

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA

EMILIANA DOS SANTOS VALADARES

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA *RELATIONAL  
COMMUNICATION SCALE FOR OBSERVATIONAL MEASUREMENT OF  
DOCTOR-PATIENT INTERACTIONS (RCS-O)*  
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

UBERLANDIA

2017

EMILIANA DOS SANTOS VALADARES

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA *RELATIONAL  
COMMUNICATION SCALE FOR OBSERVATIONAL MEASUREMENT OF  
DOCTOR-PATIENT INTERACTIONS (RCS-O)*  
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro

UBERLANDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

V136t 2017

Valadares, Emiliana dos Santos, 1976

Tradução e adaptação cultural da Escala Relational Communication Scale for Observational Measurement of Doctor-Patient Interactions (RCS-O) para a língua portuguesa do Brasil / Emiliana dos Santos Valadares. - 2017.

102 f. : il.

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Relação médico-paciente - Teses. 3. Educação médica - Teses. 4. Comunicação não-verbal - Teses. I. Paro, Helena Borges Martins da Silva, 1977. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

---

CDU: 61

EMILIANA DOS SANTOS VALADARES

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA *RELATIONAL COMMUNICATION SCALE FOR OBSERVATIONAL MEASUREMENT OF DOCTOR-PATIENT INTERACTIONS (RCS-O)*  
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Uberlândia, 3 de julho de 2017

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Patrícia Zen Tempski  
Avaliadora externa – USP SP

---

Profa. Dra. Juliana Pereira da Silva Faquim  
Avaliadora - UFU

---

Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro  
Orientadora - UFU

*A meu marido, meu porto seguro,  
minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus e ao universo, que todos os dias de minha vida me deram forças para nunca desistir.

Ao meu marido, Malcolm, pelo amor e apoio e por suportar minha ausência nos poucos momentos que temos juntos.

A minha mãe pelo amor incondicional, pela força e incentivo em momentos difíceis, pelas oportunidades educacionais e por ser exemplo de garra, atitude, proatividade e perseverança.

Ao meu pai e ao meu irmão Wagner que no pouco tempo que estiveram nesse plano contribuíram para eu ser quem eu sou hoje.

Ao meu irmão Frederico por ser tão amoroso e sempre fazer questão, mesmo nas nossas correrias, de estar comigo e reunir nossa pequena família.

Aos meus sogros Eleonor e Gerbi pelo apoio e carinho.

As minhas cunhadas Natália, Helen e Michelli e ao meu sobrinho Anthony pelo companheirismo e carinho desde o primeiro momento que entraram em minha vida.

Ao meu sobrinho Fabio por ser luz e alegria em minha vida e na vida da família.

Aos meus padrinhos Ana e Jaime pelo apoio e por estarem sempre presentes.

Aos meus tios Florence e Juracy pelo carinho, pela força e por todas as leituras e contribuições científicas ao trabalho.

Aos meus tios Airon e Marcília por serem exemplos de harmonia em família e por me darem suporte nos momentos mais importantes da minha vida.

Aos queridos Osvando e Mosélia que também sempre me deram, desde criança, muito carinho e apoio em minhas caminhadas.

Aos meus primos e primas que entenderam minha ausência em muitos momentos e sempre procuraram me ajudar em meus projetos.

A minha querida orientadora, Helena Paro, minha inspiração, um exemplo de ser humano, de dedicação e esmero profissional, por ter me dado a oportunidade de ser sua orientanda, assim como o apoio necessário nas diversas fases da pesquisa.

Às minhas queridas amigas Renata Catani e Julianni Lacombi, que foram minhas companheiras de jornada e algumas vezes, meu apoio para seguir em frente.

Aos meus amigos, em especial Valquíria e Tairone Sales por me apoiarem emocionalmente e entenderem a minha ausência em muitos momentos.

Às minhas amigas do QUAMA, Janete, Mariza e Fernanda, por serem verdadeiras e apesar de algumas vezes longe sempre estão por perto.

Aos professores, Carlos Henrique Martins, Alessandra Ribeiro, Juliana Faquim, Tânia Mendonça, Alfredo Demétrio e Igor Silva pelas considerações e pelas contribuições à pesquisa.

A todos os professores do mestrado que de alguma forma contribuíram para minha formação.

Aos queridos José Sardella e Wesley Nazareth, com quem busco o autoconhecimento e o equilíbrio emocional tão necessários nessa jornada e na vida.

Ao Pegasus e à Filó que tanto alegam nossas vidas.

À Nilde que há tantos anos tem cuidado de nós e de nossa casa com tanto capricho e carinho.

Aos colegas dos grupos de Qualidade de Vida e de Educação Médica, que compartilharam suas experiências e conhecimentos.

À professora Judee Burgoon por sua simpatia e por nos permitir a utilização de sua escala.

Aos meus colegas oftalmologistas e à toda equipe do Instituto de Saúde Ocular - ISOOlhos por me incentivarem a continuar e me apoiarem em momentos de ausência.

Às minhas amigas anestesistas e professoras Cláudia e Beatriz, exemplos de que se pode conseguir tudo que se quer sempre que nos dedicamos com afinco.

As minhas amigas do flamenco - *Cuerpo de Baile Zambra Gitana* – pela compreensão da ausência nos ensaios e pelos ensaios extras da companhia.

Aos tradutores da empresa de tradução da UFU – Babel Junior, e em especial à tradutora e professora da Universidade, Laurieny Vilela, pelas contribuições nas diversas fases da pesquisa e pelas traduções e revisões do artigo, de forma ágil e profissional.

Aos estudantes de Medicina, residentes e pacientes que aceitaram participar da pesquisa e contribuir com a concretização da pesquisa em especial aos residentes da oftalmologia que também me auxiliaram na coleta de dados.

Às secretárias da pós-graduação, Gisele e Viviane, que me ajudaram e me deram o suporte acadêmico necessário para a realização deste trabalho.

A todos os pacientes que confiam a mim não só seus olhos, mas suas vidas e que me estimulam a ser uma profissional cada dia mais estudiosa, mais atualizada e mais humana.

*“A alegria que se tem em pensar e aprender  
faz-nos pensar e aprender ainda mais”.*  
*Aristóteles*



## RESUMO

**Introdução:** Cerca de 60% da nossa comunicação é não verbal. No entanto, poucas intervenções destinadas a melhorar o comportamento não verbal de médicos e estudantes de Medicina são relatadas na pesquisa em educação médica. Como uma habilidade treinável, a existência de instrumentos adequados para ensinar e avaliar o comportamento não verbal de médicos e estudantes de medicina torna-se essencial. **Objetivos:** Traduzir e adaptar culturalmente a *Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O)* para a língua portuguesa do Brasil. **Material e métodos:** O processo de tradução e adaptação cultural foi realizado em estágios que incluíram retrotradução, revisão de itens por um comitê de especialistas através da técnica de Delphi modificada e pré-teste. **Resultados:** O título da escala e três itens necessitaram de modificações após retrotradução e comentários da autora. A coordenadora de linguagem ajustou o título da escala e 9 (26,4%) itens que pertenciam, em sua maioria, aos domínios de intimidade e foram alterados em virtude de suas características polissêmicas. Da mesma forma, após o pré-teste e como sugerido pelos observadores, duas palavras foram substituídas pelas coordenadoras de pesquisa e linguagem em decorrência de seus significados ambíguos. **Conclusão:** A versão final brasileira da *RCS-O* resultou em uma escala adequada que poderá, após sua validação, ser introduzida como instrumento de ensino e avaliação das habilidades de comunicação interpessoal nas escolas médicas brasileiras. Esperamos que este estudo possa encorajar educadores em saúde a investirem no ensino e na avaliação de habilidades de comunicação não verbal, no Brasil e em outros países, para que os componentes culturais da comunicação possam ser melhor explorados.

**Palavras-chave:** Educação Médica. Relações Médico-paciente. Comunicação não verbal. Comparação transcultural. Avaliação do impacto na saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** About 60% of our communication is nonverbal. Few interventions designed to improve doctors' and medical students' nonverbal behavior are reported in the medical education research and as a trainable skill, the existence of appropriate instruments for teaching and assessing nonverbal behavior of physicians and medical students is mandatory. **Objective:** To translate and culturally adapt the Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O) to Brazilian Portuguese. **Material and methods:** Translation and cultural adaptation were performed in stages including back translation, review of items through modified Delphi technique and pre-test. **Results:** The RCS-O title and three items required review after back translation and author's comments. The language coordinator adjusted 9 (26,4%) items that belonged, generally, to the intimacy domains and were adjusted due to ambiguity/polysemy. Likewise, after pre-test and as suggested by observers, research and language coordinators replaced two words on account of their ambiguous meanings. **Conclusion:** The Brazilian final version of the RCS-O is a suitable scale that may be introduced, after validation, as an instrument for teaching and assessing interpersonal communication skills in Brazilian medical schools. We hope this study may encourage health educators to invest in the teaching and assessment of nonverbal communication skills in other countries so that the cultural components of communication may be further explored.

**Keywords:** Medical Education. Physician-patient relations. Nonverbal Communication. Cross-cultural Comparison. Health impact assessment.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Instrumentos que avaliam a comunicação na relação médico paciente..	22
Figura 1 - Disposição das câmeras para filmagem das consultas.....	33
Figura 2 - Processo de tradução da RCS-O para a língua portuguesa do Brasil ....	34
Quadro 2 - Resolução das discrepâncias na tradução dos itens por meio da técnica Delphi modificada.....	40
Quadro 3 - Escala original (RCS-O), reconciliação, retrotradução e versão pré-final (ECI-O).....	41
Quadro 4 - Categorias dos ajustes realizados no processo de tradução dos itens da ECI-O .....	44
Quadro 5 - Itens da versão pré-final, sugestões do pré-teste e versão final da escala ECI-O .....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

<i>ACIR</i>	<i>Arizona Clinical Interview Rating Scale</i>
<i>BUISE</i>	<i>Brown University Interpersonal Evaluation Method</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECI-O	Escala de Comunicação Interpessoal para avaliação observacional das interações médico-paciente
EJE	Escala Jefferson de Empatia
EOMP	Escala de Orientação Médico-Paciente
<i>HISA</i>	<i>Hopkin's Interpersonal Skills Assessment</i>
<i>MAAS</i>	<i>Maastricht History-taking and Advice Checklist</i>
<i>MPCC</i>	<i>Measure of Patient-Centered Communication</i>
NAAS	<i>Nonverbal Accommodation Analysis System</i>
NDEPT	<i>Nonverbal communication in Doctor-Elderly Patient Transactions</i>
<i>PONS</i>	<i>Profile of Nonverbal Sensitivity</i>
RCS	<i>Relational Communication Scale</i>
RCS-O	<i>Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions</i>
<i>RIAS</i>	<i>Roter Interactional Analysis System</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Instrumentos de avaliação de comunicação educacional</b>	<b>21</b>
<b>2.2</b>	<b>A RCS-O</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>31</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Amostra e registro de consultas</b>	<b>32</b>
<b>4.3</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão</b>	<b>33</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos de tradução e adaptação cultural</b>	<b>33</b>
<b>4.5</b>	<b>Pré-teste</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICE A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE B – Convite aos revisores independentes</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE C – Manual de orientação para o uso da ECI-O</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE D – Questionário das entrevistas retrospectiva e cognitiva no pré-teste</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE E – Versão final da ECI-O</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO A – Escala Jefferson de Empatia (EJE)</b>	<b>78</b>
	<b>ANEXO B – Escala de Orientação Médico Paciente (EOMP)</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXO C – Arizona Clinical Interview Rating Scale (ACIR)</b>	<b>80</b>
	<b>ANEXO D – Brown University Interpersonal Evaluation Method (BUISE)</b>	<b>83</b>
	<b>ANEXO E – Itens dos guias de Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO F - Campbell et al.'s Assessment of Trainees</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO G - Maastricht History Taking and Advice Checklist</b>	<b>86</b>
	<b>ANEXO H - Pendleton's Consultation Map/Rating Scale</b>	<b>87</b>
	<b>ANEXO I - SEGUE Framework</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXO J – Rota' s Interaction Analysis System (RIAS)</b>	<b>90</b>

<b>ANEXO K – <i>Nonverbal Accommodation Analysis System (NAAS) behavior categories</i></b> .....	91
<b>ANEXO L – Nonverbal communication in Doctor-Elderly Patient Transactions (NDEPT)</b> .....	92
<b>ANEXO M – GATHA-RES (versão original e versão em português)</b> .....	95
<b>ANEXO N – Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O)</b> .....	97
<b>ANEXO O - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia</b> .....	98
<b>ANEXO P – Autorização da utilização da escala pela autora</b> .....	102



As habilidades de comunicação na relação médico-paciente têm capital importância na formação dos futuros médicos. Dada tal importância, deve e pode ser ensinada com o mesmo rigor que as outras disciplinas do curso de graduação em Medicina (KURTZ; SILVERMAN, 1996). A dificuldade enfrentada pela maioria dos professores do curso pode ser explicada pelo fato de que não tiveram, em sua formação médica, momentos destinados especificamente ao treinamento dessas habilidades. Tais habilidades foram aprendidas principalmente pela reprodução de modelos médicos com comportamento hospitalocêntrico (BURCHARD; ROWLAND-MORIN, 1990).

Em sentido oposto a esse comportamento tecnicista, a comunicação centrada no paciente tem se apresentado como um dos principais componentes para a melhoria do cuidado em saúde, com evidências de melhor satisfação de médicos e pacientes, resultados otimizados de adesão a tratamentos e respostas melhores no manejo de doenças crônicas (LITTLE et al., 2001; STEWART et al., 2000). Diante dessas evidências, alguns autores sugerem que as habilidades de comunicação dos estudantes de Medicina sejam elementos essenciais para a formação de profissionais capazes de resolver os problemas de saúde na atualidade (SIBILLE; GREENE; BUSH, 2010).

A relevância do desenvolvimento das habilidades de comunicação de médicos e estudantes de Medicina é compartilhada pelas principais diretrizes mundiais de formação médica: *Association of American Colleges* (THE MEDICAL SCHOOLS OBJECTIVES WRITING GROUP, 1999), *Tomorrow's Doctors* (GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2009), *Global Standards in Medical Education for Better Health Care* (WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION, 2003) e *Doctors in Society* (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2005). Essas diretrizes delineiam competências técnicas, cognitivas e emocionais necessárias para o profissional de saúde e ressaltam a importância do desenvolvimento das habilidades interpessoais e de comunicação (EPSTEIN; HUNDERT, 2002) durante a formação médica.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em Medicina (BRASIL, 2001, 2014), ratificam a discussão internacional a respeito da formação médica e apontam como competências gerais do egresso: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação (por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares e membros das equipes profissionais, com



empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado), liderança, administração e gerenciamento além de educação permanente. As DCNs delineiam o perfil do médico ao concluir o curso de graduação (generalista, humanista, crítico, reflexivo e ético) e recomendam que os cursos de Medicina adaptem seus projetos político-pedagógicos com o objetivo de formar profissionais competentes e qualificados (em conhecimentos, habilidades e atitudes) direcionados às necessidades de saúde (promoção, preservação, recuperação e reabilitação da saúde) do cidadão, da família e da comunidade. Com isso, as diretrizes satisfazem, com base na realidade epidemiológica e profissional, a integralidade das ações dos futuros médicos por meio da compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, ético-bioéticos e legais, do indivíduo e da coletividade, dentro do processo saúde-adoecimento-cuidado.

As recomendações das DCNs visam aprimorar a integração das ciências comportamentais e sociais no currículo médico, tendo como áreas principais a comunicação médico-paciente e a promoção da mudança de comportamento dos novos médicos. As DCNs propõem ainda, a necessidade de metodologias de ensino e critérios de acompanhamento e avaliação permanente do desempenho dos estudantes, com uso de instrumentos de avaliação baseados em competências, habilidades e atitudes (BRASIL, 2014). Nesse contexto, estratégias curriculares voltadas para o ensino das habilidades de comunicação aos estudantes de Medicina devem ser incentivadas nas escolas médicas. Tais estratégias devem englobar avaliações dos estudantes com instrumentos de observação direta, bem como o desenvolvimento docente para o uso desses instrumentos e de estratégias de ensino inovadoras (MAKOUL; SCHOFIELD, 1999) pautadas em preceitos que busquem uma aprendizagem significativa.

Apesar da importância dada à comunicação centrada no paciente por diretrizes nacionais e internacionais de educação médica, o ensino e a avaliação destas habilidades ainda constituem um grande desafio. Se, por um lado, observamos um crescente número de intervenções pedagógicas com o objetivo de desenvolver e avaliar as habilidades de comunicação centradas no paciente na literatura internacional (EVANS et al., 1987; LEVINSON; ROTER, 1993; MOORHEAD; WINEFIELD, 1991; ROTER et al., 1995; SMITH et al., 1998; WHITEHOUSE, 1991), ainda percebemos poucas iniciativas no contexto brasileiro

(GROSSEMAN; STOLL, 2008; MARCO et al., 2013; ROSSI; BATISTA, 2006). No Brasil, essas iniciativas ainda restringem-se a momentos isolados do curso médico, formalizadas em disciplinas como Semiologia e Psicologia Médica, nas escolas de Medicina com currículos tradicionais, sendo também tímidas mesmo nas escolas com currículos inovadores (GROSSEMAN; STOLL, 2008; ROSSI; BATISTA, 2006).

De fato, embora observemos um movimento das escolas médicas brasileiras em direção à implementação de mudanças para adequação às DCNs, há mais intencionalidade do que operacionalidade de algumas instituições a respeito das inovações e avanços (ABDALLA et al., 2009). Conquanto algumas escolas utilizem metodologias inovadoras, elas ainda não conseguiram descaracterizar o ensino tradicional, que continua fracionado em disciplinas e com caráter hospitalocêntrico, centrado na doença e na visão reducionista das dimensões sociais, psicológicas, econômicas e comportamentais do processo saúde-doença-cuidado (ENGEL, 1977; NOGUEIRA, 2009; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Os currículos das escolas de Medicina ainda priorizam os aspectos tecnológicos e biomédicos da prática profissional, em detrimento das habilidades interpessoais e de comunicação (HULSMAN et al., 1999). A verticalidade das relações professor-estudante e médico-paciente é algo arraigado no ser humano e essa hierarquização talvez explique o fato de que mesmo em instituições que usem, precocemente, um modelo biopsicossocial para treinamento de seus estudantes, ainda observemos que a humanização na comunicação com o paciente seja progressivamente substituída pela automatização e tecnicismo nos encontros clínicos (GALLAGHER et al., 2005).

A dificuldade enfrentada pelas escolas de Medicina no Brasil para a implementação de estratégias pedagógicas voltadas para o desenvolvimento das habilidades de comunicação, em especial de comunicação não verbal, pode ser parcialmente explicada pela escassez de estratégias de ensino e de instrumentos de avaliação validados para a língua e cultura brasileiras. Atualmente no Brasil, dispomos de instrumentos que avaliam atitudes ou crenças do estudante acerca da relação médico-paciente, como a Escala Jefferson de Empatia (EJE) (ANEXO A) (HOJAT et al., 2001; PARO et al., 2012) e a Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP) (ANEXO B) (KRUPAT; YEAGER; PUTNAM, 2000; PEREIRA et al., 2013). Essas escalas são instrumentos de autorrelato que avaliam a empatia e a atitude centrada no paciente dos estudantes de Medicina, respectivamente. Embora o autorrelato da atitude empática ou centrada no paciente possa ser útil em pesquisas

na área da educação médica, as intervenções pedagógicas carecem de instrumentos de observação direta do comportamento dos estudantes relacionado à comunicação interpessoal, especialmente focada no comportamento não verbal, da relação médico-paciente.

Em 2012, Henry e colaboradores publicaram uma revisão sistemática e metanálise sobre a associação da comunicação não verbal durante interações clínicas reais e desfechos clínicos relevantes. Os estudos incluídos geralmente mediam a comunicação não verbal usando um de dois métodos: 1) quantificando comportamentos não verbais específicos ou 2) classificando a comunicação não verbal por meio de escalas de emoção globais. A satisfação do paciente foi o desfecho mais avaliado (maior quanto maior a cordialidade do clínico) e o único para o qual foi possível executar a metanálise. Os estados de saúde física e mental foram também desfechos comuns. Uma das implicações práticas mencionadas foi que intervenções baseadas na comunicação ou programas de treinamento que priorizam avaliações de cordialidade e escuta do clínico, parecem influenciar positivamente a satisfação do paciente (HENRY et al., 2012).

Em outro estudo, Hall e colaboradores (HALL; HARRIGAN; ROSENTHAL, 1995) demonstraram que a satisfação do paciente está relacionada à expressividade do médico. Nessa pesquisa, a expressividade foi instrumentalizada pelos seguintes comportamentos não verbais: menor tempo lendo o prontuário, maior inclinação da cabeça em direção ao paciente no sentido de assentir, mais gestos, maior proximidade interpessoal e maior contato visual.

Em pesquisa realizada por Griffith e colaboradores em 2003 (GRIFFITH et al., 2003) achados similares foram encontrados: a satisfação dos pacientes era maior quanto mais os médicos sorrissem, quanto maior o contato visual com o paciente, quanto mais assentissem com a cabeça, quando tinham um tom de voz e expressão mais eloquentes e quanto mais gesticulavam.

**2 FUNDAMENTAÇÃO  
TEÓRICA**

Cerca de 60% de nossa comunicação é não verbal (APPLBAUM, 1974; BURGOON; BULLER; WOODALL, 1996; MEHRABIAN, 1968; RECTOR; ALUIZIO, 1986). Quando falamos em comunicação não verbal é possível entendê-la em duas dimensões: a) decodificação ou sensibilidade – referindo-se à capacidade de **entender** as emoções transmitidas através de pistas não verbais emitidas por outrem; e b) codificação ou expressividade – referindo-se à capacidade de **expressar** emoções através de pistas não verbais (DIMATTEO; HAYS; PRINCE, 1986). As pistas não verbais podem ser responsáveis por dar ênfase, contradizer ou mesmo substituir o que é falado (RECTOR; ALUIZIO, 1986). Podemos definir como comportamento não verbal, uma variedade de comportamentos de comunicação que não envolve um conteúdo linguístico, incluindo: expressão facial, sorriso, contato visual, gestos manuais e posturas. Temos ainda, como características do diálogo paralinguístico: velocidade, volume e pausas da fala, dentre outras. O comportamento não verbal é amplamente reconhecido como um transmissor de informações afetivas e emocionais (KNAPP; HALL, 1999).

Observamos uma longa tradição de pesquisa em comunicação não verbal fora da área médica (BURGOON; GUERRERO; FLOYD, 2016; MATSUMOTO; HWANG, 2016). Na literatura médica, estudos sugerem que a comunicação não verbal desempenha um importante papel na relação médico-paciente (MAST, 2007). Podemos encontrá-la associada a vários aspectos relacionados ao paciente: entendimento e satisfação (GRIFFITH et al., 2003; HALL; HARRIGAN; ROSENTHAL, 1995; LARSEN; SMITH, 1981), angústias (ROTER et al., 1995), resolução de sintomas (ONG et al., 1995) e processos judiciais (AMBADY et al., 2002). Apesar de tais evidências, as habilidades de comunicação não verbais ainda são subestimadas no âmbito da educação médica e poucas intervenções desenhadas para aprimorar o comportamento não verbal de médicos e estudantes de Medicina são reportadas nas pesquisas da área (BOON; STEWART, 1998; DEL PICCOLO; FINSET, 2012; HALL; HARRIGAN; ROSENTHAL, 1995; ROTER; HALL, 2006).

A insuficiência dessas evidências científicas pode ser explicada pelas incertezas sobre a possibilidade de desenvolvimento do comportamento não verbal através de intervenções educacionais. Alguns autores acreditam que o comportamento não verbal seja algo puramente inato (IZARD, 1994). Outros admitem que tal comportamento possa ser resultado de aprendizado e estar

relacionado a aspectos culturalmente específicos (RUSSELL, 1995). Acreditamos que as habilidades de comunicação não verbal sejam determinadas por uma mescla desses extremos (BURGOON; BULLER; WOODALL, 1996). Ao admitir então, que tais habilidades sejam treináveis (KNAPP; HALL, 1999; MAST, 2007; MOLINUEVO et al., 2011), a existência de instrumentos apropriados para ensinar e avaliar o comportamento não verbal de médicos e estudantes de Medicina torna-se indispensável.

Encontramos na literatura vários instrumentos que se prestam a ensinar e avaliar aspectos comportamentais verbais e não verbais da comunicação na relação médico-paciente. Não há uma abordagem metodológica considerada padrão ouro no que tange a avaliação da comunicação não verbal no encontro clínico (DEL PICCOLO; FINSET, 2012). Mencionamos alguns desses instrumentos, com suas respectivas características no Quadro 1.

## **2.1 Instrumentos de avaliação de comunicação educacional**

Dentre os diversos instrumentos de avaliação das habilidades de comunicação interpessoal na relação médico-paciente, observamos que em sua maioria, ignoram parcial ou totalmente os aspectos não verbais da análise conversacional (D'AGOSTINO; BYLUND, 2011). No Quadro 1 descrevemos características de alguns instrumentos com objetivos de avaliação verbais e/ou não verbais. Parte desses instrumentos é validada, alguns parcialmente validados e outros não validados. Não encontramos nenhuma validação de nenhum dos instrumentos mencionados, para a língua portuguesa do Brasil.

## **2.2 A RCS-O**

Em uma tentativa de obter um instrumento de observação do comportamento não verbal, Burgoon e Hale desenvolveram e validaram a *Relational Communication Scale (RCS)*. A escala é produto de uma série de investigações começada com uma revisão exaustiva, feita pelos autores, de temas de mensagens relacionais (BURGOON; HALE, 1984), tendo sua validade e confiabilidade avaliadas em um segundo momento por uma série de três estudos experimentais (BURGOON; HALE, 1987). A RCS é composta por 34 itens e pontuada em escala Likert de 7 pontos. Os

Quadro 1 - Instrumentos que avaliam a comunicação na relação médico paciente

Instrumento	Descrição	Nº de itens	Confiabilidade	Validade	Finalidade	Observações
1. <i>Arizona Clinical Interview Rating (ACIR) Scale</i> (HELPER; HESS, 1970; STILLMAN; SABERS; REDFIELD, 1976; STILLMAN et al., 1977a, 1977b, 1983, 1986) (ANEXO C)	Avaliação das habilidades de entrevista com itens distribuídos em seis domínios (organização da entrevista, cronograma das queixas, frases de transição entre os tempos da entrevista, habilidade de realizar perguntas, documentação dos dados da consulta, relacionamento médico-paciente) subdivididos em âncoras; avaliação em escala Likert de 5 pontos	16 itens até 1980 e 14 itens até o momento.	Confiabilidade inter-observador = 0,52-0,87; Confiabilidade intra-observador = 0,85-0,90; Consistência interna (alpha Cronbach) = 0,80	Demonstrada validade de construto (nível de treinamento); sem correlação com a escala <i>BUISE</i> .	Ensinar e avaliar estudantes de Medicina (em cenários de prática)	Requer avaliação da entrevista gravada em vídeo ou em tempo real; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;
2. <i>Brown University Interpersonal Skill Evaluation (BUISE)</i> (BURCHARD; ROWLAND-MORIN, 1990) (ANEXO D)	Avaliação das habilidades interpessoais de cirurgiões nas seguintes categorias: estabelecer relacionamento, demonstrar habilidades clínicas ou em procedimentos, <i>feedback</i> e fechamento apropriado da consulta; escala Likert de 7 pontos	47	Confiabilidade inter-observador = 0,91	Não reportada; sem correlações com ACIR	Ensinar e avaliar estudantes de Medicina (em cenários de prática)	Requer avaliação da entrevista gravada em vídeo ou em tempo real (terceiro observador) Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;
3. <i>Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides</i> : 1. Entrevistando o	Instrumento prático de ensino desenhado e estruturado em habilidades que ajudam na comunicação médico-paciente; <i>Feedback</i>	1. 37; 2. Varia			Ensinar e avaliar estudantes de Medicina (em cenários de prática)	Requer avaliação da entrevista gravada em vídeo ou em tempo real (terceiro observador) Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;

Instrumento	Descrição	Nº de itens	Confiabilidade	Validade	Finalidade	Observações
paciente; 2. Explicando e planejando com o paciente (KURTZ; SILVERMAN, 1996; SIMMENROTH-NAYDA et al., 2014) (ANEXO E)	descritivo;					
4. <i>Campbell et al.'s Assessment of Trainees</i> (CAMPBELL; HOWIE; MURRAY, 1993, 1995; CAMPBELL; MURRAY, 1996) (ANEXO F)	Avaliação de interações gravadas em vídeo para determinar competência de clínicos gerais em treinamento; presença de erros são pontuados como presentes ou ausentes; outras tarefas são pontuadas em escala Likert de 6 pontos	7	Confiabilidade inter-observador = 0,2-0,5, "alto" nível de consenso nas decisões de "aprovado(a)" ou "encaminhado(a) para mais treinamento"	Não reportado	Avaliar estudantes de Medicina em cenários clínicos gerais	Requer avaliação da entrevista gravada em vídeo ou em tempo real (terceiro observador) Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;
5. <i>Hopkin's Interpersonal Skills Assessment (HISA)</i> (BARTLETT et al., 1984; GRAYSON; NUGENT; OKEN, 1977)	Avaliação de habilidades interpessoais de médicos em 4 categorias: sensibilidade aos sentimentos do paciente, troca de informações, organização e estrutura da entrevista e fatores ambientais; cada item avaliado em uma escala de 5 pontos	14	Confiabilidade Inter-observador = 0,52 Confiabilidade intra-observador = 0,77	Não reportado	Ensinar e avaliar estudantes de Medicina (em cenários de prática)	Requer avaliação da entrevista gravada em vídeo ou em tempo real (terceiro observador) Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;
6. <i>Maastricht History Taking and Advice Checklist</i> (KRAAN, 1987; KRAAN et al., 1990; VAN THIEL; KRAAN; VAN DER VLEUTEN, 1991)	Avaliação de habilidades específicas distribuídas em três sessões: examinando as razões da consulta, anamneses e apresentando soluções ao paciente; primeiras três sub-escalas	68	Percentual de consenso entre os observadores = 0,70-0,90; confiabilidade inter-observador (escalas individualmente) =	Validades convergente e divergente (comparação com testes médicos de conhecimentos, pontuações)	Ensinar e avaliar estudantes de Medicina (em cenários de prática)	Requer avaliação de terceiro observador da entrevista gravada: necessárias extensas sessões de treinamento para os observadores; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;



Instrumento	Descrição	Nº de itens	Confiabilidade	Validade	Finalidade	Observações
(ANEXO G)	pontuadas como presente/ausente; últimas 2 sub-escalas pontuadas: sim/indiferente/não		0,00-0,98	globais por <i>experts</i> , auto-avaliações) foram demonstradas		
7. <i>Pendleton's Consultation Map/Rating Scale</i> (HARPER; AJAO, 2010; PENDLETON, 1984; SCHOFIELD T; ARNSTSON P, 1989) (ANEXO H)	O mapa de consulta fornece um método para descrever a consulta. A escala de consulta é designada para avaliar a consulta; escala análoga visual	Mapa = 11; Escala = 14	Não reportado	Não reportado	Ensinar e avaliar estudantes de Medicina (em cenários de prática)	Requer avaliação de terceiro observador da entrevista gravada; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;
8. <i>SEGUE Framework</i> (MAKOUL, 2001; MAKOUL; SCHOFIELD, 1999; MAKOUL; ARNTSON; SCHOFIELD, 1995) (ANEXO I)	Avaliação de habilidades de comunicação específicas; escala nominal (sim/não)	Curta 25; Longa 31	Confiabilidade inter-observador = 0,88; Confiabilidade intra-observador = 0,98	Validade convergente foi demonstrada (correlacionada com a satisfação do paciente)	Utilizada para ensinar e avaliar estudantes de Medicina e residentes na prática de Clínica	Pode ser utilizada para avaliar consultas gravadas em vídeo, áudio ou em tempo real; inclui sessão para comentários; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;
9. Davis Observation Code (DOC) (BERTAKIS; CALLAHAN, 1992; CALLAHAN; BERTAKIS, 1991, 1993)	Usa definições operacionais para verificar a ocorrência de comportamentos específicos ao longo de intervalos sucessivos na interação médico-paciente; comportamentos codificados em sim/não; usa interações em tempo real ou gravadas em vídeo	20 categorias	Percentual de acordo entre os observadores de 83% a 84% (consulta gravadas em vídeo) e 78% (consultas em tempo real)	Validade de face (painel de <i>experts</i> ) foi demonstrada e validade de convergência testada (não está correlacionado com a revisão do gráfico dos comportamentos de médicos; DOC era um	Utilizado em cenários de prática ambulatorial	Requer extensa análise das consultas gravadas ou das interações em tempo real; observadores/codificadores devem ser treinados; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;

Instrumento	Descrição	Nº de itens	Confiabilidade	Validade	Finalidade	Observações
				instrumento mais sensível);		
10. Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS)	Filme de 45 minutos que testa a habilidade de decodificar a emoção comunicada por outrém através de expressões faciais, movimentos corporais e tom de voz.	Não se aplica	Confiabilidade teste-reteste 0,69; Consistência interna 0.86	Validade convergente (correlacionada com a satisfação do paciente) foi demonstrada	Usada em cenários de prática de clínica geral	Requer extensa análise; codificadores devem ser treinados; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil
11. <i>Rota's Interaction Analysis System (RIAS)</i> (BENSING; DRONKERS, 1992; BERTAKIS; ROTER; PUTNAM, 1991; CARTER et al., 1982; HALL; ROTER; KATZ, 1988; LEVINSON; ROTER, 1993, 1995; ROTER, 1977; ROTER; HALL; KATZ, 1987; ROTER; LARSON, 2002; ROTER; LIPKIN; KORSGAARD, 1991) (ANEXO J)	Essa modificação da <i>Bales' Interaction Analysis</i> fornece um significado para avaliação do comportamento de pacientes e médicos durante consultas gravadas em audio ou video	34 categorias a serem pontuadas	Confiabilidade inter-observador considerando todas as categorias 0,78; variou de 0,58 a 0,99 nas categorias de médicos e de 0,67 a 0,99 nas categorias de pacientes	Foi demonstrada validade convergente (alguma correlação com MCBS; alguma correlação com a <i>Bales' Interaction Analysis</i> ; correlação com a satisfação do paciente e adesão ao tratamento) e a qualidade das pontuações foram avaliadas por um painel	Usada em cenários de prática de clínica geral	Requer extensa análise e transcrição das gravações em vídeo; codificadores devem ser treinados
12. <i>Nonverbal Accommodation Analysis System (NAAS)</i> (D'AGOSTINO; BYLUND, 2011, 2014)	Analisar o consenso entre o comportamento não verbal de médicos e pacientes em encontros clínicos	10 categorias de comportamento	Confiabilidade inter-observador em todas as categorias = 0,81 a 0,96 (p<0,01) Confiabilidade intra-observador	Foram demonstradas validades de construto e conteúdo; várias correlações demonstradas	Usada no cenário de consultas oncológicas	Avaliação de consultas gravadas em vídeo; ensinado e administrado com pouco treinamento; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;

Instrumento	Descrição	Nº de itens	Confiabilidade	Validade	Finalidade	Observações
(ANEXO K)			em todas as categorias = 0,82 a 1.0 (p<0,01)	com a <i>Medical Interaction Process System (MIPS)</i> (componentes da escala global com foco em aspectos não verbais)		
13. <i>Nonverbal communication in Doctor-Elderly Patient Transactions (NDEPT)</i> (GORAWARA-BHAT; COOK; SACHS, 2007) (ANEXO L)	Consiste em três partes: atributos estáticos, dinâmicos e cinestésicos, desenhado para capturar essas dimensões não verbais presentes nas salas de exame durante encontros clínicos de médicos e pacientes idosos	16 itens	Kappa quase perfeito (0,957) para atributos estáticos, alto (0,871) para atributos dinâmicos e apenas razoável (0,402) para atributos cinestésicos;	Não reportada	Utilizada em salas de exames em consultas de e pacientes idosos	Avaliação de consultas gravadas em vídeo; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil;
14. <i>GATHA-BASE/GATHA-RES</i> (CARRIÓ, 2009; RUIZ MORAL et al., 2001) (ANEXO M)	Questionário desenvolvido para avaliar o perfil comunicacional de médicos de família e residentes da área, distribuído em três eixos: atitude/características do entrevistador, tarefas comunicacionais e habilidades técnicas;	Versão completa: 42 itens Versão resumida: 27 itens	Alpha de Cronbach da escala global 0,76; confiabilidade intra-observador avaliada em quatro medições (1ª 0,625-1,0; 2ª 0,646-1,0; 3ª 0,80-1,0 e 4ª 0,727-1,0)	Demonstrada validade de conteúdo	Utilizada na atenção primária em unidades docentes de medicina de família e comunidade	Encontros clínicos com pacientes simulados gravados em vídeo; são necessárias duas ou três visualizações de cada vídeo; Sem validação para a língua portuguesa do Brasil

Fonte: A autora; Boon; Stewart (1998); Carrió (2009).

itens são divididos em seis dimensões: *immediacy/affection (intimacy I)* – o grau em que distância e proximidade são expressas; *similarity/depth (Intimacy II)* – o grau em que médico e paciente se sentem semelhantes ou diferentes; *receptivity/trust (intimacy III)* – o grau em que interesse e preocupação ou a falta deles são expressos; *composure* – o grau em que cada interagente está calmo ou ansioso; *formality* – o grau em que a interação é formal ou descontraída; *dominance* – o grau em que o poder de decisão é compartilhado ou desigual.

Em 2001, Gallagher e colaboradores adaptaram a *RCS* para o uso como instrumento de observação direta da interação médico-paciente (*RCS-O*) (ANEXO N). Nesse estudo, analisaram as propriedades psicométricas da escala observando consistência interna, confiabilidade e concordância interobservador e validade de construto boa a excelente para quatro dos seis domínios da escala. Constataram ser uma escala de prática administração, que se prestaria ao uso na avaliação formativa das habilidades de comunicação de médicos e estudantes de Medicina (GALLAGHER; HARTUNG; GREGORY, 2001). Em estudo realizado posteriormente, os autores examinaram a confiabilidade e a validade da *RCS-O* utilizando uma amostra de 80 interações (estudantes de Medicina-pacientes padronizados) gravadas em vídeo (GALLAGHER et al., 2005). Ressaltam como implicações práticas deste estudo, o fato de a *RCS-O* ser baseada em um modelo de comunicação relevante a um desafio primário na educação médica: ensinar e avaliar a habilidade de compreender e integrar duas dimensões aparentemente díspares da entrevista médica (a psicossocial e a biomédica) a fim de formar uma história mais completa da doença do paciente (SMITH, 1991). Reafirmam que a pesquisa suporta a *RCS-O* como uma ferramenta potencialmente útil na avaliação das habilidades de comunicação não verbal dos estudantes de Medicina no contexto das inovações curriculares atuais além de ser apropriado para a análise do comportamento não verbal tanto em relações primariamente médico centradas quanto paciente centradas (GALLAGHER et al., 2005).

Como bem disse Roter (2000), o desafio metodológico básico para o campo da comunicação interpessoal é a transição das bases conceituais do cuidado centrado no relacionamento para indicadores operacionais que sejam elementos observáveis e mensuráveis da comunicação. Dado tal fato, a avaliação da comunicação não verbal na relação médico-paciente por meio de um instrumento de observação direta, validado para o Brasil e com equivalência conceitual à escala

original, apresenta-se de grande importância para que se possa mensurar e verificar a qualidade dessa comunicação e a habilidade do médico residente e do estudante de Medicina na relação com o paciente. O uso da *RCS-O* também proporcionará o planejamento de estratégias de ensino das habilidades de comunicação não verbal nas escolas de Medicina, de maneira a valorizar o cuidado centrado no paciente e, conseqüentemente, aprimorar a qualidade do cuidado em especial de doenças crônicas, com melhor adesão, possibilidade de cura e sucesso dos tratamentos, bem como maior satisfação de médicos e pacientes.

Ao considerar o intuito de nossa pesquisa de obtermos um instrumento de observação direta da relação médico-paciente, com boas propriedades psicométricas para a grande maioria de seus itens e domínios, a *RCS-O* é, até o presente momento, o principal instrumento validado e especificamente desenvolvido para medir os aspectos relacionais - com foco no comportamento não verbal - da interação entre médico e paciente. Trata-se de um instrumento de prática administração e que pode ser utilizado na avaliação formativa de médicos e estudantes de Medicina (GALLAGHER et al., 2005). Entretanto, diante do fato das habilidades de comunicação não verbal variarem de acordo com as diferentes situações e culturas, seu uso em diversos países deve ser precedido de processos adequados de tradução e adaptação cultural e linguística (MISTRY et al., 2009; SCHOUTEN; MEEUWESEN, 2006; WILLIAMS; HARRICHARAN; SA, 2013).

**3 OJETIVO**

Traduzir e adaptar culturalmente a escala *Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O)* para a língua portuguesa do Brasil.

**4 MATERIAL E  
MÉTODOS**



#### **4.1 Desenho do estudo**

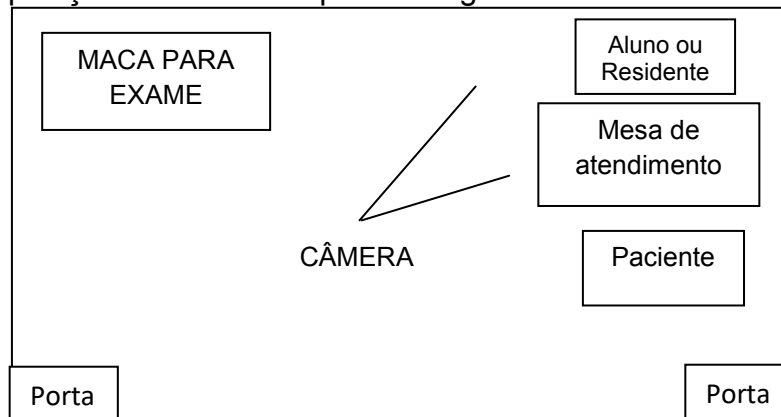
Estudo metodológico de tradução e adaptação cultural da *RCS-O* realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), parecer 1.028.832 (ANEXO O) e autorização de um dos seus desenvolvedores, Profa. Dra. Judee Burgoon (ANEXO P).

#### **4.2 Amostra e registro de consultas**

Foram selecionados, por conveniência, a participarem deste estudo: três estudantes dos 10° e 11° períodos curso de Medicina da UFU, em atendimento a pacientes ambulatoriais na cirurgia plástica, na cardiologia e na cardiopediatria; três residentes das especialidades de oftalmologia, cardiologia e cirurgia plástica da UFU e três professores do curso de Medicina da UFU para atuarem como observadores na fase de pré-teste do instrumento.

Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) de estudantes (APÊNDICE A.1), residentes (APÊNDICE A.2) e pacientes (APÊNDICE A.3), foram realizadas gravações dos encontros clínicos em dois tempos distintos: no momento da anamnese e no momento do fechamento da consulta. O exame físico não foi gravado. As câmeras utilizadas para o registro das consultas foram posicionadas por meio de tripé (sem a presença de um observador externo) de maneira a não evidenciar o rosto dos pacientes (FIGURA 1). Utilizamos câmeras de telefones celulares da marca Iphone 6 e Canon EOS 5D MARK II para realizar as gravações. As consultas foram armazenadas em um HD externo e codificadas por números. Apesar de alguns ruídos nas filmagens, nenhum material foi perdido.

Figura 1 - Disposição das câmeras para filmagem das consultas



Fonte: A autora.

Diante do exposto acima, e seguindo recomendações de Hair Jr. e colaboradores (2009), três observadores avaliaram seis encontros clínicos, totalizando 18 observações (10% da amostra necessária para posterior validação da versão traduzida, assegurados parâmetros psicométricos adequados por meio de análise fatorial).

#### 4.3 Critérios de inclusão e exclusão

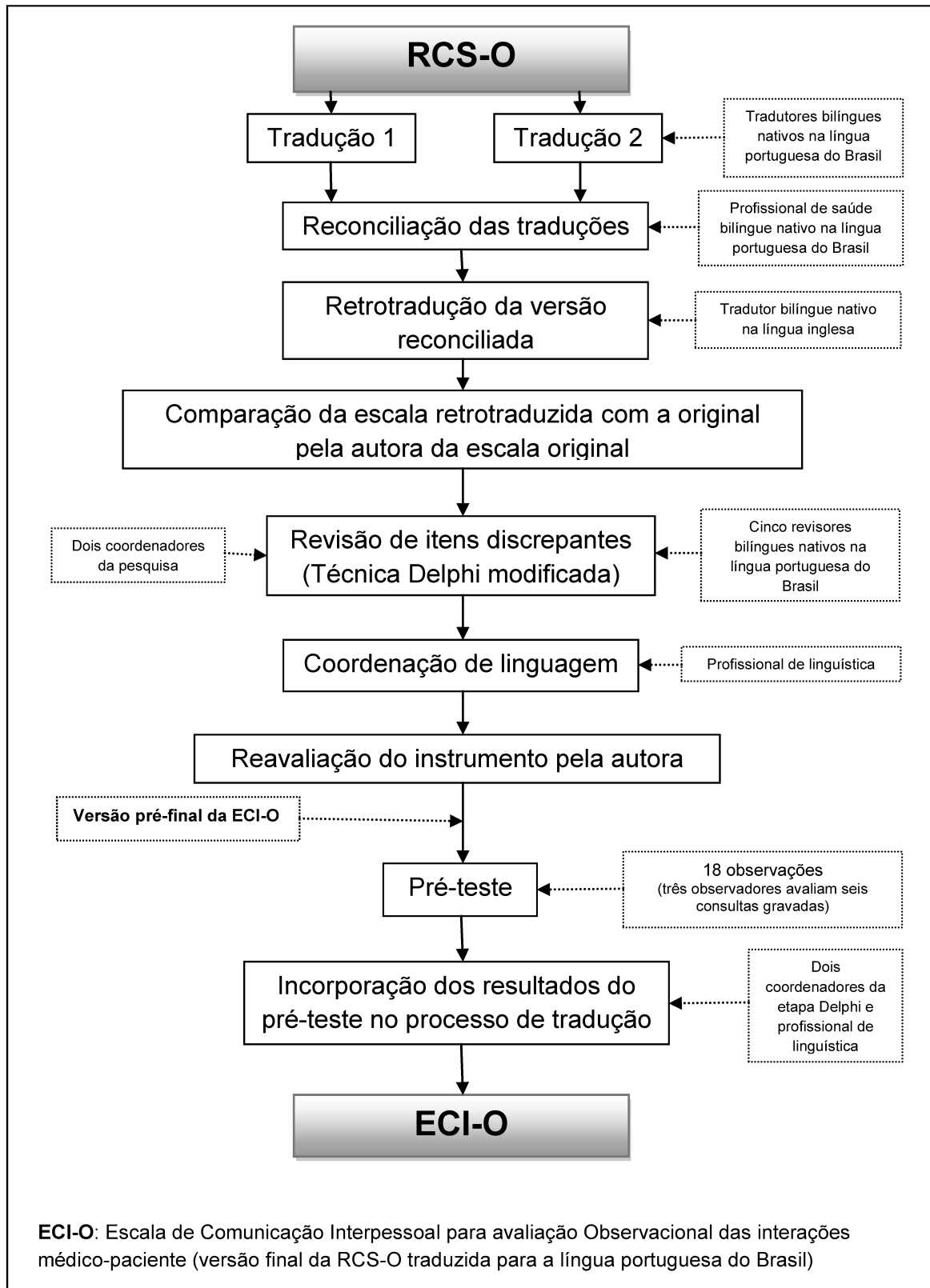
Critérios de inclusão: estudantes e residentes maiores de 18 anos de idade e abordados durante as atividades ambulatoriais no Hospital de Clínicas da UFU, após autorização prévia do professor/preceptor responsável e assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido pelo estudante/residente e paciente/responsável participantes nas consultas.

Critérios de exclusão: estudantes de medicina e residentes que revogaram seu consentimento para participação no estudo, bem como aqueles cujos pacientes não permitiram a gravação da consulta médica.

#### 4.4 Procedimentos de tradução e adaptação cultural

A tradução da escala foi realizada nas etapas recomendadas por diretrizes internacionais (BEATON et al., 2000; EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005), conforme a Figura 2, descritas na sequência.

Figura 2 - Processo de tradução da RCS-O para a língua portuguesa do Brasil



Fonte: A autora.

### *1° Estágio – Tradução inicial*

A tradução da escala *RCS-O* da versão de origem (inglês) para a língua alvo (português do Brasil) foi realizada por dois tradutores profissionais bilíngues, nativos da própria língua-alvo, sem formação médica, sem conhecimento prévio dos conceitos contidos na escala, de forma independente e simultânea, com o objetivo de obter uma tradução com linguagem próxima da utilizada pela população em geral.

A reconciliação das traduções independentes foi realizada por um médico, bilíngue, nativo da língua-alvo, com experiência em traduzir instrumentos direcionados para pacientes. Foi possível assim, oferecer maior objetividade ao processo, outras possíveis interpretações, resolver qualquer discrepância e assegurar compatibilidade linguística entre as duas traduções.

### *2° Estágio – Retrotradução*

Após a reconciliação, a versão obtida foi traduzida para a língua original (inglês) por um tradutor nativo da língua de origem (inglês), fluente na língua alvo, sem formação médica, sem envolvimento com o processo de tradução e nem com a escala original, para destacar inconsistências grosseiras ou erros conceituais na tradução.

### *3° Estágio – Comparando a retrotradução com a escala original*

A versão retrotraduzida foi enviada a um dos autores da escala (Profa. Judee Burgoon) para revisão e comentários sobre cada item. O objetivo nesta fase foi identificar impropriedades e ambiguidades durante as etapas de tradução e no processo de reconciliação, bem como avaliar a equivalência e a consistência da versão original e da retrotradução.

### *4° Estágio – Revisores independentes*

Diante das etapas de tradução realizadas, dois coordenadores da pesquisa avaliaram os itens que apresentaram divergências no processo de tradução e aqueles para os quais a autora fez alguma observação. Os itens foram encaminhados a um comitê de cinco revisores bilíngues e independentes (um profissional de tradução e quatro médicos/professores com experiência em tradução de instrumentos). Os revisores convidados (APÊNDICE B) responderam, através de

uma plataforma eletrônica, a múltiplas rodadas de questionários estruturados pela técnica de *Delphi* modificada (ARMSTRONG, 2003; PEREIRA et al., 2013), de maneira a atingir o consenso dos estágios prévios da tradução. Após o fechamento de cada rodada da técnica Delphi, os revisores independentes recebiam, na forma de *feedback*, as estatísticas de respostas e a opinião por escrito dos demais respondentes a respeito de cada questão. O consenso, por critérios pré-definidos, foi considerado como 80% de concordância entre os revisores (HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000; HSU; SANDFORD, 2007; RUPERTO et al., 2001).

5° Estágio – Coordenação de linguagem e revisão da autora:

Após obtenção do consenso na etapa anterior, o instrumento foi enviado para avaliação por uma coordenadora de linguagem, especialista em tradução. Em seguida, após nova avaliação da autora, obteve-se a versão pré-final da escala.

#### **4.5 Pré-teste**

Três observadores, professores da instituição, escolhidos por conveniência (dois do sexo feminino e um do sexo masculino), avaliaram, por meio da versão pré-final da ECI-O, seis consultas gravadas e realizadas com pacientes ambulatoriais por três estudantes de medicina e três residentes médicos. Os observadores receberam treinamento para utilização da escala em um encontro presencial para discussão sobre a concepção do instrumento, a natureza da comunicação interpessoal e a forma de analisar e codificar as consultas. Cada observador recebeu ainda, um *pendrive* contendo a escala para pré-teste, instruções de codificação, as seis consultas filmadas, um manual (APÊNDICE C) e uma videoaula sobre o instrumento.

Os observadores foram entrevistados (APÊNDICE D) para avaliar a compreensão e aplicabilidade dos itens e domínios e a necessidade de adequações na escala (PEREIRA et al., 2013; RUPERTO et al., 2001). As sugestões dadas pelos observadores foram avaliadas pelos coordenadores da pesquisa e pela coordenadora de linguagem e incorporadas, quando pertinentes, na versão final da escala, a Escala de Comunicação Interpessoal para avaliação Observacional das interações médico-paciente (ECI-O). Os itens da escala final foram codificados de acordo com número e domínio na escala original (ex. item 3 – domínio intimidade I –

relação imediata/afeição = IA3). Os itens foram dispostos de forma aleatória antes da administração do instrumento (APÊNDICE E).

**5 RESULTADOS**

Após a fase de retrotradução e dos comentários da autora do instrumento, o título da escala e os itens IA2, IA5 e SP13 necessitaram revisão e seguiram para avaliação pela técnica *Delphi* modificada. O item IA5 (“*The physician communicated coldness rather than warmth*”) atingiu consenso (100% de concordância) apenas após quatro rodadas (Quadro 2).

Ao final do processo de tradução e antes do pré-teste, a coordenadora de linguagem realizou ajustes em 9 (26,4%) itens e no título da escala (Quadro 3). Os itens alterados pertenciam, em sua maioria, aos domínios de intimidade I e II. O item SP13 demandou mais de um ajuste. Nenhum item dos domínios III (receptividade/confiança) e V (formalidade) exigiu modificação.

Os ajustes realizados pelos revisores da etapa *Delphi* e pela coordenadora de linguagem - antes e depois do pré-teste - foram classificados de acordo com as categorias presentes no Quadro 4. Os itens IA2, IA5, SP13 e C23 receberam dois ajustes cada sendo um deles na categoria de ambiguidade/polissemia. Nos itens IA2 e IA5, as alterações foram na categoria de combinalidade e ambiguidade. No item SP13 (“O médico pareceu desejar manter a comunicação com o paciente” – consenso dos revisores), a coordenadora de linguagem sugeriu a substituição do verbo “desejar” por “querer” (ambiguidade/polissemia), do verbo “manter” por “continuar” (compreensão da frase e sugestão da autora) e do substantivo “comunicação” por “conversa”. No item C23 a substituição do verbo “sentir” pelo verbo “parecer” foi referente ao uso pragmático do instrumento por um terceiro observador e a do adjetivo “relaxado” por “tranquilo” pela característica polissêmica da palavra “relaxado” na língua portuguesa do Brasil. Cinco itens (14,7%) foram ajustados em virtude de seus aspectos ambíguos.

Os observadores participantes do pré-teste consideraram a escala de fácil entendimento e simples manuseio. No entanto, referiram necessidade de maior atenção aos itens com sentidos opostos (exemplos: D29 “*The physician attempted to persuade the patient*” e D30 “*The physician did not attempt to influence the patient*”).

Um dos avaliadores reforçou a importância do treinamento prévio à utilização da escala, a fim de assegurar a familiaridade na identificação das pistas relacionadas a determinados comportamentos não verbais. Outro observador sugeriu que o instrumento poderia ser utilizado no ensino/avaliação de qualquer profissional de saúde e não apenas de médicos.



Quadro 2 - Resolução das discrepâncias na tradução dos itens por meio da técnica Delphi modificada

Item Original	Opções de tradução		Número de rodadas para consenso	Porcentagem de concordância
<b>Título</b> <i>Relational communication scale for observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O)</i>	<b>T1</b>	Escala de comunicação relacional para a medição de observação das interações médico-paciente (RCS-O)	2	80%
	<b>T2</b>	Escala de comunicação relacional para a medição de observação das interações médico-paciente (RCS-O)		
	<b>REC</b>	Escala de comunicação relacional para medida observacional das interações médico-paciente (ECR-O)		
	<b>RT</b>	Communicational relations scale for measuring observations of the interaction between physician and patient (CRS-O)		
	<b>Pré-final</b>	<b>Escala de comunicação interpessoal para medida observacional das interações médico-paciente (ECI-O)</b>		
<b>Item IA2</b> <i>The physician did not want a deeper relationship with the patient<sup>b</sup></i>	<b>T1</b>	O médico não quis uma relação mais profunda com o paciente <sup>b</sup>	2	80%
	<b>T2</b>	O médico não quis uma relação mais aprofundada com o paciente <sup>b</sup>		
	<b>REC</b>	O médico não quis uma relação mais aprofundada com o paciente <sup>b</sup>		
	<b>RT</b>	The physician did not want a more intimate relation with the patient <sup>b</sup>		
	<b>Pré-final</b>	<b>O(a) médico(a) não quis uma relação mais próxima com o(a) paciente<sup>b</sup></b>		
<b>Item IA5</b> <i>The physician communicated coldness rather than warmth<sup>b</sup></i>	<b>T1</b>	O médico comunicou-se de forma fria ao invés de cordial <sup>b</sup>	4	100%
	<b>T2</b>	O médico comunicou-se com frieza ao invés de cordialidade <sup>b</sup>		
	<b>REC</b>	O médico comunicou-se friamente ao invés de calorosamente <sup>b</sup>		
	<b>RT</b>	The physician communicated in a cold way, rather than warmly <sup>b</sup>		
	<b>Pré-final</b>	<b>O(A) médico(a) transmitiu frieza ao invés de cordialidade<sup>b</sup></b>		
<b>Item SP13</b> <i>The physician seemed to desire further communication with the patient</i>	<b>T1</b>	O médico pareceu desejar mais comunicação com o paciente	2	80%
	<b>T2</b>	O médico pareceu desejar uma maior comunicação com o paciente		
	<b>REC</b>	O médico pareceu desejar manter a comunicação com o paciente		
	<b>RT</b>	The physician seemed to want to maintain communication with the patient		
	<b>Pré-final</b>	<b>O(A) médico(a) pareceu desejar continuar a comunicação com o paciente</b>		

Fonte: A autora.

\*T1 - Tradução 1; \*T2 - Tradução 2; \*REC - Reconciliação; \*RT - Retrotradução; \*b - itens de codificação invertida.

Após o pré-teste e diante das considerações dos observadores, as coordenadoras da pesquisa e a coordenadora de linguagem substituíram as palavras “casual” (item F27) e “relaxado” (item C23) pelas palavras “descontraída” e “tranquilo(a)”, respectivamente (Quadro 5 e APÊNDICE E).

Quadro 3 - Escala original (RCS-O), reconciliação, retrotradução e versão pré-final (ECI-O)

	<b>Escala original (RCS-O)<sup>a</sup></b>	<b>Reconciliação<sup>a</sup></b>	<b>Retrotradução<sup>a</sup></b>	<b>Versão pré-final (ECI-O)<sup>a</sup></b>
<b>Título</b>	<i>Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O)</i>	Escala de Comunicação Relacional para <b>medida</b> Observacional das interações médico-paciente (ECR-O)	<i>Communicational Relations Scale for measuring Observations of the interaction between physician and patient (CRS-O)</i>	Escala de Comunicação Interpessoal para <b>avaliação</b> Observacional das interações médico-paciente (ECI-O)
<b>Domínio I</b>	<b><i>Immediacy/affection (Intimacy I) (IA)</i></b>	<b>Relação imediata/afeição (Intimidade I) (IA)</b>	<b><i>Affective relations (Intimacy I) (IA)</i></b>	<b>Relação imediata/afeição (Intimidade I) (IA)</b>
	<b><i>IA1 – The physician was intensely involved in the conversation with the patient</i></b>	<b>IA1 – O médico estava intensamente envolvido na conversa com o paciente</b>	<b><i>IA1 – The physician was intensely involved in conversation with the patient</i></b>	<b>IA1 – O(A) médico(a) estava intensamente envolvido(a) na conversa com o(a) paciente</b>
	<b><i>IA2 – The physician did not want a deeper relationship with the patient<sup>b</sup></i></b>	<b>IA2 – O médico não quis uma relação mais aprofundada com o paciente<sup>b</sup></b>	<b><i>IA2 – The physician did not want a more intimate relation with the patient<sup>b</sup></i></b>	<b>IA2 – O(A) médico(a) não quis estabelecer uma relação mais próxima com o(a) paciente<sup>b</sup></b>
	<b><i>IA3 – The physician was not attracted to the patient<sup>b</sup></i></b>	<b>IA3 – O médico não estava interessado no paciente<sup>b</sup></b>	<b><i>IA3 – The physician was not interested in the patient<sup>b</sup></i></b>	<b>IA3 – O(A) médico(a) não estava interessado(a) no(a) paciente<sup>b</sup></b>
	<b><i>IA4 – The physician found the conversation stimulating</i></b>	<b>IA4 – O médico achou a conversa <b>estimulante</b></b>	<b><i>IA4 – The physician found the conversation stimulating</i></b>	<b>IA4 – O(A) médico(a) achou a conversa <b>empolgante</b></b>
	<b><i>IA5 – The physician communicated coldness rather than warmth<sup>b</sup></i></b>	<b>IA5 – O médico comunicou-se friamente ao invés de calorosamente<sup>b</sup></b>	<b><i>IA5 – The physician communicated in a cold way, rather than warmly<sup>b</sup></i></b>	<b>IA5 – O(A) médico(a) transmitiu frieza ao invés de cordialidade<sup>b</sup></b>
	<b><i>IA6 – The physician created a sense of distance between he/she and the patient<sup>b</sup></i></b>	<b>IA6 – O médico criou uma <b>sensação de distância</b> entre ele e o paciente<sup>b</sup></b>	<b><i>IA6 – The physician kept distance between himself and the patient<sup>b</sup></i></b>	<b>IA6 – O(A) médico(a) <b>criou um distanciamento</b> entre ele(a) e o(a) paciente<sup>b</sup></b>
	<b><i>IA7 – The physician acted as if he/she was bored<sup>b</sup></i></b>	<b>IA7 – O médico agiu como se ele estivesse entediado<sup>b</sup></b>	<b><i>IA7 – The physician acted as if he were bored<sup>b</sup></i></b>	<b>IA7 – O(A) médico(a) agiu como se ele(a) estivesse entediado(a)<sup>b</sup></b>
	<b><i>IA8 – The physician was interested in talking to the patient</i></b>	<b>IA8 – O médico estava interessado em conversar com o paciente</b>	<b><i>IA8 – The physician was interested in conversing with the patient</i></b>	<b>IA8 – O(A) médico(a) estava interessado(a) em conversar com o(a) paciente</b>
	<b><i>IA9 – The physician showed enthusiasm while talking with the patient</i></b>	<b>IA9 – O médico demonstrou entusiasmo enquanto conversava com o paciente</b>	<b><i>IA9 – The physician demonstrated enthusiasm as he conversed with the patient</i></b>	<b>IA9 – O(A) médico(a) demonstrou entusiasmo enquanto conversava com o(a) paciente</b>
<b>Domínio II</b>	<b><i>Similarity/depth (Intimacy II) (SD)</i></b>	<b>Semelhança/profundidade (Intimidade II) (SP)</b>	<b><i>Similarity/depth (Intimacy II) (SD)</i></b>	<b>Semelhança/profundidade (Intimidade II) (SP)</b>
	<b><i>SD10 – The physician made the patient feel that they were similar to he/she</i></b>	<b>SP10 – O médico fez com que o paciente sentisse que eles eram semelhantes</b>	<b><i>SD10 – The physician made the patient feel that he and the physician were similar</i></b>	<b>SP10 – O(A) médico(a) fez com que o(a) paciente sentisse que eles(as) eram semelhantes</b>

	Escala original (RCS-O) <sup>a</sup>	Reconciliação <sup>a</sup>	Retrotradução <sup>a</sup>	Versão pré-final (ECI-O) <sup>a</sup>
	<i>SD11 – The physician tried to move the conversation to a deeper level</i>	<b>SP11</b> – O médico tentou direcionar a conversa <b>a um nível mais aprofundado</b>	<i>SD11 – The physician tried to direct the conversation toward more depth</i>	<b>SP11</b> – O(A) médico(a) tentou direcionar a conversa <b>para aprofundar no assunto</b>
	<i>SD12 – The physician acted like he/she and the patient were good friends</i>	<b>SP12</b> – O médico agiu como se ele e o paciente fossem bons amigos	<i>SD12 – The physician acted as if he and the patient were good friends</i>	<b>SP12</b> – O(A) médico(a) agiu como se ele(a) e o(a) paciente fossem bons(as) amigos(as)
	<i>SD13 – The physician seemed to desire further communication with the patient</i>	<b>SP13</b> – O médico pareceu <b>desejar manter a comunicação</b> com o paciente	<i>SD13 – The physician seemed to want to maintain communication with the patient</i>	<b>SP13</b> – O(A) médico(a) pareceu <b>querer continuar a comunicação</b> com o(a) paciente
	<i>SD14 – The physician seemed to care if the patient liked him/her or not</i>	<b>SP14</b> – O médico pareceu se importar se o paciente gostou dele ou não	<i>SD14 – The physician seemed to care whether the patient liked him or not</i>	<b>SP14</b> – O(A) médico(a) pareceu se importar se o(a) paciente gostou dele(a) ou não
	<b>Receptivity/trust (Intimacy III) (RT)</b>	<b>Receptividade/confiança (Intimidade III) (RC)</b>	<b>Receptivity/confidence (Intimacy III) (RT)</b>	<b>Receptividade/confiança (Intimidade III) (RC)</b>
	<i>RT15 – The physician was sincere</i>	<b>RC15</b> – O médico foi sincero	<i>RT15 – The physician was sincere</i>	<b>RC15</b> – O(A) médico(a) foi sincero(a)
	<i>RT16 – The physician was interested in talking with the patient</i>	<b>RC16</b> – O médico estava interessado em conversar com o paciente	<i>RT16 – The physician was interested in conversing with the patient</i>	<b>RC16</b> – O(A) médico(a) estava interessado(a) em conversar com o(a) paciente
	<i>RT17 – The physician wanted the patient to trust him/her</i>	<b>RC17</b> – O médico quis que o paciente confiasse nele	<i>RT17 – The physician wanted the patient to have confidence in him</i>	<b>RC17</b> – O(A) médico(a) quis que o(a) paciente confiasse nele(a)
	<i>RT18 – The physician was willing to listen to the patient</i>	<b>RC18</b> – O médico estava disposto a ouvir o paciente	<i>RT18 – The physician was willing to listen to the patient</i>	<b>RC18</b> – O(A) médico(a) estava disposto(a) a ouvir o(a) paciente
	<i>RT19 – The physician was open to the patient's ideas</i>	<b>RC19</b> – O médico estava aberto às ideias do paciente	<i>RT19 – The physician was open to the patient's ideas</i>	<b>RC19</b> – O(A) médico(a) estava aberto às ideias do(a) paciente
	<i>RT20 – The physician was honest in communicating with the patient</i>	<b>RC20</b> – O médico foi honesto na comunicação com o paciente	<i>RT20 – The physician was honest in his communication with the patient</i>	<b>RC20</b> – O(A) médico(a) foi honesto(a) na comunicação com o(a) paciente
<b>Domínio III</b>				
	<b>Composure (C)</b>	<b>Compostura (C)</b>	<b>Composure (C)</b>	<b>Compostura (C)</b>
	<i>C21 – The physician felt very tense talking with the patient <sup>b</sup></i>	<b>C21</b> – O médico <b>sentiu-se muito tenso</b> ao conversar com o paciente <sup>b</sup>	<i>C21 – The physician felt very tense while talking with the patient <sup>b</sup></i>	<b>C21</b> – O(A) médico(a) <b>pareceu muito tenso(a)</b> ao conversar com o(a) paciente <sup>b</sup>
	<i>C22 – The physician was calm and poised with the patient</i>	<b>C22</b> – O médico estava calmo diante o paciente	<i>C22 – The physician was calm with the patient</i>	<b>C22</b> – O(A) médico(a) estava calmo(a) diante do(a) paciente
	<i>C23 – The physician felt very relaxed talking with the patient</i>	<b>C23</b> – O médico <b>sentiu-se</b> muito relaxado ao conversar com o paciente	<i>C23 – The physician felt very relaxed while conversing with the patient</i>	<b>C23</b> – O(A) médico(a) <b>pareceu</b> muito relaxado(a) ao conversar com o(a) paciente
	<i>C24 – The physician seemed nervous <sup>b</sup></i>	<b>C24</b> – O médico pareceu nervoso <sup>b</sup>	<i>C24 – The physician seemed nervous <sup>b</sup></i>	<b>C24</b> – O(A) médico(a) pareceu nervoso(a) <sup>b</sup>
	<i>C25 – The physician was comfortable interacting with the patient <sup>b</sup></i>	<b>C25</b> – O médico estava confortável ao interagir com o paciente	<i>C25 – The physician was comfortable while he was with the patient</i>	<b>C25</b> – O(A) médico(a) estava confortável ao interagir com o(a) paciente <sup>b</sup>
<b>Domínio IV</b>				
<b>Domínio V</b>	<b>Formality (F)</b>	<b>Formalidade (F)</b>	<b>Formality (F)</b>	<b>Formalidade (F)</b>

	<b>Escala original (RCS-O)<sup>a</sup></b>	<b>Reconciliação<sup>a</sup></b>	<b>Retrotradução<sup>a</sup></b>	<b>Versão pré-final (ECI-O)<sup>a</sup></b>
	<i><b>F26</b> – The physician made the interaction very formal</i>	<b>F26</b> – O médico interagiu com muita formalidade	<i><b>F26</b> – The physician interacted very formally</i>	<b>F26</b> – O(A) médico(a) interagiu com muita formalidade
	<i><b>F27</b> – The physician wanted the discussion to be casual<sup>b</sup></i>	<b>F27</b> – O médico quis que a discussão fosse casual <sup>b</sup>	<i><b>F27</b> – The physician wanted the discussion to be casual<sup>b</sup></i>	<b>F27</b> – O(A) médico(a) quis que a discussão fosse casual <sup>b</sup>
	<i><b>F28</b> – The physician wanted the discussion to be informal<sup>b</sup></i>	<b>F28</b> – O médico quis que a discussão fosse informal <sup>b</sup>	<i><b>F28</b> – The physician wanted the discussion to be informal<sup>b</sup></i>	<b>F28</b> – O(A) médico(a) quis que a discussão fosse informal <sup>b</sup>
	<b>Dominance (D)</b>	<b>Domínio (D)</b>	<b>Dominance (D)</b>	<b>Domínio (D)</b>
	<i><b>D29</b> – The physician attempted to persuade the patient</i>	<b>D29</b> – O médico tentou persuadir o paciente	<i><b>D29</b> – The physician was persuasive with the patient</i>	<b>D29</b> – O(A) médico(a) tentou persuadir o(a) paciente
	<i><b>D30</b> – The physician did not attempt to influence the patient<sup>b</sup></i>	<b>D30</b> – O médico não tentou influenciar o paciente <sup>b</sup>	<i><b>D30</b> – The physician did not try to influence the patient<sup>b</sup></i>	<b>D30</b> – O(A) médico(a) não tentou influenciar o(a) paciente <sup>b</sup>
<b>Domínio VI</b>	<i><b>D31</b> – The physician tried to control the interaction</i>	<b>D31</b> – O médico tentou controlar <b>a interação</b>	<i><b>D31</b> – The physician tried to control the interaction</i>	<b>D31</b> – O(A) médico(a) tentou controlar <b>a interação com o paciente</b>
	<i><b>D32</b> – The physician tried to gain the approval of the patient</i>	<b>D32</b> – O médico tentou obter a aprovação do paciente	<i><b>D32</b> – The physician tried to obtain the patient's approval</i>	<b>D32</b> – O(A) médico(a) tentou obter a aprovação do(a) paciente
	<i><b>D33</b> – The physician did not try to win the patient's favor<sup>b</sup></i>	<b>D33</b> – O médico não tentou obter a aprovação do paciente <sup>b</sup>	<i><b>D33</b> – The physician did not try to obtain the patient's confidence<sup>b</sup></i>	<b>D33</b> – O(A) médico(a) não tentou obter a aprovação do(a) paciente <sup>b</sup>
	<i><b>D34</b> – The physician had the upper hand in the conversation</i>	<b>D34</b> – O médico <b>dominou a conversação</b>	<i><b>D34</b> – The physician dominated the conversation</i>	<b>D34</b> – O(A) médico(a) <b>dominou a conversa</b>
<b>Obs<sup>a</sup></b>	<i>Items should be arranged randomly before administration of the instrument</i>	Os itens devem ser dispostos aleatoriamente antes da administração do instrumento	<i>Items should be arranged randomly before administration of the instrument</i>	Os itens devem ser dispostos aleatoriamente antes da administração do instrumento
<b>Obs<sup>b</sup></b>	<i>These items must be reverse-coded before analyzing data</i>	Esses itens devem estar com os códigos invertidos antes da análise dos dados	<i>These items must be reverse-coded before analyzing data</i>	Esses itens devem estar com os códigos invertidos antes da análise dos dados

Fonte: A autora.

Codificação do domínio [IA – intimidade/afeição (I), SP – similaridade/profundidade (II), RC – receptividade/confiança (III), C – compostura (IV) e D – domínio (VI)], seguido da codificação do item (de 1 a 34); palavras e expressões em negrito – ajustes realizados pela coordenadora de linguagem.

Quadro 4 - Categorias dos ajustes realizados no processo de tradução dos itens da ECI-O

Categoria do ajuste	Itens	Exemplos	
		Reconciliação	Versão final
*Convencionalidade Nível Pragmático	Título, C21, C23	<i>Título</i> – Escala de Comunicação Relacional para <b>medida</b> Observacional das interações médico-paciente (ECR-O)	<i>Título</i> – Escala de Comunicação Interpessoal para <b>avaliação</b> Observacional das interações médico-paciente (ECI-O)
		<b>C21</b> – O médico <b>sentiu-se muito tenso</b> ao conversar com o paciente <sup>b</sup>	<b>C21</b> – O(A) médico(a) <b>pareceu muito tenso(a)</b> ao conversar com o(a) paciente <sup>b</sup>
		<b>C23</b> – O médico <b>sentiu-se muito relaxado</b> ao conversar com o paciente	<b>C23</b> – O(A) médico(a) <b>pareceu muito tranquilo(a)</b> ao conversar com o(a) paciente
*Convencionalidade Nível Sintático (Combinabilidade)	IA2, IA5, IA6, D34	<b>IA2</b> – O médico não <b>quis</b> uma relação mais <b>aprofundada</b> com o paciente <sup>b</sup>	<b>IA2</b> – O(A) médico(a) não <b>quis estabelecer</b> uma relação mais <b>próxima</b> com o(a) paciente <sup>b</sup>
		<b>IA5</b> – O médico <b>comunicou-se</b> friamente ao invés de calorosamente <sup>b</sup>	<b>IA5</b> – O(A) médico(a) <b>transmitiu</b> frieza ao invés de cordialidade <sup>b</sup>
		<b>IA6</b> – O médico criou uma <b>sensação de distância</b> entre ele e o paciente <sup>b</sup>	<b>IA6</b> – O(A) médico(a) <b>criou um distanciamento</b> entre ele(a) e o(a) paciente <sup>b</sup>
		<b>D34</b> – O médico <b>dominou a conversação</b>	<b>D34</b> – O(A) médico(a) <b>teve controle sob a conversa</b>
*Ambiguidade/polissemia	IA2, IA4, IA5, SP13, C23	<b>IA4</b> – O médico achou a conversa <b>estimulante</b>	<b>IA4</b> – O(A) médico(a) achou a conversa <b>empolgante</b>
		<b>IA5</b> – O médico comunicou-se friamente ao invés de calorosamente <sup>b</sup>	<b>IA5</b> – O(A) médico(a) transmitiu frieza ao invés de <b>cordialidade</b> <sup>b</sup>
		<b>SP13</b> – O médico <b>pareceu desejar</b> manter a comunicação com o paciente	<b>SP13</b> – O(A) médico(a) <b>pareceu querer</b> continuar a conversa com o(a) paciente
		<b>C23</b> – O médico sentiu-se muito <b>relaxado</b> ao conversar com o paciente	<b>C23</b> – O médico <b>pareceu muito tranquilo (a)</b> ao conversar com o paciente
*Tradução literal	SP11	<b>SP11</b> – O médico tentou direcionar a conversa <b>a um nível mais aprofundado</b>	<b>SP11</b> – O(A) médico(a) tentou direcionar a conversa <b>para aprofundar no assunto</b>
*Compreensão	SP13, F27, D31	<b>SP13</b> – O médico <b>pareceu desejar manter a comunicação</b> com o paciente	<b>SP13</b> – O(A) médico(a) <b>pareceu querer continuar a conversa</b> com o(a) paciente
		<b>F27</b> – O médico quis que a discussão fosse <b>casual</b>	<b>F27</b> – O(A) médico quis que a discussão fosse <b>descontraída</b>
		<b>D31</b> – O médico tentou controlar a <b>interação</b>	<b>D31</b> – O(A) médico(a) tentou controlar a <b>interação com o paciente</b>

Fonte: A autora.

Codificação do domínio [IA – intimidade/afeição (I), SP – similaridade/profundidade (II), C – compostura (IV) e D – domínio (VI)], seguido da codificação do item (de 1 a 34); palavras e expressões em negrito – ajustes realizados.

Quadro 5 - Itens da versão pré-final, sugestões do pré-teste e versão final da escala ECI-O

Item pré-final	Sugestão do pré-teste	Item final
<i>IA1</i> – O(A) médico(a) estava <b>intensamente</b> envolvido(a) na conversa com o(a) paciente	<i>IA1</i> – O(A) médico(a) estava <b>bastante</b> envolvido(a) na conversa com o(a) paciente	<i>IA1</i> – O(A) médico(a) estava <b>intensamente</b> envolvido(a) na conversa com o(a) paciente
<i>SP13</i> – O(A) médico(a) pareceu querer continuar a <b>comunicação</b> com o(a) paciente	<i>SP13</i> – O(A) médico(a) pareceu querer continuar a <b>conversa</b> com o(a) paciente	<i>SP13</i> – O(A) médico(a) pareceu querer continuar a <b>comunicação</b> com o(a) paciente
<i>C23</i> – O(A) médico(a) pareceu muito <b>relaxado(a)</b> ao conversar com o(a) paciente	<i>C23</i> – O(A) médico(a) pareceu muito <b>tranquilo(a)</b> ao conversar com o(a) paciente	<i>C23</i> – O(A) médico(a) pareceu muito <b>tranquilo(a)</b> ao conversar com o(a) paciente
<i>F27</i> – O(A) médico(a) quis que a discussão fosse <b>casual</b> <sup>b</sup>	<i>F27</i> – O(A) médico(a) quis que a discussão fosse <b>descontraída</b> <sup>b</sup>	<i>F27</i> – O(A) médico(a) quis que a discussão fosse <b>descontraída</b> <sup>b</sup>

Fonte: A autora.

Codificação do domínio [IA – intimidade/afeição (I), SP – similaridade/profundidade (II), C – compostura (IV) e F – formalidade (V)], seguido da codificação do item (de 1 a 34); palavras em negrito – locais sugeridos para ajuste.

**6 DISCUSSÃO**

Ao que sabemos, este é o primeiro estudo realizado no Brasil, de tradução e adaptação cultural de um instrumento que ensina/avalia, médicos e estudantes de medicina, habilidades de comunicação interpessoal, com foco no comportamento não verbal. Os processos de tradução, em especial a etapa de adaptação cultural de um instrumento com esse propósito, têm sua importância pautada na diversidade semântica do comportamento existente entre os povos. As culturas possuem valores e padrões sociais, religiosos, morais e políticos diferentes para organizar o comportamento social e seus padrões de comunicação podem revelar essas diferenças (BURGOON; BULLER; WOODALL, 1996).

Baseado em nossos resultados, ressaltamos a importância dos ajustes relativos a convencionalidade e daqueles relacionados à característica polissêmica de algumas palavras e expressões, especialmente aquelas indicando intimidade na relação médico-paciente.

Entendemos por convencionalidade aquilo “que é de uso ou praxe; ou consolidado pelo uso ou pela prática” ou “que obedece a padrões aceitos; não original, comum” (HOUAISS, 2009). É a relação arbitrária da palavra e seu significado. Quando falamos em combinalidade, nos referimos a faculdade que os elementos linguísticos têm de se combinar (existem palavras que se associam de forma tão natural que a única explicação possível é de que essa associação tenha sido consagrada pelo uso) (TAGNIN, 2013). Em nosso estudo, as alterações nessa categoria objetivaram encontrar palavras/expressões mais comumente utilizadas na língua portuguesa do Brasil, bem como assegurar que a versão final fosse um instrumento composto de itens compatíveis com o uso pragmático do instrumento.

Exemplo desse ajuste pode ser encontrado no item D34, “O(A) médico(a) teve controle sob a conversa”. Embora as palavras “conversa” e “conversa” possam ser sinônimos, “conversa” é muito mais comum entre os falantes. Conversação, ademais, é empregado frequentemente num contexto de ensino de idiomas.

No caso da polissemia/ambiguidade definimos por: “multiplicidade de significados de uma palavra; característica do que é ambíguo, do que apresenta vários sentidos” (AULETE, 2011). As modificações nessa categoria foram feitas em virtude de um dos significados das palavras presentes nos itens carregarem consigo uma conotação sexual ou pejorativa, principalmente naqueles pertencentes aos domínios de intimidade. Sabemos que a relação médico-paciente é íntima por



natureza, pois intimidade se refere à revelação do que é mais íntimo e pertence ao nosso eu, aqueles aspectos de nosso ser mais estreitamente ligados ao nosso senso de identidade (YEO; LONGHURST, 1996). Por esse motivo, é importante assegurar que essa intimidade não seja confundida com atração sexual, especialmente quando lidamos com uma escala de ensino/avaliação de habilidades de comunicação não verbal na relação médico-paciente.

A palavra "desejo" (item SP13) pode ilustrar problemas relacionados à polissemia no ensino e avaliação de habilidades de comunicação não verbal. O verbo possui uma característica ambígua, tanto no português do Brasil quanto em inglês e significa (1) querer algo; desejar algo e (2) ser sexualmente atraído por alguém (HORNBY et al., 2015). Isso explica nossa escolha pelo verbo "querer" no lugar de "desejar" na ECI-O.

Da mesma forma, devido aos significados polissêmicos no português do Brasil, decidimos mudar as palavras "relaxado" (item C23) e "casual" (item F27). Em inglês, "relaxado" é um adjetivo que representa conceitos de ser calmo, não ansioso ou despreocupado (HORNBY et al., 2015, grifo do autor) e não tem a conotação pejorativa de descuido ou descontentamento por parte do médico em relação ao paciente, como pode ser na língua portuguesa (AULETE, 2011). "Casual", pelo contrário, é também uma palavra polissêmica em inglês e escolhemos o adjetivo "descontraída" para transmitir a conotação não formal pretendida pela escala.

A ECI-O é um instrumento utilizado por um terceiro observador que, no seu âmbito pragmático, tem como objetivo ensinar e avaliar as competências de comunicação não verbal dos médicos e estudantes de medicina. Portanto, é de suma importância que a versão final, culturalmente adaptada seja de entendimento claro e de fácil aplicação, como é o caso da versão final encontrada.

Observamos como pontos fortes em nosso estudo, o fato de ser um tema atual, inédito e desenvolvido com uma metodologia bastante rigorosa. Notamos como limitações o fato de ser um instrumento examinador dependente e de necessitar de outros estudos de validação para a língua portuguesa.

## **7 CONCLUSÃO**

O processo de tradução e adaptação cultural da RCS-O resultou em um instrumento adequado, a ECI-O. A escala poderá ser introduzida como instrumento de ensino e avaliação das habilidades de comunicação interpessoal nas escolas médicas do país. Estudos de validação devem elucidar os parâmetros psicométricos dos itens e domínios da versão brasileira, em especial aqueles ajustados por questões culturais relacionadas à intimidade na relação médico-paciente.

Esperamos que esse estudo possa encorajar educadores na saúde no Brasil e em outros países (especialmente não latinos) a investirem no ensino e avaliação das habilidades de comunicação não verbais, a fim de que assuntos relacionados aos componentes culturais da comunicação possam ser melhor elucidados.

**REFERÊNCIAS**

- ABDALLA, I. G. et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, supl. 1, p. 44–52, 2009.
- AMBADY, N. et al. Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. **Psychology and Aging**, Washington, v. 17, n. 3, p. 443–452, set. 2002.
- APPLBAUM, R. L. Intra-rater reliability: A function of scale complexity and rater training? **Central States Speech Journal**, Lafayette, v. 25, n. 4, p. 277–281, Dec. 1974.
- ARMSTRONG, J. **Delphi Decision Aid**. Philadelphia: The Wharton School, University of Pennsylvania, 2003.
- AULETE, C. **Novíssimo Aulete**. Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Lexikon, 2011.
- BARTLETT, E. E. et al. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. **Journal of Chronic Diseases**, Oxford, v. 37, n. 9–10, p. 755–764, 1984.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 15 Dec. 2000.
- BENSING, J. M.; DRONKERS, J. Instrumental and affective aspects of physician behavior. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 4, p. 283–298, Apr. 1992.
- BERTAKIS, K. D.; CALLAHAN, E. J. A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code. **Family Medicine**, Kansas City, v. 24, n. 4, p. 307–311, June 1992.
- BERTAKIS, K. D.; ROTER, D.; PUTNAM, S. M. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 32, n. 2, p. 175–181, Feb. 1991.
- BOON, H.; STEWART, M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. **Patient Education and Counseling**, Princenton, v. 35, n. 3, p. 161–176, 1 Nov. 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 4, de 78 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de julho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF, 2014.

BURCHARD, K. W.; ROWLAND-MORIN, P. A. A new method of assessing the interpersonal skills of surgeons. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, Philadelphia, v. 65, n. 4, p. 274–276, Apr. 1990.

BURGOON, J. K.; HALE, J. L. The fundamental topoi of relational communication. **Communication Monographs**, Falls Church, 51, n. 3, p. 193–214, Sept. 1984.

BURGOON, J. K.; HALE, J. L. Validation and measurement of the fundamental themes of relational communication. **Communication Monographs**, Falls Church, v. 54, n. 1, p. 19–41, 1 Mar. 1987.

BURGOON, J. K.; BULLER, D. B.; WOODALL, W. G. **Nonverbal communication: the unspoken dialogue**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1996.

BURGOON, J. K.; GUERRERO, L. K.; FLOYD, K. **Nonverbal Communication**. New York: Routledge, 2016.

CALLAHAN, E. J.; BERTAKIS, K. D. A comparison of physician-patient interaction at fee-for-service and HMO sites. **Family Practice Research Journal**, New York, v. 13, n. 2, p. 171–178, June 1993.

CALLAHAN, E. J.; BERTAKIS, K. D. Development and validation of the Davis Observation Code. **Family Medicine**, Kansas City, v. 23, n. 1, p. 19–24, Jan. 1991.

CAMPBELL, L. M.; HOWIE, J. G.; MURRAY, T. S. Summative assessment: a pilot project in the west of Scotland. **The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 43, n. 375, p. 430–434, Oct. 1993.

CAMPBELL, L. M.; HOWIE, J. G.; MURRAY, T. S. Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. **The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 45, n. 392, p. 137–141, Mar. 1995.

CAMPBELL, L. M.; MURRAY, T. S. Summative assessment of vocational trainees: results of a 3-year study. **The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 46, n. 408, p. 411–414, July 1996.

CARRIÓ, F. B. **Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARTER, W. B. et al. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: II. Identifying effective provider and patient behavior. **Medical Care**, Philadelphia, v. 20, n. 6, p. 550–566, June 1982.

D'AGOSTINO, T. A.; BYLUND, C. L. The Nonverbal Accommodation Analysis System (NAAS): initial application and evaluation. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 85, n. 1, p. 33–39, Oct. 2011.

D'AGOSTINO, T. A.; BYLUND, C. L. Nonverbal accommodation in health care communication. **Health Communication**, London, v. 29, n. 6, p. 563–573, 2014.

DEL PICCOLO, L.; FINSET, A. Assessment of nonverbal communication in clinical encounters: many methodological approaches, but no gold standard. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 86, n. 3, p. 279–280, Mar. 2012.

DIMATTEO, M. R.; HAYS, R. D.; PRINCE, L. M. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. **Health Psychology**, New York, v. 5, n. 6, p. 581–594, 1986.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, New York, v. 196, n. 4.286, p. 129–136, 8 Apr. 1977.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 2, p. 226–235, 9 Jan. 2002.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Evaluation & the Health Professions**, Baltimore, v. 28, n. 2, p. 212–232, June 2005.

EVANS, B. J. et al. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. **The British Journal of Medical Psychology**, London, v. 60, pt. 4, p. 373–378, Dec. 1987.

GALLAGHER, T. J.; HARTUNG, P. J.; GREGORY, S. W. Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 45, n. 3, p. 211–218, 1 Dec. 2001.

GALLAGHER, T. J. et al. Further analysis of a doctor-patient nonverbal communication instrument. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 57, n. 3, p. 262–271, June 2005.

GENERAL MEDICAL COUNCIL (Great Britain). **Tomorrow's doctors**. London, 2009.

GORAWARA-BHAT, R.; COOK, M. A.; SACHS, G. A. Nonverbal communication in doctor-elderly patient transactions (NDEPT): development of a tool. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 66, n. 2, p. 223–234, May 2007.

GRAYSON, M.; NUGENT, C.; OKEN, S. L. A systematic and comprehensive approach to teaching and evaluating interpersonal skills. **Journal of Medical Education**, Tehran, v. 52, n. 11, p. 906–913, Nov. 1977.

GRIFFITH, C. H. et al. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 18, n. 3, p. 170–174, Mar. 2003.

- GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 301–308, 2008.
- HAIR JR., J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009.
- HALL, J. A.; HARRIGAN, J. A.; ROSENTHAL, R. Nonverbal behavior in clinician—patient interaction. **Applied and Preventive Psychology**, New York: v. 4, n. 1, p. 21–37, Dec. 1995.
- HALL, J. A.; ROTER, D. L.; KATZ, N. R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. **Medical Care**, Philadelphia, v. 26, n. 7, p. 657–675, July 1988.
- HARPER, C.; AJAO, A. Pendleton’s consultation model: assessing a patient. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 15, n. 1, p. 38–43, Jan. 2010.
- HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, n. 4, p. 1008–1015, Oct. 2000.
- HELPER, R.; HESS, J. An experimental model for making objective measurements of interviewing skills. **Journal of Clinical Psychology**, Brandon, v. 26, n. 3, p. 327–331, July 1970.
- HENRY, S. G. et al. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 86, n. 3, p. 297–315, Mar. 2012.
- HOJAT, M. et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. **Educational and Psychological Measurement**, Chicago, v. 61, n. 2, July 2001.
- HORNBY, A. S. et al. (Ed.). **Oxford advanced learner’s dictionary of current English**. 9th ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- HSU, C.; SANDFORD, B. The Delphi technique: making sense of consensus. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, [s.l.], v. 12, n. 10, p. 1–8, Aug. 2007.
- HULSMAN, R. L. et al. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. **Medical Education**, Oxford, v. 33, n. 9, p. 655–668, Sept. 1999.



IZARD, C. E. Innate and universal facial expressions: evidence from developmental and cross-cultural research. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 115, n. 2, p. 288–299, Mar. 1994.

KNAPP, M. L.; HALL, J. A. **Comunicação não-verbal na interação humana**. São Paulo: JSN, 1999.

KRAAN, H. F. **The Maastricht History-taking and Advice Checklist**: Studies of Instrumental Utility. [S.l.]: Lundbeck, 1987.

KRAAN, H. F. et al. To what extent are medical interviewing skills teachable? **Medical Teacher**, London, v. 12, n. 3–4, p. 315–328, 1990.

KRUPAT, E.; YEAGER, C. M.; PUTNAM, S. Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. **Psychology & Health**, New York, v. 15, p. 707–719, Sept. 2000.

KURTZ, S. M.; SILVERMAN, J. D. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. **Medical Education**, Oxford, v. 30, n. 2, p. 83–89, Mar. 1996.

LARSEN, K.; SMITH, C. Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 12, n. 3, p. 481–488, Mar. 1981.

LEVINSON, W.; ROTER, D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 8, n. 6, p. 318–324, June 1993.

LEVINSON, W.; ROTER, D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 10, n. 7, p. 375–379, July 1995.

LITTLE, P. et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, v. 322, n. 7284, p. 468–472, 24 Feb. 2001.

MAKOUL, G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 45, n. 1, p. 23–34, Oct. 2001.

MAKOUL, G.; ARNTSON, P.; SCHOFIELD, T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. **Social Science & Medicine (1982)**, Oxford, v. 41, n. 9, p. 1241–1254, Nov. 1995.

- MAKOUL, G.; SCHOFIELD, T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 37, n. 2, p. 191–195, June 1999.
- MARCO, M. A. D. et al. Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 683–693, Sept. 2013.
- MAST, M. S. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 67, n. 3, p. 315–318, Aug. 2007.
- MATSUMOTO, D.; HWANG, H. C. The cultural bases of nonverbal communication. In: MATSUMOTO, D.; HWANG, H. C.; FRANK, M. G. (Ed.). **APA handbook of nonverbal communication**. APA handbooks in psychology. Washington, DC: American Psychological Association, 2016. p. 77–101.
- THE MEDICAL SCHOOLS OBJECTIVES WRITING GROUP. Learning objectives for medical student education--guidelines for medical schools: report I of the Medical School Objectives Project. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, Philadelphia, v. 74, n. 1, p. 13–18, 1999.
- MEHRABIAN, A. Inference of attitudes from the posture, orientation, and distance of a communicator. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Arlington, v. 32, n. 3, p. 296–308, June 1968.
- MISTRY, H. et al. Veiled communication: is uncovering necessary for psychiatric assessment? **Transcultural Psychiatry**, London, v. 46, n. 4, p. 642–650, Dec. 2009.
- MOLINUEVO, B. et al. How we train undergraduate medical students in decoding patients' nonverbal clues. **Medical Teacher**, London, v. 33, n. 10, p. 804–807, 2011.
- MOORHEAD, R.; WINEFIELD, H. Teaching counselling skills to fourth-year medical students: a dilemma concerning goals. **Family Practice**, Oxford, v. 8, n. 4, p. 343–346, Dec. 1991.
- NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262–270, June 2009.
- ONG, L. M. L. et al. Doctor-patient communication: A review of the literature. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 40, n. 7, p. 903–918, Apr. 1995.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492–499, Dec. 2008.

- PARO, H. B. M. S. et al. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, [s.l.], v. 12, p. 73, 9 Aug. 2012.
- PENDLETON, D. **The Consultation**: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- PEREIRA, C. M. A. S. et al. Cross-cultural validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). **Patient Education and Counseling**, Princton, v. 91, n. 1, p. 37–43, Apr. 2013.
- RECTOR, M.; ALUIZIO, T. **Comunicação não-verbal**: a gestualidade brasileira. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 93–102, June 2006.
- ROTER, D. L. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. **Patient Education and Counseling**, Princton, v. 39, n. 1, p. 5–15, Jan. 2000.
- ROTER, D. L. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. **Health Education Monographs**, San Francisco, v. 5, n. 4, p. 281–315, 1977.
- ROTER, D. L.; HALL, J. A. **Doctors Talking with Patients/patients Talking with Doctors**: Improving Communication in Medical Visits. [S.l.]: Greenwood Publishing Group, 2006.
- ROTER, D. L.; LARSON, S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. **Patient Education and Counseling**, Princton, v. 46, n. 4, p. 243–251, 1 Apr. 2002.
- ROTER, D. L.; HALL, J. A.; KATZ, N. R. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. **Medical Care**, Philadelphia, v. 25, n. 5, p. 437–451, May 1987.
- ROTER, D. L.; LIPKIN, M.; KORSGAARD, A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. **Medical Care**, Philadelphia, v. 29, n. 11, p. 1083–1093, Nov. 1991.
- ROTER, D. L. et al. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. **Archives of Internal Medicine**, v. 155, n. 17, p. 1877–1884, 25 Sept. 1995.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. **Doctors in society**: medical professionalism in a changing world ; report of a working party. London, Dec. 2005.

RUIZ MORAL, R. et al. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. **Atención Primaria**, [s.l.], v. 27, n. 7, p. 469–477, 1 jan. 2001.

RUPERTO, N. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology. **Clinical and Experimental Rheumatology**, Pisa, v. 19, n. 4, suppl. 23, p. S1-9, Aug. 2001.

RUSSELL, J. A. Facial expressions of emotion: what lies beyond minimal universality? **Psychological Bulletin**, Washington, v. 118, n. 3, p. 379–391, Nov. 1995.

SCHOUTEN, B. C.; MEEUWESSEN, L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 64, n. 1–3, p. 21–34, Dec. 2006.

SCHOFIELD, T; ARNSTSON, P. A model for teaching doctor-patient communication during residency. In: STEWART, M.; ROTER, D. (Ed.). **Communicating with Medical Patients**. Newbury Park: SAGE Publications, 1989. p. 138–152.

SIBILLE, K.; GREENE, A.; BUSH, J. P. Preparing Physicians for the 21 Century: Targeting Communication Skills and the Promotion of Health Behavior Change. **Annals of Behavioral Science and Medical Education**: Journal of the Association for the Behavioral Sciences and Medical Education, McLean, v. 16, n. 1, p. 7–13, Spring 2010.

SIMMENROTH-NAYDA, A. et al. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. **International Journal of Medical Education**, [United Kingdom], v. 5, p. 212–218, 6 Dec. 2014.

SMITH, R. C. The Patient's Story: Integrating the Patient- and Physician-centered Approaches to Interviewing. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 115, n. 6, p. 470, 15 Sept. 1991.

SMITH, R. C. et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 128, n. 2, p. 118–126, 15 Jan. 1998.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 49, n. 9, p. 796–804, Sept. 2000.

STILLMAN, P. L.; SABERS, D. L.; REDFIELD, D. L. The use of paraprofessionals to teach interviewing skills. **Pediatrics**, Springfield, v. 57, n. 5, p. 769–774, May 1976.

STILLMAN, P. L. et al. Assessing clinical skills of residents with standardized patients. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 105, n. 5, p. 762–771, Nov. 1986.

STILLMAN, P. L. et al. Construct Validation of the Arizona Clinical Interview Rating Scale. **Educational and Psychological Measurement**, Durham v. 37, n. 4, p. 1031–1038, 1 Dec. 1977a.

STILLMAN, P. L. et al. Six years of experience using patient instructors to teach interviewing skills. **Journal of Medical Education**, Tehan, v. 58, n. 12, p. 941–946, Dec. 1983.

STILLMAN, P. L. et al. Testing physical diagnosis skills with videotape. **Journal of Medical Education**, Tehan, v. 52, n. 11, p. 942–943, Nov. 1977b.

TAGNIN, S. E. O. **O jeito que a gente diz**. Barueri: Disal, 2013.

VAN THIEL, J.; KRAAN, H. F.; VAN DER VLEUTEN, C. P. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist. **Medical Education**, Oxford, v. 25, n. 3, p. 224–229, May 1991.

WHITEHOUSE, C. R. The teaching of communication skills in United Kingdom medical schools. **Medical Education**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 311–318, July 1991.

WILLIAMS, S.; HARRICHARAN, M.; SA, B. Nonverbal Communication in a Caribbean Medical School: “Touch Is a Touchy Issue”. **Teaching and Learning in Medicine**, Mahwah, v. 25, n. 1, p. 39–46, Jan. 2013.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. **WFME global standards for quality improvement**. Copenhagen, 2003.

YEO, M.; LONGHURST, M. Intimacy in the patient-physician relationship. Committee on Ethics of the College of Family Physicians of Canada. **Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien**, [s.l.], v. 42, p. 1505–1508, Aug. 1996.



## APÊNDICE A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

### APÊNDICE A.1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ESTUDANTE DE MEDICINA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação do estudo: “Ensino e avaliação das habilidades de comunicação e atitudes dos estudantes de medicina na relação médico-paciente”

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação e validação linguística para a cultura brasileira de duas escalas utilizadas para avaliar as habilidades de comunicação do estudante de medicina e do residente durante a entrevista médica: a *Four Habits Coding Scheme (4HCS)* e a *Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O)*.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder a um questionário referente aos seus dados sócio-demográficos (Questionário sócio-demográfico) e a dois questionários sobre sua opinião acerca da relação médico-paciente (Escala Jefferson de Empatia e Escala de Orientação Médico-Paciente). Gostaríamos, ainda, de solicitar sua permissão para gravarmos sua entrevista médica para posterior avaliação. A consulta será gravada em dois momentos distintos: no momento da anamnese (coleta da história) e no momento do fechamento da consulta. O exame físico não será gravado.

Apesar dos pesquisadores envolvidos comprometerem-se com o uso das imagens apenas para a finalidade da pesquisa e responsabilizarem-se pela não divulgação dos seus dados de identificação e das suas imagens, o uso de câmeras filmadoras poderá trazer algum tipo de desconforto aos sujeitos envolvidos. Para minimizar tais riscos, a câmera utilizada para o registro das consultas será posicionada por meio de tripé, de maneira a não evidenciar o rosto dos pacientes e a dispensar a presença de um observador externo. Após a análise das consultas por dois observadores independentes, as imagens serão desgravadas. Para procedermos à validação das escalas traduzidas, será necessário correlacionarmos os escores dos observadores independentes com a opinião do paciente a respeito do seu comportamento durante a consulta. Você não terá acesso às informações que os pacientes fornecerão nos questionários.

Não haverá qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro. A participação nesta pesquisa é independente de suas atividades curriculares na instituição, que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações e imagens prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a comunicação do estudante de medicina e do residente na relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a efetividade da relação médico-paciente, com melhores taxas de sucesso de tratamentos, menores custos para o sistema de saúde e maior satisfação para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la. Você poderá desistir de participar do projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

A pesquisadora responsável por este projeto é a Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Renata Rodrigues Catani, Emiliana dos Santos Valadares ou Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, na secretaria do Programa de Pós-graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320, fone: (34) 3218-2389. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.

Uberlândia, de de 2016.

-----  
Assinatura dos pesquisadores

**Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa



## APÊNDICE A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

### APÊNDICE A.2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O MÉDICO RESIDENTE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação do estudo: “Ensino e avaliação das habilidades de comunicação e atitudes dos estudantes de medicina na relação médico-paciente”

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação e validação linguística para a cultura brasileira de duas escalas utilizadas para avaliar as habilidades de comunicação do estudante de medicina e do residente durante a entrevista médica: a *Four Habits Coding Scheme* (4HCS) e a *Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions* (RCS-O).

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder a um questionário referente aos seus dados sócio-demográficos (Questionário sócio-demográfico) e a dois questionários sobre sua opinião acerca da relação médico-paciente (Escala Jefferson de Empatia e Escala de Orientação Médico-Paciente). Gostaríamos, ainda, de solicitar sua permissão para gravarmos sua entrevista médica para posterior avaliação. A consulta será gravada em dois momentos distintos: no momento da anamnese (coleta da história) e no momento do fechamento da consulta. O exame físico não será gravado.

Apesar dos pesquisadores envolvidos comprometerem-se com o uso das imagens apenas para a finalidade da pesquisa e responsabilizarem-se pela não divulgação dos seus dados de identificação e das suas imagens, o uso de câmeras filmadoras poderá trazer algum tipo de desconforto aos sujeitos envolvidos. Para minimizar tais riscos, a câmera utilizada para o registro das consultas será posicionada por meio de tripé, de maneira a não evidenciar o rosto dos pacientes e a dispensar a presença de um observador externo. Após a análise das consultas por dois observadores independentes, as imagens serão desgravadas. Para procedermos à validação das escalas traduzidas, será necessário correlacionarmos os escores dos observadores independentes com a opinião do paciente a respeito do seu comportamento durante a consulta. Você não terá acesso às informações que os pacientes fornecerão nos questionários.

Não haverá qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro. A participação nesta pesquisa é independente de suas atividades curriculares na instituição, que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações e imagens prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a comunicação do estudante de medicina e do residente na relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a efetividade da relação médico-paciente, com melhores taxas de sucesso de tratamentos, menores custos para o sistema de saúde e maior satisfação para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la. Você poderá desistir de participar do projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

A pesquisadora responsável por este projeto é a Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Renata Rodrigues Catani, Emiliana dos Santos Valadares ou Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, na secretaria do Programa de Pós-graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320, fone: (34) 3218-2389. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.

Uberlândia, de de 2016.

-----  
Assinatura dos pesquisadores

**Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

## APÊNDICE A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

### APÊNDICE A.3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação do estudo: “Ensino e avaliação das habilidades de comunicação e atitudes dos estudantes de medicina na relação médico-paciente”

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação e validação linguística para a cultura brasileira de duas escalas utilizadas para avaliar as habilidades de comunicação do estudante de medicina e do residente durante a entrevista médica: a *Four Habits Coding Scheme (4HCS)* e a *Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O)*.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para permitir a gravação da sua entrevista médica para posterior avaliação. A consulta será gravada em dois momentos diferentes: no momento da anamnese (coleta da história) e no momento do fechamento da consulta. O exame físico não será gravado. Pedimos ainda a sua colaboração para responder um questionário sobre a sua opinião a respeito do comportamento do estudante de medicina ou residente durante a sua consulta (escala CARE).

Apesar dos pesquisadores envolvidos comprometerem-se com o uso das imagens apenas para a finalidade da pesquisa e responsabilizarem-se pela não divulgação dos seus dados de identificação e das suas imagens, o uso de câmeras filmadoras poderá trazer algum tipo de desconforto aos sujeitos envolvidos. Para minimizar tais riscos, a câmera utilizada para o registro das consultas será posicionada por meio de tripé, de maneira a não evidenciar o rosto dos pacientes e a dispensar a presença de um observador externo. Após a análise das consultas por dois observadores independentes, as imagens serão desgravadas. O estudante de medicina ou residente não terá acesso às informações que você fornecerá no questionário.

Não haverá qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro. A participação nesta pesquisa é independente de suas atividades na instituição, que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações e imagens prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.



## APÊNDICE B – Convite aos revisores independentes

**De:** Delphi Decision Aid <[delphi@armstrong.wharton.upenn.edu](mailto:delphi@armstrong.wharton.upenn.edu)>

**Enviado:** domingo, 8 de julho de 2015 22:09

**Para:** (email do revisor convidado)

**Assunto:** Delphi Decision Aid session invitation (ESCALA RCS-O)

Caro (a) (nome do revisor)!

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do processo de tradução da escala ***RELATIONAL COMMUNICATION SCALE FOR OBSERVATIONAL MEASUREMENT OF DOCTOR-PATIENT INTERACTIONS (RCS-O)***, a qual foi desenvolvida para ensinar e avaliar as habilidades de comunicação entre médicos e estudantes/residentes de Medicina.

Para facilitar o processo de tradução, faz-se necessário entender a estrutura e os objetivos da escala. Ela é constituída por 34 itens distribuídos em 6 dimensões.

Os itens são codificados por um observador externo e a pontuação é obtida em uma escala likert de sete pontos com variação de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente). Alguns itens são codificados de forma invertida (Burgoon and Hale, 1984).

A escala tem ênfase na comunicação não verbal, habilidade essencial para o compartilhamento de informações afetivas e emocionais na relação médico-paciente e é dividida da seguinte forma:

**Dimensão 1:** Immediacy/ Affection (Intimacy I)/ 9 itens - o quanto a proximidade ou distância do médico em relação ao paciente são expressadas;

**Dimensão 2:** Similarity/ depth (Intimacy II)/ 5 itens - o grau em que médico e paciente se sentem semelhantes ou diferentes;

**Dimensão 3:** Receptivity/trust (Intimacy III)/ 6 itens - o grau em que interesse e preocupação do médico em relação ao paciente, ou a falta dos mesmos, são expressados;

**Dimensão 4:** Composure/ 5 itens - o quanto o médico parece calmo ou ansioso;

**Dimensão 5:** Formality/ 3 itens - o grau em que a interação entre médico e paciente é formal ou descontraída;

**Dimensão 6:** Dominance/ 6 itens - o grau em que o poder de decisão na relação médico-paciente é compartilhado ou desigual;

A escala está sendo traduzida segundo protocolos internacionais de tradução. Estamos agora no 5º estágio do processo de tradução, que corresponde à definição por meio de consenso entre especialistas acerca da melhor tradução para os itens discordantes.

Foram feitas 2 traduções independentes (tradutores sem conhecimento da área médica);

A reconciliação dessas duas traduções foi realizada por um terceiro tradutor (tradutor com conhecimento da área médica);

A retrotradução do português para o inglês da versão reconciliada foi feita por um tradutor nativo sem conhecimento da área médica;

A retrotradução foi avaliada pela autora da escala original, que teceu comentários sobre a tradução quando encontrada alguma mudança de sentido ou inconsistência na retrotradução.

Após avaliação do processo e as observações da autora da escala, a melhor tradução de determinada palavra, expressão ou frase será decidida a partir da opinião dos revisores.

O consenso será obtido quando 80% dos revisores tiverem a mesma opinião sobre a tradução em questão. Assim, a avaliação da mesma tradução poderá ser necessária em mais de um momento (rounds). As justificativas, comentários e sugestões são de grande importância nesta fase do processo de revisão para a elaboração dos questionários subsequentes. Portanto, procure acrescentar seus comentários e sugestões para cada questão da escala.

\*\* A melhor tradução deve levar em conta a palavra com mais uso no Brasil.

Para participar o(a) sr(a) deverá fazer o login em

[http://armstrong.wharton.upenn.edu/delphi2/expert/expert\\_auth.php?ac=vhml8h&email=\(\(email do revisor\)\)&session=7047](http://armstrong.wharton.upenn.edu/delphi2/expert/expert_auth.php?ac=vhml8h&email=((email do revisor))&session=7047) usando o endereço de email para o qual este convite foi enviado.

Para acessar o site do Delphi o(a) sr(a) poderá clicar no link

[http://armstrong.wharton.upenn.edu/delphi2/expert/expert\\_auth.php?ac=vhml8h&email=\(\(email do revisor\)\)](http://armstrong.wharton.upenn.edu/delphi2/expert/expert_auth.php?ac=vhml8h&email=((email do revisor))) ou copiar e colar o endereço no seu browser.

Por favor faça seu login e responda às questões da sessão ATÉ 15/07/2015.

Seu tempo e disposição para participar são absolutamente apreciados. Caso tenha alguma pergunta por favor sinta-se à vontade para entrar em contato com EMILIANA VALADARES no email [valadaresemiliana@gmail.com](mailto:valadaresemiliana@gmail.com).

Guarde este email como referência para o caso de precisar da informação de seu login no futuro.

=====

Delphi e-mail system

(please do not reply to this email)

## APÊNDICE C – Manual de orientação para o uso da ECI-O

### MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA O USO DA ECI-O (ESCALA DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL PARA AVALIAÇÃO OBSERVACIONAL DAS INTERAÇÕES MÉDICO-PACIENTE)

A comunicação relacional ou interpessoal é, por definição, uma parte onipresente de encontros diários. As mensagens relacionais são compostas por expressões verbais e não verbais que indicam como duas ou mais pessoas se percebem, percebem seu relacionamento, ou se percebem dentro do contexto da relação. A ECI (Escala de Comunicação Interpessoal) é o produto de uma série de investigações iniciadas por Burgoon e Hale. Posteriormente, Gallagher e colaboradores realizaram uma adaptação da escala para uso observacional na relação médico paciente, a ECI-O. Composta de 34 itens, a ECI-O representa uma medida global das pistas de mensagens relacionais. O registro das impressões deve ser feito de forma rápida, considerando a primeira impressão obtida e os itens são pontuados em escala Likert de sete pontos variando de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (7) e distribuídos em seis dimensões:

- 1) **Intimidade I – relação imediata/afeição:** itens correspondem ao quanto a proximidade ou distanciamento entre médico(a) e paciente são expressados;
- 2) **Intimidade II – semelhança/profundidade:** itens contemplam o quanto médico(a) e paciente se sentem semelhantes ou diferentes;
- 3) **Intimidade III – receptividade/confiança:** itens se referem à expressão de interesse e preocupação ou à falta deles pelo(a) médico(a) em relação ao(à) paciente;
- 4) **Compostura:** itens se relacionam ao quanto o(a) médico(a) está calmo(a) ou ansioso(a); refletem o grau de excitação/tensão ou relaxamento/equilíbrio/calma;
- 5) **Formalidade:** itens correspondem ao quanto a relação entre médico(a) e paciente é formal (médico sistemático, prático e educado realizando a consulta de forma eficiente, sem perder tempo ou se distrair com preocupações pessoais ou com o paciente) ou informal/descontraída;
- 6) **Domínio:** itens contemplam o quanto o poder na interação entre médico(a) e paciente é compartilhado ou desigual; consideram expressões que variam de grau de controle da conversa, assertividade (objetividade, clareza, transparência), poder, persuasão e seus opostos;

#### SOBRE ENVOLVIMENTO

O grau de envolvimento do(a) médico(a) com o(a) paciente contempla os âmbitos cognitivo, emocional e comportamental da entrevista. Médicos(as) que estão envolvidos(as) na interação parecem interessados(as), atentos(as), alertas e responsivos(as) ao(à) paciente. Aqueles que não estão envolvidos parecem desinteressados, apáticos, distraídos, não sociáveis e desconectados. O nível de envolvimento é evidente através da linguagem verbal, tom de voz e linguagem corporal.

Como na linguagem verbal, um dado comportamento não verbal pode ter múltiplos significados. Nenhuma pista não verbal é uma ilha! Por exemplo, contato visual direto e duradouro pode ser sinal de intimidade, intimidação ou raiva. O que difere a interpretação são as outras atitudes não verbais associadas. Contato visual acompanhado de proximidade física, orientação do corpo em direção à pessoa, sorriso, aceno com a cabeça e toque gentil, é percebido como intimidade. Ao contrário, contato visual, proximidade física, orientação do corpo em direção à pessoa, caretas, apontar para o peito da outra pessoa é percebido como raiva ou intimidação.

Segundo Coker e Burgoon cinco dimensões do comportamento não verbal são relevantes na construção do envolvimento na relação interpessoal:

- **Proximidade imediata:** qualidade de algo que está acontecendo agora e é urgente e importante; estabelecer sensação de distância ou proximidade engloba comportamentos como frequência que encara o outro, orientação e movimentação do corpo em direção de ou afastando-se do outro e toque;

Exemplos de como pontuar os indicadores de proximidade: **orientação corporal** (1 - se rotação de 90 graus ou maior do médico em relação ao paciente; 4 - se rotação de 45 graus e 7 - se permanece de frente e olha diretamente p o paciente), **inclinação corporal** (7 – se o médico mantém sempre o corpo inclinado para frente; 4 – se o médico mantém o corpo perpendicular, nem para frente e nem para trás e 1 se o médico mantém o corpo sempre para trás), e **contato visual** (1 - se o médico evita totalmente olhar nos olhos do paciente e 7 - se o médico olha constantemente nos olhos do paciente);

- **Expressividade:** ato de expressar sentimentos e emoções; engloba atividades cinestésicas e vocais como animação facial, gesticulação (movimentação com as mãos, cabeça ou face para mostrar particular significado; algo que se faz ou diz para mostrar particular intenção ou sentimento) e variedade vocal em ritmo rápido que acompanha um estilo expressivo de comunicação;
- **Alterocentrismo:** contrário de egocentrismo; centralização no outro “alter” em vez da centralização no “ego” eu; é alterocêntrico quem é capaz de dar e receber e se centra no outro, ou visa um desejável equilíbrio entre os dois polos (eu e o outro);
- **Gestão da conversa:** inclui ações como curta latência de resposta, sincronia interacional e sons ou sinais que demonstram atenção na conversa promovendo assim, uma interação suave;
- **Relaxamento:** contempla indicadores como assimetria postural, ausência de gestos adaptativos e ausência de vocalizações nervosas que denotam um estado de não ansiedade.

Várias evidências científicas corroboram a importância da comunicação não verbal na relação médico-paciente. Segundo Harrigan e colaboradores médicos que mantêm contato visual e postura aberta são percebidos por seus pacientes como mais empáticos, interessados e cordiais. Em 1981 Weinberger e colaboradores observaram que, na fase de coleta das informações, havia uma relação positiva entre satisfação do paciente e comunicação não verbal médica (gestos, acenos e maior proximidade do paciente). Larsen e Smith demonstraram que contato visual, maior proximidade, orientação corporal do médico (mais inclinado em direção ao paciente) estão associados à maior satisfação e melhor entendimento por parte do paciente.



Ao considerarmos a literatura brasileira, Rector e Trinta produziram em 1985, uma documentação teórica e descritiva que proporciona uma visão geral da linguagem não verbal do brasileiro no aspecto gestual, levando em consideração o corpo como um todo. Foram observados os seguintes tópicos: acústico (linguagem verbal, paralinguagem e gestos audíveis), visual (gestos e posturas, uso do espaço, aparência física e mudanças térmicas), olfativo (odores do corpo e perfumes) e tátil (movimentos de contato e percepção cinestética). Nesta referência encontramos interpretações possíveis para determinadas formas de comunicação não verbal:

- **O olhar:** se fixo, esquivo, de esquelha, distante – informa sobre estados afetivos, sobre a vida interior; traduz um significado moral (franqueza, honestidade); dá indicação de dotes pessoais (inteligência, profundidade); pode indicar aversão em três situações – olhar lateral virando a cabeça completamente para o lado, olhar lateral virando a cabeça para um lado e movendo os olhos para um lado e olhar para baixo abaixando a cabeça ou os olhos verticalmente.
- **Os meneios de cabeça:** os movimentos de cabeça são importantes em especial para enfatizar a palavra; seu movimento pode acompanhar os pensamentos verbalmente expressos; cabeça erguida (em posição ereta demonstra segurança, mas o queixo elevado pode remeter à arrogância) ou baixa (dificuldades ou sentimento de culpa); rigidez; pescoço encolhido ou estirado; movimentos – pontuam frases (expressão verbal), acompanhando a entonação ou reforçando-a; substituem-se às formas verbais de afirmação ou negação (“sim”, “talvez” e “não”); balançar a cabeça verticalmente pode servir de estímulo ao paciente para que continue falando visto que demonstra atenção e aprovação enquanto o movimento horizontal demonstra negação, intransigência;
- **As mãos:** cruzam-se; colocam-se em repouso uma sobre a outra; dão socos no ar; abrem-se exibindo a palma; crispam-se (contraem-se em sinal de nervosismo) – remetem à palavra, duplicando-a; dão uma “imagem” do pensamento; registram a tensão, o medo ou a “à vontade” da pessoa; denunciam suas posições ou convicções; mãos fechadas ou apoiadas junto ao corpo são sinais de insegurança; justaposição das palmas das mãos busca reafirmar uma informação; mãos juntas em forma de “telhado” refletem segurança de si mesmo e do que está falando; mãos abertas com palmas para cima visa reforçar o que é dito ou ainda buscar inconscientemente por confirmação das próprias palavras; o aperto de mão contém, na ação inicial, tanto o pedido de acesso ao outro, como a oferta de si mesmo; o sentido das palmas das mãos também podem emitir significados como: palma para cima – solicitação que o interlocutor concorde, palma para baixo – solicitação de esfriamento dos ânimos, palma para trás – conforto moral geralmente usadas viradas para o peito e palma para o lado – mão estendida de um negociador;
- **Os gestos:** movimento dos braços, dos ombros e das mãos; a expressão corporal – o corpo “fala”; substituem a palavra ou realçam a expressão linguística, dando “vida” e “cor”; informam sobre estados afetivos; os brasileiros sempre acompanham com gestos o que dizem e são mais sóbrios ao gesticular do que os italianos, mas para um norte americano parecerá que gesticula muito. No Brasil, beija-se na face com grande liberdade e toca-se nas pessoas com mais desenvoltura, sem que isso tenha uma conotação sexual;
- **As posições do corpo:** peito inflado; busto erguido; posições das pernas; maneiras de sentar-se – informam acerca de características psicológicas da pessoa; informam

acerca do grau de segurança, desenvoltura, timidez; estatura moral posição hierárquica;

- **Os movimentos do corpo:** sentar-se; levantar-se; mexer-se (de pé ou sentado); bater com os pés; andar de um lado para o outro – registro de sensações de ordem geral, providas das formas em que se desdobra o “diálogo” (contentamento, perplexidade; irritação; ansiedade); bater o pé firme e ruidosamente no chão enfatiza comportamento violento transparecendo raiva e mau humor;
- **A mediação dos objetos:** “brincar” com lápis, com relógio, com óculos, com o próprio rosto, com botões da roupa; rabiscar – assim se procede para “liberar” a tensão; disfarçar a apreensão; serve à indicação de cansaço ou desinteresse; serve para indicar busca ou manutenção do controle; “brincar” constantemente com anel/aliança pode também ser sinal de envolvimento emocional na questão;
- **Os ruídos:** tosse; pigarro; “limpeza” da garganta; barulhinhos com a boca; suspiros; exclamações – intenção de manifestação fora de domínios escritos da palavra articulada;
- **As manifestações psicofisiológicas:** enrubescer; empalidecer; sentir “calores” ou calafrios; gaguejar; tremer; suar “frio”; crispas-se; ter respiração alterada – informam sobre condições psicológicas (normais ou anormais); forte emoção, medo, surpresa; assinalam transformações; perplexidade, desgosto, raiva.

## REFERÊNCIAS

- Burgoon JK, Hale JL. The fundamental topoi of relational communication. *Commun Monogr* 1984; 51:19-41.
- Burgoon JK, Hale JL. Validation and measurement of the fundamental themes of relational communication. *Commun Monogr* 1987; 54:19-41.
- Burgoon JK, Hale JL. Nonverbal expectancy violations: Model elaboration and application to immediacy behaviors. *Commun Monogr* 1988; 55:58-79.
- Burgoon JK, Le Poire BA. Nonverbal cues and interpersonal judgments: Participant and Observer perceptions of intimacy, dominance, composure and formality. *Commun Monogr* 1999; 66:105-124.
- Burgoon JK, Saine TJ. *The unspoken dialogue: An introduction to nonverbal communication*. Boston:Houghton-Mifflin; 1978.
- Coker DA, Burgoon JK. The nature of conversational involvement and nonverbal encoding patterns. *Human Communication Research*. 1987 Jun;13(4):463-94.
- Gallagher TJ, Hartung PJ, Gregory SW. Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. *Patient Educ Couns*. 2001 Dec 1;45(3):211-8.
- Gallagher TJ, Hartung PJ, Gerzina H, Gregory SW Jr, Merolla D. Further analysis of a doctor-patient nonverbal communication instrument. *Patient Educ Couns*. 2005 Jun;57(3):262-71.
- Hale JL, Burgoon JK, Householder B. (2005). The relational communication scale. *The sourcebook of nonverbal measures: Going beyond words*, 2005; 127-139.

Harrigan JA, Oxman TE, Rosenthal R. Rapport expressed through nonverbal behavior. *J Nonverbal Behav.* 1985 Jun;9(2):95-110.

Knapp ML, Hall JA. *Comunicação não-verbal na interação humana*. 2.ed. São Paulo: JSN, 1999.

Larsen KM, Smith CK. Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *J Fam Pract.* 1981 Mar;12(3):481-8.

Rector M, Trinta AR. *Comunicação Não-verbal: a gestualidade brasileira*. Petrópolis: Vozes, 1985.

Weinberger M, Greene JY, Mamlin JJ. The impact of clinical encounter events on patient and physician satisfaction. *Soc Sci Med E.* 1981 Aug;15(3):239-44.

Wolf M. *A comunicação não-verbal: o estudo de caso da linguagem corporal como forma estratégica dentro de uma organização*. Porto Alegre, 2013. Trabalho de conclusão do curso de Comunicação Social – Relações Públicas – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do rio Grande do sul. 2013.

**APÊNDICE D – Questionário das entrevistas retrospectiva e cognitiva no pré-teste**

**PROCESSO DE TRADUÇÃO DA ECI-O**

• Quanto ao enunciados de itens/ domínios:	<b>A</b>	<b>NA*</b>
A escala apresenta linguagem clara e objetiva?		
A escala apresenta somente itens necessários?		
A escala apresenta sequência lógica?		
• Quanto à aplicabilidade e uso rotineiro:		
A escala é de fácil manuseio?		
A escala possui tamanho adequado?		
• Quanto à proposta de avaliação da competência avaliativa		
A escala é capaz de avaliar a comunicação relacional na interação médico-paciente?		

**A- a escala atende; NA- a escala não atende**

\*se optado pela opção NA- justificar a resposta

## APÊNDICE E – Versão final da ECI-O

### Escala de Comunicação Interpessoal para Avaliação Observacional das interações médico-paciente (ECI-O)

Por favor, indique o seu nível de concordância com as seguintes afirmações:

(Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um **X**; em caso de erro, preencha por completo o quadrado **■** e assinale com um **X** a opção correta).

		Discordo fortemente							Concordo fortemente		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>O(A) médico(a)...</b>											
<b>IA1</b>	estava intensamente envolvido(a) na conversa com o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SP10</b>	fez com que o(a) paciente sentisse que eles(as) eram semelhantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RC15</b>	foi sincero(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C21</b>	pareceu muito tenso(a) ao conversar com o(a) paciente <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F26</b>	interagiu com muita formalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D29</b>	tentou persuadir o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IA2</b>	não quis estabelecer uma relação mais próxima com o(a) paciente <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SP11</b>	tentou direcionar a conversa para aprofundar no assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RC16</b>	estava interessado(a) em conversar com o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C22</b>	estava calmo(a) diante do(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F27</b>	quis que a discussão fosse casual <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IA3</b>	não estava interessado(a) no(a) paciente <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D30</b>	não tentou influenciar o(a) paciente <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IA4</b>	achou a conversa empolgante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IA5</b>	transmitiu frieza ao invés de cordialidade <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RC17</b>	quis que o(a) paciente confiasse nele(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C23</b>	pareceu muito tranquilo(a) ao conversar com o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D31</b>	tentou controlar a interação com o paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IA6</b>	criou um distanciamento entre ele(a) e o(a) paciente <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SP12</b>	agiu como se ele(a) e o(a) paciente fossem bons(as) amigos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RC18</b>	estava disposto(a) a ouvir o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C24</b>	pareceu nervoso(a) <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D32</b>	tentou obter a aprovação do(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IA7</b>	agiu como se ele(a) estivesse entediado(a) <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SP13</b>	pareceu querer continuar a comunicação com o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RC19</b>	estava aberto às ideias do(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C25</b>	estava confortável ao interagir com o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D33</b>	não tentou obter a aprovação do(a) paciente <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IA8</b>	estava interessado(a) em conversar com o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SP14</b>	pareceu se importar se o(a) paciente gostou dele(a) ou não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RC20</b>	foi honesto(a) na comunicação com o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F28</b>	quis que a discussão fosse informal <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D34</b>	teve controle sob a conversa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IA9</b>	demonstrou entusiasmo enquanto conversava com o(a) paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>b</sup> Reverseo Items. Burgoon & Hale 1984, Burgoon & Hale 1987, Gallagher et al 2001, Gallagher et al 2005.



## ANEXO A – Escala Jefferson de Empatia (EJE)

Jefferson Scale of Empathy – S version

### Escala Jefferson de Empatia Médica – Versão para Estudantes

Por favor, indique o seu nível de concordância com as seguintes afirmações:

(Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um  ; em caso de erro, preencha por completo o quadrado ■ e assinale com um  a opção correta)

	Discordo fortemente					Concordo fortemente	
	1	2	3	4	5	6	7
1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Portuguese (Brazil) translation by Helena Paro, Iolanda Tibério and Renata Daud-Gallotti, University of São Paulo, Brazil

For permission to use the scale contact: Empathy.Scales@Jefferson.edu

© Jefferson Medical College. All rights reserved

## ANEXO B – Escala de Orientação Médico Paciente (EOMP)

100

### APÊNDICE D - Escala de Orientação Médico- Paciente

#### EOMP

As afirmações abaixo referem-se a crenças que as pessoas possam ter a respeito de médicos, pacientes e assistência médica. Leia cada item e depois marque o círculo que indica o quanto **você** concorda ou discorda de cada um. O número 6 indica discordância total e o número 1 indica concordância total.

		DISCORDO TOTALMENTE				CONCORDO TOTALMENTE	
		6	5	4	3	2	1
1	É o médico quem deve decidir o que será conversado durante a consulta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	A parte mais importante da consulta médica é o exame físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Geralmente, é melhor para os pacientes que eles não tenham uma explicação completa de sua condição médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Os pacientes deveriam confiar no conhecimento de seus médicos e não tentarem descobrir sobre sua condição por si mesmos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Quando os médicos fazem muitas perguntas a respeito do histórico do paciente, eles estão intrusando muito em questões pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Se os médicos são realmente bons em diagnóstico e tratamento, a maneira como eles se relacionam com os pacientes não é tão importante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Muitos pacientes continuam fazendo perguntas, mesmo quando não têm mais o que aprender na consulta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, com poder, direitos e deveres semelhantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Os pacientes geralmente querem ser tranquilizados em vez de ter informação sobre sua saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Se as características principais de um médico são ser sincero e amigável, ele não terá muito sucesso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Quando os pacientes discordam de seu médico, é um sinal que o médico não tem o respeito e a confiança de seu paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida ou valores do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	O paciente deve estar sempre ciente de que o médico é quem está no comando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Não é tão importante conhecer a cultura e o histórico do paciente para tratar sua doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Quando o paciente procura por informações sobre seu estado de saúde por conta própria, isso geralmente confunde mais do que ajuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**ANEXO C – Arizona Clinical Interview Rating Scale (ACIR)**

**APPENDIX:**

**ARIZONA CLINICAL INTERVIEW RATING SCALE**

<i>Points</i>	<i>Criteria</i>
<i>I. Organization</i>	
5	The interviewer progresses through the major subsections in proper sequence: (1) introduction; (2) chief complaint and history of present illness; (3) past medical history; (4) social and family history; (5) review of systems.
4	
3	The interviewer covers all of the major subsections of the history but in an improper sequence.
2	
1	The interviewer omits major subsections of the history.
5	The interviewer directs his questions to areas which are primarily relevant to the subsection of concern.
4	
3	The interviewer generally seeks information relevant to the subsection of concern, but on a few occasions requests information related to other areas.
2	
1	The interviewer directs his questions to areas irrelevant to the subsection of concern, indicating an apparent lack of organization.
<i>II. Timeline</i>	
5	The interviewer obtained information pertaining to the chief complaint and history of present illness in a logical, systematic, and orderly progression, gathering all necessary information, starting with the first signs and symptoms of current illness and following their progression to the present and obtained most of the pertinent information.
4	
3	At times, the interviewer did not obtain information pertaining to the chief complaint and history of present illness in a chronological order, but

APPENDIX:  
ARIZONA CLINICAL INTERVIEW RATING SCALE

Points	Criteria
2	was still able to obtain most of the pertinent information.
1	The interviewer obtained information pertaining to the chief complaint and history of present illness in a haphazard and unrelated fashion, resulting in the omission of pertinent data.
<i>III. Transitional Statements</i>	
5	The interviewer progresses from one subsection to another utilizing transitional statements which assure the mother that the information being sought is necessary and important.
4	
3	The interviewer sometimes introduces subsections with transitional statements, but fails to do so at other times.
2	
1	The interviewer progresses from one subsection to another in such a manner that the mother is left with the feeling of uncertainty as to the purpose of the question.
<i>IV. Questioning Skills</i>	
5	In areas where the student is required to deal with a large amount of potential information (e.g., history of present illness and review of systems), he does so by asking forced choice questions which will allow him to narrow in on the pertinent positive and negative points that need further elaboration.
4	
3	The interviewer uses forced choice and leading questions to obtain information.
2	
1	The interviewer asked all leading questions. (e.g., "Your child has never had diarrhea, has he?" "You want your child to have a tetanus shot, don't you?")
5	The interviewer asks questions and/or takes notes in a manner which results in an interview that progresses smoothly with few unnecessary delays in the dialogue.
4	
3	At times, the interview is marked with unnecessary pauses which temporarily break the continuity of the interview.
2	
1	The interview is conducted in such a manner that long pauses occur which break the continuity of the interview.
5	The interviewer did not repeat questions, seeking duplication of information that had previously been provided, unless clarification or summarization of prior information was necessary.
4	
3	The interviewer occasionally repeated questions seeking the duplicate of information. Such information was not sought for the summarization or clarification of information, but was a result of the interviewer's failure to remember the data.
2	

APPENDIX:  
ARIZONA CLINICAL INTERVIEW RATING SCALE

Points	Criteria
1	The interviewer frequently repeated several questions, seeking information previously provided because he failed to remember data already obtained.
5	At the end of a specific line of inquiry (i.e., history of present illness, past medical history), the interviewer summarized the data obtained in an effort to verify and/or clarify the information or as a precaution to assure that no important data was omitted.
4	
3	The interviewer sometimes would summarize his data at the end of a specific line of inquiry, but failed to do it consistently.
2	
1	At the end of a specific line of inquiry, the interviewer failed to summarize the data obtained.
5	Questions asked, as well as information provided to the mother during the interview were concise and easily understandable; content was free of difficult medical terms and jargon or if jargon was used, the words were immediately defined for the mother.
4	
3	The interviewer sometimes used medical jargon during the interview, failing to spontaneously define the medical terms for the mother unless specifically requested to do so by the mother.
2	
1	Questions asked, as well as information provided to the mother during the interview, were confusing and difficult to understand; content contained numerous difficult medical terms and jargon.
<i>V. Documentation of Data</i>	
5	The interviewer seeks specificity and verification of the mother's responses, e.g.: Mother: "My child is allergic to penicillin." Interviewer: "How do you know he is allergic? What kind of reaction has he had when he has had penicillin in the past?"
4	
3	The interviewer at times will seek documentation of data, but not always.
2	
1	The interviewer makes no attempt at verification, accepting information at face value.
<i>VI. Rapport</i>	
5	The interviewer maintained good eye contact with the mother during the interview.
4	
3	The interviewer did make some eye contact; however, the frequency could be increased.
2	
1	The interviewer made no attempt to maintain eye contact with the mother.
5	The interviewer was attentive to the responses of the mother and allowed her to complete statements without any undue interruptions.

APPENDIX:  
ARIZONA CLINICAL INTERVIEW RATING SCALE

<i>Points</i>	<i>Criteria</i>
4	
3	The interviewer was usually attentive but on a few occasions interrupted the mother unnecessarily.
2	
1	The interviewer was nothing more than a detached data gatherer, frequently interrupting the mother's statements without allowing her to complete her train of thought.
5	The interviewer seemed alert, sensitive and responsive to possible concerns expressed by the mother regardless of whether such concerns were immediately relevant to the child's present physical problems; <i>e.g.</i> , marital problems, child discipline problems, depression, and was able to explore them in sufficient depth.
4	
3	The interviewer was able to detect concerns expressed by the mother unrelated to the child's present physical problems, but failed to explore them in sufficient depth.
2	
1	The interviewer seemed unalert and/or insensitive to possible concerns expressed by the mother if such concerns were not directly related to the child's present physical problem. For whatever reasons the interviewer tended to avoid discussing possible problem areas which could have either immediate or future implications for the mental or physical health of his child-patient.
5	The interviewer provided the mother with intermittent positive social reinforcement and feedback; <i>e.g.</i> , an occasional smile, nodding the head in a positive manner, praised the mother for proper child-rearing or health care technique.
4	
3	The interviewer was neither overly positive nor

APPENDIX:  
ARIZONA CLINICAL INTERVIEW RATING SCALE

<i>Points</i>	<i>Criteria</i>
2	negative in dispensing feedback and reinforcement.
1	The interviewer provided the mother with little support or positive social reinforcement. Stress was on negative rather than positive attributes of the mother.
5	At the end of the complete interview, the interviewer encourages the mother to discuss any additional questions and provides her with an adequate opportunity to do so. ( <i>e.g.</i> , "We've discussed many things. Are there any questions you might like to ask or anything at all that you would like to bring up or discuss further?")
4	
3	At the end of the complete interview, the interviewer provides the mother the opportunity to discuss any additional points or ask any additional questions but neither encourages nor discourages her. ( <i>e.g.</i> , "Is there anything else?")
2	
1	At the end of the complete interview, the interviewer does not provide the mother the opportunity to discuss any additional points or ask any additional questions.
5	At the end of the complete interview, the interviewer summarizes all pertinent information for the mother, allowing her to affirm or disaffirm the data.
4	
3	At the end of the interview, the interviewer summarizes all pertinent information for the mother, but does not give her the opportunity to respond to the summary.
2	
1	At the end of the interview, the interviewer makes no attempt to summarize the information.

Fonte: Helfer e Hess (1970); Stillman, Sabers e Redfield (1976); Stillman et al., 1977a, 1977b, 1983, 1986)

## ANEXO D – Brown University Interpersonal Evaluation Method (BUISE)

Brown University Interpersonal Skill Evaluation Items	
<i>Established Rapport</i>	
1.	Showed reflective use of honorifics
2.	Adapted level of vocabulary
3.	Adjusted conversational rules (e.g., interruptions, rate, volume)
4.	Made eye contact
5.	Showed conversational skills
6.	Was perceived as devoting full attention to the encounter
7.	Respected patient privacy
8.	Used space (physical proximity) to encourage communication
9.	Had an appropriate degree of an authoritarian approach
10.	Initially avoided data-gathering, asked directive questions
11.	Made effective use of transitional statement
12.	The verbal and nonverbal behavior of the physician did not conflict
13.	Showed ability to identify ethical issues
14.	Displayed awareness of patient's discomfort
15.	Verbal responses indicated understanding and feeling for another's situation
16.	Was perceived to be actively listening, as indicated by head nods or verbal listener responses or reinforcers
<i>Demonstrated Clinical Skills and Procedures</i>	
1.	Reviewed chart information in front of patient
2.	Showed ability to get patient to generate key information
3.	Provided some results of exam to patient
4.	Carried out adequate examination procedures
5.	Gave adequate description of exam to patient
6.	Did not aggravate patient's discomfort
7.	Proceeded from general to specific
8.	Demonstrated self-confidence
	(a) Eliminated speech disturbance
	(b) Avoided frequent and lengthy pauses
	(c) Avoided frequent and lengthy pauses without prior explanation
9.	Provided adequate anesthesia
10.	Showed the ability to use additional health care professionals when appropriate
<i>Tested for Feedback</i>	
1.	Explanations were clear for this patient
2.	Explanations were designed for responses other than "yes" or "no"
3.	Encouraged patients to explain, recount, describe their interpretations (check for comprehension)
4.	Responded to patients clearly without annoyance
5.	Avoided leading questions
6.	Determined patient compliance
7.	Determined patient fears
<i>Provided Appropriate Closing</i>	
1.	Left patient with oral summary and direction
2.	The patient understood when next medical contact would be made and by whom (same doctor, nurse, specialist)
3.	Patient understood how to contact the physician
4.	Gave written information

**ANEXO E – Itens dos guias de *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides***

Item
<p>Greets patient            Introduces self and role            Demonstrates respect            Identifies and confirms problems list            Negotiates agenda  <b>Scale "beginning the session"</b></p>
<p>Encourages patient to tell story            Appropriately moves from open to closed questions            Listens attentively            Facilitates patient's responses verbally and non-verbally            Uses easily understood questions and comments            Clarifies patient's statements            Establishes dates  <b>Scale "gathering information"</b></p>
<p>Determines and acknowledges patient's ideas re cause            Explores patient's concerns re problem            Encourages expression of emotions            Picks up/responds to verbal and non-verbal clues  <b>Scale "understanding patient's perspective"</b></p>
<p>Summarises at end of a specific line of inquiry            Progresses using transitional statements            Structures logical sequence            Attends to timing  <b>Scale "providing structure to consultation"</b></p>
<p>Demonstrates appropriate non-verbal behaviour            If reads or writes, doesn't interfere with dialogue/rapport            Is not judgemental            Empathises with and supports patient            Appears confident  <b>Scale "building relationship"</b></p>
<p>Encourages patient to discuss any additional points            Closes interview by summarising briefly            Contracts with patient re next steps            Scale "closing the session"</p>
<p><b>Overall score</b></p>

### ANEXO F - *Campbell et al.'s Assessment of Trainees*

The list of tasks as modified by the assessment workshop after the experience of assessing tapes is as shown below. The item recording the presence of an error was not part of the original scale but the workshop felt that the addition of this item would enable them to record an error and then concentrate on the rest of the consultation.

- Was there any obvious diagnostic or management error?
- How well did the doctor discover the reasons for the patient's attendance?
- How clearly did the doctor define the clinical problem?
- How well did the doctor tailor the explanation to the needs of the patient?
- How well did the doctor manage the clinical problem?
- How effectively did the doctor use resources of time, investigations and manpower?
- How effectively did the doctor relate to the patient?

The assessors scored the first component, presence of error, as present or not present. The other components were scored on a scale of one to six as follows: 1, definitely refer; 2, probably refer; 3, bare pass; 4, competent; 5, good; 6, excellent.

Fonte: Campbell, Howie e Murray (1993, 1995); Campbell e Murray (1996).

## ANEXO G - Maastricht History Taking and Advice Checklist

**Appendix 1:  
Structure of MAAS-R**

Section	Number of items <sup>1</sup>	Examples			
		Item	Scoring	Subscale <sup>2</sup>	
(1) Entry	4	3	Doctor introduces himself/herself	0	BS
			Makes functional relation clear	0	BS
(2) Overall orientation	5	5	Asks for other reasons of visit	0	BS
(3) Exploration of reasons for encounter	16	9	Asks what prompted the patient to come	0	BS
			Asks for expectations:		
			— in general about visit	0	BS
			— about objective of visit	0	BS
(4) Diagnostic plan	13	4	Proposition of a plan; announces:		
			— medical history-taking	0	BS
			— physical examination	0	BS
			— ask for a reaction	0	BS
(5) History-taking	30	22	Aspects of complaint; ask for:		
			— characteristics	0 0 0	MC
			— intensity	0	MC
			— localization, irradiation	0	MC
			Self help:		
			— asks for it	0	MC
			— asks for its effect	0	MC
			A summary during history-taking is:		
			— concise	0 0	BS
			— given in own words	0 0	BS
— correct for content	0 0	BS			
— checking	0 0	BS			
(6) Evaluation, information	14	10	Findings, conclusions:		
			— informs of findings	0 0	MC
			— informs of diagnosis/conclusions	0 0	MC
			— relates diagnosis with findings	0	MC
			Informs about findings or conclusions before management plan	0	BS
(7) Management plan	21	14	Proposal:		
			— makes proposals about management	0 0	MC
			— gives alternatives for the proposal	0	MC
			— asks for a reaction	0	BS
			Asks whether patient complies with the proposal	0	MC
Describes management plan in concrete behavioural terms	0 0	MC			
(8) Evaluation of consultation	2	0	Asks whether reasons for encounter are discussed sufficiently	0	BS
(9) Skills relevant for all sections	24	7	Feelings; proper reflection of:		
			— quality of feelings	0 0	BS
			— intensity of feelings	0 0	BS
			Uses jargon (punitive score)	0	BS
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>74</b>			

<sup>1</sup> Left column: original number of items MAAS-R  
Right column: number of items after item-analysis

<sup>2</sup> BS = Basic Skills, MC = Medical Content

Fonte: Kraan (1987); Kraan et al. (1990); Van Thiel, Kraan e Van Der Vleuten (1991).

## ANEXO H - Pendleton's Consultation Map/Rating Scale

### PENDLETON'S SEVEN TASKS

1. To define the reason for attendance

Nature and history of the problems

Aetiology

Patient's ideas, anxieties and expectations

Effects of the problem

---

2. To consider other problems

Continuing problems

At risk factors

---

3. To choose with the patient an appropriate action for each problem

---

4. To achieve a shared understanding of the problems with the patient

---

5. To involve the patient in the management and to encourage them to accept appropriate responsibility

---

6. To use time and resources appropriately

---

7. To establish and maintain a positive relationship with the patients, helping them to achieve any other tasks.

---

(Pendleton 2003)

Fonte: Harper e Ajao (2010); Pendleton (1984); Schofield e Arnstson (1989).



## ANEXO I - SEGUE Framework

The SEGUE Framework (*long form*) Patient \_\_\_\_\_ Physician \_\_\_\_\_

<b>Set the Stage</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	
1. Greet pt appropriately			
2. Establish reason for visit: _____			
3. Outline agenda for visit (e.g., "anything else?", issues, sequence)			
4. Make a personal connection during visit (e.g., go beyond medical issues)			
→ 5. Maintain pt's privacy (e.g., knock, close door)			
<b>Elicit Information</b>	<b>n/a</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
6. Elicit pt's view of health problem and/or progress (ideas, concerns)			
7. Explore physical/physiological factors (signs, symptoms)			
8. Explore psychosocial/emotional factors (e.g., living situation, family relations, stress)			
9. Discuss antecedent treatments (e.g., self-care, last visit, other care)			
10. Discuss how health problem affects pt's life (e.g., quality-of-life)			
11. Discuss lifestyle issues/prevention strategies (e.g., health risks)			
→ 12. Avoid directive/leading questions			
→ 13. Give pt opportunity/time to talk (e.g., don't interrupt)			
→ 14. Listen. Give pt undivided attention (e.g., face pt, verbal acknowledgement, nv feedback)			
→ 15. Check/clarify information (e.g., recap, ask "how much")			
<b>Give Information</b>	<b>n/a</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
16. Explain rationale for diagnostic procedures (e.g., exam, tests)			
17. Teach pt about his/her own body & situation (e.g., provide feedback from exam/tests, explain anatomy/diagnosis)			
18. Encourage pt to ask questions			
→ 19. Adapt to pt's level of understanding (e.g., avoid/explain jargon)			

<b>Understand the Patient's Perspective</b>	<b>n/a</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
20. Acknowledge pt's accomplishments/progress/challenges			
21. Acknowledge waiting time			
→ 22. Express caring, concern, empathy			
→ 23. Maintain a respectful tone			
<b>End the Encounter</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	
24. Ask if there is anything else pt would like to discuss			
25. Review next steps with pt			
<b>If suggested a new or modified treatment/prevention plan:</b>	<b>n/a</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
26. Discuss pt's interest/expectation/goal for treatment/prevention			
27. Involve pt in deciding upon a plan (e.g., options, rationale)			
28. Explain likely benefits of the option(s) discussed			
29. Explain likely side-effects/risks of the option(s) discussed			
30. Provide complete instructions for plan			
31. Discuss pt's ability to follow plan (e.g., attitude, time, resources)			
32. Discuss importance of pt's role in treatment/prevention			

Fonte: Makoul (2001); Makoul e Schofield (1999); Makoul, Arntson e Schofield (1995).

## ANEXO J – Rota' s Interaction Analysis System (RIAS)

**Tabela 6.9** Clusters afetivo e instrumental no Roter's Interactional Analysis System (RIAS)

---

**Comportamentos afetivos:**

---

- De tipo social: apreciações pessoais do outro; histórias, piadas ou humor; demonstrar respeito ou aprovação.
- Acordo: manifestar acordo ou compreensão de alguma coisa, demonstrar que está ciente, conceder.
- Frases por repetição: nelas um dos interlocutores repete uma palavra ou frase do outro para garantir uma compreensão mútua, ou para verificar se existe acordo.
- Atenção verbal: inclui empatia, legitimação e demonstração de apoio.
- Demonstrações de preocupação: verbal ou não verbal, no sentido de que merece nossa atenção e preocupação.
- Demonstrações de otimismo e segurança: aliviar uma tristeza com um comentário otimista, dar coragem, descrições positivas de si mesmo ou do paciente.
- Desacordo: qualquer indicação de desaprovação, crítica, não acreditar em alguma coisa que nos dizem, rejeitar uma crença do outro.

---

**Comportamentos instrumentais:**

---

- Proporcionar instruções: dar orientações e instruções.
  - Esclarecer perguntas: pedir a opinião ou pedir esclarecimentos sobre alguma coisa.
  - Perguntas: em relação à condição médica, aspectos terapêuticos, etc.
  - Perguntas de contexto social e estilo de vida: perguntar pelas emoções, sentimentos, aspectos relativos ao estilo de vida.
  - Dar informação de tipo médico ou terapêutico: frases, fatos, opiniões sobre a condição médica, diagnóstica, prognóstico, exames que foram realizados, alergias, antecedentes familiares, etc.
  - Dar informação sobre o estilo de vida: frases, fatos ou opiniões relacionadas com o estilo de vida, a situação familiar, o trabalho e os hábitos de saúde, etc.
  - Aconselhar sobre aspectos médicos ou terapêuticos: frases que sugerem ou envolvem alguma atitude a ser tomada por parte da outra pessoa.
  - Aconselhar sobre aspectos de estilo de vida: frases relativas ao estilo de vida familiar, atividades da vida diária, trabalho e emprego, etc.
  - Outras frases de conteúdo instrumental: perguntas, informação ou conselhos relacionados com aspectos burocráticos ou de logística.
-

## ANEXO K – Nonverbal Accommodation Analysis System (NAAS) behavior categories

### NAAS Behavior Categories.

<i>Talk Time.</i> (Physician, Patient, and Significant Other) The proportion of each minute that the conversational party talks for.
<i>Pauses.</i> (Physician, Patient, and Sig. Other) The proportion of each minute that the conversational party pauses for.
<i>Simultaneous Speech.</i> (Physician try, Patient try, and Sig. Other try) Any instance where the first speaker is still speaking when the second speaker begins to speak, but the second speaker does not take the floor from the first speaker. This includes both back channels and unsuccessful interruptions. Proportion per minute calculated for each conversational party.
<i>Speech rate.</i> (Physician and Patient) Captures the pace of speech by each conversational party. Calculated by dividing the number of syllables a person speaks during a turn by raw Talk Time.
<i>Interruption frequency.</i> (Physician, Patient, and Sig. Other) Defined as a situation in which the first speaker is still speaking when the second speaker begins to speak, and the second speaker continues speaking while the first speaker stops. Proportion of interruption per amount of conversational partner's raw Talk Time is calculated.
<i>Smiling.</i> (Physician and Patient) A relaxation of the facial features, with lips parted or closed, and with the corners of the lips turned upward. Proportion per minute calculated for each conversational party.
<i>Laughing.</i> (Physician and Patient) Vocalization, smiling, and movements of face and body that express amusement, exultation, or scorn. Proportion per minute calculated for each conversational party.
<i>Gesturing.</i> (Physician and Patient) Movements of the forearm and hand, where a continuous movement is counted as one movement. A proportion of Gesturing per raw Talk Time is calculated for each conversational party.
<i>Nodding.</i> (Physician and Patient) Instance of listener feedback, displayed through cyclical or continuous, up/downward or forward/backward motions of the vertical or sagittal plane. Proportion of Nodding per amount of conversational partner's raw Talk Time is calculated for each conversational party.
<i>Eye Contact.</i> (Physician and Patient) The duration of each minute that the conversational party focuses gaze on their partner's eyes or face. Proportion per minute calculated for each conversational party.

Fonte: D'Agostino e Bylund (2011).

## ANEXO L – Nonverbal communication in Doctor-Elderly Patient Transactions (NDEPT)

**Appendix A**

**NDEPT: NONVERBAL COMMUNICATION IN DOCTOR-ELDERLY PATIENT TRANSACTIONS**

Tape # \_\_\_\_\_ Coder \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Condition: Acute/Chronic

PHYSICIAN ATTRIBUTES: White coat: Y/N Stethoscope: Y/N Race/Gender: Dr. \_\_\_\_\_ Pt. \_\_\_\_\_  
 Start Time for: Opening: \_\_\_\_\_ (Middle) Hx: \_\_\_\_\_ P. E. \_\_\_\_\_ Post P. E. \_\_\_\_\_ Closing: \_\_\_\_\_ End of tape: \_\_\_\_\_

**A. STATIC ATTRIBUTES OF EXAM ROOM: (Opening Phase)**

(1) <i>Attributes</i>	(2) <i>Y N</i>	(3) <i>Notes/Description</i>	(4) <i>Spatial Configuration</i>
1. Physician's desk	1 0	Desk/work surface/table/other	(Draw layout of visible items: Dr position, pt position, exam table, rolling stool, work desk/surface, shelves, computer on desk)
2. Physician's rolling stool	1 0		
3. Patient's chair	1 0		
4. Exam table	1 0		
5. Wall—posters, brochures	1 0		
6. Other (e.g. mirror, lamps)	1 0		
7. Medical equipment	1 0		
<b>Total</b>			

**B. DYNAMIC ATTRIBUTES OF EXAM ROOM: (Opening, Middle and Closing Phases)**

**B. 1. INTERACTION DISTANCE BETWEEN DR & PATIENT**

(1) <i>Range</i>	(2) <i>Opening</i>	(3) <i>Middle</i>		(4) <i>Closing</i>	(5) <i>Collapsed Score</i>	(6) <i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.			
Too far (>4 ft)	0	0	0	0		
Too close (<2 ft)	1	1	1	1		
Optimal (2.5-4 ft)	2	2	2	2		

**B. 2. VERTICAL HEIGHT DIFFERENCE BETWEEN DR & PATIENT**

(1) <i>Range</i>	(2) <i>Opening</i>	(3) <i>Middle</i>		(4) <i>Closing</i>	(5) <i>Collapsed Score</i>	(6) <i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.			
Doctor Eye-level higher	0	0	0	0		
Doctor Eye-level lower	1	1	1	1		
Doctor Eye-level same	2	2	2	2		

**B. 3. PHYSICAL BARRIER(S) BETWEEN DR & PATIENT**

(1) <i>Range</i>	(2) <i>Opening</i>	(3) <i>Middle</i>		(4) <i>Closing</i>	(5) <i>Collapsed Score</i>	(6) <i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.			
Existing barrier(s)	0	0	0	0		
Barriers modified but problematic (a)	1	1	1	1		
Barriers modified and no barrier (b)	2	2	2	2		

**B. 4. ANGLE OF INTERACTION BETWEEN DR & PATIENT**

(1) <i>Range</i>	(2) <i>Opening</i>	(3) <i>Middle</i>		(4) <i>Closing</i>	(5) <i>Collapsed Score</i>	(6) <i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.			
		Stand/sit	Stand/sit			
Away from (back towards patient)	0	0	0	0		
Directly facing (face-to-face with patient)	1	1	1	1		
Parallel/Acute (facing patient at angle)	2	2	2	2		

Appendix A (continued)

**NDEPT: NONVERBAL COMMUNICATION IN DOCTOR-ELDERLY PATIENT TRANSACTIONS**

Tape # \_\_\_\_\_ Coders \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Condition: Acute/Chronic

C. KINESIC NONVERBAL COMMUNICATION EMANATING FROM PHYSICIAN (excluding speech and vocal characteristics)					
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)
Dimensions	Opening	Middle		Closing	Collapsed
		Hx	Post P.E.		
<b>C.1. STANCE:</b> Open/Closed Hands & Arms & Legs	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O C
<b>C.2. EYE CONTACT:</b> gaze	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
<b>C.3. FACIAL EXPRESSION:</b> Smile/Frown	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S F
<b>C.4. GESTURE:</b> Head nod, hand movements	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
<b>C.5. TOUCH:</b> Handshake, hand hold, pat, help w dress, on/off ex table	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	

**Coding Instructions:**

**PART A:** On NDEPT Coding Form, page 1, code static furniture (items 1-6) and medical equipment (item 7) for presence or absence of each of the items in the videotaped doctor-elderly patient encounter.

**PART B:** On NDEPT Coding Form, page 1, code dynamic attributes (4 components) according to definitions and specified ranges of components as described below:

- Interaction Distance between Doctor and Patient:** is the shoulder-to-shoulder shortest distance between doctor and patient during the opening, middle [history taking and post physical exam] and closing phases of the medical encounter.
- Vertical Height Difference:** is the vertical difference in eye level between the doctor and patient during interaction in the opening, middle and closing phases of the medical encounter.
- Physical Barrier(s) between Doctor and Patient:** Any external physical accoutrement—that may be existing or modified during the encounter—that blocks the interaction distance between doctor and patient during the opening, middle and closing phases.
- Angle of Interaction between Doctor and Patient:** is the angle formed by the relative position of doctor to patient during interaction in the opening, middle and closing phases of the encounter. The angle of interaction is operationally estimated as the angle between an imaginary axis extended from the location of the physician and the shortest interaction distance between Dr and pt.

**PART C:** On NDEPT Coding Form, page 2, code kinesic dimensions (5 components) as specified below:

- STANCE: Open or Closed:** Code as percent of length of visit and note for each of 3 phases--Opening, Middle and Closing.  
0= 0% - Dr never maintains open/closed stance with respect to hands, arms, legs or any combination over all phases  
1= 1% - 24% of time Dr. is in open/closed stance; 2= 25% - 50% of time Dr. is in open/closed stance  
3= 51% - 75% of time Dr. is in open/closed stance; 4= 76% - 100% of time Dr. is in open/closed stance
- EYE CONTACT:** Code for percent of time Dr makes eye contact with pt during opening, middle, closing phases of encounter.  
0= 0% - Dr never looks at pt during the interview  
1= 1% - 24% of time Dr. makes eye contact with patient 2= 25% - 50% of time Dr. makes eye contact with patient  
3= 51% - 75% of time Dr. makes eye contact with patient 4= 76% - 100% of time Dr. makes eye contact with patient
- FACIAL EXPRESSION: Smile(s) and Frown(s):** Code for percent of time Dr smiles/frowns at patient.  
0= 0% - Dr never smiles/frowns at pt during the interview  
1= 1% - 24% of time Dr. smiles/frowns at patient 2= 25% - 50% of time Dr. smiles/frowns at patient  
3= 51% - 75% of time Dr. smiles/frowns at patient 4= 76% - 100% of time Dr. smiles/frowns at patient
- GESTURES:** defined as head nod/hand motion accompanying verbal speech and is measured as a percent of length of visit.  
0= 0% Dr. never nods or gestures during the whole interview  
1= 1% - 24% of time Dr. nods or gestures 2= 25 - 50% of time Dr. nods or gestures  
3= 51 - 75% of time Dr. nods or gestures 4= 76 - 100% of time Dr. nods or gestures
- TOUCH:** Count number of times Dr. touches, hugs, pats, shakes hand patient, helps patient on/off table or with clothes.  
0= 0% Dr. never nods or gestures during the whole interview  
1= 1% - 24% of time Dr. touches patient 2= 25 - 50% of time Dr. touches patient  
3= 51 - 75% of time Dr. touches patient 4= 76 - 100% of time Dr. touches patient

Appendix A (continued)

**NDEPT: NONVERBAL COMMUNICATION IN DOCTOR-ELDERLY PATIENT TRANSACTIONS**

Tape # \_\_\_\_\_ Coder \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Condition: Acute/Chronic

**Pre-Coding Instructions:**

**Phase Coding of Encounters:** Read transcripts of each tape and identify (by line number) the main phases of Opening, Middle and Closing in the encounter according to the following definitions:

**Opening Phase:** Includes greetings, solicitation of chief complaint by doctor or presentation by patient and/or any social conversation between doctor and patient.

**Middle Phase:** Includes the history taking, physical exam and any post physical exam discussion between the doctor and patient. (Physical exam is not part of data and analysis for present project).

**Closing Phase:** Includes a recapitulation of the condition/treatment plan for the patient. It also includes any summary and/or plan for future test(s) for the patient.

**Coding Instructions:**

**Phase timing of Encounters:** On NDEPT Coding Form, page 1, line 4, using videotapes and line number demarcation of Opening, Middle and Closing phases (from phase coding of encounters), record start and end times for each phase, for all tapes. Also note end time of the encounter.

**PART A:** On NDEPT Coding Form, page 1, code static furniture (items 1-6) and medical equipment (item 7) for presence or absence of each of the items in the videotaped doctor-elderly patient encounter.

**PART B:** On NDEPT Coding Form, page 1, code dynamic attributes (4 components) according to definitions and specified ranges of components as described below:

1. **Interaction Distance between Doctor and Patient:** is the shoulder-to-shoulder shortest distance between doctor and patient during the opening, middle [history taking and post physical exam] and closing phases of the medical encounter.
2. **Vertical Height Difference:** is the vertical difference in eye level between the doctor and patient during interaction in the opening, middle and closing phases of the medical encounter.
3. **Physical Barrier(s) between Doctor and Patient:** Any external physical accoutrement—that may be existing or modified during the encounter—that blocks the interaction distance between doctor and patient during the opening, middle and closing phases.
4. **Angle of Interaction between Doctor and Patient:** is the angle formed by the relative position of doctor to patient during interaction in the opening, middle and closing phases of the encounter. The angle of interaction is operationally estimated as the angle between an imaginary axis extended from the location of the physician and the shortest interaction distance between Dr and pt.

**PART C:** On NDEPT Coding Form, page 2, code kinesic dimensions (5 components) as specified below:

1. **STANCE: Open or Closed:** Code as percent of length of visit and note for each of 3 phases--Opening, Middle and Closing.
  - 0= 0% -Dr never maintains open/closed stance with respect to hands, arms, legs or any combination over all phases
  - 1= 1% - 24% of time Dr. is in open/closed stance
  - 2= 25% - 50% of time Dr. is in open/closed stance
  - 3= 51% - 75% of time Dr. is in open/closed stance
  - 4= 76% - 100% of time Dr. is in open/closed stance
2. **EYE CONTACT:** Code for percent of time Dr makes eye contact with pt during opening, middle, closing phases of encounter.
  - 0= 0% - Dr never looks at pt during the interview
  - 1= 1% - 24% of time Dr. makes eye contact with patient
  - 2= 25% - 50% of time Dr. makes eye contact with patient
  - 3= 51% - 75% of time Dr. makes eye contact with patient
  - 4= 76% - 100% of time Dr. makes eye contact with patient
3. **FACIAL EXPRESSION: Smile(s) and Frown(s):** Code for percent of time Dr smiles/frowns at patient.
  - 0= 0% - Dr never smiles/frowns at pt during the interview
  - 1= 1% - 24% of time Dr. smiles/frowns at patient
  - 2= 25% - 50% of time Dr. smiles/frowns at patient
  - 3= 51% - 75% of time Dr. smiles/frowns at patient
  - 4= 76% - 100% of time Dr. smiles/frowns at patient
4. **GESTURES:** defined as head nod/hand motion accompanying verbal speech and is measured as a percent of length of visit.
  - 0 = 0% Dr. never nods or gestures during the whole interview
  - 1 = 1% -24% of time Dr. nods or gestures
  - 2 = 25 - 50% of time Dr. nods or gestures
  - 3 = 51 - 75% of time Dr. nods or gestures
  - 4 = 76 -100% of time Dr. nods or gestures
5. **TOUCH:** Count number of times Dr. touches, hugs, pats, shakes hand patient, helps patient on/off table or with clothes.
  - 0 = 0% Dr. never nods or gestures during the whole interview
  - 1 = 1% -24% of time Dr. touches patient
  - 2 = 25 - 50% of time Dr. touches patient
  - 3 = 51 - 75% of time Dr. touches patient
  - 4 = 76 -100% of time Dr. touches patient

## ANEXO M – GATHA-RES (versión original e versão em português)

### Anexo 1. Cuestionario GATHA-RES

#### Datos globales

– Tiempo de consulta (minutos):

< 5 ( )      5,1-10 ( )      10,1-15 ( )      > 15 ( )

– Sexo profesional:                      ( ) Varón                      ( ) Mujer

– Sexo paciente:                      ( ) Varón                      ( ) Mujer

– Acompañante:                      ( ) Sí                      ( ) NO

Respuestas posibles a cada una de las siguientes preguntas SÍ o NO/NO APLICABLE

#### EJE 1.º- ACTITUD/CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR

1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?

2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?

3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?

4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?

5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?

6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?

#### EJE 2.º- TAREAS COMUNICACIONALES

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?

– Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista, ¿se ha llegado a delimitar:

8. La evolución cronológica?

9. La localización?

10. El/los factores que lo modifican?

11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?

12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?

– Dentro de los aspectos psicosociales, ¿el profesional conoce datos sobre:

13. El estado de ánimo?

14. Los acontecimientos vitales estresantes?

15. El entorno sociofamiliar?

16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?

17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?

18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?

19. El profesional, ¿ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?

20. ¿Se despide del paciente?

#### EJE 3.º- HABILIDADES TÉCNICAS

– Cuando apoya la narración del paciente, ¿ha realizado alguna de las siguientes técnicas?:

21. Contacto visual-facial

22. Señalamientos

– Cuando informa al paciente, ¿ha utilizado alguna de las siguientes técnicas?:

23. Ejemplificación

24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?

– ¿Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación?:

25. Respuesta evaluativa

26. Exploración de creencias

27. En caso de emociones fuertes por parte del paciente, ¿ha tenido contención emocional el médico?



**Tabela 6.10** Questionário GATHA-RES**Itens do eixo 1. Atitude/características do entrevistador**

1. Expressou verbalmente conhecer os sentimentos, preocupações (medos...) ou a percepção de saúde do paciente?
2. Expressou de forma não verbal conhecer os sentimentos, preocupações (medos...) ou a percepção de saúde do paciente?
3. O profissional se expressa com segurança?
4. Enquanto informa, o profissional olha para o rosto do paciente?
5. A opinião do paciente é levada em consideração em todos os momentos?
6. É permitido que o paciente faça perguntas ou esclarecimentos?

**Itens do eixo 2. Tarefas comunicacionais**

7. A demanda foi delimitada na fase exploratória da entrevista?

**A respeito da síndrome ou do sintoma a que foi dedicado mais tempo durante a entrevista, foi delimitado:**

8. Evolução cronológica?
9. Localização?
10. Fatores que a/o modificam?
11. No final da entrevista, sabe-se como o sintoma afeta o processo de vida diária, ambiente sociofamiliar ou de trabalho do paciente?
12. No final da entrevista, a expectativa do paciente em relação ao profissional é conhecida?

**Dentro dos aspectos psicossociais, o profissional conhece dados sobre:**

13. Estado de ânimo?
14. Acontecimentos vitais causadores de estresse?
15. Ambiente sociofamiliar?
16. Informou sobre o diagnóstico, pauta diagnóstica e/ou situação do paciente?
17. Informou sobre o tratamento e/ou conduta terapêutica?
18. O paciente expressa acordo com o diagnóstico ou medida terapêutica proposta pelo profissional?
19. O profissional convidou o paciente a retornar se achar necessário?
20. O profissional se despede do paciente?

**Itens do eixo 3. Habilidades técnicas****Quando apoia a narrativa do paciente, utiliza alguma das seguintes técnicas:**

21. Contato visual-facial?
22. Indicações?

**Quando informa o paciente, utiliza alguma das seguintes técnicas:**

23. Exemplificação?
24. É explicada a forma em que age a medida terapêutica?

**O profissional utilizou alguma das seguintes técnicas de negociação:**

25. Resposta avaliativa?
26. Exploração de crenças?
27. Em caso de emoções fortes do paciente, demonstrou contenção emocional?

Reproduzida com autorização dos autores (Prados JA, Ruiz R.).

Fonte: Carrió (2009); Ruiz Moral et al. (2001).

## ANEXO N – Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O)

### Appendix A. Relational communication scale for observational measurement of doctor–patient interactions (RCS-O)

Item no.	Observation <sup>a</sup>
<b>Immediacy/affection (intimacy I)</b>	
1	The physician was intensely involved in the conversation with the patient
2	The physician did not want a deeper relationship with the patient <sup>b</sup>
3	The physician was not attracted to the patient <sup>b</sup>
4	The physician found the conversation stimulating
5	The physician communicated coldness rather than warmth <sup>b</sup>
6	The physician created a sense of distance between he/she and the patient <sup>b</sup>
7	The physician acted as if he/she was bored <sup>b</sup>
8	The physician was interested in talking to the patient
9	The physician showed enthusiasm while talking with the patient
<b>Similarity/depth (intimacy II)</b>	
10	The physician made the patient feel that they were similar to he/she
11	The physician tried to move the conversation to a deeper level
12	The physician acted like he/she and the patient were good friends
13	The physician seemed to desire further communication with the patient
14	The physician seemed to care if the patient liked him/her or not
<b>Receptivity/trust (intimacy III)</b>	
15	The physician was sincere
16	The physician was interested in talking with the patient
17	The physician wanted the patient to trust him/her
18	The physician was willing to listen to the patient
19	The physician was open to the patient's ideas
20	The physician was honest in communicating with the patient
<b>Composure</b>	
21	The physician felt very tense talking with the patient <sup>b</sup>
22	The physician was calm and posed with the patient
23	The physician felt very relaxed talking with the patient
24	The physician seemed nervous <sup>b</sup>
25	The physician was comfortable interacting with the patient
<b>Formality</b>	
26	The physician made the interaction very formal
27	The physician wanted the discussion to be casual <sup>b</sup>
28	The physician wanted the discussion to be informal <sup>b</sup>
<b>Dominance</b>	
29	The physician attempted to persuade the patient
30	The physician did not attempt to influence the patient <sup>b</sup>
31	The physician tried to control the interaction
32	The physician tried to gain the approval of the patient
33	The physician did not try to win the patient's favor <sup>b</sup>
34	The physician had the upper hand in the conversation

<sup>a</sup> Items should be arranged randomly before administration of the instrument.

<sup>b</sup> These items must be reverse-coded before analyzing data.

Fonte: Gallagher, Hartung e Gregory (2001).

## ANEXO O - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ensino e avaliação das habilidades de comunicação e atitudes dos estudantes de medicina na relação médico-paciente

**Pesquisador:** Helena Borges Martins da Silva Paro

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 29036814.7.0000.5152

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.028.832

**Data da Relatoria:** 27/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

Emenda apresentada ao projeto de pesquisa aprovado pelo CEP 31/07/2014, com o objetivo de acrescentar duas escalas aos procedimentos da pesquisa: a RCS-O (Relational Communication Scale for Observational measurement of the doctor-patient interaction) (Burgoon; Hale, 1984) e a CARE (Consultation And Relational Empathy) (Mercer et al., 2004). Os autores justificam "o presente pedido uma vez que a tradução e adaptação cultural da escala RCS-O seguirá a mesma metodologia proposta para a 4HCS, com o recrutamento dos mesmos sujeitos de pesquisa. A aprovação da presente emenda resultará em um termo de consentimento único, adaptado aos objetivos do atual projeto, com menor sobrecarga aos respondentes. Para adequarmos o projeto ao objetivo de traduzir e validar as duas escalas de habilidades de comunicação (4HCS e RCS-O), será necessário aumentarmos o número de sujeitos de pesquisa de 115 para 170 estudantes e residentes de medicina, já que o cálculo do tamanho amostral prevê 5 sujeitos para cada item e a RCS-O possui 34 itens. A CARE é uma escala destinada à avaliação de empatia no contexto clínico a partir da perspectiva do paciente. O uso dessa escala no presente projeto proporcionará um refinamento metodológico à pesquisa, uma vez que será utilizada para a validação convergente das escalas traduzidas.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.028.832

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Traduzir, adaptar linguisticamente e validar duas escalas de avaliação da habilidade de comunicação médica – a Four Habits Coding Scheme (4HCS) e a Relational Communication Scale for Observational measurement of doctor-patient interactions (RCS-O) – para a cultura brasileira.

Objetivo Secundário: Correlacionar os escores obtidos com a 4HCS e RCS-O e os escores das escalas de empatia e orientação médico-paciente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores: "Riscos: Apesar dos pesquisadores envolvidos comprometerem-se com o uso das imagens apenas para a finalidade da pesquisa e responsabilizarem-se pela não divulgação dos dados de identificação e imagens obtidas de médicos residentes, estudantes de medicina e pacientes, o uso de câmeras filmadoras poderá trazer algum tipo de desconforto aos sujeitos envolvidos. Não há riscos financeiros ou biológicos nessa pesquisa.

Benefícios: A avaliação da comunicação na relação médico-paciente por meio de um instrumento com equivalência conceitual e validação linguística apresenta-se de grande importância para que se possa desenvolver estratégias pedagógicas para melhoria da qualidade da comunicação entre estudantes de medicina, residentes e pacientes. A valorização das habilidades de comunicação na relação médico-paciente traz como benefício melhores taxas de adesão, cura e sucesso no tratamento dos pacientes, além de aumentar a satisfação de médicos e pacientes no processo saúde-doença-cuidado."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pendência anterior:

Anexar declaração de que não iniciaram a aplicação das alterações propostas nesta emenda e que não iniciarão até que o CEP/UFU aprove a emenda.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Houve apresentação de nova Folha de rosto.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O documento solicitado no parecer 981.277 de 11 de Março de 2015, já havia sido anexado.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.028.832

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação da Emenda.

A emenda não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: Dezembro de 2015.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Dezembro de 2016.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

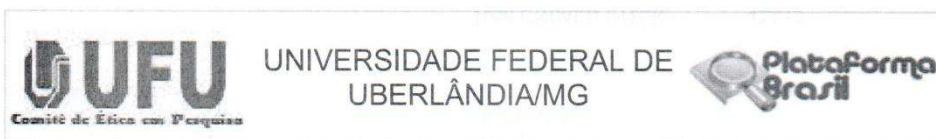
b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.028.832

previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

UBERLANDIA, 18 de Abril de 2015

---

**Assinado por:**  
**Sandra Terezinha de Farias Furtado**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

## ANEXO P – Autorização da utilização da escala pela autora

**Burgoon, Judee**

Para: Helena Paro

RE: Relational Communication Scale - Permission to use in Brazil

23 de maio de 2014 00:04

[Ocultar Detalhes](#)

[Caixa de Entrada - terra.com.br](#) 2

Dear Dr. Paro,

I am very happy to have you use the RCS. Please note that you can also make substitutions of terms to make the RCS more suited to the medical context. We have done this frequently. And the scale can be used for self-report, ratings of co-interactants, or ratings by observers.

In the past, we have translated various scales for use with a Spanish-speaking audience, and the method you describe is exactly the process we followed.

One question: what version of the RCS are you using? Through the years, we have had some difficulty obtaining good reliability with the dominance scale and have developed separate scales for its measurement. If you are interested, I can forward those scales to you.

Cordially,

Judee Burgoon

-----Original Message-----

From: Helena Paro [mailto:[helenaparo@terra.com.br](mailto:helenaparo@terra.com.br)]

Sent: Thursday, May 15, 2014 9:44 PM

To: Burgoon, Judee

Subject: Relational Communication Scale - Permission to use in Brazil

Dear Professor Judee Burgoon,

My name is Helena Paro and I am a professor at a medical school in Brazil (Federal University of Uberlandia). I am currently responsible for a research group in medical education at my institution and we are starting a project on communication skills among medical students and residents.

The development of communication skills in Brazilian medical curricula is relatively recent and we still do not count on reliable and valid measures in our language (Portuguese spoken in Brazil). After an extensive review of the available measures, we considered the Relational Communication Scale (RCS) a valuable instrument that could be used in our culture.

We would like to kindly ask for your permission to translate and validate the RCS-O into Brazilian Portuguese so that the scale may be used in teaching and assessing nonverbal communication skills among Brazilian medical students and physicians.

We are aware that the translation of an instrument requires a rigorous and careful methodology and our group has some experience in translating and validating questionnaires. The process with the RCS would follow international recommendations for translation of questionnaires (forward translation, back translation, revision of a panel of experts, pre testing). Validation would include Cronbach's coefficient analysis, factor analysis and also Rasch analysis or item response theory. Attached is an article recently published by our group with the results of the translation and validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). Please, let me know if you need any additional information on the project from me.

Also, let me know if there is anything else I should do to get the permission to use the RCS-O in this project.

Looking forward to your reply.

Best regards,

Helena.

[www.researchgate.net/profile/Helena\\_Paro](http://www.researchgate.net/profile/Helena_Paro)