adaptação de linguagem para a realidade do paciente/acompanhante	
2.3.4 Correção do conhecimento do acompanhante/paciente	
2.3.5 Negociação de seguimento	
2.3.6 Repetição de orientação	
2.3.7 Reclamação da parte da criança e/ou acompanhante sobre o tratamento	
<b>3. Resposta ao paciente</b>	
3.1 Resposta assertiva (direta)	
3.2 Ausência de resposta	
3.3 Resposta agressiva	
3.3.1 Contextualizar situação de ocorrência da resposta agressiva	
<b>5. Repasse de informações por terceiros durante os episódios de comunicação</b>	
5.1 Por outros membros da equipe médica	
5.2 Por outras pessoas presentes	
<b>6. Investigação clínica</b>	
<b>6.1 Verificação do estado geral</b>	
6.1.1 Por meio de perguntas adequadas	
6.1.2 Por meio de perguntas inadequadas	
<b>6.2 Verificação de seguimento do tratamento</b>	
6.2.1 Por meio de perguntas fechadas (dupla negativa/dupla positiva)	
6.2.2 Por meio de perguntas abertas	
6.2.3 Solicitar que o paciente/acompanhante repita a informação/orientação dada	
6.2.2 Solicitar que o paciente descreva o tratamento orientado	
<b>7. Execução de exame invasivo</b>	
7.1 Sem explicação prévia	
7.2 Com utilização de persuasão	
7.3 Com solicitação e explicação prévia	

<b>8. Execução de exame clínico</b>
8.1 Sem solicitação ao paciente, apenas ao acompanhante
8.2 Com solicitação ao paciente
8.3 Ordem
<b>9. Solicitação da participação do paciente no exame clínico</b>
<b>9. Verificação de compreensão de informações repassadas</b>
9.1 Por meio de perguntas fechadas (dupla negativa/dupla positiva)
9.1 Por meio de perguntas abertas
9.2.3 Solicitar que o paciente/acompanhante repita a informação/orientação dada
9.2.4 Solicitar que o paciente descreva a informação dada
<b>10. Não dar atenção a sentimentos do paciente e/ou acompanhante</b>
10.1 Responder à manifestação de emoção por parte do paciente e/ou acompanhante
<b>11. Não chamar o acompanhante pelo nome, mas como “mãe”, por exemplo</b>
<b>12. Interrupção do diálogo entre médico e paciente pelo acompanhante</b>
<b>13. Incentivo à melhora do paciente</b>
<b>14. Incentivar comportamentos adequados do paciente e ou acompanhante</b>
<b>15. Investigação da percepção do paciente sobre doença e tratamento</b>
<b>15. Pedir contato visual do paciente e/ou acompanhante</b>
<b>17. Comunicação dirigida ao paciente/acompanhante sobre outros temas</b>

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Categorias de Comunicação Não Verbal</b>	<b>Ocorrência</b>
<b>1. Chorar durante consulta</b>	
<b>2. Ajuda ao paciente (Ex: ajuda para subir na maca)</b>	
<b>5. Colaboração do paciente para execução de exame clínico através de instrução do médico</b>	
<b>6. Emissão de comportamentos nervosos</b>	

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Categorias de contexto

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Ocorrência</b>
<b>1. Menções à pesquisa ou observadora</b>	1.1. Menções à pesquisa para cuidadora	
	1.2. Menções à pesquisa para criança	
	1.3. Comunicação com observadora	
<b>2. Organização da sala</b>	2.1. Atendimento em consultório	
	2.2. Atendimento em Sala de Procedimentos	
	2.3. Portas fechadas ao longo da consulta	
	2.4. Portas abertas ao longo da consulta	
	2.5. Portas fechadas apenas durante exame	
<b>3. Atividades de interrupção da comunicação</b>	3.1. Médico conversa ao telefone	
	3.2. Médico sai da sala	

	<b>3.3 Conversar com outro membro da equipe ou terceiros durante a consulta</b>	
	3.3.1 Sobre o paciente	
	3.3.2 Sobre terceiros/ outros	

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anexo 5

Data: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ Nº da consulta: \_\_\_\_\_  
 Tipo de consulta: ( ) diagnóstico ( ) tratamento ( ) comunicação de recáda ou outra má notícia  
 Paciente: \_\_\_\_\_ Idade do paciente: \_\_\_\_\_ Doença: \_\_\_\_\_

### **Modalidades:**

CV – com contato visual  
 SV- sem contato visual  
 P – comunicação dirigida somente ao paciente  
 Am- comunicação dirigida a ambos  
 A – comunicação dirigida somente ao acompanhante  
 LT – linguagem técnica  
 AL – adaptação da linguagem para a realidade do paciente/acompanhante

Categorias e Subcategorias de Comunicação Verbal	Ocorrência
<b>1. Explicação</b>	
1.1 Correção do conhecimento	
<b>2. Informação</b>	
2.1 Oferta	
2.2 Solicitação	
<b>3. Orientação</b>	
3.1 Orientação geral	
3.1 Correção do conhecimento	
3.2 Negociação de seguimento	
3.3 Repetição de orientação	
<b>4. Resposta ao paciente</b>	
4.1 Resposta assertiva (direta)	
4.2 Ausência de resposta	
4.3 Resposta evasiva	
4.4 Resposta agressiva	
Obs.: Contextualizar situação de ocorrência da resposta agressiva	
<b>5. Verificação do estado geral</b>	
5.1 Por meio de perguntas fechadas (dupla negativa/dupla positiva)	
5.2 Por meio de perguntas abertas	
<b>6. Verificação de seguimento do tratamento</b>	
6.1 Por meio de perguntas fechadas (dupla negativa/dupla positiva)	
6.2 Por meio de perguntas abertas	
6.3 Solicitar a descrição do tratamento orientado	
<b>7. Execução de exame invasivo</b>	
7.1 Sem explicação prévia	
7.2 Com utilização de persuasão	
7.3 Com solicitação e explicação prévia	
<b>8. Execução de exame clínico</b>	
8.1 Sem solicitação	
8.2 Com solicitação	
8.3 Ordem	
<b>9. Solicitação da participação no exame clínico</b>	
<b>10. Verificação de compreensão de informações repassadas</b>	
10.1 Por meio de perguntas fechadas (dupla negativa/dupla positiva)	
10.2 Por meio de perguntas abertas	

10.3 Solicitar repetição da informação/orientação dada
<b>11. Atenção a sentimentos</b>
11.1 Não dar atenção a sentimentos
11.1 Responder à manifestação de emoção
<b>12. Incentivo do médico</b>
<b>13. Investigação da percepção sobre doença e tratamento</b>
<b>14. Pedir contato visual</b>
<b>15. Comunicação sobre outros temas</b>

### Categorias de contexto

Categorias	Subcategorias	Ocorrência
<b>1. Menções à pesquisa ou observadora</b>	1.1. Menções à pesquisa para cuidadora	
	1.2. Menções à pesquisa para criança	
	1.3. Comunicação com observadora	
<b>2. Organização da sala</b>	2.1. Atendimento em consultório	
	2.2. Atendimento em Sala de Procedimentos	
	2.3. Portas fechadas ao longo da consulta	
	2.4. Portas abertas ao longo da consulta	
	2.5. Portas fechadas apenas durante exame	
<b>3. Atividades de interrupção da comunicação</b>	3.1. Médico conversa ao telefone	
	3.2. Médico sai da sala	
	<b>3.3 Conversar com outro membro da equipe ou terceiros durante a consulta</b>	
	3.3.1 Sobre o paciente	
	3.3.2 Sobre terceiros/ outros	
	<b>3.4 Repasse de informações por terceiros durante os episódios de comunicação</b>	
	3.4.1 Por outros membros da equipe médica	
	3.4.2 Por outras pessoas presentes	

### Anexo 6

Data:	Médico:	Nº da consulta:	
Tipo de consulta:	( ) comunic. de recaída ou má notícia	( ) tratamento	( ) diagnóstico
Paciente:	Idade:	Doença:	

#### MODALIDADES DA COMUNICAÇÃO:

CV = com contato visual

SV = sem contato visual

LT = uso de linguagem técnica

AL = adaptação da linguagem

P = comunicação dirigida somente ao paciente

AC = comunic. dirigida somente ao acompanhante

AM = comunicação dirigida a ambos

CATEGORIAS DE COMUNICAÇÃO VERBAL	SUBCATEGORIAS	MODALIDADE DA COMUNICAÇÃO						
		CV	SV	P	AC	AM	LT	AL
1. Explicação	1.1 Correção do conhecimento							
2. Informação	2.1 Oferta							
	2.2 Solicitação							
3. Orientação	3.1 Orientação geral							
	3.2 Correção do conhecimento							
	3.3 Negociação de seguimento							
	3.4 Repetição de orientação							
4. Resposta ao pcte	4.1 Resposta assertiva (direta)							
	4.2 Ausência de resposta							
	4.3 Resposta evasiva							
	4.4 Resposta agressiva*							
5. Verificação do estado geral	5.1 Por meio de perguntas fechadas							

	5.2 Por meio de perguntas abertas							
6.Verificação de seguimento do tratamento	6.1 Por meio de perguntas fechadas							
	6.2 Por meio de perguntas abertas							
	6.3 Socilitar a descrição do tratamento orientado							
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
CATEGORIAS DE COMUNICAÇÃO VERBAL	SUBCATEGORIAS	MODALIDADE DA COMUNICAÇÃO						
		CV	SV	P	AC	AM	LT	AL
7.Execução de exame invasivo	7.1 Sem explicação prévia							
	7.2 Com utilização de persuasão							
	7.3 Com solicitação e explicação prévias							
8.Execução de exame clínico	8.1 Sem solicitação							
	8.2 Com solicitação							
	8.3 Ordem							
9.Solicitação de participação no exame clínico								
10.Verificação da compreensão de informações repassadas	10.1 Por meio de perguntas fechadas							
	10.2 Por meio de perguntas abertas							
	10.3 Solicitar repetição da informação/orientação dada							
11.Atenção a sentimentos	11.1 Não dar atenção a sentimentos							
	11.2 Responder à manifestação de emoção							
12.Incentivo do médico								

13. Investigação da percepção sobre doença e tratamento								
14. Pedir contato visual								
15. Comunicação sobre outros temas								
<b>TOTAL</b>		0	0	0	0	0	0	0
	* Contextualizar a ocorrência							

CATEGORIAS DE CONTEXTO		OCORRÊNCIA
1. Menções à pesquisa ou observador	1.1 Menções à pesquisa para cuidadora	
	1.2 Menções à pesquisa para criança	
	1.3 Comunicação com observador	
CATEGORIAS DE CONTEXTO		OCORRÊNCIA
2. Organização da sala	2.1 Atendimento em consultório	
	2.2 Atendimento em Sala de Procedimentos	
	2.3 Portas fechadas ao longo da consulta	
	2.4 Portas abertas ao longo da consulta	
	2.5 Portas fechadas apenas durante exame	
3. Atividade de interrupção da comunicação	3.1 Médico conversa ao telefone	
	3.2 Médico sai da sala	
	3.3 Conversa com membro da equipe ou terceiros	
	3.3.1 Sobre o paciente	

	3.3.2 Sobre terceiros	
	3.4 Repase de informações por terceiros	
	3.4.1 Por outros membros da equipe médica	
	3.4.2 Por outras pessoas presentes	

**OBSERVAÇÕES:**




**Outros eventos**

Qual episódio	Como percebeu o episódio

Contexto:

- Médico atendeu ou usou o telefone
- Médico saiu da sala
- Consulta interrompida por outra pessoa
- Porta aberta durante a consulta
- Porta fechada durante a consulta
- Porta fechada apenas durante a realização de exame

Observações:




**Outros eventos**

Qual episódio	Como percebeu o episódio	Intervenção da Psicóloga

Contexto:

- Médico atendeu ou usou o telefone
- Médico saiu da sala
- Consulta interrompida por outra pessoa
- Porta aberta durante a consulta
- Porta fechada durante a consulta
- Porta fechada apenas durante a realização de exame

Observações:

## Anexo 9

Tabela 5

*Registro Sequencial Categórico e Frequência de Ocorrência do Episódios de Comunicação por Consulta*

M1 Paciente Data	Perda de oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento pós intervenção	Ausência de resposta pós intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
------------------------	--------------------------	------------------------------	-------------	-----------------------------------	--	--

Total

M2 Paciente Data	Perda de oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento pós intervenção	Ausência de resposta pós intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
------------------------	--------------------------	------------------------------	-------------	-----------------------------------	--	--

Total

## Anexo 10

M1 P1 18/01/11	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
	1, 4, 10	7, 15	2, 5, 8, 11, 13	3, 6, 9	12, 14	0
Total	3	2	5	3	2	0

**1 Perda:** Paciente demonstra preocupação em ir para HB e Dr. não fala nada.

**2 Intervenção:** Psicóloga fala “vc tá preocupado de ir para o HB?”

**3 Aproveitamento pós:** “vc não vai ficar internado lá não”

**4 Perda:** Dr. diz que não, que paciente não pode tomar vitamina mas não explica o motivo.

**5 Intervenção:** “vc sabe pq não toma vitamina? Quer saber?”

**6 Aproveitamento pós:** “o que a gente faz quando quer saber de algo? Espera só acabar aqui que eu explico!” Dr. explica depois do exame físico.

**7 Aproveitamento esp:** Dr. retoma o que falou: “então vamos voltar aqui algumas coisas”

**8 Intervenção:** Mãe conta os dias para radio e psicóloga fala: “Vc tá contando os dias, é?” (*não consegui identificar perda antes*)<sup>6</sup>

**9 Aproveitamento pós:** “é para poder me dizer direitinho, né?”

**10 Perda:** Paciente pergunta sobre datas de retorno demonstrando não querer voltar logo e Dr. não acolhe demanda.

**11 Intervenção:** Psicóloga chama atenção para o fato: “Quase que vc ficou mais feliz, é? Vc fica contando os dias para poder ficar longe?”

**12 Ausência de resposta pós:** médico não fala nada.

**13 Intervenção:** “E essa cara franzida? Vc quer perguntar alguma coisa? (para paciente) *Intervenção realizada a partir da expressão não verbal do paciente, por isso não registrei a perda na tabela. Registra ou não a perda na tabela?*”

**14 Ausência de resposta pós:** médico não fala nada.

**15 Aproveitamento esp. :** Mãe fala de dúvida/preocupação em relação a escola, se filho vai poder ir ou não, e Dr. conversa e explica. Demanda partiu da mãe, por isso, aproveitamento espontâneo.

**1 Intervenção:** “Eu acho que vc não gosta mto é do hospital né?” (*não identifiquei*

M1 P1 17/02/11	Perda de Oportunidade	Aproveitamento espontâneo	Intervenção	Aproveitamento Pós Intervenção	Ausência de Resposta Pós Intervenção	Tentativa bem sucedida de interação
	3	0	1, 4, 6, 8	5, 9	2, 7	0
Total	1	0	4	2	2	0

*perda antes)*

<sup>6</sup> Os trechos em itálico são referentes às dúvidas dos observadores auxiliares de pesquisa a respeito do registro.

**2 Ausência de resposta pós:** médico não falou nada.

**3 Perda:** Paciente reclama que medicamento que toma arde. E Dr. não fala nada.

**4 Intervenção:** Psicóloga tenta chamar atenção do médico: “Seu problema é sempre com as agulhas, né?”

**5 Aproveitamento pós:** “Mas pense que acabou, os remédios, os vômitos, o que te agoniava...”

**6 Intervenção:** “olha como está melhor, vc vai voltar só daqui um mês...vc estava preocupado quando ia voltar..” (*não identifiquei perda antes*)

**7 Ausência de resposta pós:** médico não fala nada.

**8 Intervenção:** “Só um pouquinho....tirar sangue arde?” (*Foi intervenção? Se sim, teve perda antes?*)

**9 Aproveitamento pós:** “Arde...mas qual arde mais? Tirar sangue ou pimenta? Chute na canela ou agulha”

*Interação conjunta médica e psicóloga sobre o que dói mais e o que dói menos em relação a agulha.*



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER Nº 207/2010**

**PROCOLO Nº DO PROJETO: 127/10 - Efeitos da internação psicológica planejada sobre o processo de comunicação médico-paciente em onco-hematologia pediátrica.**

**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

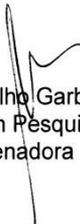
**Validade do Parecer:** 21/06/2012

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 21 de junho de 2010.

Atenciosamente.

  
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

---

*Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES*  
*Comitê de Ética em Pesquisa*  
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: [cepsesdf@saude.df.gov.br](mailto:cepsesdf@saude.df.gov.br)  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904  
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

## Anexo 12

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto:

***Efeitos da Intervenção Psicológica Planejada sobre o Processo de Comunicação Médico-Paciente em Onco-Hematologia Pediátrica.***

O nosso objetivo é planejar e aplicar um protocolo de intervenção psicológica que auxilie na promoção do aumento da eficácia e eficiência do processo de comunicação médico-paciente pediátrico-familiar acompanhante no contexto do tratamento onco-hematológico.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de cinco etapas: etapas 1, 3 e 5 - permissão da observação e gravação das consultas médicas realizadas pelo(a) senhor(a); etapa 2 - participação nas consultas psicopediátricas seguintes à etapa 1, com discussão em conjunto com o psicólogo sobre as condutas a serem tomadas na comunicação com o paciente, durante o período de 6 meses; e etapa 4 - participação de encontros para discussão e treinamento sobre o sistema de comunicação utilizado nas consultas com os pacientes e seus familiares. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar e/ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui, no Núcleo de Onco-Hematologia Pediátrica, e no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda restrita do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Sílvia Maria Gonçalves Coutinho, no Serviço de Psicologia do Núcleo de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília, telefone: 3905-4653, no horário: de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura:

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Anexo 13

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto:

***Efeitos da Intervenção Psicológica Planejada sobre o Processo de Comunicação Médico-Paciente em Onco-Hematologia Pediátrica.***

O nosso objetivo é planejar e aplicar um protocolo de intervenção psicológica que auxilie na promoção do aumento da eficácia e eficiência do processo de comunicação médico-paciente pediátrico-familiar acompanhante no contexto do tratamento onco-hematológico.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através da permissão da observação e gravação das consultas médicas das quais o(a) senhor(a) e seu filho(a) participarem no Núcleo de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília, durante o período de 6 meses. Solicitamos, também, que, ao longo desse período, o(a) senhor(a) permita que seu filho(a) seja atendido (a) sempre pelo(a) mesmo(a) médico(a). Informamos que o senhor(a) pode se recusar e/ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a) ou para o tratamento do seu filho(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Núcleo de Onco-Hematologia Pediátrica e no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Sílvia Maria Gonçalves Coutinho, no Serviço de Psicologia do Núcleo de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília, telefone: 3905-4653, no horário de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura:

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_