

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PEDRO VÍTOR QUEIROZ CRUVINEL**

**PACIENTES DIFÍCEIS E OS MÉDICOS QUE ASSIM OS  
DEFINEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**Florianópolis  
2021**



**PEDRO VÍTOR QUEIROZ CRUVINEL**

**PACIENTES DIFÍCEIS E OS MÉDICOS QUE ASSIM OS  
DEFINEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2021**



**PEDRO VÍTOR QUEIROZ CRUVINEL**

**PACIENTES DIFÍCEIS E OS MÉDICOS QUE ASSIM OS  
DEFINEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araújo  
Orientadora: Profa. Dra. Suely Grosseman**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2021**



“Não se pode gerar mudanças fundamentais sem certo nível de loucura. Nesse caso, ela vem da não-conformidade, a coragem de dar as costas às velhas fórmulas, a coragem de inventar o futuro. Foram necessários os malucos de ontem para que nós possamos agir com clareza extrema hoje. Eu quero ser um desses malucos. Nós devemos ousar inventar o futuro.” -

Thomas Isidore Noël Sankara.



## **Artigo Original**

Pedro Vítor Queiroz Cruvinel<sup>1</sup>

Suely Grosseman<sup>2</sup>

# **PACIENTES DIFÍCEIS E OS MÉDICOS QUE ASSIM OS DEFINEM**

## **Difficult Patients and the Physicians who label them as such**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, defendido em novembro/2021, de autoria de Pedro Vítor Queiroz Cruvinel<sup>1</sup>, orientado por Suely Grosseman<sup>2</sup>.

Título resumido: Pacientes difíceis e os médicos que assim os definem

<sup>1</sup>Acadêmico do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço eletrônico: pedrovqcruvinel@gmail.com

<sup>2</sup>Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Pediatria, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço eletrônico: srosseman@gmail.com

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar artigos sobre características de pacientes, médicos e relações médico-paciente consideradas difíceis. Foi realizada revisão integrativa, consultando-se estudos primários publicados nos últimos cinco anos com busca de termos específicos em Português, Inglês e Espanhol nas bases de dados PubMed, Embase, Lilacs e Scopus. Foram identificados 3.414 artigos. Após triagem e leitura dos elegíveis, foram selecionados 19 para análise qualitativa, totalizando 1.903 médicos, 101 residentes, 160 acadêmicos de medicina e 1.694 pacientes. Sete estudos foram realizados na Europa, oito na América do Norte, dois na América do Sul e dois na China. Pacientes considerados difíceis foram categorizadas em cinco dimensões, relativas a: queixas, sintomas e condições clínicas específicos; expressão de emoções fortes; dinâmica da consulta; comportamento em relação ao médico, à marcação de consultas e a si mesmo; e perfil sociodemográfico, que inclui a subdimensão de vulnerabilidade. Médicos difíceis escutavam menos, interrompiam mais, não pareciam se importar com os pacientes e demonstravam preconceitos. Sugere-se o ensino de comunicação e intervenções sistêmicas para melhorar as relações médico-paciente.

**Palavras-chave:** Relações médico-paciente; Educação Médica; Assistência Centrada no Paciente.

## ABSTRACT

The aim of this study was to analyze articles on characteristics of patients, physicians, and physician-patient relationships considered difficult. An integrative review was carried out, consulting primary studies published in the last five years, searching for specific terms in Portuguese, English and Spanish in the PubMed, Embase, Lilacs and Scopus databases. 3,414 articles were identified. After screening and reading the eligible, 19 were selected for qualitative analysis, totaling 1,903 physicians, 101 residents, 160 medical students and 1,694 patients. Seven studies were carried out in Europe, eight in North America, two in South America and two in China. Patients considered difficult were categorized into five dimensions, relating to: specific complaints, symptoms and clinical conditions; expression of strong emotions; consultation dynamics; behavior towards the physician, appointments and oneself; as well as sociodemographic profile, which includes the vulnerability subdimension. Difficult doctors listened less, interrupted more, didn't seem to care about patients, and showed prejudice. Teaching communication and systemic interventions to improve doctor-patient relationships is suggested.

**Key-words:** Physician-Patient Relations; Medical Education; Patient-Centered Care

## INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é tema de discussão frequente, e de modo geral é apontada no discurso convencional da área como um aspecto importante da prática médica. Reconhece-se amplamente que estabelecer uma relação clínica harmônica, com a participação ativa do paciente e em que suas perspectivas, necessidades e expectativas sejam levadas em conta, leva a melhores desfechos em saúde, como maior satisfação das partes, melhor adesão ao tratamento, elevada precisão diagnóstica e resultados clínicos mais favoráveis<sup>1 - 3</sup>. Além disso, se frisa bastante, uma boa relação clínica, com maior participação e ciência do paciente, tem também por desfecho a redução da chance de conflitos e de processos jurídicos e administrativos<sup>4,5</sup>.

Em que pese a busca por bons encontros clínicos, nos ambientes de formação e trabalho em saúde observa-se a comum caracterização, por alguns profissionais da área, de alguns pacientes como “difíceis”, de modo que entre 11 e 30% dos pacientes recebem o título de “difícil” após uma consulta médica<sup>6-8</sup>.

Essa etiqueta pode aparecer não somente no sentido de maior complexidade da doença, mas principalmente pelas complicações da relação médico-paciente e na colocação de sentimentos negativos em relação a pacientes assim tachados. Isso pode levar a um desconexo entre a importância teórica dada à atenção do profissional à boa relação com o paciente em oposição à visão, sentimentos e opinião pessoal dos profissionais. Tal dissonância entre o preconizado e o realizado pode levar à prática de uma medicina que foge dos preceitos formalmente e generalizadamente defendidos, visto que as visões do médico sobre questões relacionadas aos processos de saúde-doença e questões socioeconômicas influenciam sua capacidade e forma de se relacionar com os seus pacientes<sup>9</sup>.

A concepção sobre o que é um paciente difícil tem sido explorada na literatura acadêmica recente em maior frequência e progressivamente sob lentes diferentes. Os

primeiros artigos, do século anterior até os anos 2000, se construíram, em sua maior parte, baseados na experiência e perspectivas de profissionais médicos e buscou-se entender as características inerentes aos pacientes difíceis <sup>6, 10 - 12</sup>. Com base e inspirando-se nessas leituras centrais, se desenvolveram modelos de agrupamento de tais pacientes nas suas causas <sup>6</sup>, bem como ferramentas que buscavam quantificar e detalhar as frustrações médicas quanto a parte de seus pacientes <sup>13</sup>. O avanço dessa discussão que mais demorou a aparecer foi a tentativa de colocar esse mesmo tipo de olhar crítico sobre também o profissional <sup>6, 14</sup>, visto que um paciente não se faz difícil sozinho, o profissional e a interação entre eles influencia muito na construção do conceito de uma relação clínica frustrante <sup>9,14</sup>. No início da década passada, portanto, houve uma mudança de direção, para entender a relação clínica como difícil, vendo o médico como ao menos parcialmente responsável pelos sucessos, e falhas e atritos da relação médico-paciente <sup>6, 9, 12, 14</sup>.

Peso extra se dá a tais análises, ao se considerar que entender características hegemonicamente relacionadas a um paciente considerado difícil pode expor algo sobre a prática e formação médica, observando-se que aquilo que define um "paciente difícil" relaciona-se mais à experiência subjetiva do médico durante os atendimentos do que às características inerentes do paciente <sup>9, 15</sup>.

Antes de se solucionar um problema, é preciso delimitá-lo e compreender suas origens e mecanismos. Portanto, para estudar pacientes difíceis, e principalmente para definir condutas padronizadas, treinamentos, recomendações e diretrizes ao cuidado a pacientes difíceis é preciso ter algum nível de consenso do que caracteriza um paciente difícil e quais as deficiências de comunicação, conhecimento clínico, autoconsciência e compreensão de questões socioeconômicas e psicossociais mais comumente prejudicam o desempenho e experiência dos médicos nesse contexto.

Frente à lacuna existente de uma síntese recente deste tema, o objetivo deste estudo foi analisar artigos sobre características de pacientes, médicos e relações médico-paciente consideradas difíceis.

## MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa.

Em relação ao PECOS, a população estudada foi a de médicos e estudantes de medicina, a exposição foi a pacientes ou encontros clínicos considerados difíceis quanto à relação médico-paciente, o C e o O não existem por não haver comparações ou desfechos a serem comparados e os estudos abrangeram aqueles desenvolvidos por métodos qualitativos ou quantitativos de pesquisa, com qualquer delineamento, que apresentassem dados primários e disponíveis online gratuitamente ou via acesso institucional pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021, em português, inglês ou espanhol, incluindo médicos e/ou estudantes de medicina entre os profissionais estudados e estudos primários com qualquer método ou delineamento.

Os critérios de exclusão foram: artigos que não incluíssem médicos ou estudantes de medicina entre os participantes, pacientes considerados difíceis pela dificuldade diagnóstica, de tratamento / manejo (tais como manejo clínico específico do sintoma ou doença como cefaléia crônica ou neoplasia resistente a tratamentos de primeira linha) ou da intervenção (como por exemplo, intubações ou cirurgias difíceis), artigos de validação de instrumento e ensaios, editoriais, relatos de caso e capítulos de livro.

Foram consultadas as bases de dados "PubMed", "Embase", "Lilacs" e "Scopus". A chave de busca na Lilacs foi ("difficult patient" OR "difficult patients" OR "difficult encounter" OR "difficult encounters" OR "difficult clinical encounter" OR "difficult clinical

encounters" OR "problem patient" OR "problem patients" OR "hateful patient" OR "problem patients" OR "difficult doctor" OR "difficult doctors" OR "difficult physician" OR "difficult physicians" OR "paciente difícil" OR "pacientes difíceis" OR "encontro difícil" OR "encontros difíceis" OR "encontro clínico difícil" OR "encontros clínicos difíceis" OR "paciente problemático" OR "pacientes problemáticos" OR "paciente odioso" OR "pacientes problemáticos" OR "médico difícil" OR "médicos difíceis" OR "médico difícil" OR "médicos difíceis" OR "paciente difícil" OR "pacientes difíceis" OR "encuentro difícil" OR "encuentros difíciles" OR "encuentro clínico difícil" OR "encuentros clínicos difíciles" OR "paciente problemático" OR "pacientes problemáticos" OR "paciente odioso" OR "problema pacientes" OR "médico difícil" OR "médicos difíceis" OR "médico difícil" OR "médicos difíceis").

Este TCC está formatado com as normas para publicação da revista “Ciência & Saúde Coletiva”, para o qual será submetido (ANEXO).

## RESULTADOS

Entre 3.414 artigos identificados, após triagem e leitura dos elegíveis, foram selecionados 19 para análise qualitativa. A figura 1 mostra o processo de busca e seleção dos artigos deste estudo.

O quadro 1 exhibe os estudos analisados por autores, objetivo e método e o quadro 2 os exhibe por autores, resultados encontrados, limitações descritas e intervenções propostas.

Os participantes incluídos nos 19 artigos totalizaram 1.903 médicos, 101 residentes, 160 acadêmicos de medicina e 1.694 pacientes.

Sete estudos foram conduzidos na Europa, sendo dois na Turquia<sup>16, 17</sup> e um cada na Polônia<sup>18</sup>, nos Países Baixos<sup>19</sup>, na Suécia<sup>20</sup>, na Suíça<sup>21</sup> e na Alemanha<sup>22</sup>; seis nos Estados Unidos<sup>23 - 28</sup>, dois no Canadá<sup>15,29</sup>; dois na China<sup>30,31</sup>; um no Brasil<sup>32</sup> e um no Chile<sup>33</sup>.

Nove estudos ocorreram no contexto da atenção primária com médicos generalistas<sup>15, 16, 18 - 22, 28, 29</sup>, um em departamentos de emergência<sup>23</sup> e o restante em em âmbito hospitalar<sup>17, 24 - 27, 30, 31, 33</sup>. Destes, apenas seis incluíram a participação de pacientes<sup>19 - 21, 26, 29, 33</sup>, sendo um deles com pais dos pacientes<sup>26</sup>. O único estudo investigando somente a percepção dos pacientes contou com a indicação destes pacientes por seus médicos, que os caracterizava como pacientes com queixas de sintomas clinicamente inexplicados<sup>19</sup>.

Oito estudos foram quantitativos transversais<sup>17, 20 - 22, 29 - 31, 33</sup>, nove foram qualitativos<sup>15, 16, 18, 19, 24, 26, 28, 32</sup> e dois tiveram abordagem mista<sup>23, 25</sup>.

Entre os estudos que incluíam métodos quantitativos de pesquisa, todos foram transversais e os instrumentos validados para avaliar a relação médico-paciente utilizados em quatro deles<sup>21, 29-31</sup> foi o *10-item Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire* (DDPRQ-10) para os médicos, desenvolvido por Hahn et al<sup>13</sup>, em que o médico responde a 30 perguntas em escala Likert, resultando em uma nota que sintetiza o quão difícil ele considerou o paciente, e em um deles<sup>31</sup> também foi usado o *9-item Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9) para os pacientes, que serve como avaliação da dificuldade do encontro do ponto de vista do paciente, outro deles<sup>29</sup> também usou o *Roter Interaction Analysis System* (RIAS), que é um sistema para analisar a frequência de cada expressão / declaração realizada pelo médico e pelo paciente em áudio ou videograções, e o *5-item "Observing Patient Involvement"* (OPTION-5), questionário que avalia a participação do paciente em encontros gravados. A vulnerabilidade do paciente foi avaliada em um estudo<sup>21</sup> com o *Patient's Vulnerability Grid* (PVG), que quantifica vulnerabilidades sociais em categorias como saúde mental, problemas somáticos e questões socioeconômicas e outros instrumentos validados utilizados foram usados para analisar outros desfechos, tais como motivação prossocial e interesse do médico em solução de problemas e seu engajamento no trabalho<sup>30</sup> e depressão, somatização, ansiedade, estado funcional e dor dos pacientes e sua

confiança no médico<sup>29</sup>. O restante dos estudos quantitativos utilizou questionários próprios<sup>17, 20, 22, 33</sup>, com um deles realizando também consulta ao prontuário<sup>33</sup>.

Nos estudos com métodos qualitativos de pesquisa, foram coletadas informações com entrevista semi-estruturada em sete deles<sup>15, 18, 19, 24, 26, 27, 32</sup>, por narrativa em um<sup>28</sup> e por questionário próprio em um<sup>16</sup>. E nos estudos com abordagem mista, um coletou informações com narrativas e questionário próprio<sup>23</sup> e outro apenas com questionário próprio<sup>25</sup>.

### **Percepção de médicos sobre os pacientes ou relações difíceis**

Os pacientes considerados difíceis pelos participantes dos estudos incluíram dificuldades, que neste estudo categorizamos em cinco dimensões.

Uma dimensão é a relacionada a pacientes com queixas, sintomas e condições clínicas específicos, sendo citada com frequência a dificuldade com pacientes com somatização<sup>29</sup> / doenças psicossomáticas<sup>17</sup> / sintomas funcionais<sup>27</sup>, dor<sup>28</sup>, dor intensa<sup>29</sup>, dor crônica<sup>22, 25</sup>, prejuízo de funcionalidade<sup>29</sup>, doenças crônicas<sup>24</sup>, múltiplas doenças crônicas<sup>28</sup>, doenças intratáveis<sup>27</sup>, com múltiplas comorbidades<sup>17, 27</sup> poliqueixosos<sup>17</sup>, com problemas recorrentes sem resolução<sup>17</sup> / com problemas vistos como sem solução<sup>24</sup>, que trazem problemas pessoais<sup>28</sup>, com problemas e queixas de saúde mental<sup>23, 26, 28</sup> e doenças psiquiátricas em geral<sup>24</sup> e específicos como depressão<sup>29</sup> e transtorno somatoforme<sup>22</sup>, abuso de substâncias<sup>24</sup>, incluindo etilistas<sup>22</sup>, ainda que a drogadição tenha sido uma dificuldade referida como rara ou não existente por cerca de 72% dos participantes em um dos estudos<sup>17</sup>. Entre os problemas psiquiátricos, os pacientes mais frequentemente citados como difíceis por psiquiatras foram aqueles com transtornos de personalidade<sup>33</sup>

Uma segunda dimensão é a relacionada à expressão dos pacientes de emoções fortes como frustração, angústia, desapontamento e *burnout*<sup>27</sup>, raiva<sup>17, 24, 27, 28</sup> e tristeza<sup>28</sup>. A raiva dos familiares também foi citada como causadora de encontros difíceis<sup>25</sup>.

A terceira dimensão é a relacionada às dificuldades relativas à dinâmica da consulta em relação à coleta, compartilhamento de informações e maior busca de informações previamente ao encontro e não concordância e baixa adesão ao plano terapêutico proposto, sendo, portanto referidos como pacientes difíceis aqueles que se “recusam” a fornecer informações”<sup>27</sup> / se “recusam ou a se abrir”<sup>24</sup>, falam demais<sup>28</sup>, têm dificuldade em compreender as informações compartilhadas<sup>26, 27</sup> têm expectativas elevadas<sup>23</sup>, buscam segundas opiniões ou chegam à consulta com conclusões próprias após pesquisa na internet<sup>32</sup>, questionam a decisão médica pelo paciente<sup>32</sup> / confrontavam o médico<sup>26</sup>, são “difíceis de convencer”<sup>27</sup>, com baixa adesão ao tratamento proposto<sup>28</sup>, / que se “recusam” a aderir às terapias propostas<sup>24</sup> / são “desobedientes”<sup>22</sup> e que solicitam testes considerados desnecessários<sup>26</sup>. Familiares que insistem em uma conduta considerada inadequada também tornam o encontro difícil<sup>25</sup>.

A quarta dimensão é relativa ao comportamento, que pode ser dividida em três subdimensões. Uma subdimensão é o comportamento ou perfil do paciente com o médico, que o faz considerar o paciente como paciente narcisista<sup>23</sup>, manipulativo<sup>23</sup>, que parece querer apenas receita de drogas<sup>24</sup>, demandante<sup>22, 23</sup>, não amistoso<sup>22</sup>, agressivo<sup>22</sup>, que faz assédio verbal ou físico<sup>23</sup>, ansioso<sup>17</sup> e que é rude<sup>24</sup>. Familiares hostis também causam encontros difíceis<sup>23</sup>. Outra subdimensão é relativa ao comportamento do paciente que marca consultas com muita frequência, denominados como usuários frequentes<sup>23</sup>. E a terceira subdimensão é a do comportamento do paciente em relação a si mesmo também representa um paciente difícil, especificado em um estudo como paciente com autocuidado ruim<sup>23</sup>.

A quinta dimensão é relativa ao perfil sociodemográfico do paciente, subdividida em duas subdimensões, um geral e outra relativa a contextos de vulnerabilidade. Quanto à subdimensão geral, um estudo constatou mais pacientes difíceis na classe social média<sup>16</sup>, e um estudo os estudantes de medicina do penúltimo ano consideravam mais difíceis os

paciente de meia-idade ou idosos<sup>28</sup>, pacientes que tinham ascendência latina e asiática<sup>28</sup> e 59% das descrições relativas a gênero foram de pacientes mulheres<sup>28</sup>.

Quanto à subdimensão relativa a contextos de vulnerabilidade, os médicos referiram sentir mais dificuldade em lidar com contextos sociais complexos<sup>24</sup>, condições de pobreza<sup>15</sup>, baixa escolaridade<sup>15</sup>, situações de desemprego<sup>15</sup> e de isolamento social de seus pacientes<sup>15</sup>. Menor menção espontânea a outras iniquidades, como gênero e raça<sup>15</sup>. Um estudo constatou que 40% dos pacientes analisados apresentavam ao menos uma vulnerabilidade em três ou mais dimensões; a maioria, social, seguida por somática e de saúde mental. Enquanto entre mulheres, todas essas dimensões associaram-se à maior probabilidade de serem consideradas pacientes difíceis, entre homens, todas menos a saúde mental e uso do sistema de saúde se associaram a essa probabilidade<sup>21</sup>.

### **Percepção, sentimentos e satisfação dos pacientes quanto às relações clínicas e médicos difíceis**

Entre os pacientes com queixas além das somáticas, os médicos difíceis, e que, conseqüentemente, geraram sua menor satisfação com atendimento, foram aqueles que deram a eles menos oportunidades de descrever suas queixas por completo e fizeram mais interrupções em suas falas; e, entre os pacientes imigrantes, agregou-se o fato de perceberem que os médicos os levavam menos a sério e forneciam menos informação a eles<sup>20</sup>.

Pacientes com sintomas clinicamente inexplicados consideraram difíceis os médicos que discordavam deles sobre o problema central da consulta, que os faziam sentir-se desconfortáveis, que demonstravam preconceitos contra eles e que, em sua percepção, tinham despreparo técnico, desconheciam seu histórico, não tinham um plano terapêutico específico e não admitiam desconhecer a origem dos sintomas<sup>19</sup>.

Pais de pacientes com câncer relataram encontrar dificuldades com os pediatras faziam uma aliança terapêutica com eles, não compreendiam suas necessidades, não pareciam estar

do mesmo lado que eles ou trabalhar para obter os melhores resultados para seus filhos, não se importando com seus filhos <sup>26</sup>. Os sentimentos gerados nestes pais foram angústia, raiva, vulnerabilidade e desconfiança <sup>26</sup>.

Pacientes de dois hospitais da China demonstraram estar mais satisfeitos com a atenção médica quando pertenciam à etnia majoritária, tinham uma renda salarial que os satisfazia, aguardavam menos tempo para agendar atendimento, consideravam o hospital um bom ambiente e sentiam confiança em seu médico <sup>31</sup>.

### **Dificuldades, comportamentos e sentimentos dos médicos frente a contexto de relações com pacientes difíceis e sua associação com características específicas de ambos**

Em relação às associações entre encontros difíceis e dias da semana, um estudo constatou a ocorrência de mais encontros difíceis nas segundas-feiras em atendimentos ambulatoriais de Medicina de família e comunidade <sup>21</sup>. Internistas, cirurgiões e generalistas apontaram frequência similar de encontros difíceis com pacientes considerados ofensivos <sup>17</sup>; manipuladores <sup>17</sup>; com raiva deles <sup>17</sup>; ou drogadição <sup>17</sup>. Um estudo constatou que mais encontros difíceis ocorriam com familiares de pacientes internados do que em consulta ambulatorial <sup>25</sup>.

Quanto ao perfil do médico assistente ou residente, a probabilidade de classificar os pacientes como difíceis não se associou com sua idade ou anos de prática <sup>21, 29</sup>. Enquanto gênero não se associou a esta probabilidade <sup>21, 29</sup> em dois estudos, nem a concordância de gênero com o do paciente, etnia e sua concordância com a do paciente <sup>29</sup>, em um estudo essa probabilidade associou-se com a concordância de gênero e ao sexo masculino <sup>16</sup>.

Os médicos referiram entrar em conflito interno e ter dificuldade em lidar com pacientes por quem sentiam raiva, mas, ao mesmo tempo, sentiam simpatia e consideravam que deveriam demonstrar carinho e gentileza <sup>18</sup>. Neste estudo, vários conflitos e medos vivenciados pelos médicos foram descritos, entre eles a indecisão entre se deixar ser atacado e

impor limites, dificuldade em se distanciar de situações complicadas, medo de ser agredido por familiares, caso algo acontecesse com o paciente, medo de não satisfazer expectativas do paciente; e dificuldades relativas à comunicação quanto à abordagem da intimidade do paciente<sup>18</sup> e discussão sobre tempo de vida, possibilidade de morte e a morte<sup>18</sup>. Na atenção à população vulnerável, o tempo, a sensação de ineficácia e a pressão por “fazer algo” foram os três principais fatores que os incomodaram<sup>15</sup>. Outros médicos sentiam menor satisfação com seu desempenho em encontros com pacientes cujas suas queixas são além das somáticas<sup>20</sup>.

Dificuldades com a comunicação descrita por médicos residentes da Medicina de família e comunidade foram a abordagem da intimidade do paciente e discussão sobre tempo de vida, possibilidade de morte e a morte<sup>18</sup>; por residentes de pediatria foram a comunicação de más notícias aos familiares e como atuar quando eles insistiam em uma conduta inadequada<sup>25</sup>; e, por acadêmicos do penúltimo ano do curso de medicina foram a explicação da natureza da doença e do tratamento para pacientes acompanhados por longo tempo, mas que não entendiam bem o próprio quadro clínico, o que interferia no seguimento das terapias propostas e o manejo de pacientes muito comunicativos, com raiva ou com diferenças linguísticas<sup>28</sup>.

Os pediatras que tratavam pacientes com câncer ressaltaram a influência de questões estruturais externas sobre a relação deles com os pais das crianças<sup>26</sup>, clínicos e cirurgiões relataram a dificuldade sentida por questões estruturais como falta de serviços de suporte no sistema de saúde como psicoterapia, falta de continuidade no cuidado por pobreza de recursos na atenção primária<sup>27</sup>, e, entre generalista, houve associação entre satisfação com o trabalho e fatores ambientais e condições de trabalho, e não com a frequência de encontros clínicos difíceis<sup>22</sup>. Mais encontros difíceis foram constatados entre médicos que se sentiam hostilizados pela mídia, já haviam passado por litígio médico, trabalhavam mais de 40 horas por semana e prescreviam com mais frequência drogas, testes ou procedimentos, quando

comparados aos médicos satisfeitos com sua renda, que consideravam bom o ambiente do hospital, que não se sentiam pressionados e percebiam a confiança dos pacientes neles <sup>31</sup>.

Os sentimentos dos médicos ao lidar com pacientes com comportamentos desagradáveis e com queixas de saúde mental incluíram ansiedade, fadiga e emoções fortes como raiva, tristeza <sup>23</sup>. Pediatras que tratavam pacientes com câncer com relações clínicas difíceis relataram maior frustração, desconfiança no responsável, angústia, ansiedade e sensação de fracasso <sup>26</sup> e os residentes de pediatria menos confiantes e mais ansiosos <sup>25</sup>. Os sentimentos referidos por acadêmicos em encontros clínicos difíceis incluíram ansiedade, medo, frustração <sup>24, 28</sup>, incômodo e forte sensação de impotência <sup>24</sup> e empatia <sup>28</sup>. Foi citada a sensação que seu desempenho frente aos pacientes difíceis limitaria sua possibilidade de se destacar academicamente, alteravam expectativas sobre o cuidado centrado no paciente e evidenciavam sua falta de ferramentas ou autoridade para melhorar a saúde do paciente <sup>24</sup>.

Os comportamentos adotados pelos médicos para lidar com pacientes com queixas além das somáticas, os quais os pacientes percebem, inclui dedicação de menos tempo para explicar suas queixas, mais interrupções de suas falas, levá-los menos a sério, oferta de menos informações e menos respostas a suas perguntas e menor incentivo à sua participação no encontro <sup>20</sup>. Clínicos que faziam ambulatório em um hospital reportaram que se distanciavam quando a consulta envolvia emoções fortes e que tinham dificuldade em manter o bom humor e a cordialidade com os pacientes ao final de longas horas de trabalho extenuante <sup>32</sup>. No atendimento a pacientes difíceis, um estudo demonstrou que o envolvimento do médico com o trabalho e sua motivação pró-social tinham queda de 31%, e o médico passava a focar mais a consulta na resolução de problemas <sup>30</sup>. Alguns médicos expressaram seu desinteresse e sua insatisfação em trabalhar com pacientes com limitada expectativa de melhora <sup>27</sup> e, entre estudantes, alguns relataram mudanças em suas atitudes e seus sentimentos ao longo do

tempo, alguns com aumento de satisfação, compreensão e calma, e outros com maior sentimento de frustração e impotência <sup>28</sup>.

Segundo os acadêmicos do penúltimo ano do curso de medicina que estavam passando pelo estágio de Medicina de família e comunidade, a maioria de seus preceptores comunicava-se bem e seus pacientes confiavam neles <sup>28</sup>, mas muitos deles ignoravam as perguntas dos pacientes e não lhes explicava em detalhes o tratamento prescrito <sup>28</sup>. Em relação à comunicação com eles, a maioria referiu que os preceptores costumava caracterizar alguns pacientes como difíceis <sup>28</sup> e, na hora de estabelecer a conduta a ser adotada, ignorava as informações socioeconômicas coletadas por eles <sup>28</sup>.

Um estudo constatou menor risco de encontros difíceis em consultas que em que os médicos eram mais cordiais, estabeleciam relações de confiança e que tinham maior participação do paciente nas decisões <sup>29</sup>.

### **Intervenções, estratégias, sugestões e recomendações fornecidas pelos autores para promover a relação médico - paciente e diminuir o risco de encontros clínicos difíceis**

As intervenções e estratégias dos autores no âmbito profissional visando promover a relação médico - paciente, diminuir a percepção sobre pacientes que são difíceis e superar eventuais problemas que ocorram na interação médico paciente incluíram propostas, tanto na formação e na prática profissional. Alguns autores que elas deveriam ocorrer desde o início da formação e se prolongar ao longo da educação e da prática médica <sup>28</sup>. Considera-se fundamental priorizar-se formação da identidade profissional na educação médica Steinauer et al <sup>24</sup>, de promover o profissionalismo <sup>29</sup> nutrir a reflexão <sup>28</sup> e a autoconsciência <sup>28,32</sup>, bem como desenvolver a inteligência emocional <sup>23, 28</sup>, o ensino de psicologia <sup>29,30</sup> e saúde mental <sup>22</sup>, do comportamento frente ao adoecimento <sup>29</sup> e de comunicação <sup>16, 17, 19, 22, 25, 26, 29</sup>. Esta última abrange diversos componentes. Um deles é o aprimoramento das habilidades para o cuidado centrado na pessoa <sup>19</sup>. Essa abordagem requer a promoção das relações de respeito <sup>28</sup> e o

cultivo de empatia <sup>25, 30</sup>, bem como da inspiração e gratitude <sup>30</sup>, e da compreensão sobre alteridade dos pacientes <sup>28</sup>, a qual deve ser levada em conta na avaliação e conduta, principalmente no campo da saúde mental e entre pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento <sup>28</sup>. O maior foco a queixas funcionais foi sugerido e também, especialmente às emoções fortes na formação médica <sup>27</sup> e na modulação das emoções pessoais na prática clínica <sup>23</sup>, incluindo-se estratégias como simulações, discussões e dinâmicas sobre encontros difíceis, apontados como cruciais para aprendizagem <sup>24</sup>. Foram mencionados também como importantes para trabalhar a comunicação e as emoções que a permeiam incluíram os grupos Balint, *mindfulness* (atenção plena), recursos específicos para a prática como o acróstico BREATHE OUT (*Bias*: Pensar em vieses que tem contra o paciente; *REflect*: Se perguntar porque se categoriza aquele paciente como difícil; *Accomplish*: Listar algo a se conquistar naquele encontro; *THink*: Pensar em uma questão a se tratar que possa explorar suas concepções sobre o paciente; *Enter*: Entrar em consultório apenas após três respirações profundas; *Outcome*: Refletir se o objetivo do paciente e do médico foram atingidos; *Unexpected*: Pensar se algo inesperado foi aprendido; *Tomorrow*: Listar algo que poderia resolver se ver o paciente no dia seguinte) <sup>25</sup> além de gestão de conflitos <sup>16</sup> e recursos para resolução de problemas <sup>16, 18</sup>.

Foi apontada a necessidade de se rediscutir papel do médico e suas relações em um mundo em que as informações são mais acessíveis ao público em geral <sup>32</sup> e os autores fizeram recomendações gerais para os médicos, incluindo manter o controle de suas emoções, mas sem ignorá-las <sup>32</sup>, sua maior conexão com paciente, mais abertura e menos preconceitos sobre o que paciente sente e expressa e valorização dos problemas deles, aos quais os interesses dos médicos devem alinhar-se <sup>19</sup>. Outros aconselhamentos abrangeram investir tempo em conhecer a vida do paciente e criar laços de confiança e ter expectativas realistas, ao lidar com pacientes em vulnerabilidade considerados difíceis <sup>15</sup>, evitar embates entre os pediatras e pais,

os quais devem obter uma resposta mais empática sobre os seus sentimentos<sup>26</sup> e maior controle dos médicos, de forma geral, de seus comportamentos defensivos<sup>31</sup>.

Foi ressaltada a importância do trabalho em equipe multiprofissional, como estímulo interação interprofissional<sup>15</sup>, acompanhamento clínico em equipe<sup>26</sup> e priorização do trabalho em equipe<sup>17</sup>.

Os autores também apontaram mudanças necessárias no âmbito sistêmico. Uma delas é o aumento do tempo disponível para a consulta<sup>31</sup>, para que o médico possa conversar mais com os pacientes;<sup>30</sup>. Outra é a diminuição da carga horária e carga de trabalho de médicos<sup>31</sup>, melhorar o ambiente hospitalar<sup>31</sup>, e criar sistemas racionais de recompensa, para melhorar a satisfação salarial<sup>31</sup>. De forma mais ampla, foram citadas a redução da cobertura midiática negativa sobre o médico<sup>31</sup>, mudanças estruturais na organização dos sistemas de saúde<sup>15,26</sup>, entre elas a redução do tempo de espera dos pacientes<sup>31</sup> e a abordagem de problemas basilares que causam as iniquidades na saúde (concentração de riqueza, educação, estratificação social, etc.)<sup>15</sup>.

Os autores sugeriram focar mais na: compreensão do que na orientação psicossocial para melhorar experiência do médico<sup>29</sup>; na empatia, evitando a “etiqueta” de “difícil”; pensar em problemas sistêmicos como a origem dos sentimentos negativos e frustração em oposição a colocar isso sobre o paciente como indivíduo<sup>23</sup>; no cultivo de um ambiente de aprendizagem focado na própria melhora do estudante e não na comparação de seu desempenho com o de outros estudantes<sup>24</sup>.

### **Limitações apontadas pelos autores em seus estudos**

Apesar de em estudo os encontros terem sido gravados<sup>29</sup>, todos os instrumentos tinham inerentes o risco de viés de desejabilidade social, visto que parte ou total dos dados / das informações coletadas foram autorrelatados ou autopreenchidos.

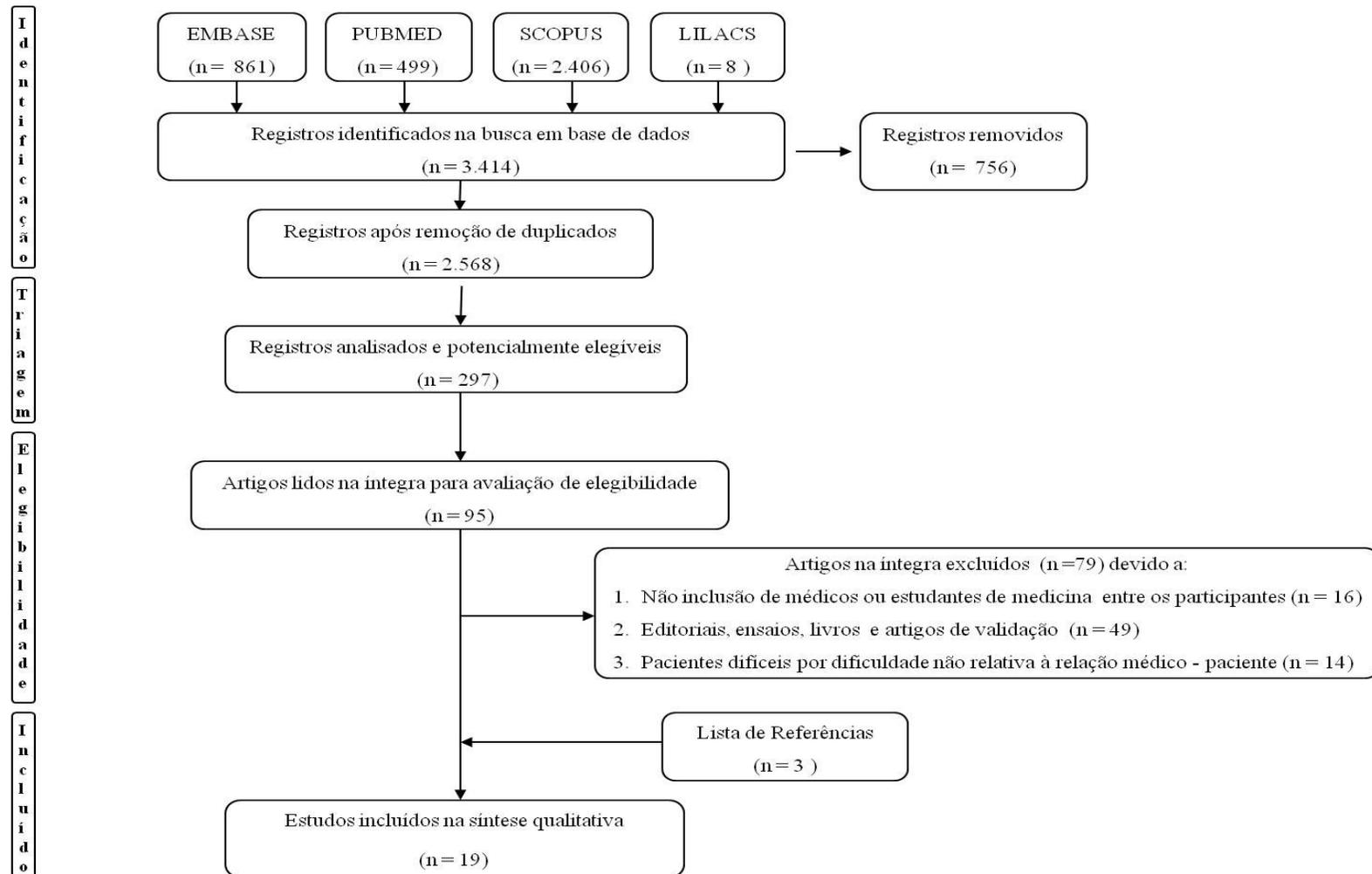
Quanto à amostra, foi referido o baixo número de participantes em dois estudos<sup>24,25</sup> e o tamanho insuficiente da amostra para análises comparativas em outro<sup>26</sup>. Em relação à representatividade da amostra, um estudo reconheceu como limitação a escolha um autor citou como limitação a seleção da amostra por conveniência<sup>23</sup>, outro a seleção de apenas médicos residentes<sup>21</sup>, outro apenas de estudantes<sup>24</sup> e a condução do estudo em um único local<sup>20, 21, 24, 25, 28</sup>. Foi relatado também como possível viés, a seleção de pacientes satisfeitos com o atendimento em geral poderem ter avaliado mais positivamente aspectos específicos da consulta (efeito halo)<sup>20</sup>, estudantes com emoções mais fortes nos encontros clínicos poderem ter ficado mais motivados a aceitar o convite para participar da pesquisa.<sup>24</sup> Médicos mais motivados a responder o questionário eram mais jovens e homens do que o total dos convidados<sup>22</sup>, pacientes com sintomas clinicamente inexplicados terem sido incluídos com base na percepção do médico e não se analisou a satisfação geral<sup>19</sup>.

Muitas limitações foram citadas quanto à coleta de dados. Uma delas era relativa ao tempo e/ou o local em que foi realizada. Em um estudo ponderou-se que a coleta logo após consulta e na própria instituição pode ter prejudicado segurança de pacientes no anonimato<sup>20</sup>, em outro considerou-se a distância temporal entre encontros e sua descrição emocional e o foco em encontros recentes, sem avaliar evolução de sentimentos com o tempo<sup>23</sup> e em outro, que a frequência de encontros clínicos difíceis foi relatada em um momento pontual, estando sujeita a viés de recordação<sup>25</sup>. Quanto aos dados coletados, foi considerada como limitação a inclusão de poucas informações sociodemográfica<sup>27</sup> e a não inclusão de: informações demográficas dos pacientes<sup>21</sup>, características médicas que contribuíram para a dificuldade em lidar com os pacientes<sup>15</sup>, medida objetiva das condutas clínicas tomadas<sup>23</sup>, visão dos pacientes, levando-se apenas em consideração a opinião do médico e sua classificação sobre pacientes difíceis<sup>17, 27</sup>, avaliação da visão de médicos e pacientes em profundidade, nem questões relativas à cultura<sup>31</sup>, pacientes não considerados difíceis em situação de

vulnerabilidade, para possibilitar comparação com os considerados difíceis <sup>15</sup>, satisfação geral<sup>19</sup>. Por outro lado, foi considerada como possível limitação a inclusão de perguntas sensíveis como renda e prática de medicina defensiva, que podem ter levado a respostas menos sinceras <sup>31</sup>. A forma de coleta também foi mencionada como limitação em alguns estudos, pela diferença na forma de aplicação do instrumento, como considerada em estudo em que os pediatras foram questionados diretamente sobre relações clínicas difíceis com os pais de pacientes com câncer, enquanto a visão dos pais foi obtida por dados indiretos <sup>26</sup> ou pela técnica e instrumento de coleta, com redação das narrativas foi considerada como possível introdução de viés egocêntrico ou de embelezamento dos fatos em um <sup>28</sup> e entrevista semiestruturada, que pode ter desencorajado opiniões mais socialmente desagradáveis em outro <sup>27</sup>.

Finalmente, outra limitação apontada foi que a associação encontrada no estudo não estabelecia a direção de causalidade e, portanto, médicos desmotivados por outras razões poderiam ter considerado com maior frequência os pacientes como mais difíceis ou ter desenvolvido relações clínicas de pior qualidade <sup>30</sup>.

Figura 1. Estratégia de busca e revisão de artigos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português entre 1 de janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021.<sup>a</sup>



a. Adaptado do Prisma from MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

**Quadro 1** - Autores, objetivos e metodologia dos 19 artigos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português entre 1 de janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021.

Autor, ano, país	Objetivo	Método		
		Desenho	População	Coleta e Análise de dados
Jackson et al <sup>29</sup> , 2021, Canadá	Desenvolver modelo estruturado de equações para capturar a natureza sociocultural de interações "difíceis"	Transversal	11 médicos generalistas 119 de seus pacientes Contexto: Atenção primária	Instrumentos para avaliar depressão ( <i>Patient Health Questionnaire-9</i> ), somatização ( <i>Patient Health Questionnaire-15</i> ), ansiedade ( <i>Generalized Anxiety Disorder-7</i> ), estado funcional ( <i>Medical Outcome Study SF-6</i> ) e dor (escala de 0-10) nos pacientes e sua confiança no médico; DDPQRQ-10 <sup>a</sup> ; encontros gravados avaliados com OPTION-5 <sup>b</sup> e RIAS <sup>c</sup> Análise multivariada e modelagem
Karahuseynoglu et al <sup>16</sup> , 2021, Turquia	Determinar perfil demográfico de pacientes difíceis	Qualitativo	248 profissionais da saúde: 92 médicos, 135 enfermeiros e resto não foi especificado Contexto: Atenção primária	Questionário próprio Análise bivariada e multivariada
Bankiewicz-Nakielska et al <sup>18</sup> , 2020, Polônia	Identificar dificuldades de residentes com os pacientes	Qualitativo	36 médicos no ano final da residência em MFC <sup>d</sup> , no ambulatório de atenção primária de uma universidade no norte Polônês	Entrevista semiestruturada Análise temática com referencial fenomenológico e interpretativo
Isbell et al <sup>23</sup> , 2020, EUA	Descrever o que marca e os sentimentos de profissionais em encontros clínicos na emergência emocionalmente mobilizadores	Abordagem mista	50 médicos 45 enfermeiros Local: 29 departamentos de emergência	Narrativas preenchidas à distância sobre três atendimentos marcantes: um com sentimentos negativos, outro com positivos e um em saúde mental; após, era preenchido questionário com emoções sentidas em cada encontro Análise multivariada e análise temática
Zhang et al <sup>30</sup> , 2020, China	Avaliar impacto de relações médico - paciente difíceis no envolvimento do médico com seu trabalho e seus mecanismos	Transversal	588 médicos Local: Hospitais no nordeste chinês	DDPRQ-10 <sup>a</sup> e três escalas adaptadas relativas à motivação prósocial e ao interesse em solução de problemas e engajamento do médico no trabalho Análise por estatística descritiva, análise fatorial e modelagem por equações estruturais
Bodegard et al <sup>20</sup> , 2019, Suécia	Avaliar diferenças entre atendimento a pacientes com só queixas somáticas e aqueles com queixas além das somáticas	Transversal	16 médicos generalistas e 251 de seus pacientes Local: Atenção primária na capital Sueca	Questionários próprios sobre qualidade da comunicação, informação, participação e satisfação com a consulta, dos pontos de vista de médicos e pacientes Análise multivariada
Carde <sup>15</sup> , 2019, Canadá	Explorar a experiência de médicos sobre pacientes "difíceis" por iniquidades sociais	Qualitativo	7 MFC <sup>d</sup> e 5 residentes Local: Ambulatórios em atenção primária em região relativamente pobre de Montreal	Entrevista semiestruturada Análise temática
Castelhamo et al <sup>32</sup> , 2019, Brasil	Explorar a relação de médicos com as emoções presentes na prática clínica	Qualitativo	8 médicos internistas especialistas que trabalham a nível ambulatorial hospitalar em São Paulo.	Entrevista semiestruturada Análise temática
Mota et al <sup>21</sup> ,	Analisar os preditores de encontros	Transversal	27 médicos residentes	Questionário DDPQRQ-10 <sup>a</sup> , PVG <sup>e</sup>

2019, Suíça	percebidos por médicos residentes como difíceis e sua prevalência		527 de seus pacientes Local: Departamento de Cuidado Ambulatorial e MFC <sup>d</sup> da Universidade de Lausanne na Suíça	Análise com Regressão linear múltipla
Qiao et al <sup>31</sup> , 2019, China	Analisar fatores que influenciam relações difíceis entre médico e pacientes segundo médicos e pacientes	Transversal	226 médicos 713 de seus pacientes Local: hospital da província e hospital municipal no norte chinês	Questionário sociodemográfico para todos os participantes, DDPQ-10 <sup>a</sup> para médicos e PDRQ-9 <sup>f</sup> para pacientes Análise multivariada
Collins et al <sup>25</sup> , 2018, EUA	Avaliar frequência e contexto de encontros clínicos difíceis	Abordagem mista	33 médicos residentes em pediatria Local: hospital pediátrico no sudeste estadunidense	Questionário próprio com questões fechadas e abertas para avaliar confiança, ansiedade e satisfação no contato com familiares e em encontros difíceis Análise estatística descritiva e análise temática
Goetz et al <sup>22</sup> , 2018, Alemanha	Analisar tipos de encontros considerados difíceis por médicos e sua associação com satisfação profissional	Transversal	470 médicos generalistas na atenção primária do norte alemão	Questionário próprio com dados sociodemográficos, grau de dificuldade em cenários específicos e escala adaptada de satisfação profissional Análise estatística descritiva e regressão linear múltipla
Steinauer et al <sup>24</sup> , 2018, EUA	Explorar particularidades do acadêmico na avaliação de pacientes difíceis	Qualitativo	26 estudantes do último ano do curso de medicina	Entrevista semiestruturada Análise por teoria fundamentada em dados, de referencial construtivista
Houwen et al <sup>19</sup> , 2017, Países Baixos	Estudar a experiência de pacientes com sintomas clinicamente inexplicados	Qualitativo	39 pacientes identificados por seu médico como tendo sintomas clinicamente inexplicados em ambulatórios de atenção primária no leste holandês	Entrevista semiestruturada do paciente ao assistir sua própria consulta previamente gravada Análise temática
Mack et al <sup>26</sup> , 2017, EUA	Examinar a relação entre pais e médicos em pediatria	Qualitativo	16 Pediatras Pais de 29 pacientes com câncer Contexto: acompanhamento longitudinal na oncologia pediátrica	Entrevista semiestruturada Análise temática
Méndez et al <sup>33</sup> , 2017, Chile	Descrever características de pacientes difíceis em psiquiatria.	Caso-controle	15 pacientes casos e 30 controles, em acompanhamento regular em psiquiatria de um hospital do leste chileno	Médicos classificaram pacientes como difíceis ou não. Dados sobre os pacientes foram coletados em entrevista e no prontuário. Análise descritiva
Sandikci et al <sup>17</sup> , 2017, Turquia	Examinar razões da construção do conceito de paciente difícil e atitudes de médicos nesse contexto	Transversal	400 médicos Local: dois Hospitais Escola em Ankara.	Questionário próprio com dados sociodemográficos e características de pacientes Análises bivariada e multivariada
Maatz et al <sup>27</sup> , 2016, EUA	Explorar vivência de médicos com pacientes e relações difíceis	Qualitativo	17 médicos clínicos e cirúrgicos Local: três hospitais no nordeste inglês	Entrevista semiestruturada Análise temática
Shapiro et al <sup>28</sup> , 2016, EUA	Avaliar percepção de estudantes de medicina sobre encontros clínicos difíceis	Qualitativo	134 estudantes do penúltimo ano do curso de medicina Local: estágio em MFC <sup>d</sup>	Narrativas sobre encontros clínicos difíceis Análise temática

a. DPRQ-10 (*10-item Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire*), desenvolvido por Hahn et al<sup>13</sup>, em que o médico responde 30 perguntas em escala Likert, resultando em uma nota que sintetiza o quão difícil ele considerou o paciente.

- b.OPTION-5 (*5-item "Observing Patient Involvement"*): questionário que avalia a participação do paciente em encontros gravados.
- c. RIAS (*Roter Interaction Analysis System*) é um sistema para análise de cada fala do encontro em vídeo ou áudio gravado.
- d. MFC: Medicina de Família e Comunidade
- e.PVG (*Patient's Vulnerability Grid*) que quantifica vulnerabilidades sociais em categorias como: saúde mental, problemas somáticos e questões socioeconômicas
- f.PDRQ-9 (*9-item Patient-Doctor Relationship Questionnaire*) que serve como avaliação da dificuldade do encontro do ponto de vista do paciente,

**Quadro 2.** Autores, resultados, limitações e intervenções propostas dos 19 artigos primários sobre pacientes difíceis publicados em inglês, espanhol e português entre 1 de janeiro de 2016 e 30 de setembro de 2021.

Autor, ano, país	Resultados		Limitações referidas pelos autores	Intervenções propostas
	Paciente difícil	Médico, contexto ou relação difícil:		
Jackson et al <sup>29</sup> 2021, Canadá	Encontros foram considerados difíceis: 22% Somatização, dor intensa, prejuízo de funcionalidade e depressão associaram-se com maior frequência a pacientes difíceis	Distribuição heterogênea entre médicos. A percepção sobre o encontro difícil não se associou a idade, gênero e sua concordância, etnia e sua concordância ou anos de prática. Confiança, cordialidade e maior participação do paciente nas decisões reduziram seu risco		Treinamento em comunicação, profissionalismo, psicologia e comportamento frente ao adoecimento; maior foco na compreensão do que orientação psicossocial para melhorar experiência do médico
Karahuseynoglu et al <sup>16</sup> 2021, Turquia	Pacientes de classe social média são mais frequentemente considerados difíceis	Concordância de gênero relaciona-se a maior risco de encontro difícil. Médicos consideram homens como os mais difíceis e profissionais de outras áreas da saúde consideram o oposto		Focar em empatia evitando a “etiqueta” de “difícil”; treinamento em habilidades de comunicação, gestão de conflitos e solução de problemas
Bankiewicz-Nakielska et al <sup>18</sup> 2020, Polônia		Pacientes por quem sentem raiva, mas, ao mesmo tempo, simpatia ou pensam que devem ser carinhosos e gentis; indecisão entre se deixar ser atacado e impor limites; dificuldade em se distanciar de situações complicadas; medo de ataque de familiares, caso “algo aconteça com o paciente” e de não satisfazer expectativas do paciente; dificuldade em discutir mortalidade e intimidade do paciente.	Viés de deseabilidade social	Desenvolver recursos para resolução de problemas durante treinamento médico e especialização
Isbell et al <sup>23</sup> 2020, EUA	Pacientes com comportamentos demandantes, narcisistas ou manipulativos, assédio verbal ou físico, usuários frequentes, com expectativas elevadas; autocuidado ruim; e com familiares são hostis	Reação emocional similar em relação a pacientes com comportamentos desagradáveis e pacientes com queixas de saúde mental (raiva, tristeza, ansiedade, fadiga)	Amostra por conveniência; distância temporal entre encontros e sua descrição emocional; foco em encontros recentes sem avaliar evolução de sentimentos com o tempo; ausência de medida objetiva das condutas clínicas tomadas	Intervenções para modular emoções pessoais na prática clínica e desenvolver inteligência emocional; mudar o foco da origem dos sentimentos negativos e frustração com o paciente como indivíduo para foco em problemas sistêmicos.
Zhang et al <sup>30</sup> 2020, China		Relações difíceis associam-se a queda de 31% no envolvimento do médico com o trabalho, por queda de motivação pró-social e aumento de interesse em resolução de problemas	Associação não estabelece direção de causalidade e médicos desmotivados por outras razões podem considerar os pacientes como mais difíceis ou desenvolver relações clínicas de menor	Aumento do tempo disponível para médico conversar com pacientes; ofertar treinamento psicológico a médicos, para cultivar inspiração, gratidão e

			qualidade	empatia
Bodegard et al <sup>20</sup> 2019, Suécia	Pacientes com queixas além de somáticas relataram: ter menos oportunidades de descrever suas queixas por completo, ser mais interrompidos por médico e ter menor satisfação com atendimento; pacientes imigrantes consideraram ser menos levados a sério e receber menos informação	Médicos relataram dedicar menos tempo a pacientes para explicar suas queixas quando elas são além das somáticas, interrompê-los mais, levarem-nos menos a sério, oferecer menos informações, responder perguntas com menos frequência, permitir com menor frequência a participação do paciente no encontro e ficar menos satisfeitos com seu desempenho em encontro com tais pacientes	Realizado em apenas uma unidade primária de saúde; coleta de dados realizada logo após consulta e na própria instituição pode ter prejudicado segurança de pacientes no anonimato; pacientes satisfeitos com o atendimento podem ter avaliado os aspectos restantes mais positivamente do que realmente foram (efeito halo).	
Carde <sup>15</sup> 2019, Canadá	Médicos relataram dificuldades com pobreza, baixa escolaridade, desemprego e isolamento social de seus pacientes; menor menção espontânea a outras iniquidades, como gênero e raça	O que define um "paciente difícil" relaciona-se mais à experiência subjetiva do médico durante os atendimentos do que às características individuais do paciente; os três fatores que incomodaram o médico com maior frequência foram: tempo, sensação de ineficácia e pressão por "fazer algo".	A determinação da frequência das causas de relações difíceis focou-se mais nas dificuldades em lidar com pacientes em vulnerabilidade considerados difíceis, não incluindo os pacientes não considerados difíceis. Não foram exploradas as características médicas que contribuíram para a dificuldade em lidar com os pacientes.	Investir tempo em conhecer a vida do paciente, criar laços de confiança, ter expectativas realistas e estimular interação interprofissional. O aperfeiçoamento profissional é necessário, mas seria mais eficaz abordar problemas basilares que causam as iniquidades na saúde (concentração de riqueza, educação, estratificação social, etc.) com mudanças na organização dos sistemas de saúde
Castelhana et al <sup>32</sup> 2019, Brasil	Pacientes que questionam a decisão médica; buscam segundas opiniões ou chegam à consulta com conclusões próprias após pesquisa na internet	Médicos relataram o uso frequente de estratégias de distanciamento em consultas que envolviam emoções fortes e dificuldade em manter o bom humor e a cordialidade com os pacientes ao final de longas horas de trabalho extenuante	Estudo qualitativo com dimensões limitadas	Médicos devem manter controle de suas emoções, sem ignorá-las e desenvolver autoconhecimento. Rediscutir papel do médico e suas relações em um mundo em que as informações são mais acessíveis ao público em geral
Mota et al <sup>21</sup> 2019, Suíça	40% dos pacientes apresentavam ao menos uma vulnerabilidade em três ou mais dimensões; a maioria, social, seguida por somática e de saúde mental; entre homens, apenas saúde mental e uso do sistema de saúde não se associaram com probabilidade de ser considerado paciente difícil; entre mulheres, todas essas dimensões associaram-se	Segunda-feira é o dia de maior concentração de encontros difíceis. Não houve associação entre probabilidade de médicos residentes classificarem pacientes como difíceis com idade, gênero e anos de prática dos médicos residentes	Estudo em centro único, exclusivamente com médicos residentes; informações demográficas de pacientes não foram coletadas, não propiciando controle na análise	

Qiao et al <sup>31</sup> 2019, China	Mais pacientes da etnia Han tiveram maior satisfação com seus médicos do que os da minoria Mongol local; pacientes satisfeitos com sua renda e os que aguardaram menos tempo para agendar atendimento, consideraram o hospital um bom ambiente e sentiam confiança em seu médico	Maior frequência de encontros difíceis entre médicos internistas, profissionais acima de 31 anos, e com pós-graduação (pelo menos mestrado); médicos satisfeitos com sua renda, que consideravam bom o ambiente do hospital, que não se sentiam pressionados e percebiam a confiança neles por seus pacientes tiveram menos encontros difíceis; médicos que se sentiam hostilizados pela mídia, já haviam passado por litígio médico, trabalhavam mais de 40 horas por semana e prescreviam com mais frequência drogas, testes ou procedimentos desnecessários também tiveram mais encontros clínicos difíceis	Perguntas sensíveis como renda e prática de medicina defensiva podem ter levado a respostas menos sinceras; estudo não avaliou a visão de médicos e pacientes em profundidade, nem questões específicas à cultura	Propõe-se sistemas racionais de recompensa, para melhorar a satisfação salarial, melhorar o ambiente hospitalar, reduzir cobertura midiática negativa, diminuir carga horária e carga de trabalho de médicos, reduzir o tempo de espera dos pacientes e aumentar tempo das consultas; médicos devem controlar seus comportamentos defensivos.
Collins et al <sup>25</sup> 2018, EUA	Médicos assistentes referiram : maior frequência de encontros difíceis com famílias de pacientes internados do que em ambulatório; residentes relataram menor confiança durante encontros envolvendo dor crônica, comunicação de más notícias e familiares que insistem em uma conduta considerada inadequada; comunicação de más notícias, familiares raivosos e os que insistem em conduta inadequada causam maior ansiedade nos participantes	Temas citados espontaneamente como causa de encontros difíceis dividiram-se em discordância com familiares (como recusa de tratamento, comportamento de negação, má aderência), emoções fortes (hostilidade, raiva, defensividade e impaciência), situacional (como restrição de tempo, discussão com adolescentes, relatar erros médicos e situações de fim de vida) e relativa a diagnósticos específicos (dor crônica, problemas funcionais, abuso/negligência e drogadição).	O número de residentes foi baixo e eles pertencem a um único programa; a frequência de encontros clínicos difíceis foi relatada em momento pontual, estando sujeita a viés de recordação.	Ensino de comunicação médica incluindo estratégias para lidar com emoções, simulações e discussões e dinâmicas sobre situações difíceis (como grupos Balint), de técnicas de <i>mindfulness</i> (atenção plena) e para desenvolver empatia e recursos específicos para a prática, como o acróstico BREATHE OUT <sup>a</sup> .
Goetz et al <sup>22</sup> 2018, Alemanha	Os pacientes considerados mais difíceis foram os agressivos, demandantes, inamistosos e desobedientes; as condições clínicas mais relacionada a encontros clínicos difíceis foram transtorno somatoforme, dor crônica e etilismo	Satisfação com o trabalho associou-se com fatores ambientais e condições de trabalho e não se associou à frequência de encontros clínicos difíceis.	Seleção de médicos mais motivados a responder o questionário, pois amostra incluiu mais médicos jovens e homens do que o total dos convidados.	Priorizar treinamento em saúde mental para generalistas, e em habilidades de comunicação durante e após especialização.
Steinauer et al <sup>24</sup> 2018, EUA	Pacientes mais frequentemente citados tinham contextos sociais complexos, doenças crônicas e psiquiátricas e abuso de substâncias; há dificuldade com pacientes com problemas vistos como sem solução, pacientes com raiva, rudes ou que se recusam a aderir às terapias propostas ou a se abrir e os que parecem querer apenas receita de drogas	As emoções mais frequentes foram frustração, incômodo e forte sensação de impotência em ajudar os pacientes. Três temas centrais destacaram-se como base da maioria dos encontros difíceis: pacientes que interferem na capacidade do estudante em se destacar academicamente, pacientes que alteram expectativas dos acadêmicos acerca do cuidado centrado no paciente e a falta de ferramentas ou autoridade para melhorar a saúde do paciente.	Apenas 26 estudantes de uma única instituição; estudantes com emoções mais fortes nos encontros clínicos podem ter ficado mais motivados a aceitar o convite para participar da pesquisa.	Priorizar formação de identidade profissional na educação médica, considerando encontros clínicos difíceis como cruciais para aprendizagem; trabalhar ambiente de aprendizagem focado na própria melhora e não em comparação com desempenho de outros estudantes.

Houwen et al <sup>19</sup> 2017, Países Baixos		Seis categorias de problemas dos médicos foram apontadas pelos pacientes: discordância entre eles sobre ponto central da consulta; sensação de desconforto na consulta causada por eles; ausência de plano terapêutico específico; percepção de despreparo técnico e desconhecimento sobre histórico do paciente, demonstração de preconceito; e não admissão de desconhecer a origem dos sintomas	Pacientes com sintomas clinicamente inexplicados foram incluídos com base na percepção do médico; não se analisou a satisfação geral.	Aprimorar habilidades para o cuidado centrado na pessoa e de comunicação; maior conexão do médico com paciente; valorizar problemas de paciente alinhando-os à sua percepção; mais abertura e menos preconceitos sobre o que paciente sente e expressa
Mack et al <sup>26</sup> 2017, EUA	As queixas dos pais de paciente pediátricos centraram-se na qualidade do cuidado; eles consideraram difíceis as relações em que: não havia aliança terapêutica com o médico; o médico não compreendia suas necessidades; e, situações em que o médico não parecia estar do seu lado ou trabalhar para obter os melhores resultados para a criança; nestas circunstâncias, os pais consideraram que o médico não parecia se importar com a criança e os sentimentos gerados nos pais foram angústia, raiva, vulnerabilidade e desconfiança	Médicos identificaram como principais fatores dificultadores: problemas de comunicação e compreensão, pais que os confrontavam e / ou com problemas de saúde mental e relataram a influência de questões estruturais externas sobre a relação; médicos com relações clínicas difíceis relataram maior frustração, desconfiança no responsável, angústia, ansiedade e sensação de fracasso; as preocupações dos médicos foram focadas na exposição a conflitos e à pressão para solicitar testes considerados desnecessários	Médicos foram questionados diretamente sobre relações clínicas difíceis, enquanto visão dos pais foi obtida por dados indiretos, apesar da maior parte das insatisfações ser mútua; alguns médicos tinham mais relações clínicas difíceis que outros, mas o tamanho pequeno da amostra não permitiu conclusões significativas sobre as diferenças entre eles	Médicos devem evitar embates com os pais, optando por respostas mais empáticas; sugere-se acompanhamento clínico em equipe, treinamento em comunicação e mudanças estruturais nos sistemas de saúde
Méndez et al <sup>33</sup> 2017, Chile	Idade, sexo, estado civil, escolaridade e tempo desde diagnóstico não tiveram influência na percepção de pacientes como difíceis. Número maior de medicações, tempo maior em psicoterapia, necessidade de assistência social e diagnóstico de transtorno de personalidade foram mais frequentes em pacientes difíceis.		Definição subjetiva de pacientes difíceis. Explorada apenas a perspectiva do médico. Estudo pequeno e pouco representativo.	Sugere-se que o médico considere mudanças em si mesmo para se tornar melhor em ajudar os pacientes a se transformar. O profissional deve trabalhar para lidar melhor com emoções fortes e ser mais compreensivo e empático com os pacientes.
Sandikci et al <sup>17</sup> 2017, Turquia	As características mais frequentes de pacientes considerados difíceis foram: pacientes com problemas recorrentes sem resolução; poliquêixosos e com poli / multicomorbidades; com doenças psicossomáticas; ansiosos; e, com raiva do médico. A drogadição foi variável menos associada a encontros clínicos difíceis, considerada uma dificuldade rara ou não existente por cerca de 72% dos participantes	Internistas, cirurgiões e generalistas apontaram frequência similar de encontros difíceis devido a pacientes considerados ofensivos, manipuladores, com raiva deles ou drogadição. Cirurgiões queixaram-se menos sobre encontros clínicos difíceis com pacientes que apresentam problemas recorrentes sem resolução, múltiplas queixas e comorbidades, bem como aqueles muito ansiosos; internistas destacaram-se na queixa acerca de doenças psicossomáticas	Pacientes foram classificados somente pela opinião do médico, não sendo considerado o ponto de vista dos pacientes	Expandir treinamento em comunicação médica e priorizar trabalho em equipe

Maatz et al <sup>27</sup> 2016, EUA	Médicos consideraram difíceis pacientes: com sintomas funcionais ou doenças intratáveis; que expressavam emoções fortes como frustração, angústia, raiva, desapontamento e burnout; que se recusavam a fornecer informações; eram difíceis de convencer; tinham dificuldade de compreensão; e, tinham múltiplas comorbidades, o que requeria maior investimento de tempo	Médicos relataram dificuldades por falta de serviços de suporte no sistema de saúde, como psicoterapia, falta de continuidade no cuidado, por pobreza de recursos na atenção primária, e seu desinteresse e sua insatisfação em trabalhar com pacientes com limitada expectativa de melhora	Pouca informação sociodemográfica; visão apenas dos médicos; modelo de entrevista pode ter desencorajado opiniões mais socialmente desagradáveis	Maior foco a queixas funcionais e emoções fortes na formação médica
Shapiro et al <sup>28</sup> 2016, EUA	A maioria dos pacientes considerados difíceis: tinha meia-idade ou era idosa, tinha ascendência latina e asiática e 59% das descrições relativas a gênero foram de pacientes mulheres; tinha dor, estavam seguimento clínico e saúde mental como razão principal da consulta; apresentava múltiplas doenças crônicas. As atitudes dos pacientes considerados difíceis envolveram: raiva, tristeza, baixa adesão ao tratamento proposto e trouxeram problemas pessoais e / ou falavam demais; mais de ¾ encontros tiveram uma mudança de tom ao longo da consulta para uma direção mais positiva; poucas menções foram feitas a familiares, mas a grande maioria foi negativa	Preceptores foram descritos majoritariamente por sua boa comunicação e pelo estabelecimento de confiança com o paciente e, por outro lado, problemas como ignorar as perguntas dos pacientes e não lhes explicar o tratamento prescrito; quanto às interações entre preceptores e estudantes, a maioria referiu que os preceptores afirmavam que um paciente tinha características de ser difícil ou ignorava as informações socioeconômicas coletadas pelo acadêmico na hora de estabelecer sua conduta; os sentimentos dos acadêmicos em encontros clínicos difíceis incluíram ansiedade, medo, frustração, mas também empatia. As dificuldades de comunicação dos acadêmicos incluíram a explicação da natureza da doença e do tratamento para pacientes que estavam por longo tempo em acompanhamento, mas que não entendiam bem o próprio quadro clínico e o que interferia no seguimento das terapias propostas; e, o manejo de pacientes muito comunicativos, com raiva ou diferenças linguísticas; alguns estudantes descreveram mudanças em suas atitudes e sentimentos ao longo do tempo, alguns com aumento de satisfação, compreensão e calma, e outros com maior sentimento de frustração e impotência	Estudo em apenas uma escola médica pública; natureza retrospectiva e redação das narrativas podem ter introduzido viés egocêntrico ou de embelezamento dos fatos, (mas, segundo autores do estudo atual, trouxeram mais reflexões)	Desde o início da formação e ao longo da educação e prática médica, nutrir a reflexão e autoconsciência entre estudantes, desenvolver a inteligência emocional; promover relações de respeito e compreensão sobre alteridade dos pacientes e levá-la em conta em sua avaliação e conduta, principalmente no campo da saúde mental e entre pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento

a. BREATHE-OUT - *Bias*: Pensar em vieses que tem contra o paciente; *Reflect*: Se perguntar porque se categoriza aquele paciente como difícil; *Accomplish*: Listar algo a se conquistar naquele encontro; *THink*: Pensar em uma questão a se tratar que possa explorar suas concepções sobre o paciente; *Enter*: Entrar em consultório apenas após três respirações profundas; *Outcome*: Refletir se o objetivo do paciente e do médico foram atingidos; *Unexpected*: Pensar se algo inesperado foi aprendido; *Tomorrow*: Listar algo que poderia resolver se ver o paciente no dia seguinte

## DISCUSSÃO

A maioria dos artigos encontrados no tema desta pesquisa, mesmo dentro dos últimos cinco anos, ainda se basearam nas experiências pessoais, vivências e opiniões dos autores, médicos, tanto na discussão de quais os problemas de comunicação mais prevalentes quanto no que tange a orientações de como lidar com tais situações. Poucos são os escritos que tratam o tema de forma mais objetiva e impessoal, especialmente no campo da análise de intervenções.

Alguns fatores tiveram destaque nos artigos analisados. Problemas socioeconômicos, emoções fortes, comorbidades psiquiátricas ou queixas em saúde mental, estiveram quase universalmente presentes.

Sempre citados também foram pacientes que discordam da conduta médica, não seguem a terapêutica proposta ou trazem conhecimento prévio adquirido na internet. Isso deixa clara a pouca participação do paciente admitida por estes médicos, pois na consulta centrada nas relações ou no paciente, pactua-se o tratamento e escuta-se o que os pacientes já sabem, querem saber, que perspectivas, necessidades, experiências e expectativas eles têm. E isso pareceu ser para alguns médicos mais um incômodo do que uma oportunidade de compreender melhor o paciente, e seu processo de adoecimento. Próximo a esse contexto, chama atenção também o relato dos pais de pacientes pediátricos de oncologia que ressaltaram que muitas vezes o médico não parecia estar do lado deles ou ter o melhor à criança em mente. Essa impressão é problemática, seja verdadeira, seja como sinal de uma comunicação falha.

Também de muita importância foi a questão de gênero, em que a sua concordância parece ter interferência negativa nos resultados, e, em que pese haja discordância, a maioria dos estudos encontrou que pacientes do sexo feminino são consideradas mais difíceis pelos médicos. Se há algo de inerentemente diferente em suas queixas, se o seu contexto

socioeconômico traz particularidades ou se há vieses e preconceitos por parte dos profissionais, não se investigou nesse momento.

O quesito racial isoladamente, isto é, controlado por questões econômicas como fizeram alguns artigos, parece não influenciar significativamente a impressão do médico sobre seus pacientes. Na perspectiva deles, no entanto, se viu menor satisfação, sensação de desatenção, falta de empatia e menos oportunidades de serem ouvidos. Alguns estudos qualitativos em que havia maior chance de viés de desejabilidade social poderiam trazer nessa uma das explicações para tal disparidade. Ainda, como observado por Carde <sup>15</sup>, médicos não parecem estar atentos a disparidades raciais e de gênero. Isso poderia, por exemplo, levar a uma visão em discurso pouco alterada de seus pacientes de minorias raciais, imigrantes, ou pré-julgamentos conscientes quanto a gênero e sexualidade, enquanto o seu tratamento de tais pessoas seria inferior, sem sua percepção, mas sentido pelos pacientes.

Outros fatores também comumente mencionados foram a multi/policomorbidade, condições crônicas, sintomas clinicamente não explicados e má adesão ao tratamento. Esse último chama mais a atenção, visto que características da relação médico-paciente são determinantes sobre o seguimento das mudanças de estilo de vida e terapias propostas <sup>34-37</sup>.

Em termos de práticas na relação, foi unânime que maior participação do paciente em todas as etapas de um encontro leva a uma relação médico-paciente mais satisfatória para ambos.

Na área atitudinal dos pacientes, o que mais comumente prejudicou as relações do ponto de vista dos médicos foi a desconfiança, confrontamento, busca de outras opiniões médicas, questionamento da decisão médica e pacientes que trazem informações prévias da internet. Entre outras características atribuídas a pacientes difíceis estão a dificuldade de compreensão, ansiedade, relutância em fornecer informações importantes e que são pessoas de difícil convencimento.

De mais controverso, a experiência (anos de prática) do médico como determinante para dificuldades é fator bastante analisado, mas altamente inconsistente entre os estudos.

No âmbito sistêmico, médicos se queixaram de falta de recursos no sistema público, como especialidades, psicoterapia e medicações disponíveis, para atender às necessidades dos pacientes, em especial os mais vulneráveis socioeconomicamente, o que leva resultados clínicos desfavoráveis e sensação de impotência nos profissionais.

Características médicas mais apontadas pelos pacientes como problemas à relação clínica incluíram a pouca compreensão ou discordância sobre o ponto principal da consulta, a interrupção da fala do paciente, a falta de planos claros de resolução das suas queixas e a má comunicação da natureza de seus problemas e das limitações do conhecimento médico.

De modo geral, as recomendações dos autores estudados são muito similares e seguem temas de atenção centrada na pessoa, com maior participação do paciente, trabalhar inteligência emocional e autoconsciência do médico, e fortalecer o trabalho e discussões em equipe.

Entre as intervenções sugeridas, chama atenção a necessidade de alterações organizacionais e de recursos, como maior tempo para o médico atender o paciente, melhor estrutura da equipe multiprofissional de apoio com a qual se possa contar. No âmbito individual, fica claro que o ensino da comunicação, que inclui o processo para um encontro centrado nas relações ou no paciente, e outros aspectos como lidar com as emoções, gerir conflitos e o preparo para lidar com situações consideradas difíceis na relação médico-paciente, bem como desenvolver a empatia, a inteligência emocional e a atenção plena, poderiam em muito diminuir a percepção de o paciente ser difícil e vice-versa, do paciente considerar o médico como difícil. Os grupos Balint, por propiciar melhor percepção do médico sobre suas reações e como elas interferem no paciente e vice-versa, propicia maior

chance de mudanças do médico em suas relações com o paciente e também o desenvolvimento de maior empatia.

Se algumas dessas intervenções forem feitas, no mínimo, o médico conseguirá perceber que a dificuldade não está no paciente, tampouco seria culpa dele, mas sim na relação que ela tece com o paciente a cada momento do encontro e, portanto, deverá assumir mais responsabilidade por dificuldades advindas, em vez de apenas "etiquetar" o paciente como difícil.

Além disso, sugerem-se mudanças sistêmicas maiores, que perpassam o escopo do sistema de saúde em si, visto que os resultados em saúde do paciente e satisfação do trabalho médico ambos são influenciados por problemas de difícil resolução num contexto de poucos recursos e vulnerabilidades sociais e econômicas <sup>15</sup>.

Consideramos ser crucial destacar que as dificuldades encontradas no nosso estudo se manifestam no momento da consulta médica, mas se originam de iniquidades na exposição a ampla gama de determinantes sociais da saúde, os quais muito frequentemente ficam fora do alcance do escopo de ação do médico. Os profissionais podem mitigar as consequências, e é muito importante que o façam, mas ações direcionadas à organização do sistema de saúde, e além disso, às causas “fundamentais” das iniquidades em saúde (distribuição desigual de riqueza, conhecimento, poder, prestígio e conexões sociais) seriam mais efetivas. Esse fato é precisamente o que dá ascensão a esse sentimento de impotência, que parece ser a base das experiências de médicos com seus “pacientes difíceis”.

A principal limitação do presente artigo foi o pequeno número de estudos primários acerca do tema e sua pluralidade de terminologia e metodologia dificulta a sua investigação em critérios mais rigorosos, não foram avaliados os riscos de viés individualmente e a qualidade da evidência como é feito em revisões sistemáticas e, por isso, consideramos a presente revisão como integrativa.

Foram encontrados somente dois estudos primários sobre pacientes difíceis de origem brasileira, porém um artigo foi excluído por ser de validação do PDRQ-9<sup>38</sup>.

Encontramos também apenas dois artigos do restante da América Latina, mas um incluiu apenas psicólogos<sup>39</sup>, sendo retirado de acordo com os critérios delineados na metodologia.

Em pediatria foram encontrados sete artigos possivelmente dentro do tema. Um foi excluído por avaliar o impacto emocional de cardiopatias congênitas, usando como variável medidas de gravidade, momento do diagnóstico e expectativa de vida<sup>40</sup>. Dois veiculavam propostas curriculares para comunicação com pais conflituosos e sua avaliação empírica<sup>41,42</sup>, dois se tratavam de dificuldades de manejo clínico de formas específicas de epilepsia<sup>43,44</sup> e o outro trazia hipóteses para o uso da frase “não sei” em consultas pediátricas em saúde mental<sup>45</sup>, restando apenas um artigo na análise final.

Espera-se que os conhecimentos construídos neste estudo, forneçam subsídios para maior compreensão das situações consideradas difíceis nas relações e incentivar que a formação prepare o futuro médico e o médico para lidar com essas situações que são as mais cotidianamente enfrentadas na prática clínica. O respeito e importar-se com o paciente são atitudes primordiais de um médico, e a comunicação para a consulta centrada no paciente, para lidar com as emoções e gerir conflitos são algumas das atividades que deveriam ser ensinadas para superar desafios na relação médico-paciente. Dessa forma, espera-se que este estudo ajude a promover a qualidade do cuidado na saúde e a satisfação do paciente do médico e do médico com seu trabalho e. Ressaltamos também a importância da luta por maior apoio ao médico em seu trabalho, tanto no tempo disponibilizado, quanto no apoio da equipe e dos gestores.

Como a responsabilidade social é um dos componentes do profissionalismo e está entre as qualidades esperadas dos egressos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os

Cursos de Graduação em Medicina, cabe lembrar que a luta por maior equidade na saúde e pela melhora das condições de saúde, as quais são afetadas por determinantes socioeconômicos, deve ser uma das metas do médico, como profissional, cidadão e membro de instituições de importância aos níveis municipal, estadual e nacional.

## REFERÊNCIAS

- 1.Haverfield M, Tierney A, Schwartz R, Bass M, Brown-Johnson C, Zions D et al. Can Patient–Provider Interpersonal Interventions Achieve the Quadruple Aim of Healthcare? A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*. 2020;35(7):2107-2117.
- 2.Benedetti F. Placebo and the New Physiology of the Doctor-Patient Relationship. *Physiological Reviews*. 2013;93(3):1207-1246.
- 3.Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz P. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLOS ONE*. 2017;12(10).
- 4.Birkeland S, Bismark M, Barry M, Möller S. Does greater patient involvement in healthcare decision-making affect malpractice complaints? A large case vignette survey. *PLOS ONE*. 2021;16(7).
- 5.Levinson W. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1997;277(7):553-559.
- 6.Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic. *Archives of Internal Medicine*. 1999;159(10):1069.
- 7.Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JBW, Linzer M, et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med*. 1996;11(1):1–8.

8. Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? characteristics of physicians who report frustration with patients: An Analysis of Survey Data. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1).
9. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med*. July 1995;10(7):375-9. doi: 10.1007/BF02599834. PMID: 7472685.
10. Welds K. Managing the difficult patient. *Hospital Practice*. 1995;30(6).
11. Powers JS. Patient-physician communication and interaction: A unifying approach to the difficult patient. *Southern Medical Journal*. 1985;78(4):445-7.
12. Stephens AL, Bruce CR, Childress A, Malek J. Why Families Get Angry: Practical Strategies for Clinical Ethics Consultants to Rebuild Trust Between Angry Families and Clinicians in the Critical Care Environment. *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*. 2019;31(3):201-17.
13. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol*. 1994;47(6):647-57.
14. Lorenzetti, R, Jacques, H, Donovan, C, Cottrell, S, & Buck, J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *American family physician*. 2013;87(6):419-425.
15. Carde E. When Social Inequalities Produce "Difficult Patients": A Qualitative Exploration of Physicians' Views. *SAGE Open*. 2019;9(4):215824401989428.
16. Karahuseynoglu EK, Oguzoncul AF. Perception of difficult patient and coping methods in primary healthcare institutions. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*. 2021;12(3):281-5.

- 17.Sandikci KB, Üstü Y, Sandikci MM, Kayhan Tetik B, Işık D, Uğurlu M. Attitudes and behaviors of physicians in dealing with difficult patients and relatives: A cross-sectional study in two training and research hospitals. *Turkish journal of medical sciences*. 2017;47(1):222-33.
- 18.Bankiewicz-Nakielska J, Walkiewicz M, Tyszkiewicz-Bandur M. Family physicians' problems with patients and own limitations – a qualitative study. *Family Medicine and Primary Care Review*. 2020;22(1):18-21.
- 19.Houwen J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft WJJ, Olde Hartman TC, Van Dulmen S. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: A qualitative interview study with patients in primary care. *British Journal of General Practice*. 2017;67(663):e716-e23.
- 20.Bodegard H, Helgesson G, Juth N, Olsson D, Lynøe N. Challenges to patient centredness - A comparison of patient and doctor experiences from primary care. *BMC family practice*. 2019;20(1).
- 21.Mota P, Selby K, Gouveia A, Tzartzas K, Staeger P, Marion-Veyron R et al. Difficult patient–doctor encounters in a Swiss university outpatient clinic: cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(1):e025569.
- 22.Goetz K, Mahnkopf J, Kornitzky A, Steinhäuser J. Difficult medical encounters and job satisfaction - Results of a cross sectional study with general practitioners in Germany. *BMC family practice*. 2018;19(1).
- 23.Isbell LM, Tager J, Beals K, Liu G. Emotionally evocative patients in the emergency department: A mixed methods investigation of providers' reported emotions and implications for patient safety. *BMJ Quality and Safety*. 2020;29(10):803-14.

24. Steinauer JE, O'Sullivan P, Preskill F, Ten Cate O, Teherani A. What Makes "Difficult Patients" Difficult for Medical Students? *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2018;93(9):1359-66.
25. Collins K, Hopkins A, Shilkofski NA, Levine RB, Hernandez RG. Difficult Patient Encounters: Assessing Pediatric Residents' Communication Skills Training Needs. *Cureus*. 2018;10(9):e3340.
26. Mack JW, Ilowite M, Taddei S. Difficult relationships between parents and physicians of children with cancer: A qualitative study of parent and physician perspectives. *Cancer*. 2017;123(4):675-81.
27. Maatz A, Wainwright M, Russell AJ, Macnaughton J, Yiannakou Y. What's 'difficult'? A multi-stage qualitative analysis of secondary care specialists' experiences with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. 2016;90:1–9.
28. Shapiro J, Rakhra P, Wong A. The stories they tell: How third year medical students portray patients, family members, physicians, and themselves in difficult encounters. *Medical teacher*. 2016;38(10):1033-40.
29. Jackson JL, Kay C, Scholcoff C, Becher D, O'Malley PG. Capturing the Complexities of "Difficult" Patient Encounters Using a Structural Equation Model. *Journal of General Internal Medicine*. 2021;36(2):549-51.
30. Zhang L, Qiu Y, Zhang N, Li S. How Difficult Doctor–Patient Relationships Impair Physicians' Work Engagement: The Roles of Prosocial Motivation and Problem-Solving Pondering. *Psychological reports*. 2020;123(3):885-902.
31. Qiao T, Fan Y, Geater AF, Chongsuvivatwong V, McNeil EB. Factors associated with the doctor–patient relationship: Doctor and patient perspectives in hospital outpatient clinics of Inner Mongolia autonomous region, China. *Patient preference and adherence*. 2019;13:1125-43.

- 32.Castelhano LM, Wahba LL. O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2019;23.
- 33.Méndez V JC, Carvajal E F, Medel S P. Pacientes difíciles o relaciones difíciles en Psiquiatría: Un estudio de casos y controles. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2017;55(3):179-85.
- 34.Haskard Zolnierrek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*. 2009;47(8):826–34.
- 35.Leppée M, Culig J, Maric-Bajs M, Radasevic H, Radman I. Physician-patient relationship in improving adherence to medication. *European Journal of Public Health*. 2015;25(suppl\_3).
- 36.Orom H, Underwood W, Cheng Z, Homish DL, Scott IY. Relationships as medicine: Quality of the physician-patient relationship determines physician influence on treatment recommendation adherence. *Health Services Research*. 2016;53(1):580–96.
- 37.Deniz S, Akbolat M, Çimen M, Ünal Ö. The mediating role of Shared Decision-making in the effect of the patient–physician relationship on compliance with treatment. *Journal of Patient Experience*. 2021;8:237437352110180.
- 38.Wollmann L, Hauser L, Mengue SS, Roman R, Feltz-Cornelis CM. Adaptação transcultural do instrumento *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9) no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2018;52:71.
- 39.Fischer C, Cottin M, Behn A, Errázuriz P, Díaz R. What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of clinical psychology*. 2019;75(5):898-911.
- 40.Allen KY, Davis A. The hard talk: Managing conflict in the cardiac intensive care unit. *Progress in Pediatric Cardiology*. 2020;59.

41. Hilgenberg SL, Blankenburg R, Gaba D, Leibold C, Bogetz A. Outcomes of a novel curriculum on de-escalating angry caregivers for pediatric residents. *Academic pediatrics*. 2017;17(5):e3.
42. Hilgenberg SL, Bogetz AL, Leibold C, Gaba D, Blankenburg RL. De-escalating Angry Caregivers: A Randomized Controlled Trial of a Novel Communication Curriculum for Pediatric Residents. *Academic pediatrics*. 2019;19(3):283-90.
43. Gamirova RG, Shaymardanova RM. Lafora disease. A difficult patient in the neurologist's practice. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii*. 2018;63(5):177-82.
44. Jafarpour S, Hodgeman RM, De Marchi Capeletto C, de Lima MTA, Kapur K, Tasker RC, et al. New-Onset Status Epilepticus in Pediatric Patients: Causes, Characteristics, and Outcomes. *Pediatric neurology*. 2018;80:61-9.
45. Gansel Y. Empowering the sick, disempowering psychiatry? About... "Under the influence of madness? The judicial expertise in the face of mental disease" by Caroline Protais. *Evolution Psychiatrique*. 2018;83(4):687-92.

## ANEXO

Formato do manuscrito baseado nas normas para publicação da revista “Ciência & Saúde Coletiva”, dispostas a seguir:

### “Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

4. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas,

diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.”