

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

RENATA FARCHE ALVES

**Opinião de Médicos sobre a Comunicação com Famílias à Luz
da Medicina Centrada na Pessoa**

Ribeirão Preto

2015

RENATA FARCHE ALVES

**Opinião de Médicos sobre a Comunicação com Famílias à
Luz da Medicina Centrada na Pessoa**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de “Mestre em Ciências”, Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho

"Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)"

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Farche Alves, Renata

Opinião de médicos sobre a comunicação com famílias à luz da medicina centrada na pessoa. Ribeirão Preto, 2015.

87p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Carvalho, Antonio Carlos Duarte de.

1. Comunicação médica. 2. Família. 3. Humanização.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: FARCHE, Renata Alves

Título: **Opinião de médicos sobre a comunicação com famílias à luz da medicina centrada na pessoa**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de “Mestre em Ciências”, Programa de Pós Graduação Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a minha irmã Jaqueline Alves Farchi (in memoriam) que com sua escolha e partida me despertou para o encontro deste caminho desejado e fortaleceu meus recursos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a energia recebida da criatura maior, pelo amparo e inspiração para a realização deste trabalho.

À minha família, primeira e mais forte referência de aprendizado em comunicação, em especial a minha sobrinha Tatiane Farchi que me proporcionou significativa experiência nos diálogos familiares.

A minha psicoterapeuta Claudia Maróstica, que com sua escuta terapêutica me ajudou no desenvolvimento, sustentação pessoal, e comunicação intrapessoal.

A Sra. Virgínia, pelo imprescindível apoio espiritual.

Aos meus amigos, minha família do mundo, por tudo que me constitui, em especial a Sandra Mônica. Luciana Cortês, Aletéia Figueiredo e Ivair Matias pelo acolhimento e disponibilidade.

A Wanessa Carvalho minha priminha, pelo suporte em traduções.

A amiga Bruna Tano, fruto das disciplinas realizadas, pela soma especial.

Aos amigos Jésus Helio Mazzucatto, José Paulo Tirado e Shirlei Reis Ferreira pelo apoio e amizade.

As colegas Cristina Zamarioli e Ana Claudia Mesquita da EERP-USP pela troca de experiências em teorias da comunicação e observações relevantes.

Ao meu orientador Prof. Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho, pela oportunidade de parceria e orientação.

A Profa. Janise Braga e colega Fernanda Bergamin pelo rico aprendizado em grupo de estudo qualitativo.

A equipe de participantes do estudo, pela disponibilidade e interesse, em especial ao secretário do CTI Ronaldo Vicente pelo apoio nas mediações necessárias.

Aos membros da Comissão Examinadora da Qualificação Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho, Profa. Dra. Janise Braga e Prof. Dr. Milton Laprega pelas contribuições significativas e profissionalismo.

Ao Departamento de Medicina Social, em especial à Solange Pedersoli, Paula Maria e Sérgio Nascimento pelo suporte e atenção.

A Equipe de tutores da disciplina ASC I, em especial a Profa. Dra. Aldáisa Castanho, pelos conhecimentos compartilhados e oportunidade de atuação no estágio PAE por três semestres promovendo desenvolvimento de competências.

A equipe de Assistência Social da Associação de Moradores da Pós Graduação, pelo suporte econômico para permanência no estudo.

A toda equipe da Biblioteca Central, em especial a Livia Zoco, Mirian Romero, Renata Antunes, Robson Araújo e Maria Cristina Ferreira, pelo suporte e apoio ao estudo.

A toda equipe do CIRP, em especial ao Túlio Calixto e André Freitas pelo suporte tecnológico.

A equipe do CEFER em especial a Maria Angela, Felipe, Tiago e Nivaldo, pelo suporte a saúde física.

*Eu não sei dizer
Nada por dizer
Então eu escuto
Se você disser
Tudo o que quiser
Então eu escuto
Fala
Se eu não entender
Não vou responder
Então eu escuto
Eu só vou falar
Na hora de falar
Então eu escuto
Fala*

Composição: João Ricardo / Luli

Interpretação: Secos e Molhados

RESUMO

ALVES, R. F. **Opinião de médicos sobre a comunicação com famílias à luz da medicina centrada na pessoa**. 2015. 87f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Este estudo aborda a humanização da comunicação médica à luz da Medicina Centrada na Pessoa. A família como colaboradora ou substituta do paciente, representa um valor substancial na assistência demandada. Nesta direção, o recorte empírico tem como objetivo descrever e discutir opiniões de médicos de um CTI- Adulto sobre a comunicação com famílias de pacientes internados em um Hospital Universitário do Brasil. O método utilizado é qualitativo com uso da análise de conteúdo temática que resultou em duas categorias: visão de totalidade para um cuidado ampliado “a família como colaboradora ou substituta do paciente” e a segunda, comunicação humanizada “olhares sobre aspectos objetivos e subjetivos para uma prática clínica centrada na pessoa”. A partir dos dados coletados e com base no referencial teórico, descrevem-se e discutem-se, conteúdos chave que enfatizam a humanização, o contexto comunicativo e o preparo do médico como um todo para o desenvolvimento permanente de habilidades demandadas. Os achados apontam reflexão sobre um cuidado ampliado tendo a medicina centrada na pessoa como norteadora, o aprendizado nesta direção enquanto permanente e com foco em competências pessoais, a comunicação como instrumento de apoio técnico somada as demais rotinas do serviço, o ato comunicativo como aliança estratégica para uma assistência qualificada, as emoções dos médicos em interface com a importância do autoconhecimento para se comunicar, o desafio de lidar com sentimentos da família, a prática de orientação e acolhimento para informar e ouvir, a empatia como legitimação do familiar. Estas considerações podem ser ponto de referência para novos campos de pesquisas e estudos de comunicação em sua amplitude no universo da saúde.

Palavras-chave: Comunicação médica. Família. Humanização.

ABSTRACT

FARCHE ALVES, R. **Opinion of doctors on communication with families in the light of person-centered medicine.** 2015. 87f. Dissertation (Master) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

This study discusses the humanization of medical communication in the light of the Person Centered Medicine. The family as a collaborator or replacement of the patient, is substantial value in the demanded assistance. In this sense, the empirical cut aims to describe and discuss opinions of doctors of a Intensive Care Unit about communicating with families of patients admitted to a university hospital in Brazil. The method used is qualitative with use of thematic content analysis which resulted in two categories: full of vision for an expanded care "the family as a collaborator or replacement of the patient" and humanized communication "looks on objective and subjective aspects of a clinical practice person-centered". From the collected data and based on the theoretical framework and complementary bibliography, are described and discussed as key elements of a humanized view of the object of study that includes: the communicative context, the feelings and emotions in this interaction, communication as a resource for diagnosis and treatment, the doctor's self knowledge to the communicative competence, and the preparation as a whole as a gap for the continued development of skills required to communicate with families. These considerations can be a reference point for new fields of research and studies on their range in the world of health.

Keywords: medical communication, family, humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB -	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CNE -	Conselho Nacional de Educação
CTI -	Centro de Tratamento Intensivo
CREMESP-	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
MCCP -	Medicina Centrada na Pessoa
PNHAH -	Programa Nacional de Humanização Hospitalar
TLC -	Termo de Livre Consentimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Apresentação	15
1.2 Objeto de Investigação	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO – HUMANIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO À LUZ DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA	23
2.1 Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença:.....	25
2.2 Entendendo a pessoa como um todo.....	26
2.3 Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas	27
2.4 Incorporando a prevenção e a promoção de saúde	28
2.5 Intensificando o relacionamento entre médico e pessoa.....	28
2.6. Sendo realista	30
3 JUSTIFICATIVA	31
4 OBJETIVO	33
5 PERCURSO METODOLÓGICO	34
5.1 Tipo de Estudo.....	34
5.2 Local do Estudo.....	34
5.3 Participantes do Estudo.....	35
5.4 Aspectos Éticos.....	36
5.5 Coleta de Dados	37
5.6 Análise de Dados	38
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
6.1 A caracterização dos participantes do estudo	41
6.2 A definição de categorias	41
6.3 Visão de totalidade para um cuidado ampliado: a família como colaboradora ou substituta do paciente	42
6.4 Comunicação humanizada: olhares sobre aspectos objetivos e subjetivos para uma prática clínica centrada na pessoa	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	84
ANEXO	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Com base em experiência no contexto hospitalar na atuação de gestão por competências, esta perspectiva desenvolveu-se gradativamente por meio de escuta cotidiana em que os médicos mencionavam a interação com o familiar como uma realidade desafiadora.

A princípio, sem a pretensão de delineamento científico, a presença dos familiares na assistência aos pacientes me despertava interesse sobre a relação interpessoal da família na perspectiva de atendimento da medicina. Um dos pontos de atenção era uma noção observada informalmente de que a aproximação da família com o médico parecia carregada de sentimentos que necessitavam de auxílio.

Nas oportunidades de diálogos com profissionais da medicina sobre estas observações cada qual, com peculiar estilo de abordagem, acrescentavam novas interrogações entorno de determinadas dificuldades que representavam esta interação.

Inúmeros depoimentos de colegas médicos serviram como estímulo à busca de maiores conhecimentos, uma vez que as noções imediatas sobre as experiências relatadas, não se faziam suficientes para responderem a possíveis propostas interventivas nesta direção.

A família é uma constituição motivadora de estudos no percurso da minha carreira profissional, em estudos enquanto psicóloga por especial identificação com a consideração do seu valor para a saúde integral do ser humano, sendo a opinião de médicos um enfoque relevante para os processos de saúde e doença que envolve comunicações com familiares.

Deste modo, o olhar de uma medicina centrada na pessoa para a delimitação do tema pesquisado, é uma linha de raciocínio compatível com as considerações pessoais sobre uma perspectiva humanizada de comunicação nesta direção.

Especialmente em Centro de Terapia Intensiva (CTI) a inserção das famílias nos cuidados com os pacientes é uma demanda com teor altamente afetivo, uma vez que a sensibilidade das emoções está exposta a fragilidade psicológica consequente de estados de saúde vulneráveis.

O CTI, em decorrência de um cenário caracterizado por perdas concretas, exige dos médicos uma participação em histórias de vida que passam a fazer parte da rotina operacional além dos serviços técnicos especializados. Histórias em que são expostas situações, fatos, vivências, laços afetivos, estilos de vida e sentimentos, dos mais variados.

Tais reflexões despertaram a iniciativa por conhecimentos organizados sobre as opiniões da categoria médica com relação à comunicação com as famílias, para que a partir deste estudo, se oportunize o refinamento do observado cotidianamente. A pretensão de contribuições para a prática comunicativa eleva as comunicações neste contexto, a um lugar de cuidado ampliado com atenção a questões de pertinência humanística.

Com a oportunidade de ingresso no mestrado, definiu-se com mais clareza, perguntas sobre este universo particularmente rico de motivações. Deste modo, pesquisar sobre este tema significa o desejo de buscar uma sustentação teórica que ilumine o conjunto de pensamentos construídos pela experiência pessoal.

Assim, foi intitulado o presente trabalho constituído por oito sessões que objetivam descrever e discutir as “Opiniões de médicos sobre a Comunicação com Famílias à luz da Medicina Centrada na Pessoa”.

Na seção 1 é feita uma apresentação, com esclarecimentos de motivações e descrição do objeto de investigação somado ao levantamento bibliográfico que visa oferecer um panorama introdutório do tema.

Posteriormente na seção 2 é apresentado o referencial teórico que sustenta o desenvolvimento do estudo enquanto embasamento para a discussão dos dados coletados.

Em seguida a seção 3 apresenta uma justificativa, tendo como continuidade a seção 4 que delimita o objetivo proposto. A seção 5 apresenta o método do estudo no qual é indicado o percurso metodológico realizado.

Os resultados e discussão são apresentados na seção 6 com análise descritiva dos dados advindos da coleta realizada, composta pela apresentação de categorias temáticas e falas dos participantes do estudo transcritas na íntegra.

Na seção 7 são apresentadas considerações finais em que se descreve uma síntese do alinhamento entre objetivo e achados bibliográficos, as limitações do estudo e possíveis desdobramentos que podem ser desenvolvidos por pesquisas correlatas.

Por fim são apresentadas as referências em que o estudo se apoiou, seguida de apêndices e anexos utilizados.

1.2 Objeto de Investigação

Cabe referenciar em linhas gerais o que a literatura dispõe sobre o conceito de comunicação e interface com o universo da saúde posto que a proposta neste estudo é principalmente norteada por levantamento bibliográfico sobre comunicações contextualizadas em CTI – Adulto e referencial teórico de uma medicina centrada na pessoa.

Quanto ao conceito amplo de comunicação, Littlejohn (1978) afirma se tratar de natureza complexa e multidisciplinar, sem definição concisa, clara e universal. Para ele, o ato de comunicar envolve intercambiar pensamentos, sentimentos e informações, como base das relações humanas.

Originalmente, a palavra comunicação comporta dois sentidos: o de partilhar algo e o de dar conhecimento, informar. Como informação, a relação entre os sujeitos, emissor/receptor, é hierarquizada e geralmente caracteriza relações autoritárias (POLISTCHUK; TRINTA; 2003).

Ainda, Polistchuk e Trinta (2003) contribuem que para uma boa prática comunicativa, um emissor deve enviar uma mensagem a um receptor por meio de um canal, evitando ao máximo os ruídos. Os autores consideram possíveis interferências externas ao diálogo entre interlocutores que podem influenciar as conversações.

Segundo Motta (2006), comunicação e cultura se inter-relacionam – uma influenciando a outra em que a comunicação é um elemento fundamental da cultura e seus meios estão fortemente condicionados a um determinado contexto cultural.

Conforme Haswani (2011, p. 22) “a informação sempre, e a comunicação, quando houver demanda, são instrumentos de garantia dos direitos sociais e cooperativos fundamentais”. Referência que chama atenção para o cuidado que deve ser destinado, uma vez que comunicar independe do próprio desejo.

Weber (1995) enfatiza que nas organizações de saúde se faz necessário um maior cuidado no planejamento de comunicação, pois trabalham com questões cruciais como qualidade de vida, doença e conceito de morte. Contribuição que diz respeito a uma lógica que possa favorecer comunicações planejadas.

Grunig, Ferrari e França (2009) afirmam que as organizações precisam ater-se às “relações” definindo a comunicação como um processo contínuo e uma das formas mais eficazes de negociação e colaboração. Este parâmetro de comunicações esboça que dialogar e negociar estão estritamente ligados a um benefício colaborativo nos contatos estabelecidos.

Especificamente, sobre a comunicação abordada no presente estudo, achados de Plowright (1996) corroboram que a comunicação verbal efetuada entre equipe médica e visitantes de CTI – Adulto, apresenta escassez de estudos.

Senna (1981), em estudo de visitas e acompanhantes em unidades de terapia intensiva, aborda a necessidade de se fazer explicações sobre tipo de assistência, risco terapêutico, prognóstico e informações de evolução do paciente. Estas diretrizes são consideráveis uma vez que a presença do familiar é um fato previsto a ser administrado na contemplação das necessárias condutas explicativas, citadas.

Scarelli (1993), em pesquisa de orientação a famílias de pacientes internados em CTI, afirma que o nível de escolaridade pode ser um dos fatores que interferem na comunicação. Tendo em vista a heterogeneidade de comunicantes, esta referência possibilita discernir sobre diferentes linguagens comunicativas que possam ser utilizadas de acordo com limites que o ouvinte apresenta.

Já Souza (1994) ao abordar opinião dos familiares de pacientes internados neste setor, traz que os mesmos tendem a aceitar mais as recomendações do médico do que de outros profissionais. Assim o recorte empírico do presente estudo se configura como justificável na pretensão de descrever opiniões de médicos e discutir elementos que acrescentem subsídios para as práticas de comunicações.

Nogueira (1994) aponta a necessidade da categoria médica se ater à comunicação efetiva, em seus atendimentos, com vistas à qualidade na saúde de modo mais amplo. Salienta que comunicar traz desafios da obtenção e entendimento de informações que podem vir de uma ou mais pessoas, e por diferentes fontes de transmissão.

Robertson (1996) observa que a informação pode ser tratada como compartilhamento de responsabilidade com a família e discorre que a comunicação do médico com familiares, não é valorizada e quase sempre é escassa, breve e não sistematizada. Estes apontamentos acrescentam o mérito de contribuições necessárias à valorização da comunicação médica com famílias, para possível soma em sistematizações planejadas do ato comunicativo.

Knobel (1998), em referência estudada sobre condutas com pacientes graves, menciona a importância da comunicação como meio para diagnosticar e solucionar dificuldades. Este referencial amplia o olhar sobre a utilidade do ato comunicativo que vai além de questões estritamente de acolhimento e orientação.

Um fator preponderante diz respeito ao dimensionamento de questões éticas específicas em CTI, em que os direitos se estendem aos familiares quando os pacientes não puderem ser seus próprios representantes, sendo estes:

[...] Informação correta a respeito do quadro clínico; participar do processo de tomada de decisão em relação aos procedimentos realizados podendo reclamar caso medidas terapêuticas sejam interrompidas; informação clara à família sobre a morte cerebral, apesar de atividade cardíaca normal (SANTOS; BRITO FILHO; BRASIL, 2001, p. 7).

Victor et al. (2003) em estudo sobre comunicação verbal de uma equipe médica, sob a percepções de visitantes em UTI, destacam que angústias e tensões familiares são fortemente presentes. Descrevem o setor como de permanente exigência de atenção, tomada de decisões, execuções rápidas e seguras dos procedimentos, tendo a comunicação como aliada na recuperação da saúde do paciente.

Moritz (2005) ao estudar terminalidade e cuidados paliativos, ressalva a importância da inclusão de conhecimento da comunicação e a interação com a família a respeito do quadro clínico e prognóstico do paciente. Destaca ainda que as transmissões de informação geralmente são verbais e acontecem em salas de espera ressaltando que o não verbal deve ser explorado.

A literatura acrescenta que a comunicação em CTI é complicada pelo fluxo dinâmico e constante de profissionais, instabilidade dos pacientes, manejo com terapias e sistemas de informação. Destaca que o setor comporta equipamentos de alta complexidade e elevado valor tecnológico (FASSIER et al., 2007).

Díaz (2006) corrobora sobre a comunicação de más notícias em medicina, a importância da formação médica que vise o adequado desempenho desta atribuição. Assim, a amplitude do que é comunicado perpassa por uma base formativa que traz lacunas explicitadas.

Para Costa Filho et al. (2008) há dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares pontuando tratar-se de um grande problema nos centros de terapias intensiva. Os autores contribuem que há lacunas nesta direção que podem ser respaldadas por investimento de estudos sobre possíveis intervenientes.

Em estudos relativos a cuidados de pacientes em final de vida, o termo “má notícia” designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes. (ASTUDILLO; MENDINUETA; ASTUDILLO, 2008).

Bachion e Carvalho (2012) elucidam que a competência clínica inclui habilidades básicas e avançadas, em que discutir com a família é parte destas. Tais habilidades favorecem condições para que o outro expresse emoções, necessidades e opiniões com emprego de técnicas e comportamentos adequados.

Acerca da teoria e do ensino da comunicação com paciente, de acordo com resultados obtidos por Stefanelli (1993, p. 49), são relevadas as dimensões “intrapessoal e interpessoal”. A primeira se refere comunicar consigo mesmo, compreender as próprias falas, enquanto a segunda, volta-se para as mensagens trazidas no diálogo. Nesta premissa, a ótica é posta como uma auto escuta e atenção ao que o “outro” diz, para melhor discernimento e interação dialógica.

O conceito de mediação na comunicação é abordado pelos autores, Araújo (2005) e Signates (2006) que a entendem como uma instância de produção de sentidos baseada na dimensão simbólica da comunicação e enfoque mais no processo de enunciação do que nos efeitos das mensagens postas. Assim, os significados, como constituintes de uma análise qualitativa são de notório valor agregado.

Para Araújo (2005), a mediação possibilita a conversão de uma realidade em outra. A autora entende que os fatores de mediação permitem e promovem diversos lugares de interlocução, favorecendo o equilíbrio de condições entre os interlocutores. Este enfoque enriquece o entendimento do lugar da família como colaboradora ou substituta do paciente em concomitante interação com o médico.

Em documento do Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH), difundido pelo Ministério da Saúde é afirmado que sem comunicação não há humanização (BRASIL, 2000).

Para tanto, uma breve introdução sobre a “humanização”, contextualizada no Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHH) é apresentada para que a essência de seus preceitos, alinhadas a MCCP contribua com a perspectiva de um cuidado ampliado à pessoa atendida por meio da comunicação como um aspecto de especial atenção.

Inicialmente, o conceito semântico de humanização é abordado como o ato de humanizar que por sua vez, pode ser compreendido como tornar humano, dar condição de homem, civilizar (TETZLAFF, 2010).

Segundo Deslandes (2004) o termo "humanização" vem sendo utilizado no universo da saúde com uma visão que ocupa novo status no ano de 2000, quando o Ministério da Saúde regulamenta o PNHAH incluído na pauta da Conferência Nacional de Saúde realizada em dezembro do mesmo ano.

O Ministério da Saúde destaca que a disseminação de propósitos de humanização é considerada para incorporação, na abrangência dos hospitais de toda rede do SUS (BRASIL, 2000). Define a proposta como uma política ministerial que se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde para o Brasil tendo como principal objetivo, aprimorar as

relações entre profissionais e usuários pela melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados (BRASIL, 2004).

Pasche e Passos (2008) sinalizam que o PNHAH foi elaborado por um grupo de psicanalistas com foco na transformação das relações interpessoais e melhor compreensão de fenômenos subjetivos como estímulo à promoção de ações humanizadoras, conforme realidades locais.

Segundo Rios et al. (2008), a humanização reconhece o campo das subjetividades, da comunicação e do diálogo como fundamentais para compreender problemas e buscar soluções compartilhadas. Os autores destacam a importância de uma aliança entre as competências técnica/ tecnológica e ética/relacionais.

Inúmeras propostas para humanizar a saúde vêm sendo debatidas no Brasil e no mundo. Tendo como uma das metodologias para abordá-la, a medicina centrada na pessoa, denominado por alguns autores como uma alternativa capaz de romper com paradigmas estritamente biomédicos. (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Deste modo, é cabível elevar o objeto de investigação a um trabalho científico para agregar reflexões de competências comunicativas que visem conhecimentos, habilidades e atitudes humanísticos nas comunicações entre médicos e famílias.

2 REFERENCIAL TEÓRICO – HUMANIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO À LUZ DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA

Um referencial teórico é imprescindível para nortear o objetivo de um estudo, uma vez que seus pressupostos é uma lente de aumento que visa iluminar conceitos, ampliar visão, agregar valor, organizar pensamento e solidificar a discussão dos resultados.

A MCCP encontra em suas raízes filosóficas os trabalhos de Rogers (1951) que abordam o aconselhamento centrado no cliente e o termo medicina centrada no paciente introduzido por Balint et al. (1970) em oposição ao preceito de medicina centrada na doença.

Tem-se que em meados do século XX, é enfatizada a valorização da escuta para perceber o paciente e responder às suas necessidades destacando a valorização do papel do médico como agente terapêutico e questionando-se o diagnóstico apenas físico do modelo biomédico (BALINT et al., 1993).

Estes pressupostos teóricos se convergem na tentativa de ampliar uma abordagem estritamente taxonômica no contato com o paciente. Tratam a expansão do paradigma de compreensão do adoecimento buscando a interdependência de fatores na investigação de causas não geradas por um foco único.

Stewart (1995) define a medicina centrada na pessoa como um método clínico que considera o ser humano em sua totalidade dispondo que a dicotomia entre tratar o doente ou a doença vem acompanhando a medicina ao longo dos séculos.

Esta perspectiva teórica foi explorada em 1968 por Ian McWhinney através do desenvolvimento de um trabalho que buscou a real razão que uma pessoa procura o médico, abrindo espaço para investigações sobre a amplitude de problemas vivenciados (MCWHINNEY, 1997).

O método da MCCP foi concebido na década de 1980, inicialmente utilizado com fins de pesquisas e ensino sendo posteriormente incorporadas reflexões, conhecimentos e condutas de consentimento informado, decisão pessoal prévia sobre medidas tomadas no final da vida e educação médica (BROWN et al., 1986; STEWART; BROWN; WESTON, 1989).

Em 1982, passam a ser compartilhadas tentativas de desenvolver este modelo na prática clínica, sendo que segue evolução com o trabalho do grupo de comunicação entre pessoa e médico da Universidade de Western Ontário (STEWART et al., 2010).

O desenvolvimento destes estudos foi sendo sistematizado de modo a oferecer fundamentação como suporte para definição internacional da demanda de atendimento centrado na pessoa apresentada como:

[...] As pessoas querem um atendimento que avalie a razão principal da sua consulta, preocupações e necessidade de informação [...] que haja um atendimento integrado ao seu mundo, e as considere como um todo em suas necessidades emocionais e questões existenciais [...] esperam consenso sobre o problema vivido e mutuamente concordem com o tratamento [...] que vise melhorias no relacionamento mantido entre a pessoa atendida e o médico (STEWART, 2001, p. 22).

A MCCP caracteriza-se como amplo potencial a ser aplicado e importante parâmetro para a qualidade assistencial e apesar de se desenvolver no contexto da medicina de família, suas mensagens se apresentam como relevantes para todas as disciplinas médicas e outras no campo de atendimento à saúde que pressupõe mudanças de mentalidade (STEWART, 1995).

Nesta abordagem, um importante aspecto pontuado discorre que o médico precisa ser capaz de compartilhar poder no relacionamento, renunciando ao controle total sobre o quadro clínico. Outra questão trata de requerer uma posição de equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo (STEWART et al., 2001).

Autores da MCCP inserem na literatura que o cuidado é parte de competência mais ampla e que muitos protocolos que orientam a prática médica ainda hoje, são fundamentalmente reducionistas, chamando atenção ao uso de habilidades interpessoais e humanísticas para o atendimento da pessoa (BALLESTER et al., 2010).

A MCCP forma a base de muitos currículos educacionais em várias partes do mundo, em cursos de graduação e pós-graduação e serve como guia para a avaliação de treinamentos em nível de pós-graduação em vários países (BROWN et al., 1996; TATE et al., 1999).

Para a utilização de conceitos propostos pela MCCP, as relações que se pretende construir englobam a família enquanto parte desta dinâmica relacional, uma vez que contemplam principalmente considerar o “todo” através de uma interação ampla que viabilize este pressuposto.

Tendo a formação biomédica caracterizada como uma relação assimétrica entre médico e paciente, Ribeiro e Amaral (2008) discorrem que para obter mudança para um modelo centrado na pessoa, as escolas médicas precisam incorporar conhecimentos de ciências humanas e sociais, além das disciplinas técnicas científicas tradicionais.

Stewart et al. (2010) apresentam um conjunto de orientações estruturadas definidas como componentes interativos, destacando que não é um método que se caracteriza como uma técnica rígida e linear mas que se expressa conforme demandado na interação com a pessoa. Com o

intuito de maior detalhamento dos componentes interativos propostos pela MCCP, cabe descrição dos mesmos com suas respectivas características.

2.1 Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença

Este primeiro componente interativo, objetiva uma exploração e investigação pormenorizada da doença apoiado na avaliação da história (exames físicos e complementares) e investigação de experiência (sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativa) (STEWART et al., 2001).

Para Mishler (1984), as interações típicas entre o médico e a pessoa são centradas no médico correspondendo aos pressupostos de uma medicina biomédica. O modelo biomédico utiliza os sinais e sintomas para obtenção de diagnóstico utilizando-se de um raciocínio clínico para um tratamento que restaure o “normal” manifestado como patológico (FOSS, 2002).

Stewart et al. (2001), consideram a compreensão do adoecimento de forma ampla que inclui o subjetivo e o objetivo, o contexto de vida de um indivíduo em particular e o significado de eventos da sua experiência com a doença.

Em estudo de Barry et al. (2001) com referência a esta perspectiva, a pessoa é vista como uma história significativa para o aparecimento da doença, contemplando entendimento em profundidade e detalhamento de possíveis interações diagnósticas que se somam (BARRY et al., 2001).

Assim, a experiência pode ser compreendida através de sinais e indicações durante o atendimento. Fatores esclarecedores do diagnóstico clínico são vivenciados durante o processo da doença, em que muitas vezes não se encontra uma definição biomédica para explicar os sintomas (STEWART et al., 2010).

Lang et al. (2002) afirmam que estes sinais e indicações refletem ideias subjacentes, preocupações e expectativas manifestadas em forma de:

[...] expressão de sentimentos (medo e aflição); pistas na fala que salientam preocupações pessoais; histórias pessoais ligadas a riscos; comportamentos que sugerem resistência a aceitar recomendações (LANG et al., 2002, p. 35).

Levinson, Gorawara-Bhat e Lamb (2000) definiram pista como um comentário direto ou indireto que fornece informação sobre aspectos da circunstância de vida, podendo oferecer

visão do subjetivo que oportuniza empatia para um relacionamento menos impessoal em que as pessoas se sintam mais entendidas e reconhecidas.

Além da atenção aos “sinais”, Lang et al. (2002) apontam avaliação de dimensões à saber: ideias sobre o que está errado, efeitos da doença/qualidade de vida, atividades laborais e expectativas em relação ao médico e as medicações (LANG et al., 2002).

Além do anteriormente mencionado, a sensação de vulnerabilidade é uma característica desta exploração que pode dificultar ou impossibilitar a clara expressão de dúvidas e angústias. Este fator torna ainda mais importante o exercício de uma escuta ativa como recurso de compreensão dos aspectos subjetivos (STEWART et al., 2010).

2.2 Entendendo a pessoa como um todo

Este segundo componente interativo ressalta que os sinais e sintomas não são suficientes para definir diagnósticos, com devida precisão pretendida. A “experiência” da doença é profundamente influenciada pelas fases de desenvolvimento individual e múltiplos papéis desempenhados nos diversos ciclos de vida e não deve ser vista como um fenômeno isolado (STEWART et al., 2010).

Um fator preponderante do entendimento da pessoa como um todo é uma visão de integralidade em que investiga aspectos pessoais e de desenvolvimento e enquanto contexto próximo: a família, o trabalho e a rede de apoio social do paciente.

No que diz respeito ao conhecimento das crises dos ciclos da vida, dá ao médico condições de entender os fenômenos pessoais não apenas como episódicos sendo que a sensibilidade para múltiplos fatores permite entender melhor o impacto do adoecimento para as pessoas.

Com relação à interação familiar e rede de apoio social, são tratados como possíveis riscos de vulnerabilidade. Além disso, ter conhecimento de perdas ou crises relacionadas às suas experiências relacionais pode ajudar o médico a identificar um conjunto de circunstâncias geradoras de doenças (STEWART et al., 2010).

Broom (2000) observou que a história da pessoa é um conjunto de eventos, percepções e respostas a acontecimentos significativos relacionados aos relacionamentos e vida íntima, destacando a família como parte desta observação.

Alguns autores da MCCP acrescentam que o peso adicional da doença pode causar rupturas sérias em um sistema familiar que sofre muitas exigências e possíveis mudanças, ressaltando que desequilíbrio consequente pode alterar regras estabelecidas mudando formas de comunicação e estruturas relacionais (MEDALIE; COLE-KELLY, 2002).

Segundo Watson e McDaniel (2000), a família pode estar tão ou mais preocupada com a doença que o próprio paciente e pode fornecer informações importantes representando uma aliança para o diagnóstico e tratamento.

Lang et al. (2002) observam que, envolver os membros da família apresenta desafios específicos com relação à confidencialidade e abordagem de conflitos presentes no contexto da doença. Afirmam que as necessidades específicas da pessoa atendida e o conhecimento da dinâmica familiar auxilia o médico a decidir quem e quando deve envolver.

Algumas perguntas direcionam o médico que se ocupa de incluir o familiar como aliado na avaliação diagnóstica em sua totalidade e impacto:

[...] Em que ponto do ciclo de vida a pessoa se encontra? Em que ponto está cada membro da família? Como a doença afeta a realização de tarefas de todos? Com que tipo de doença a família já se deparou? Que tipo de apoio foi mobilizado para lidar com outras experiências de doenças? (STEWART et al., 2010, p. 84).

Conforme McWhinney (1997), as dimensões de totalidade é um dos traços distintivos da MCCC também no sentido de que a palavra depende do contexto no qual está inserida e a informação se torna um conhecimento útil posto que ignorá-la pode levar a erros de interpretação. Em complemento, tem-se que entender a pessoa como um todo implica em aprofundar conhecimento sobre a condição humana, especialmente da natureza do sofrimento e reações à doença (MAYEROFF, 1990).

2.3 Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas

Elaborar um planejamento conjunto sobre o manejo dos problemas é fundamental para a efetivação do tratamento, uma vez que neste plano são definidos os papéis a serem desempenhados por cada indivíduo. Esta elaboração é possível avaliando-se problemas e prioridades, estabelecimento dos objetivos do tratamento, manejo da doença e estabelecimento dos papéis da pessoa atendida e do médico (STEWART et al., 2010).

Britten et al. (2000) apontam que é fundamental para esta conduta considerar sentimentos, ideias e expectativas com ênfase na necessidade de se discutir a doença em uma linguagem compreensível de modo a esclarecer dúvidas.

Com referência ao entendimento mútuo, destaca-se que o planejamento conjunto objetiva adesão ao tratamento definindo-se os papéis a serem desempenhados. Ainda se corrobora que prosperar nesta etapa requer negociação do médico com a pessoa/paciente e pessoa/família,

confirmando-se compreensão e concordância do que é estabelecido (BRITTEN et al., 2000; DI MATTEO, 1994).

Tendo em vista esta diretriz, não é essencial que o médico compartilhe a mesma perspectiva do problema, mas que sua explicação faça sentido para os envolvidos evitando-se o uso de termos técnicos. Possíveis conflitos podem ser amenizados ao se escutar preocupações e opiniões, não se limitando em julgamentos, diferentemente de entrevistas e tomada de decisões unilateral (STEWART et al., 2010).

Embora se destaque o parâmetro de se estabelecer papéis a serem desempenhados na avaliação clínica e manejo do tratamento, é atribuído ao médico responder pelo diagnóstico e tratamento, bem como que ele sinalize quais devam ser as contribuições pertinentes e esperadas (STEWART et al., 2001).

2.4 Incorporando a prevenção e a promoção de saúde

A prevenção e a promoção são pilares que devem ser avaliados quando se trata da pessoa como um todo, constituídos para a melhoria de saúde, prevenção ou redução de riscos, identificação precoce de doenças que pode reduzir complicações.

A OMS definiu a promoção de saúde como “o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde para melhorá-la” (OMS, 1986, p. 11). Enquanto a prevenção tem como objetivo reduzir o risco de uma doença (CARTA DE OTTAWA, 1986).

O processo de prevenção se divide em: evitar riscos (prevenção primária), reduzir riscos (prevenção secundária), identificar precocemente e reduzir complicações (prevenção terciária), podendo ainda incluir a prevenção quaternária voltada para reduzir ou evitar danos causados pelo intervencionismo excessivo nos cuidados de saúde (STEWART et al., 2010).

Segundo Stewart et al. (2010) a concepção da pessoa como um todo incorpora a prevenção e promoção através da experiência de determinantes mais amplos ao longo da vida presentes na doença atual e potenciais, na total experiência de saúde e de doença e no contexto do relacionamento entre a pessoa e o médico.

2.5 Intensificando o relacionamento entre médico e pessoa

As dimensões terapêuticas previstas neste componente sintetizam que: “a melhor maneira de se relacionar é manter um espelho em seu coração, e quanto mais se observar as

próprias fraquezas, mais cuidadosos, serão com seus semelhantes” (CUSHING¹ apud STEWART et al., 2010, p. 135).

Conforme Stewart et al. (2010) atributos como o senso de auto - eficácia nos relacionamentos em que se considera a compaixão, o adequado uso de poder na relação, a cura como possível efeito terapêutico, autoconhecimento e os processos de transferência e contratransferência; são dimensões terapêuticas na intensificação do relacionamento entre médico e pessoa.

Quanto à transferência e contratransferência, Stewart et al. (2010), enfatizam que excluir este discernimento, pode comprometer o entendimento de totalidade da pessoa. Define estes processos como uma projeção de sentimentos e reações emocionais inconscientes, originados de outras relações significativas que podem ser sinalizados na descrição de atitudes como: não escutar com atenção, interpretar precocemente, julgar de forma errada, ser incisivo demais em conselhos, identificar-se exageradamente com os problemas alheio.

Tem-se que a consciência de si mesmo é relativa ao uso que os médicos fazem de si e dos relacionamentos para tratar pessoas, sendo ao mesmo tempo afetados e afetando. É vista como uma expansão reflexiva sobre experiências e compartilhamentos, que pode ser desenvolvida através de desenvolvimento pessoal e profissional (PERESTRELLO, 2006).

Alguns autores da MCCP salientam a importância da autoconsciência para a educação e prática médicas, enquanto entendimento intrapessoal que leva ao uso de si mesmo no relacionamento interpessoal. Discorrem ainda, que o processo de autoconhecimento pode ser difícil de ser adquirido, porque geralmente é longo, contínuo e doloroso (KERN et al., 2001).

Perestrello (2006) contribui que o atributo compaixão está associado à atitude de empatia que consiste em uma postura reflexiva quanto a pensar se outro na relação não espera algo simples, como o reconhecimento do seu sofrimento ou apenas a presença em momentos que necessita de cuidados.

Sobre o uso adequado do poder considerado como base da intensificação do relacionamento, é descrito que para situações de falta de entendimento e de confiança, indicação de que médico deve abster-se de uma linguagem técnica e se mostrar interessado na vida e crença da pessoa (BRODY, 1999; SUCHMAN; BOTELLO; HINTON-WALKER, 1998).

¹ CUSHING, H. **The Life of Sir William Osier**. Oxford: Clarendon Press, Vol. 1, 1925.

2.6 Sendo realista

Este último componente interativo da MCCP refere-se à assistência sistemática e realisticamente dispensada à pessoa. Para esta condição os seguintes fatores são primordiais: tempo, trabalho em equipe e uso adequado dos recursos disponíveis.

A prática de acompanhamento da pessoa ao longo do tempo é uma característica favorável para a avaliação de questões complexas e pessoais que envolvem decisões conjuntas de atendimento, bem como o uso adequado dos recursos disponíveis (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Um cuidado abrangente é compreendido, como o princípio realista de um trabalho de equipe que participe continuamente do planejamento e ações que vise o alcance de metas compartilhadas. Para tanto, a necessidade de se utilizar os recursos disponíveis inclui uso do tempo dos profissionais de forma inteligente (STEWART et al., 2010).

Wood et al. (2008) distinguem a MCCP de uma abordagem psicoterapêutica, para que suas aplicações não se transponham negligentemente, definindo-o como um jeito de ser de indivíduos frente às relações interpessoais.

De acordo com Ferreira, Ribeiro e Leal (2002), atitudes positivas do médico requer transmissão de informações mais completas, para que a pessoa sinta-se segura, confiante e disposta pela adesão ao tratamento. Para eles, esta prática demanda utilização de competência comunicativa.

Conforme Aguiar e Ribeiro (2010), o conceito de competência é fator primordial para realização de procedimentos ou tarefas. Descrevem que ser competente significa estar no mundo de forma útil e participativa em que as pessoas sintam-se integradas.

Nesse sentido, o processo de identificar, construir e disponibilizar competências não se relaciona apenas a aperfeiçoar uma técnica ou procedimento, mas à articulação de diversos elementos para obtenção máxima desta capacidade (AGUIAR; RIBEIRO, 2010; WITT; ALMEIDA, 2003).

Os mesmos autores apontam como fundamental, a noção de competência humana para ser realista na área da saúde. Discernem que uma visão de qualidade não se limita a aspectos técnico-instrumentais com vistas a ser competente em humanização do cuidado (AGUIAR; RIBEIRO, 2010; WITT; ALMEIDA, 2003).

Por fim, a MCCP considera os componentes interativos da sua teoria como norteadores que vislumbram prosperar na interação com a pessoa por meio da disponibilidade para um constante aprimoramento de todas as vertentes neles contidos.

3 JUSTIFICATIVA

No universo da saúde, a comunicação vem sendo cada vez mais pesquisada e considerada como fenômeno voltado à educação e combinação de vários saberes teóricos e práticos (DONATO; GOMES, 2010). Neste sentido, estudo de comunicação com intuito de considerações a serem incorporadas às práticas comunicativas, demanda conhecer opiniões que descrevem saberes dados por experiências.

Assim, discutir elementos trazidos pelos participantes entrevistados é um ponto de referência para ampliar paradigmas que fomentem avanços nos atos comunicativos. Nesta perspectiva, médicos e familiares se comunicam com o foco de atenção ao paciente, sendo relevante saber o que a categoria médica considera sobre esta conduta dialógica.

Moritz (2007, p. 422) destaca que “o principal emissor sobre o paciente, é o médico intensivista, não podendo se eximir de participação prioritária na comunicação”. Desta forma, o foco delimitado pelo recorte empírico considera os comunicados da categoria médica às famílias como de legítimo valor enquanto parte interdependente da prática clínica demandada na assistência, orientação e acolhimento.

4 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever e discutir a opinião de médicos de um CTI-Adulto sobre a comunicação com familiares de pacientes internados.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo

Com o intuito de responder ao objetivo deste estudo, optou-se pela metodologia qualitativa para descrever e discutir opiniões de médicos sobre a comunicação com famílias à luz da medicina centrada na pessoa.

Segundo Minayo (1998, p. 21-22) esta perspectiva metodológica “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”, não se reduzindo a variáveis.

Especificamente, a análise de conteúdo temática como escolha para este estudo, desdobra-se em três etapas: pré-análise (exploração do material), tratamento dos resultados e interpretação; sendo primordial compreendê-las detalhadamente como diretrizes a serem seguidas (MINAYO, 2008).

Na fase de pré-análise se determina a unidade de registro obtido pela decomposição do conjunto de mensagens em palavras-chave, frases ou temas (MINAYO, 2008). Este momento compreendido como pré-analítico é subdividido em três importantes tarefas:

[...] Leitura Flutuante: requer que o pesquisador entre em contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo e ultrapassando a sensação do caos inicial; 2. Constituição do Corpus: termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade 3. Formação de Hipóteses e Objetivos: tem como parâmetro a leitura exaustiva do material. (MINAYO, 2008, p. 316-317).

É pertinente esclarecimento sobre a constituição do corpus que responde a normas de validade qualitativa e prevê:

[...] Exaustividade: que considere todos os aspectos levantados no roteiro; 2. Representatividade: que contenha as características essenciais das respostas obtidas; 3. Homogeneidade: que obedeça a critérios precisos de escolha dos temas; 4. Pertinência: documentos analisados e adequados ao estudo (MINAYO, 2008, p. 316-317).

De acordo com Minayo (2008), a segunda etapa, que consiste no tratamento do material, é essencial para a operação classificatória em que, se visualize os temas que se destacam do texto. A exploração pressupõe aplicar o que foi definido na pré-análise, sendo essa a mais

morosa das três etapas, pela necessidade de repetir várias vezes a leitura da coleta verificando a coerência esperada para a análise de conteúdo temática.

Este momento é fundamental e requer compreender que a categorização consiste em um processo de “redução do texto a palavras e expressões significativas”, etapa delicada, pois à priori, não se sabe se a escolha de categorias levará a uma exploração “densa e rica” (MINAYO, 2008, p. 317).

A terceira etapa, compreendida como procedimento de interpretação, permite “colocar em relevo as informações obtidas”, propondo inferências que se inter - relacionam com os pressupostos teóricos e desenho inicial. Ainda, se propõe novas alternativas teóricas e interpretativas que surjam através da leitura pré-analítica exploratória e tratamento do material coletado (MINAYO, 2008, p. 318).

Em especial para a área de saúde, este tipo de estudo representa importante recurso metodológico, uma vez que compreende e interpreta o fenômeno em seu ambiente próprio (TURATO, 2003).

5.2 Local do Estudo

Está inserido em um Hospital Universitário da região sudeste do Brasil, reconhecido como centro de referência, com instalações e recursos materiais suficientes para assistência, ensino e pesquisa. É destacado pela busca constante por melhores técnicas para salvar vidas e atenuar a dor.

No local restrito do recorte empírico da coleta de dados a população de pacientes é de alta complexidade, com casos graves, tempo de internação prolongado e alta taxa de mortalidade contando com 9 (nove) leitos.

Do ponto de vista de recursos, conta com docentes e médicos assistentes titulados em sua totalidade. Ao todo a equipe é composta por 14 (quatorze) médicos, e outros enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos.

Por tratar-se de Instituição de alta tradição acadêmica, a integração do médico-residente no seio da equipe é mandatória. No treinamento profissional é enfocado de modo prioritário, supervisão contínua por profissional mais experiente.

Atualmente, é centro formador da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). O papel dos médicos-residentes é de extrema importância para o investimento em novos conceitos e a formação é norteada para uma assistência de alto nível.

As visitas familiares são previstas rotineiramente, em dois horários distintos que somam duas horas por dia. Dentre as funções atribuídas à equipe médica consta comunicação com famílias com o propósito de informá-las e orientá-las sobre o estado clínico dos pacientes internados.

De acordo com Moritz et al. (2008) CTI se caracteriza principalmente pela necessária tomada de decisões diante da morte e pelo maior tempo de permanência dos pacientes críticos internados, destacando importância de uma boa interação entre os profissionais, pacientes e familiares.

Dullenkopf, Rothen e Swiss Cobatrice Group (2009) ressaltam que o CTI tem a reputação de ser um setor altamente dependente de tecnologias de última geração, com patologias complexas e clinicamente graves.

É permitida a permanência de um acompanhante nos casos de pacientes até 18 anos incompletos, para os maiores de 60 anos e excepcionalmente, a critério da equipe de saúde.

5.3 Participantes do Estudo

O recorte empírico foi realizado com uma categoria profissional composta por dez médicos sendo todos especialistas em medicina intensiva. São profissionais que atuam diretamente em contexto do CTI, portanto com experiência de comunicação com famílias.

5.4 Aspectos Éticos

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve a participação de seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, segundo a resolução nº196 de agosto de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, parecer nº 4346/2013 Após coleta de assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido procedeu-se os passos descritos para a coleta e análise de dados de acordo com o estabelecido pelo Comitê de Ética.

5.5 Coleta de Dados

O estudo de campo foi iniciado com a apresentação dos objetivos ao diretor responsável pelo serviço e posteriormente aos participantes do estudo para fins de autorização e verificação de interesse.

Em seguida foram realizados os devidos agendamentos via pessoal e por e-mail, e definido que a aplicação das entrevistas seria no próprio ambiente de trabalho em que os participantes atuavam junto às famílias (sala de descanso dos médicos).

Em função da escala de horários em que os participantes pudessem estar presentes no próprio campo de atuação, ocorreu certa morosidade do primeiro ao último entrevistado. A colaboração do secretário do setor foi fundamental para intermediar e favorecer os encontros conforme consta nos agradecimentos.

O Termo de Livre Consentimento com autorização de uso da gravação em MP3 e autorização para publicação dos resultados foi devidamente assinado pelos participantes anterior à realização das entrevistas com duração média de 40 minutos.

Esta etapa foi marcada por atenção intensa e focada, organizando pensamentos a respeito do objeto de investigação. Também foi de aprendizado significativo destacado pelo prazer na realização do estudo.

Foram entrevistados dez médicos segundo os respectivos critérios de inclusão: médicos que atuam em Centro de Terapia Intensiva com interesse e disponibilidade para a pesquisa. Todos atenderam os critérios estabelecido.

Para Nogueira-Martins e Bógus (2004), a entrevista semiestruturada privilegia questões que interessam à pesquisa e amplia interrogativas à medida que se obtêm as respostas o que permite correções, esclarecimentos e adaptações com vistas à eficácia.

Conforme Minayo (2004), o instrumento “roteiro” parte do ponto de vista de atores previstos nos objetivos para orientar o diálogo com finalidade previamente definida sempre como um guia que deve responder às condições: fazer parte do delineamento do objeto; permitir ampliar e aprofundar a comunicação; contribuir para manifestação da visão, juízos e relevância a respeito dos fatos e relações que compõem o objeto.

O roteiro elaborado contempla os seguintes dados de identificação: data, horário de início e término, profissional identificado como (MED 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), especialização, tempo de formação como médico, instituição formadora, tempo de experiência específica e perguntas relativas ao objeto de estudo conforme descrito em resultados e discussão. O dado

relacionado à instituição formadora não foi explorado na descrição e análise de dados em função de preservar anonimato dos participantes.

5.6 Análise dos dados

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, a análise de conteúdo temática, traz a afirmação de temas em repetidas falas dos participantes do estudo e lida essencialmente com textos tratados como interpretação dos resultados obtidos (MINAYO, 2008).

Conforme Minayo (2008), esta análise trata-se de um processo dinâmico e deve ser concomitante à coleta. Como referência de desenvolvimento deste método Bardin (1977, p. 105) define tema como “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Para Fontanella, Ricas e Turato (2008) nos estudos qualitativos a questão quantos, é de importância relativamente secundária em relação à questão quem, pois o que se apresenta de mais significativo não está na quantidade final de seus elementos, mas na maneira como é definida a sua representatividade.

A coleta de dados se encerrou através da técnica de saturação de informações compreendidas enquanto suficientes para atender aos objetivos propostos. Em seguida, foram realizadas as transcrições das entrevistas, na íntegra.

De posse das entrevistas transcritas, a primeira etapa consistiu da leitura exaustiva do coletado. Para tanto, o material foi organizado visando uma pré-categorização de acordo com as similaridades obtidas contemplando-se as principais ideias abordadas pelos participantes.

Este procedimento desdobrou-se no desmembramento das respostas das entrevistas, possibilitando visualizar os recortes das falas de modo a identificar a recorrência de informações como segunda etapa designada como, tratamento dos resultados.

Após a identificação de pontos comuns através da imersão nas respostas, os textos foram reduzidos a palavras e expressões de modo sistematizado com o propósito de viabilizar a organização dos recortes das dez respostas de cada participante intercalando-as com base nas similaridades.

Posteriormente, o processo consistiu na definição de categorias definindo-se os temas que emergiram como predominantes, transpondo-se para a terceira etapa de tratamento dos resultados, em que a interpretação e inferência foram articuladas com o referencial teórico.

Para Duarte (2002) os temas eleitos que definem as categorias temáticas, contextualizam e inserem o pesquisador na realidade dos participantes. Assim, a descrição e discussão dos dados são postos como reflexão para considerações do presente objeto de estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 A caracterização dos participantes do estudo

Os dados de identificação são apresentados considerando o momento específico em que foram feitas as perguntas de interesse. Conforme tabela abaixo consta maior número de participantes do sexo masculino e todos com especialização em CTI-Adulto.

Quanto ao tempo de experiência, essencialmente em CTI- Adulto, tem-se que 50% possuem entre 1 (um) a 4 (quatro) anos, e 50% estão entre 11 (onze) e 19 (dezenove) atuando em rotinas e procedimentos correlatos com formação específica de atuação.

Tabela 1- Dados de Identificação dos Participantes neste recorte empírico

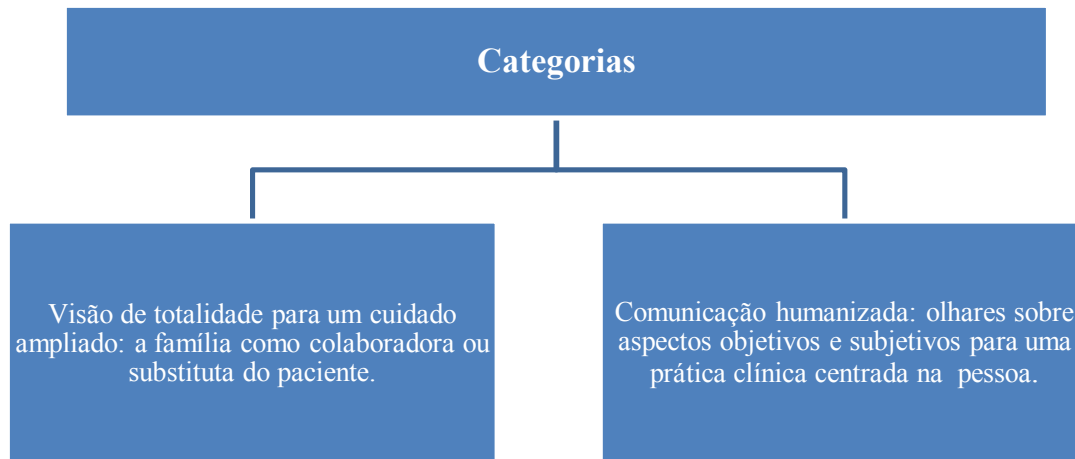
Participantes	Sexo	Tempo de formação	Especialização	Tempo de experiência em CTI - Adulto
MED 1	MASC	3	Medicina Intensiva	1
MED 2	MASC	3	Medicina Intensiva	2
MED 3	MASC	4	Medicina Intensiva	3
MED 4	MASC	5	Medicina Intensiva	3
MED 5	MASC	6	Medicina Intensiva	4
MED 6	MASC	8	Medicina Intensiva/ Clínica Médica	10
MED 7	FEM	13	Medicina Intensiva/ Clínica Médica	11
MED 8	FEM	16	Medicina Intensiva/ Clínica Médica	13
MED 9	FEM	19	Medicina Intensiva/ Cardiologia	15
MED 10	FEM	20	Medicina Intensiva/ Cardiologia	19

6.2 A definição de categorias

A partir da transcrição das entrevistas na íntegra as respostas foram tratadas e apresentadas conforme descritas detalhadamente no percurso metodológico e no Apêndice C que ilustra parcialmente o desdobramento sistematizado para definição de conteúdos chave.

São apresentados os recortes das falas como norte de discussão das informações obtidas. Neste capítulo constam elementos de todas as dez questões investigadas, resultando em duas categorias consequentes da afirmação repetida de temas, conforme embasamento da metodologia qualitativa.

Resultado da Análise de Conteúdo Temática:



6.3 Visão de totalidade para um cuidado ampliado: a família como colaboradora ou substituta do paciente

Esta primeira categoria está alinhada ao referencial teórico com o propósito de descrever e discutir as opiniões coletadas.

Ballester et al. (2010), sendo uma das bibliografias citadas para referenciar a medicina centrada na pessoa, corroboram que o cuidado é parte de uma competência mais ampla, chamando atenção ao uso de habilidades interpessoais e humanística para o atendimento da pessoa.

É pertinente resgatar que a “pessoa” neste estudo é representada pela família como colaboradora ou substituta em comunicações dadas por médicos no contexto de internação hospitalar em interdependência com o paciente enquanto pessoa identificada (STEWART et al., 2010).

As falas que seguem, retratam a predominância obtida:

“A comunicação é de alta importância, principalmente a primeira comunicação, o primeiro momento que você vai ter o contato com a família, ela informa muita coisa” (MED 1).

“O primeiro contato com a família é primordial, principalmente quando se trata de paciente grave, toda ajuda é indispensável” (MED 3).

“Eu acho fundamental a comunicação com famílias, é um dos pilares para a evolução do paciente, porque muitas vezes a gente encontra o paciente sedado, e precisamos ser informados dos acontecimentos” (MED 8).

Predominantemente o primeiro contato com as famílias foi qualificado como de alta importância, primordial, fundamental e essencial. Obtém-se que este é um momento que requer atenção especial, uma vez que esta aproximação pode facilitar ou dificultar a definição do diagnóstico e tratamento. As falas se convergem na ênfase de perspectiva da parceria entre médicos e famílias como parte da demanda e rotina de um CTI - Adulto.

Conforme estudos da MCCP, especificamente no quinto componente interativo “intensificando relacionamento entre médico e pessoa” a comunicação deve ser estratégica para intensificar atenção, propósito, eficiência e eficácia no plano de cuidados. (BALLESTER et al., 2010). Pressuposto que caracteriza um cuidado ampliado e uma visão de totalidade da assistência ao paciente com ótica de observação objetiva, identificação empática e entendimento integrado.

No segundo componente interativo “entendendo a pessoa como um todo” é apontado por Watson e McDaniel (2000), que a família fornece informações importantes representando uma aliança para o diagnóstico e tratamento. Neste mesmo componente McWhinney e Freeman (2010), destacam pertinência de habilidade do médico em ampliar percepção e incorporar a história clínica uma postura inclusiva e humanista na investigação da doença e da experiência da família (sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativas) mediante a conduta médica.

Ainda acerca do entendimento da totalidade a MCCP aborda o desejo da pessoa obter informação, participar da tomada de decisão e as formas de respostas dadas (STEWART e. al., 2010). Ou seja, a relevância da comunicação no contexto do presente estudo, vai ao encontro de decisões compartilhadas com familiares que faz pertinente, olhar para necessidades de informação e reações às mesmas, o que reflete em uma interação menos pontual e unilateral.

Os elementos trazidos por estes primeiros recortes, também são amparados pelo sexto e último componente interativo “ser realista” que aborda que o acompanhamento se apresenta como uma característica favorável para avaliação de questões complexas que envolvem decisões conjuntas de atendimento (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Este embasamento condiz com a realidade de internações em CTI’s uma vez que durante período de tempo indefinido, o papel de colaboração ou substituição para avaliar quadros

clínicos e decidir condutas, ocupa um lugar de legítimo valor mediante a complexidade a ser acompanhada o que retrata possíveis benefícios para o paciente.

A seguir têm-se os recortes discutíveis:

“A importância que vejo para estabelecer uma boa comunicação médico e família, é porque geralmente ela tá vivendo um momento de medo e sentimentos variados, é uma forma da gente tentar manter um bom contato durante aquele período que a família vai passar com a gente” (MED 7).

“Então eu acho assim que desde o início, desde o diagnóstico, é muito importante, faz com que facilite o nosso trabalho, ou pelo menos não deixe tão pesado para a família, durante e depois” (MED 2).

“É primordial pra gente conseguir fazer a família entender, que o paciente muitas vezes, não vai voltar para a sociedade e para a família, da forma como eles eram antes” (MED 9).

Nesta direção, é discutível que os sentimentos e expectativas trazidos pela família se revelam na perspectiva de um cuidado ampliado como um elemento que vai além da utilidade de colaborações consideradas, destacando a responsabilidade para com o familiar com uma visão humanizada de acolhimento e orientação o que implica relevar a comunicação com o familiar como um dos requisitos para a competência do médico.

O terceiro componente interativo “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” discorre que cabe ao médico definir a conduta clínica com vista a um entendimento compartilhado em sentido individual e universal compreensíveis.

Para Lang et al. (2002), com referência ao primeiro componente interativo “explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença” estar atento aos sinais significa também considerar as ideias da pessoa sobre o que está errado entorno dos efeitos da doença na interface com a qualidade de vida relacionada às atividades laborais.

É plausível destacar a confiança como uma importante vertente de discussão. Fugelli (2001) contribui que a confiança consiste na crença de um indivíduo em acreditar na sinceridade, benevolência e autenticidade, que implicam em uma espécie de transferência de poder a uma pessoa ou a um sistema.

Deste modo, investir na confiança necessária do familiar para com a delegação de cuidados médicos, parece remeter em instrumentalização de competências que assegurem

maior credibilidade para com o desempenho profissional e institucional, o que pode refletir em mais colaboração bem como com o estado psicológico das famílias com referência a entendimentos e adaptações requeridos.

Outro aspecto considerável se refere às opiniões sobre dificuldades de compreensão acerca das informações transmitidas, sendo destacado ser muito “tenso falar com as famílias” em consonância com o quinto componente interativo “intensificando relacionamento entre médico e pessoa” que elucida as comunicações geralmente como carregadas de emoções. Nesta lógica referenciada, os comunicados podem ser rejeitados ou até mesmo os profissionais podem não confiar na “pessoa”, referindo-se a um processo de transferência e contratransferência de âmbito psíquico.

Outras falas se somam a esta primeira categoria temática:

“Pra gente, pelo menos como equipe de intensivista é tão importante tratar um choque, um infarto como a comunicação com o familiar. A família já está incluída no contexto do tratamento, entende? (MED 5).

“Pode ajudar a gente a elucidar um diagnóstico, a comunicação já começa na importância disso, que a família às vezes vai trazer as coisas que aconteceram” (MED 6).

“Quando o problema do paciente está bem entendido, ambas as partes ganham, tanto o médico que vai poder tratar melhor o paciente com informações mais claras que muitas vezes o paciente sedado não pode dar, e o paciente vai ganhar com o tratamento mais direcionado, através de dados que a gente consegue obter com a família” (MED 3).

Percebe-se que a visão de todo é reconhecida pelos participantes do estudo e a comunicação é posta pela M CCP como atributo que pode facilitar o diagnóstico e adesão ao tratamento, sendo cabível destacar que o ato comunicativo é de interesse das partes envolvidas (GOLIN; DIMATTEO; GELBERG, 1996; STEWART et al., 1995). Assim, o benefício dos comunicados explorado em um direcionamento ampliado engloba o paciente na sua condição assistencial, o familiar como aliado para diagnosticar e tratar e o médico na sua função de cuidado e informação.

Na questão do que se refere a fatores entorno dos comunicados médicos com a família Stefanelli (1993), traz como contribuição a influência da comunicação no comportamento das pessoas a curto, médio e longo prazo. Assim, problematiza-se que além das comunicações

influenciarem no quadro clínico do paciente, manifestações comportamentais do familiar decorrentes da interação comunicativa deve ser um elemento de questionamentos e abordagem para a categoria médica.

Segundo Lesko (1990) a família merece um cuidado especial desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre os familiares. Este referencial enfatiza que um cuidado ampliado remete envolver aspectos de saúde da família, uma vez que situações impactantes geram vulnerabilidades que se apresentam na demanda trazida pelo processo de saúde e doença do paciente.

Conforme Cassel (1991 apud STEWART et al., 2010), a doença deve ser entendida como uma das dimensões da condição de pessoa. Neste raciocínio de totalidade, paciente e familiar, emitem importantes mensagens para o discernimento clínico e intervenções requeridas. O terceiro componente interativo elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas é destacado que é fundamental para esta conduta discutir a doença em uma linguagem compreensível de modo a esclarecer dúvidas o que implica em uma postura de prontidão e flexibilidade.

Seguem descrição de elementos para discussão:

“A gente sabe que conflitos gerados começam com uma relação não ser boa, o conhecimento sobre a patologia, complicações e riscos inerentes a uma internação são comunicados e precisam de fluidez, e o objetivo final que é colocar o paciente junto à família depende também dessa importante interação” (MED10).

“A comunicação é fundamental até para dar retorno e confortar a família, porque quando a família está próxima, a resposta do paciente é melhor e um familiar mais orientado eu acho que tem mais condições de dar apoio para o paciente” (MED 1).

“Uma família bem orientada, esclarecida, não terá tantas dúvidas com relação ao tratamento e pode ficar mais segura quanto ao que a gente tá fazendo e isso com certeza, será passado para o paciente” (MED 5).

Lang et al. (2002), assinalam que envolver a família apresenta desafios específicos de abordagem de conflitos em que as necessidades da pessoa atendida e o conhecimento da dinâmica familiar ajudam o médico a decidir quem e quando envolver. Os autores favorecem discutir que a comunicação neste contexto de relacionamento pode demandar habilidades na condução das relações. Sugere necessários conhecimentos que sirvam como suporte para

identificar intervenções oportunas e escolher em casos possíveis, inclusão do familiar que se apresente com mais condições de colaboração em situações de fragilidade.

Um ponto abordado pela MCCP pode sobre o envolvimento do familiar no manejo de problemas, como terceiro componente interativo, é não privilegiar decisões unilaterais, escutando-se preocupações e opiniões em conduta não limitada por julgamentos (STEWART et al., 2010). Premissa em se que pontua definir papéis em um entendimento mútuo para avaliar metas e prioridades através de um planejamento conjunto com perspectiva de adesão ao tratamento.

Esta prerrogativa enfatiza a negociação do médico com a pessoa/paciente e pessoa/família, confirmando-se compreensão e concordância do que é estabelecido (BRITTEN et al., 2000; DI MATTEO, 1994). Para a MCCP o contato de médicos com pessoas é visto como um: “intercâmbio que deve levar a uma síntese de perspectivas concretas ou abstratas da mesma realidade” (STEWART et al., 2010, p. 43).

Deste modo, o foco em competências comunicativas exprime relevância de discutir desenvolvimento de atitudes que favoreçam o compartilhamento de poder e de um raciocínio humanístico sobre a legitimação da heterogeneidade para objetivo de assimilação das informações transmitidas.

Ainda para a MCCP não é essencial que o médico compartilhe a mesma perspectiva do problema, mas que sua explicação faça sentido para os envolvidos sendo recomendável evitar o uso de termos técnicos (STEWART et al., 2010). Assim a compreensão da mensagem implica na atenção ao significado dado pelos interlocutores e ao vocabulário utilizado como um propósito de entendimento partilhado.

Percebe-se tanto pelo que é trazido nas falas dos participantes bem como pela literatura, que a comunicação dada pela categoria médica é permeada por informações sobre: doenças, orientações de quadros clínicos, mediações de conflitos e aspectos psicológicos do familiar. O desempenho comunicativo para tais vertentes traz a noção de necessário planejamento que vislumbre a comunicação segundo critério da linguagem utilizada evitando-se uso de termos técnicos com princípios de empatia e compaixão pelo ouvinte. Seguem ilustrações a serem discutidas:

“Quando a família consegue interagir com a gente, trata o paciente melhor, e indiretamente acolhe, e quando a família entende bem o que tá se passando passa tranquilidade para o paciente que fica mais confortável quando é possível.” (MED 4).

“Todo médico que consegue se comunicar e se relacionar com a família, parte da ideia que uma terapêutica para ser efetiva, depende deste relacionamento que vai existir com comunicação, o médico saber se comunicar é muito importante” (MED 1).

“A gente consegue com essa comunicação fazer um diagnóstico certo, instituir uma terapêutica melhor para o paciente. Eu acho que é tudo meio um conjunto, é difícil a gente conseguir separar.” (MED 7).

As descrições dispostas, consequentes das perguntas abordadas, relevam que diagnosticar e tratar perpassa pela compreensão do familiar sobre intercorrências sobre o quadro clínico com intuito de que informações compreendidas reflitam em uma terapêutica o mais eficaz possível e uma orientação humanizada que vise acolher a família.

De acordo com a MCCP, de um modo geral a medicina biomédica interpreta a patologia designando nome, inferências de causas e escolhas terapêuticas. Enquanto que o senso comum interpreta pelas crenças e expectativas sobre cura (STEWART et al., 2010). Portanto, é válido destacar que a legitimação do que é vivenciado no relacionamento comunicativo se traduz como estratégia para uma prática clínica centrada na pessoa e uma mentalidade consciente de observações que se somam e agregam a qualidade de assistência.

Para Foss (2002), doenças são complexas e multifatoriais, diferentemente de uma lógica linear e tecnológica que classifica etiologias específicas. Pontua que prestar atenção em sofrimentos, emoções e relacionamentos, não é apenas uma razão humanitária, mas uma importante atitude para a compreensão de experiência. Neste sentido, a humanização da comunicação aponta um espaço de subjetividades que requer uma ação dialógica permeável e sensível.

Soma-se a descrição de opiniões:

“Você tem que passar uma confiança, entendeu? Confiança ou então tá enganando. A partir do momento que você passa a confiança aceita o tratamento” (MED 4).

“Muitos ficam de alta, e as famílias visitam a gente, mas nem todo mundo gosta de falar com elas, infelizmente isso é realidade e é uma conduta necessária” (MED 5).

“Porque você tem que saber passar para a família o que o paciente tem até por questão de lei, o que está fazendo, o que pode fazer durante a internação, se passa isso de uma forma melhor,

facilita o trabalho, e eu acho meio complicado um médico que não sabe passar nada para a família” (MED 8).

A MCCP corrobora no componente interativo “intensificação do relacionamento entre médico e pessoa”, que o cuidado ampliado significa total presença e envolvimento, de acordo com os preceitos: estar presente, conversar, sensibilidade, agir no melhor interesse do outro, sentimento, ação e reciprocidade (TARLOW², 1996 apud STEWART et al., 2010).

Assim, comunicar com famílias mostra-se como uma atribuição que demanda um perfil profissional com requisitos que vão além de competências técnicas. Esta perspectiva, a fim de se corresponder a uma assistência ao paciente como um todo, incluindo o familiar, traz implicações que sugerem desenvolver habilidades interpessoais que exigem disponibilidade interna. Presença, diálogo, sensibilidade, empatia, sentimentos, ações harmônicas, se apresenta como um convite à reflexão de limitações comportamentais para uma postura desejável em comunicações demandas.

Kern et al. (2001) apontam sobre a intensificação de relacionamentos entre médicos e famílias, terceiro componente interativo, a importância da autoconsciência para a educação e prática médicas. Enfatizam como o entendimento intrapessoal leva ao uso de si mesmo no relacionamento interpessoal. Discorrem ainda, que o processo de autoconhecimento pode ser difícil de ser adquirido, porque geralmente é longo, contínuo e doloroso.

Os autores acrescentam para a discussão de competências comportamentais que o ponto de partida para se desenvolver uma proposta educativa com vistas a uma prática humana diferenciada, percorre pela ótica de conhecer a si mesmo como referência de identificação de pontos fracos e fortes enquanto respaldo para avanços pessoais.

De acordo com estudo sobre aspectos éticos em CTI são mencionadas diretrizes, que podem servir de aparato para a discussão:

[...] Informação correta a respeito do quadro clínico do paciente. Decisão: A família pode participar do processo de tomada de decisão em relação aos procedimentos realizados com o paciente [...] Os familiares podem reclamar caso medidas terapêuticas sejam interrompidas [...] É muito importante a informação clara à família sobre a morte cerebral, apesar de o paciente ter a atividade cardíaca normal (SANTOS; BRITO FILHO; BRASIL, 2001, p. 7).

² TARLOW, B. **Caring: a negotiated process that varies.** En: Caregiving: Readings in Knowledge, Practice, Ethics and Politics. 1ª. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania; 1996, p. 79.

Este embasamento elucida que as comunicações com familiares são delicadas, pois envolvem legislações que contém respectivos direcionamentos para que os atos comunicativos se qualifiquem nesta direção. Estas diretrizes somam-se a expectativa de conhecer e incorporar a humanização da comunicação de modo a fortalecer aspirações claramente expressadas por uma medicina centrada na pessoa.

Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006, p. 222) afirmam que:

[...] os profissionais, através do seu trabalho e das relações que estabelecem, determinam e retratam se o atendimento é ou não é humanizado. Portanto, todo processo de humanização, para ser efetivo necessita estreitar os laços de comunicação, favorecendo melhorias contínuas da realidade compartilhada.

Neste sentido em que se busca humanizar a comunicação acrescenta-se elucidação sobre o jeito de ser com relação ao outro, de forma empática o que requer sensibilidade. Detém que este “jeito” significa não julgar e perceber significados, avaliando primeiramente o que se sente, se autopercebendo ao passo que interage concomitantemente (ROGERS; ROSENBERG, 1977). Este referencial ressalta que, colocar-se na posição alheia mostra-se como um exercício de se sensibilizar e não concluir opiniões precocemente, enfatizando voltar-se aos próprios conceitos e sensações como forma de interação cautelosa e profissional.

Uma ponderação pertinente acerca do sexto e último componente interativo “ser realista” é a necessária distinção entre a proposta da MCCP para com uma abordagem psicoterapêutica, a fim de que suas aplicações não se transponham negligentemente e sim que se reflita como um diferencial nas relações (WOOD et al., 2008).

É discutível que uma proposta de psicoterapia se caracteriza como uma busca espontânea de atendimento. Premissa que difere de uma assistência médica de cuidados demandados por fatores de enfermidades, que denotam uma aliança promovida por diálogos consensuais e disponibilidade interna para lidar com sentimentos emergidos que podem ser assistidos.

Seguem falas que solidificam esta categoria temática:

“Pelo menos é essa a impressão que a gente tem, o paciente que está consciente no CTI, recebe expressões faciais por mais que não esteja contactando, então o contato dele com a família ajuda muito, faz diferença, pelo menos essa é a impressão que eu tenho. Por isso acho todas essas perguntas que você tá fazendo importantes” (MED 3)

“Tem muita família que pergunta, eu posso encostar nele? Pode não tem problema, essa comunicação faz com o paciente sinta mais o afeto da família, que às vezes a família quando não tem o conhecimento, não é comunicada, fica um pouco retraída de encostar, chegar perto, essa aproximação deixa mais fácil para o paciente passar por toda essa fase” (MED 5)

“Com o entendimento do que eu passo pra ela, vai saber como agir em termos da patologia, em como abordar durante a visita e tratar o paciente, e isso é importante em qualquer nível de consciência do paciente, porque eu acho que ele vai comunicar a insatisfação para o familiar; e com certeza o fator emocional influencia durante a internação, ele precisa ter o sossego necessário para ter uma boa recuperação” (MED 7).

Olhar para o “emocional” propõe repensar diálogos assimétricos e puramente informativos que desconsiderem seus efeitos. Ribeiro e Amaral (2008) pontuam que para obter mudança de um modelo estritamente biomédico para um modelo de MCCP, as escolas médicas precisam incorporar conhecimentos de ciências humanas e sociais, além das disciplinas técnicas científicas tradicionais.

Os participantes abordam que a afetividade, entre pacientes e familiares, é um pilar de acréscimo em que as comunicações adquirem contornos de “estados de consciência” do paciente internado e de possíveis efeitos terapêuticos provindos do contato com o familiar. Deste modo, se destaca que a informação sobre possibilidades e limites da aproximação com o paciente é um discernimento que pode contribuir com aspecto positivo do quadro clínico.

As dimensões terapêuticas descritas no quinto componente interativo “intensificando o relacionamento entre médico e pessoa” sintetizam que: “a melhor maneira de se relacionar é manter um espelho em seu coração, e quanto mais se observar as próprias fraquezas, mais cuidadosos, serão com seus semelhantes” (CUSHING apud STEWART et al., 2010, p. 135). Assim, observar-se parece um caminho para perceber o que de humano se tem em comum entre médicos, pacientes e famílias.

Na direção do que foi encontrado por Ferrioli e colaboradores (2003), na pesquisa realizada sobre famílias de pacientes internados em CTI, consta referência à importância da interação positiva em que a comunicação possa ser vista como terapêutica. Para Ferreira, Ribeiro e Leal (2002), atitudes positivas do médico requer transmissão de informações mais completas, para que a pessoa sinta-se segura e confiante.

Britten et al., (2000) contribuem no desfecho do componente interativo “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” que a avaliação da experiência da doença, considera sentimentos, ideias e expectativas, levando em conta silêncios que resguardam informações de grande valia tanto para o quadro clínico do paciente, como para a garantia de direitos dos familiares.

Resultados obtidos em estudo sobre dificuldades vivenciadas na unidade de terapia intensiva apontam que a informação adequada e o preparo emocional da equipe para lidar com o sofrimento da família são estratégias imprescindíveis para que se possa cuidar integralmente de seu cliente, paciente e família (LEITE; VILA, 2005).

Resgatando Araújo (2005), a mediação possibilita a conversão de uma realidade em outra em que os fatores de mediação permitem e promovem diversos lugares de interlocução, favorecendo o equilíbrio de condições entre os interlocutores. Neste sentido, o compartilhamento do poder sobre o conhecimento da doença pode se apresentar como uma forma de transitar pela visão do outro com empatia, fortalecendo recursos pessoais e considerando a soma no objetivo comum.

Deste modo, a visão de totalidade e amplitude é aparada por Lopes (2005) que se refere ao plano de cuidados fundamentados pela M CCP, como uma abordagem negociada e realista dos problemas identificados, com os objetivos de reduzir sofrimento, risco, vulnerabilidade e garantirem direitos.

Por fim achados de McWhinney (1997), apresentam revisões de evidência empírica acerca da influência significativa da família na saúde e doença de seus membros. Assim, verifica-se que a importância da comunicação entre médicos e famílias é descrita e discutida para inferências que vão ao encontro de uma prática comunicativa abrangente e consistente.

Outros estudos podem se ocupar de questões como: qual a expectativa da família com relação ao médico? Ou quais são as preocupações que afligem entes de pacientes internados?

6.4 Comunicação humanizada: olhares sobre aspectos objetivos e subjetivos para uma prática clínica centrada na pessoa

Esta categoria temática descreve um olhar de objetividade e subjetividade trazido pelas opiniões de médicos com enfoque em aspectos que tratam a humanização das comunicações com as famílias e apontamentos sobre singularidades do meio em que se expressa. Dentre os

elementos objetivos, é indicado o contexto neste objeto de estudo a ser discutido à luz de uma medicina centrada na pessoa.

Conforme McWhinney (1997) os fatores de contexto na prática clínica é um dos traços distintivos da MCCP, posto que o sentido de saúde e experiência da doença pode variar de acordo com circunstâncias contextuais. Assim, cabe resgatar que um CTI- Aduto é caracterizado como um setor de tratamentos intensivos que repercutem em intervenções de atenção e cuidados específicos que podem significar influências nos atos comunicativos.

Segundo Araújo (2005), o conceito de contexto se refere ao lugar de interlocução, visto que de onde se diz estabelece parâmetros que regem a fala. Do ponto de vista do objeto de estudo, opiniões de médicos, é válido salientar a posição de responsabilidade delegada à categoria médica quanto às comunicações emitidas em situações de gravidade.

Os autores Victor et al. (2003), acrescentam que independente do que pese a estrutura física do setor, a família deve participar do processo de cuidar. Ademais, a acessibilidade às informações a respeito do seu ente hospitalizado consiste em direito dos familiares. Este referencial aborda que a inclusão do familiar na assistência ao paciente não é dada como uma escolha dos profissionais, e desta forma remete a administrar questões contextuais que possam dificultar esta interação. As descrições que seguem favorecem pontos a discutir:

“Em relação a todos os outros setores o contexto interfere na comunicação, principalmente porque existem decisões que em outros setores seriam feitos pelo paciente, e aqui é pela família, então é extremamente necessária esta comunicação, porque vai afetar todo transcorrer, então assim, interfere bastante” (MED 2).

“Muitos familiares ainda tem medo, ficam incomodados porque está apitando a bomba, o que significa os números encima do leito, o televisor; uma orientação prévia facilita bastante. Às vezes, esquecemos de dizer o que é tudo aquilo, agente acaba informando quando o familiar pergunta” (MED 1).

É possível discutir que ignorar o contexto pode levar a erros de inferência. Logo, é justificável levá-lo em consideração, articulando-se as falas trazidas na primeira categoria temática em que se designa a família como colaboradora ou substituta do paciente desde o primeiro contato.

Conforme Watson e McDaniel (2000), o contexto incluindo o ambiente físico e interpessoal do paciente são pressupostos da MCCP em uma ótica que consiste buscar um

sentido compartilhado dos acontecimentos por meio de pontos comuns e interpretações aceitas mutuamente por uma prática de “plano conjunto de manejo dos problemas”, apresentada como terceiro componente interativo.

Nesta direção o segundo componente interativo “entendendo a pessoa como um todo” discorre que as dimensões do contexto são divididas em: proximais (família, trabalho, rede de apoio social) e em distais (comunidade, cultura, ecossistema) como uma visão de integralidade da assistência ao paciente (STEWART et al., 2010).

Neste estudo em que é discutido o contexto na especificidade de um CTI é explorado especialmente a família enquanto proximal em interface com a cultura posta como fator distal. De um modo geral a família é vinda de outros contextos culturais em que as informações do ambiente de um CTI com suas tecnologias e missão podem possuir diferentes significados. Assim, as informações transmitidas podem ser vistas como meios de instrução a respeito da realidade posta por um CTI- Adulto contribuindo com a compreensão de suas características.

O sexto e último componente interativo “ser realista” refere-se a uma assistência sistemática e realisticamente dispensada à pessoa de acordo com fatores primordiais como: tempo, trabalho em equipe e uso adequado de recursos disponíveis (MCWHINNEY, FREEMAN 2010). Desta forma, é considerável que propostas para auxiliar um objetivo de instruções informativas, englobam fatores da dinâmica do trabalho com o intuito que seja possível pensar estratégias que contribuam com as comunicações necessárias.

Para tanto, aponta-se que atitude pró-ativa que contemple orientação sobre informações do setor, pode qualificar a comunicação ao criar espaço para um diálogo oportuno e esclarecedor de detalhes que façam diferença no atendimento centrado na pessoa. Deste modo, dispor dos recursos humanos para elaboração e sustentação de meios que viabilizem a compreensão da família sobre o contexto; é um ponto que merece destaque nesta discussão. Outras opiniões acrescentam:

“Alguns médicos dão notícias muito rápido, comparado a médicos clínicos que muitas vezes conseguem conversar de forma adequada dentro do setor, aqui muitas vezes conversam do lado de fora do CTI ou às vezes não sabem conversar nestas situações mesmo” (MED 8).

“O ideal é você ter um lugar para receber e a família se expressar também, a gente acaba chamando para um canto num corredor com a questão do horário limitado para várias famílias” (MED 7).

Tendo em vista que a MCCP visa uma assistência humanizada, cabe destacar que a atenção focada neste contexto de relacionamento sugere ponderar o ritmo em que são transmitidas as informações, uma vez que a escuta e a compreensão pode ser afetada por preocupações e sentimentos inerentes ao estado do paciente.

No terceiro componente interativo “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” Balint et al., (2001), discorrem que escutar a pessoa ativamente se apresenta como uma atitude primordial devido necessária avaliação de experiência da doença. Buscar entender e reconhecer perspectivas sobre o problema para definição de metas e prioridades é um desafio colocado por este componente (BALINT et al., 1970).

Observa-se que compartilhar perspectivas em um ambiente físico que dificulta a privacidade, talvez possa limitar a expressão de sentimentos condizente como princípio de uma comunicação humanizada. Nota-se que a posição do médico neste contexto de relacionamento para comunicar-se com os familiares, perpassa também por questões de layout e “tempo” ao considerar comunicações delicadas.

Lang et al., (2002) afirmam que ideias subjacentes, preocupações e expectativas são manifestadas dentre outras características, na expressão de sentimentos, pistas na fala e resistência a aceitar recomendações. Assim, a subjetividade ocupa interface com a objetividade representando aspectos que merecem ser problematizados bem como, os participantes do estudo chamam a atenção de que anterior à habilidade comunicativa é válido relevar aspectos objetivos que podem facilitar ou dificultar uma prática clínica centrada na pessoa. Outras falas abordam:

“Tá olha interfere, porque assim é um ambiente na maioria dos casos extremamente hostil para os familiares, eu acho que de uns 15 anos para cá, muita coisa mudou, antes se falava em CTI e era um negócio horrível, hoje você sabe que lá vai ter um suporte melhor” (MED 5).

“Eu acho assim, o contexto do CTI influencia demais no psicológico das pessoas, aí falar que tá no CTI muitos já se preparam e acham que não tem mais solução” (MED 4).

“É preciso reconhecer que muitas vezes a família culturalmente mais avançada, numa situação de estresse, vai entender absolutamente nada do que tá acontecendo, entendeu?” (MED 9).

Para Stewart et al., (2010), a interpretação das experiências da doença é fortemente determinada pela cultura. É discutível que reconhecer a experiência da doença, detém

ponderações sobre crenças relacionadas ao conceito de um CTI- Adulto e realidade de uma internação hospitalar para cuidados intensivos.

Visto que diferenças conceituais relacionadas à cultura individual podem ser compartilhadas, conhecer ao máximo possível os mitos das pessoas pressupõe favorecer esclarecimentos em direção a uma interação mais humana.

Ou seja, apesar da visão de hostilidade proveniente de um senso comum sobre o contexto de um CTI, os atributos acolhimento e informação na conduta de esclarecimento, podem ser recursos exploráveis com perspectiva de melhorias da assistência ao familiar com foco nas comunicações demandadas.

Para Meunier e Peraya (2008) o funcionamento pragmático da comunicação em termos relacionais é indissociável do funcionamento cognitivo. Neste sentido, é pertinente ponderar sobre o entendimento das pessoas, relevância de que os interlocutores podem apresentar características cognitivas que dificultem a compreensão de mensagens.

Raciocínios muito complexos para determinados níveis de cognição ou mesmo para estados psicológicos fragilizados, parecem indicar uma lógica imprópria no propósito de legitimação do ouvinte. Em linhas gerais a compreensão de informações, relacionável a escolarização e níveis socioeconômicos, de certa forma tende a influenciar tendências aos comunicadores a serem mais ou menos: claros, objetivos e pontuais ao se comunicarem.

Para Bachion e Carvalho (2012), competência cultural implica em desenvolvimento da capacidade de tornar-se autoconsciente, com atenção aos próprios valores, crenças e comportamentos culturais como elementos que afetam a interação dada. Portanto, independente da demanda que se apresente é oportuno reflexão sobre autoconsciência que possa contribuir com o norte de uma prática comunicativa o mais compreensível possível. Os participantes convergem que:

“Depende do jeito que a gente passa e também do nível cultural, existe muito de negação do familiar, e por incrível que pareça, famílias mais simples recebem melhor do que as de nível maior, e nós temos um limite para dar tudo o que o paciente necessita para sair daquela fase grave” (MED 7).

“Eu acho que o contexto dificulta por várias razões, né? Tem um número de pacientes grande, 9 leitos, não é tão grande, mas são 9 famílias para conversar e 9 formações bastante complexas. Então isso pode demandar muito tempo, precisa ter uma organização muito grande e muitas vezes não sai como a gente gostaria” (MED 3).

Segundo pesquisa realizada sobre a percepção de profissionais de saúde acerca da comunicação com familiares de pacientes internados em CTI, a incompreensão das informações fornecidas, pode estar relacionada ao baixo nível socioeconômico e cultural, ao uso de termos técnicos e a falta de coerência em informações fornecidas (SANTOS; SILVA, 2006).

Em achados da literatura, é apontado que o feedback é um recurso que deve ser tomado como condição necessária, tanto para avaliar a compreensão das informações quanto para melhorar o nível interacional entre ambos (VICTOR et al., 2003). Assim, dar retorno do que se entende bem como perguntar sobre o que entendeu, pode ser um meio de manejar “diferenças” entre interlocutores que permeiam as comunicações em seu objetivo de eficácia.

Stewart et al., (2010) apontam no sexto e último componente interativo “ser realista” que usar adequadamente os recursos disponíveis engloba utilizar o tempo dos profissionais de forma inteligente. Mediante o que foi posto pelos participantes, quanto ao número de famílias a serem atendidas, percebe-se que a realidade é desafiadora no sentido de administrar dificuldades objetivas que podem ser pensadas conjuntamente na equipe de trabalho.

Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006, p. 222) salientam que, um hospital humanizado com atendimento de qualidade “é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja do paciente, familiar ou do próprio profissional”. Estas questões perpassam pela gestão de processos e de pessoas que necessariamente estão condicionadas a outras esferas de poder em um organograma organizacional que delega autonomia para mudanças desejáveis.

É notório que aspectos objetivos retratam uma dinâmica operacional complexa para a realização de comunicações voltada a uma prática comunicativa humanizada. Neste estudo, o desafio de administração do tempo é uma ênfase extraída das falas dos participantes que remete pontuar necessário planejamento da rotina de comunicações conforme realidade da demanda. Seguem falas que somam à discussão:

“A gente precisa ser bem claro até para tentar diminuir a ansiedade do familiar, como que o paciente tá, como tá evoluindo, nunca deixar de ser claro, independente de ser bom ou ruim” (MED 7).

“Uma vez a gente teve discutindo que ninguém avalia estresse pós - traumático, às vezes a gente quer estudar do paciente, mas ninguém fala da família que passa por estresse, então a gente não sabe o que vai afetar, não sabe se existem distúrbios relacionados a isso, se esses familiares tem mais depressão, né?” (MED 1).

Conforme Higginson (1993), dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo. Outra referência corrobora que a orientação e informação tranquilizam o indivíduo que tendo suas dúvidas esclarecidas sente-se mais seguro e confiante (KURCGANT, 1991). Ferrioli et al., (2003), enfatizam que os centros de cuidado intensivo, embora promovam o aumento das taxas de sobrevivência, também provocam estresse adicional uma vez que a família aguarda geralmente com ansiedade o momento da visita.

O segundo componente interativo “entendendo a pessoa como um todo”, ampara que, o entendimento de aspectos subjetivos implica em aprofundar conhecimento sobre a condição humana, especialmente da natureza do sofrimento e reações à doença (MAYEROFF, 1990). Deste modo, inferir a lógica de interferências de ordem psicológica ao incluir a família como aliada nos processos de saúde e doença do paciente, é ampliar paradigma de mero assistencialismo para um olhar de responsabilidade e benefícios clínicos também para o familiar.

Em achados da literatura, a ansiedade do familiar que participa de decisões em estados terminais ou que recebam informações inadequadas, é um sintoma associado a um aumento do risco para estresse pós-traumático. Os autores também mencionam, escala de ansiedade e depressão hospitalar utilizada para detectar este quadro, como um referencial de apoio especializado (AZOULAY et al., 2005; JACKSON et al., 2007; LAUTRETTE et al., 2007).

Em outros estudos, consta que dados de prevalência de ansiedade e depressão são usados para sinalizar a qualidade das informações fornecidas a famílias de pacientes de CTI, bem como indica experiência de familiares que completaram um questionário no dia da alta ou óbito, em que mostra associação entre os sintomas de depressão para os que perderam entes próximos (FUMIS; NISHIMOTO; DEHEINZELIN, 2006; POCHARD et al., 2005).

Estes embasamentos amparam discutir que conhecimentos sobre sintomas relativos a questões emocionais da família podem ser úteis à categoria médica interessada em saber sobre possíveis consequências decorrentes das comunicações precisas. Nota-se que o conhecimento acerca da reação da família frente às informações prognósticas é um vasto campo de pesquisa e desenvolvimento.

Este ângulo subjetivo das “emoções” retrata uma oportunidade para aquisição de conhecimentos da ciência em psicologia com vistas a uma comunicação conduzida por diálogos sustentados por entendimento da relação corpo e mente como importante fonte ao lidar com as manifestações que a vida apresenta.

O quinto componente interativo “intensificando relacionamento entre médico e pessoa” traz que os relacionamentos humanos são influenciados por processos de transferência e contratransferência como uma projeção de sentimento e reações emocionais inconscientes, originados de outras relações significativas (STEWART et al., 2010).

Sinais entendidos como de transferência e contratransferência são indicados nos três primeiros componentes da MCCP na descrição das atitudes: não escutar com atenção, interpretar precocemente, julgar de forma errada, ser incisivo demais em conselhos, identificar-se exageradamente com os problemas alheios. (STEWART et al., 2010).

Mais elementos se destacam:

“O familiar sofre com as informações que a gente passa, principalmente no momento da admissão. Durante o tempo da internação, vai ocorrendo um sentimento de aceitação. Isso se torna, digamos, um pouco mais fácil pra gente passar por esse tipo de problema, mas nunca é fácil” (MED 3).

“O prognóstico dificulta ainda mais porque o paciente com prognóstico ruim tem que ter um cuidado e preparo maior para falar o que pode evoluir mal, e como que vou falar isso? Como vão entender? Então a dificuldade do médico é mais emocional e existe quando o prognóstico é mais reservado” (MED 4).

A respeito do momento de admissão do paciente, especificamente, entre o terceiro e quinto dia da admissão, estudos apontam que a depressão foi associada com informações contraditórias como um fator que pode influenciar a compreensão ou mesmo, por não compreenderem, os familiares se deprimirem (POCHA RD et al., 2005). A relevância do primeiro contato com o familiar é destacada na coleta de dados incisivamente, o que indica tratar-se de um pensamento comum previsto pelos participantes entrevistados que reflete na competência desta primeira intervenção interativa.

Acerca de elementos das falas, França (1994) contribui que dizer a verdade não deve ser sinônimo de relato frio, mas dita com sinceridade e compaixão, de forma gradual, não informando, como se detivesse total domínio sobre mistérios da morte. Esta diretriz claramente abordada é um discernimento bem vindo para auxiliar as incertezas da categoria médica sobre o conteúdo e forma dos diálogos em situações de limites da prática clínica.

Knobel (1998) aponta a comunicação de maneira honesta e frequente, como a necessidade mais importante dos pacientes e familiares em CTI. Elucida que a verdade

abordada de modo empático é uma atitude que corresponde a uma formação humanitária que exige sensibilidade e bom senso na escolha das palavras. Neste foco, o bom senso de fazer do uso de informações fidedignas mostra-se um desafio na escolha de expressão a ser adotada.

Segundo Victor et al., (2003), quanto a sugestões para qualificar a comunicação verbal da equipe médica, destacam: fornecer mais detalhes a respeito do estado geral do paciente, possibilitar abertura para fazer perguntas e fornecer informações por escrito. Estas menções trazem alternativas para o desenvolvimento de um diálogo que privilegie o detalhamento e abertura para questionamentos da família, em detrimento de comunicados puramente objetivos e unilaterais.

Ainda Victor et al. (2003) em resultados de estudo sobre comunicação verbal de uma equipe médica acerca da percepção e necessidades de visitantes de um CTI, salientam que o médico utiliza-se basicamente da forma verbal, unilateral e dirigida à doença. Tais apontamentos merecem serem pensados como parâmetro para utilidade da autoavaliação de competências comunicativas como soma acrescentável.

Para a MCCC, no primeiro componente interativo “explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença”, a sensação de vulnerabilidade é uma característica que pode dificultar ou impossibilitar a clara expressão de dúvidas e angústias. Este fator torna ainda mais importante o exercício de uma escuta atenta como recurso de compreensão de aspectos subjetivos (STEWART et al., 2010).

Oliveira e Ogasawara (1992), no que se trata sobre postura humana em situações que se relacionam com a morte, pontuam que emocionar-se é uma grande capacidade que não deve ser inibida. Outros estudos apontam que compartilhar a dor com os familiares no envolvimento de decisões finais, reflete em alta tensão (AZOULAY; POCHARD, 2003). Assim, é notório que transmitir informações não é um mero mecanismo informativo e exige preparo psicológico como suporte à saúde mental também dos profissionais.

Outros recortes agregam:

“Às vezes quando a família ainda está em processo de aceitação da doença o prognóstico traz dificuldades, porque antes a família, tem que aceitar o estado que o paciente está para depois a gente conseguir passar adiante” (MED 2).

“Nós utilizamos critérios ou deveríamos, primeiro entender aquilo que está falando, ser claro, para que ela entenda na medida do possível. Por ex. um prognóstico ruim, muitas vezes não vou

chegar de cara falando, preciso amadurecer a ideia, eu preciso que a família se conscientize, para que não seja um choque muito grande” (MED 3).

“Tive uma situação em que o paciente faleceu, e eu falei que tinha ido a óbito, aí a família me perguntou: mas ele vai melhorar né? Aí tive que sair, respirar, tomar água voltar e falar: então ele morreu mesmo, parou de respirar, o coração parou, não vai voltar; assim, parece óbvio, óbito todo mundo entende, e nem sempre é como a agente acha” (MED 6).

Stewart et al., (2001), consideram no primeiro componente interativo “explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença” a compreensão do adoecimento de forma ampla, incluindo o subjetivo e o objetivo, o contexto de vida de um indivíduo em particular e o significado de eventos da sua experiência com a doença. Assim, utilizar-se do componente interativo “entendendo a pessoa como um todo” mostra-se como positivo e útil em tomadas de decisão sobre formas de informar e teor de informações com devidos impactos possíveis.

Estudos mostram que o prognóstico é a informação mais difícil de ser compreendida. Tem como consequência que a família não interage plenamente se não compreender a informação transmitida. Discorrem que prognosticar é um fator que pode variar muito a cada tempo (FUMIS; NISHIMOTO; DEHEINZELIN, 2006). Tais ponderações da literatura em consonância com o que foi agregado pelas opiniões coletadas, abordam que a conduta do informante médico quanto a situações prognósticas, é bastante relativizada devido à intercorrências que não estão sobre total controle da categoria médica.

Em complemento, os preceitos de humanização chamam atenção de que a visão sobre CTI está associada com morte, cessação definitiva de vida, irreversibilidade da doença, falta de reação a medidas terapêuticas (MORITZ, 2005). Percebe-se que a concretização dos limites da medicina, coloca a comunicação médica como uma atribuição que não pode ser desempenhada estritamente pela habilidade racional mediante a consideração de limitações humanas para lidar com a noção do que é finito.

Pelas falas dos participantes deste estudo, o comunicado de prognóstico desencadeia dificuldades de compreensão relativas às ideias e expectativas das pessoas com relação às possibilidades de cura dos pacientes, o que conota uma realidade de intensa carga emotiva, tanto para os médicos quanto para os familiares.

No contexto de um cuidado ampliado, a comunicação efetiva é definida como o procedimento médico que releva a intersubjetividade para uma interação que promova o acolhimento, o diálogo e o entendimento mútuo (AYRES, 2004). Percebe-se neste último

terceiro relato escolhido como retrato da prevalência de opiniões, um esboço de drama vivido em uma comunicação de óbito, indicando um panorama intersubjetivo na interação afetiva do médico com o familiar. Acolher e dialogar nestas circunstâncias mostra-se como atitudes de manejo doloroso para o entendimento e conforto mútuo.

Infere-se, que em um mundo onde muitas vezes não se ouve a si próprio, ouvir o outro, pode ser mais difícil do que se aparenta. Portanto estar atento a elementos de subjetividade embora seja um diferencial no diálogo, com devida riqueza de detalhes, parece requerer um suporte terapêutico para os profissionais constantemente expostos reflexos das comunicações de saúde, doença e potencial de morte.

Além do mais, palavras não é apenas um determinado conjunto de vocabulário, uma vez que podem gerar reações adversas que precisam ser administradas. Possíveis desfechos que denotem uma nova condição de vida podem representar impactos que talvez sejam melhores digeridos com o uso da clareza e afetividade no diálogo demarcado por uma comunicação, o mais humana possível.

Para alguns autores, o peso adicional da doença pode causar rupturas sérias, em um sistema familiar que sofre muitas exigências e possíveis mudanças. O desequilíbrio pode alterar regras estabelecidas e expectativas da família, mudando formas de comunicação e estruturas relacionais (MEDALIE; COLE-KELLY, 2002). Visto estas ponderações, vê-se que a dinâmica de “adoecimento” pode surtir consequências com potencial de reorganizações familiares que também sejam refletidas na comunicação das famílias com a categoria médica.

Seguem dimensões das opiniões coletadas:

“Por ex: o paciente foi entubado, o que é um paciente entubado? Ah, o paciente tá com dreno de tórax, o que é um dreno de tórax para a família? Também acho que as informações têm que ser dadas gradativas, ela não consegue absorver, assimilar, então acho que tem que ser uma coisa bem, bem, paulatina” (MED 5).

“Tipo olha, a creatina veio 0,8 e tá 1.2, nos preocupa isso, a gente tenta não informar este tipo de situação, e fala: existe um problema com relação ao funcionamento do rim, espera que amanhã esteja um pouco melhor, tá tratando, a gente sabe que é complicado, e sabe qual vai ser a variação de um dia pro outro, é mais fácil falar sobre um sistema do que sobre um detalhe do exame” (MED 1).

Perestrello (2006) afirma que a MCCP além de procurar causas, busca a totalidade, focaliza o estímulo-reação e ocupa-se do que designa situação expressão. Enfim, advoga a favor de uma visão holística e uma atitude compreensiva. Neste tocante, estar atento a expressões faciais demais comunicação não verbal, bem como considerar as palavras como veículo de compreensão, é uma postura desejável para fazer-se entender.

Nota-se que elaborar perguntas podem ser uma forma de não se limitar o foco da comunicação na doença. Outra questão importante é legitimar entendimento do “outro” para não se transmitir informações estritamente pela lógica do informante. Percebe-se que se referir ao corpo de forma independente do todo, pode ser visto como exploração para um entendimento mais global e universal em detrimento de assimilações individuais.

Os componentes interativos da MCCP ao abordar uma medicina centrada na pessoa, destacam uma visão de totalidade e de cuidado ampliado. De acordo com Ferreira, Ribeiro e Leal (2002), no que se refere a “ser realista” atitudes positivas do médico requer transmissão de informações mais completas, para que a pessoa sinta-se segura, confiante e disposta pela adesão ao tratamento através da utilização da competência comunicativa.

Conforme Aguiar e Ribeiro (2010), ainda sobre o componente “ser realista” o conceito de competência é fator primordial para realização de procedimentos ou tarefas. Descrevem que ser competente significa estar no mundo de forma útil e participativa em que as pessoas sintam-se integradas. Isto implica que a tarefa atribuída à categoria médica para a transmissão de informações, pode ser considerada um procedimento operacional estratégico e planejado com o fim de um diálogo compreensível e eficaz.

O terceiro componente interativo, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” corrobora não ser essencial que o médico compartilhe a mesma perspectiva do problema, mas que sua explicação faça sentido para os envolvidos. Os autores esclarecem que o uso de termos técnicos deve ser evitado (STEWART et al., 2010).

Estes referenciais trazem para a discussão que a linguagem utilizada para as comunicações, é uma questão de interesse de médicos com pretensão de desenvolver habilidades comunicativas. Partindo da ideia de que conhecimentos técnicos são bastante específicos, é provável que os interlocutores tenham limitações naturais para um claro entendimento.

Outro ponto discutível venha a ser que legitimar o interlocutor pode favorecer uma comunicação constituída de forma metafórica, como mencionada pelo participante deste presente estudo na última terceira fala citada.

Outro subsídio para discussão se relaciona aos atributos pessoais dos médicos e as atitudes terapêuticas desejáveis para uma boa interação que incluem os aspectos empatia e capacidade de comunicação (DONATO; GOMES, 2010). Rogers e Rosenberg (1977, p. 73) em consonância com os preceitos da MCCP contribuem que “a maneira de ser em relação ao outro”, denominada empática, significa avaliar com precisão o que se sente e guiar-se pelas respostas obtidas. Nesta linha de pensamento colocar-se no lugar do outro parece ser um ponto forte para a organização do próprio pensamento escolhendo-se as palavras para se expressar.

Levinson, Gorawara-Bhat e Lamb (2000, p. 32) definiram uma pista como: “comentário direto ou indireto que fornece informação sobre circunstância da vida e de sentimentos” podendo criar empatia. Para eles, escutar os sinais colabora para que as pessoas sintam-se entendidas e reconhecidas.

Tem-se ainda que a capacidade de interagir e o nível da troca que se é capaz de fazer dependem da disponibilidade e conhecimento do sujeito (SILVA, 2002). Assim, estar disponível sugere conhecer vertentes de comunicação interpessoal e intrapessoal enquanto munção, para diferenciar modos expressivos de acordo com as especificidades de cada pessoa. Mais conteúdos chave são destacados para discussão:

“Eu acho que a medicina como é pouco tempo, tem que ver muitas coisas, passa muito rápido nos estágios, então, uma hora se ta num, numa hora você ta noutra e não tem aquele diálogo mais longo com os familiares” (MED 3).

“Eu acho que é treino, e pode ser capacitado a conversar adequadamente com a família já que não temos formação para isso” (MED 10).

“Comunicação é uma competência, que infelizmente a gente não tem esse tipo de formação, não existe uma matéria, disciplina específica, pelo menos de onde eu vim; deveria ter uma capacitação formal” (MED 2).

Conforme Stewart et al., (2010), estudantes de medicina geralmente são ensinados a não se envolver, e manter-se como um observador a distância. Contudo salientam que não é possível evitar encontros com sofrimentos alheios uma vez que os processos de saúde e doença são repletos de sentimentos dolorosos porque afetam o corpo e a mente de quem vivencia. Principalmente em contexto de centros de tratamento intensivo estas premissas são pertinentes de consideração, uma vez que os estados clínicos dos pacientes geralmente ocorrem por

episódios graves e impactantes. Relevar o que dispõem os preceitos da formação do médico sobre a interação com a pessoa é de notório adendo.

No Brasil, nos primórdios da década de 90, iniciou-se um trabalho envolvendo escolas médicas, com o intuito de avaliar o ensino médico. Iniciativa que culminou na criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Dentre sugestões para mudanças a CINAEM propunha: obtenção de domínio de técnicas de comunicação para facilitar a comunicação interpessoal (PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 2000).

O Conselho Nacional de Educação traz subsídios fundamentais como respaldo as opiniões relatadas. Na resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001 (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE), 2001), são instituídas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina em que se contemplam subsídios de pertinência às falas em que o art. 4 inciso III, referente à comunicação, apresenta:

[...] os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, (...) A comunicação envolve: comunicação verbal, não verbal, habilidades de escrita e leitura (CNE, 2001, p. 2).

Neste mesmo documento, consta no artigo 4, inciso VI referente a educação permanente:

[...] os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática (...) devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento das gerações, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais (CNE, 2001, p. 2).

Em resultados de estudo sobre habilidades interpessoais no processo educativo em medicina, é apontado que estimular aquisição de habilidades comunicacionais implica no “desenvolvimento de elementos psíquicos, afetivos e cognitivos” para o propósito de obtenção de uma postura humanística (DONATO, GOMES, 2010, p. 26).

Ainda, nas diretrizes do Conselho Nacional da Educação no art. 5, inciso IV, consta:

[...] Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação (CNE, 2001, p. 2).

Pesquisa de Rossi e Batista (2005) sobre o estudo da comunicação na graduação em medicina aponta perspectiva que se impõe como campo de conhecimento contemplado nos

projetos pedagógicos na formação de médicos, relacionando dentre habilidades específicas, o destaque à necessidade do aluno aprender a comunicar-se adequadamente com colegas de trabalho, pacientes e familiares.

Segundo Ribeiro e Amaral (2008) em achado sobre a MCCP, o ensino médico, sinaliza que a socialização do estudante de medicina, deve ser compreendida como uma forma de incorporar atitudes, comportamentos e valores profissionais. Para eles, este vem sendo foco de objeto de estudos que tem motivado direcionamentos curriculares atentos para os relacionamentos interpessoais.

Para o estudo de Braga (2007) a comunicação competente requer apropriação de uso adequado do verbal e não verbal. Em complemento, tem-se que a capacitação do estudante de medicina exige uma competente formação científica ao lado de uma sólida formação humanista (ANDRADE, 2004). Tem-se ainda que na educação médica, o ensino e aprendizagem de comunicação devem ser desenvolvidos sistematicamente no decorrer da graduação, preferencialmente com o uso de metodologias ativas (RIOS, 2010).

Fazenda (2003) contribui que um pensamento interdisciplinar parte do princípio de que nenhuma forma de conhecimento se esgota em si. Ressalta que é preciso dialogar com a diversidade de formas de conhecimento, inclusive do senso comum para ampliar a relação com o outro e com o mundo. Para finalizar a ilustração de contribuições dos participantes deste presente estudo, é somado:

“Acho que se tivessem mais pesquisa, poderia ajudar demais, no sentido de mudar atitudes, não quero mudar as atitudes dos familiares, mas dos profissionais” (MED1).

Conforme Turini et al., (2008) um currículo integrado, difere de avaliações tradicionais, que se orientam somente para a observação da aquisição de conteúdos. Discorrem que a proposta de um currículo integrado visa avaliar objetivos afetivos e atitudinais. Outra referência corrobora que fatores inerentes ao processo de comunicação e de educação extrapolam questões meramente técnicas e refletem fatores subjetivos (SILVA, 2002).

Para os autores, Lind et al. (2011) em pesquisa realizada sobre a experiência da família de esperar e ver, é apontado que médicos em CTI precisam de mais capacitação, conhecimento e habilidades para uma comunicação eficaz em situações de pacientes que estejam morrendo.

Segundo Rios (2012), em estudo de comunicação em medicina, atitudes, conhecimentos e habilidades são fundamentos para a competência relacional e comunicacional que visem uma perspectiva de ensino aprendizagem nas escolas médicas. Ainda para Marco (2006) em estudo

sobre projeto de educação permanente, a formação do médico desfavorece aspectos psicossociais. De acordo com o autor, um modelo biopsicossocial visa desenvolver capacidades relacionais que facilite o vínculo para uma comunicação efetiva.

Conforme a MCCP a inserção da disciplina de comunicação adquire a dimensão de autoconhecimento, enquanto parte do desenvolvimento de competência comunicativa com princípios de totalidade e foco na pessoa (STEWART et al., 2010). Os autores esclarecem que o autoconhecimento está relacionado ao crescimento moral, implicando que a autoconsciência do médico o auxilia em encontros diários que trazem sentimentos fortes de desamparo, tristeza, incertezas e medos.

Rios et al. (2008), destacam que a humanização reconhece o campo das subjetividades, da comunicação e do diálogo como fundamentais para compreender problemas e buscar soluções compartilhadas. Sinalizam a importância de uma aliança entre competência técnica/tecnológica e ética/relacional. Referencial que acrescenta a relevância de se considerar atitudes desejadas enquanto competências, que podem ser mapeadas, pensadas, discutidas e incorporadas por um desempenho comunicativo humanizado.

Para Epstein (1999), uma abordagem centrada na pessoa é voltada para um praticante consciente. De acordo com Lampert (2002) o cuidado como parte da competência, aponta que protocolos que orientem a prática médica, são fundamentalmente reducionistas e para seu uso torna necessário, habilidades interpessoais e humanísticas que visem o atendimento da pessoa.

Nesta perspectiva, os achados da literatura apresentam sinergia com a visão de autoconhecer para se desenvolver, com o propósito de fazer a diferença nas comunicações interpessoais com as pessoas, especialmente das famílias de pacientes internados como parte interdependente da prática clínica. Outros estudos podem se ocupar dos efeitos de processos de autoconhecimento do médico como ferramenta de autodesenvolvimento comunicativo, abrindo para a questão: o subjetivo é base para a objetividade comunicativa? A interação subjetiva em comunicações médicas com as famílias considera intervenientes objetivos?

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu e discutiu opiniões de médicos sobre a comunicação com famílias de pacientes internados em CTI - Adulto, o que possibilita apontamentos sobre este recorte empírico pesquisado. O cenário de objeto do estudo pode ser permeado por comunicações em que a condução do diálogo é vista como meio de esclarecer informações com respectiva implicação para um atendimento humanizado.

A visão de totalidade para um cuidado ampliado tendo a família como colaboradora ou substituta do paciente e a comunicação humanizada sob os olhares de aspectos objetivos e subjetivos para uma prática clínica centrada na pessoa, são categorias apresentadas como resultantes dos dados obtidos.

O referencial teórico e a literatura complementar, alinhados aos achados do presente estudo, destacam enquanto característica principal, a importância de uma comunicação centrada na pessoa como enriquecimento de discussão.

Designações como informar e compreender são trazidas pelos participantes deste, indicando que o entendimento de comunicações não é um simples processo de transmissão e recepção de mensagens, mas um aprendizado permanente desde o primeiro contato que exige desenvolvimento de competências pessoais.

Um aspecto de especial atenção no contexto estudado é referente à utilidade da comunicação como instrumento de apoio técnico no diagnóstico e tratamento dos pacientes e uma atribuição a ser somada aos demais, procedimentos da rotina dos serviços e como um importante papel na mediação de experiências nos processos saúde e doença na conduta de orientação e acolhimento.

Nas descrições de opiniões é notório que o ato comunicativo como meio de obter e fornecer informações contribui com o quadro clínico do paciente que pode refletir em benefício de uma assistência mais qualificada resultante de uma aliança estratégica nesta interação dialógica.

A discussão acerca das emoções dos médicos é uma vertente que favorece refletir sobre o autoconhecimento como subsídio de desenvolvimento da competência comunicativa para o alcance de possíveis melhorias que possam ser almejadas neste desempenho.

Posto que o presente objetivo refere-se às opiniões da categoria médica, os sentimentos dos familiares no contexto de um CTI - Adulto representam um desafio uma vez que manifestações desta esfera são características do adoecimento instalado na família.

A discussão indica a aquisição de conhecimentos de relacionamento intrapessoal e interpessoal para o desenvolvimento de habilidades comunicativas neste enfoque. Nesta direção, inserir que os sentimentos são inerentes a uma dinâmica comunicacional entre médicos e famílias podem favorecer a comunicação de prognósticos e a adesão ao tratamento na condução de uma prática clínica centrada na pessoa.

A habilidade de empatia é considerada como meio de legitimação do familiar em sua complexidade, o que favorece uma interação dialógica em que a confiança e compartilhamento do poder são discutíveis para a elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas.

Para a MCCP ser empático possui estreita ligação com a consideração de subjetividades, que exprime a valorização do todo no entendimento da pessoa atendida. Esta visão de totalidade inclui o significado que a experiência da doença possui para cada um dos envolvidos e a linguagem utilizada, de modo a promover clareza e compreensão.

É posto que a comunicação manifesta-se por expressões verbais e, não verbais, o que convida a observação de questões da linguagem corporal e de conhecimento intrapessoal enquanto subsídios de competência comunicativa.

A carência de ensino da comunicação na formação acadêmica dos médicos é um fator que os participantes se referiram ser administrado através de experiências com o trabalho em equipe, compartilhando dúvidas sobre comunicações bem como por meio de contribuições da literatura disponível.

Na compreensão dos autores McWhinney e Freeman (2010), a experiência com o cuidado vista pelos olhos da MCCP é um aspecto importante para desenvolver a habilidade do médico em ampliar percepção e incorporar à história clínica, uma postura inclusiva e humanista.

Teixeira (2004, p. 615), ressalta a necessidade de “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões no sentido de promoverem saúde”. Já Andrade (2004) contribui, que o que se espera de um médico em uma situação limite é que ele possa ver na pessoa que sofre um espelho que reflita uma humanidade compartilhada.

Para Stewart et al. (2010), a MCCP é uma proposta que busca equilíbrio entre o pensar e o sentir, com foco principal de se estabelecer um contato centrado na pessoa. Este princípio sugere fazer uso do racional e do emocional no suprimento de lacunas apontadas.

O foco em humanização no transcorrer deste estudo, à luz de uma medicina centrada na pessoa, considera a comunicação como aliada dos processos de trabalho, relações interpessoais e assistência ao paciente. É dado que a comunicação como conhecimento organizado e sistematizado pode oferecer competência humanística ao médico, seja no âmbito da

investigação científica ou da atuação profissional. Outro reconhecimento vem a ser a atenção para posturas de distanciamento que se caracterizem exclusivamente por aspectos técnicos de assistência a pessoa.

Se, por um lado as opiniões, remetem designar a comunicação como importante, por outro, traz reflexão sobre possíveis avanços com atenção a significados subjetivos. Desta forma, reconhecer e lidar com as próprias emoções se apresenta como uma estratégia para o aprimoramento de comunicações entre médicos e famílias.

Miller (2002) acrescenta que o comunicador centrado na pessoa adapta sua comunicação em resposta às perspectivas, sentimentos e intenções dos outros. Na mesma linha de pensamento, McWhinney e Freeman (2010), destacam que a qualidade da comunicação é função de alcance que requer identificar necessidades para estabelecer um plano de cuidado além de técnico, humanizado.

Como limitações deste estudo a investigação de formação médica requer maior desdobramento de sua origem e desenvolvimento enquanto objeto de investigação que se ocupe de análise das grades curriculares de escolas de medicina. Mediante este limite os aspectos identificados da preparação do médico, focam esta vertente como uma questão de desenvolvimento pessoal e perspectiva de educação permanente para o desempenho comunicacional requerido.

Um ponto a ser destacado, é ter sido coletado ao final de cada entrevista, exemplos vivenciados, pelos participantes na comunicação com familiares, não sendo possível enquadrá-las como recorrência de informação, embora tenha enriquecido o olhar de inferência em todo resultado e discussão.

O objetivo delimitado não se estende a descrição de opiniões de outras categorias profissionais e das famílias como um aspecto que pode ampliar a prosperidade de conhecimentos sobre a humanização da comunicação em saúde, especialmente em CTI-Adulto, embora este presente estudo possa ser referência para pesquisas interdependentes.

Como enfrentar limites da comunicação com famílias tendo em vista o preparo como um todo é um desafio para àqueles que se ocupam de pesquisas sobre a comunicação médica. Portanto, a identificação do que dispõem a literatura somada às considerações do presente estudo possibilitam a elaboração de novas perguntas e apontamentos para a iluminação de conceitos e empreendimento científico relativo às *nuanças* do tema abordado.

Esses olhares permitem apreender um pouco mais o recorte empírico pesquisado e aborda elementos que pode servir-se de referência para novos campos de pesquisas em comunicação e sua amplitude no universo da saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 371-8, jul./set. 2010.

ANDRADE, E. O. Como vejo a medicina e os médicos. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 67, p. 391, 2004.

ARAÚJO, E. A. Geração, mediação e uso de informação: uma proposta de modelo teórico. In: (ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO), 6., 2005, Florianópolis. Anais.... Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da UFSC, 2005. p. 1-11.

ASTUDILLO, W.; MENDINUETA, C.; ASTUDILLO, E. **Medicina paliativa: cuidados del enfermo en el final de la vida**. Navarra: Eunsa, 2008.

AYRES, J. R. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Educ. Comun. Saúde**, Angra dos Reis, v. 8, n.14, p. 73-92, 2004

AZOULAY, E.; POCHARD, F. Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. **Curr. Opin. Crit. Care**, Philadelphia, v. 9, p. 545-50, 2003.

AZOULAY, E. et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, New York, v. 171, p. 987-94, 2005.

BACHION, M. M.; CARVALHO, E. C. Habilidades de comunicação para a competência clínica: estratégias de ensino e aprendizagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012. cap. 8, p. 123-142.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-5, jan./fev. 2006.

BALINT, M. et al. **Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice**. Philadelphia: JB Lippincott, 1970.

BALINT, E. et al. **The doctor, the patient, and the group**. London: Routledge, 1993.

BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 598-606, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRY, C. A. et al. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 53, p. 487-505, 2001.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente. Visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-4, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRITTEN, N. et al. Misunderstandings in prescribing decision in general practice: qualitative study. **BMJ**, London, v. 320, p. 484-8, 2000.

BROOM, B. C. Medicine story: a novel clinical panorama arising from a unitary mind/body approach to physical illness. **Adv. Mind Body Med.**, Kalamazoo, v. 16, n. 3, p. 161-77, 2000.

BROWN, J. B. et al. Patient-centered clinical method II. Definition and application. **Fam. Pract.**, Oxford, v. 3, n. 2, p. 75-9, 1986.

BROWN, J. B. et al. The certification examination of the College of Family Physicians of Canada: IV simulated office orals. **Can. Fam. Phys.**, Mississauga, v. 42, p. 1539-48, 1996.

CARTA DE OTTAWA: promoção da saúde nos países industrializados. Ottawa, 1986. Disponível em: <www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm>. Acesso em: 06 dez. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB 2/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 set. 2001. Seção 1E, p. 39-40.

COSTA FILHO, R. C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 88-92, 2008.

CUSHING, H. 1925 *The Life of Sir William Osier*. Vol. 1, Oxford, Clarendon Press.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DI MATTEO, M. R. Enhancing patient adherence to medical recommendations. **JAMA**, *Chicago*, v. 271, p. 76-83, 1994.

DÍAZ, F. G. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. **Med. Intensiva**, Buenos Aires, v. 30, n. 9, p. 452-9, 2006.

DONATO, A. F.; GOMES, A. L. Z. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 37-43, 2010.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre trabalho de campo. Cad. Pesqui., São Paulo, n. 115, p. 139-54, mar. 2002.

DULLENKOPF, A.; ROTHEN, H. U.; SWISS COBATRICE GROUP. What patients and relatives expect from an intensivist - the Swiss side of a European survey. **Swiss Med. Wkly.**, Muttentz, v. 139, n. 3-4, p. 47-51, 2009.

EPSTEIN, R. M. Mindful practice. **JAMA**, *Chicago*, v. 282, n. 9, p. 833-9, 1999.

FASSIER, T. et al. One-day quantitative cross-sectional study of family information time in 90 intensive care units in France. **Crit. Care Med.**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 177-83, Jan., 2007.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: definição, projeto, pesquisa. 2003. Disponível em: <http://www.profelipe.locaweb.com.br/valeriainterdisciplinaridade.htm> Acesso em: 06 jul. 2014.

FERREIRA, E. C.; RIBEIRO, M. M. F.; LEAL, S. S. Praticando a relação médico-paciente III: efeito terapêutico da consulta. In: _____. **Clínica médica**: relação médico-paciente. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. v. 2, n. 1, p. 51-64.

FERRIOLI, D. R. et al. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 193-202, set./dez. 2003.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, B. J. B.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOSS, L. **The end of modern medicine**: biomedical science under a microscope. Albany: State University of New York, 2002.

FRANÇA, G. V. Eutanásia. In: _____. **Direito médico**. 6. ed. São Paulo: Fundação BYK, 1994. cap. 19, p. 438.

FUGELLI, P. Trust - in general practice. **Br. J. Gen. Pract.**, London, v. 51, p. 575-9, 2001.

FUMIS, R. R. L.; NISHIMOTO, I. N.; DEHEINZELIN, D. Measuring satisfaction in family members of critically ill cancer patients in Brazil. **Intensive Care Med.**, Heidelberg, v. 32, p. 124-8, 2006.

GOLIN, C. E.; DIMATTEO, M. R.; GELBERG, L. The role of patient participation in the doctor visit. Implications of adherence to diabetes care. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 19, n. 10, p. 1153-64, 1996.

GRUNIG, J.; FERRARI, M. A.; FRANÇA, F. **Relações públicas**: teoria, contexto e relacionamentos. São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

HASWANI, M. F. Comunicação pública 360 graus e a garantia de direitos. In: KUNSCH, M. M. K. (Org.). **Comunicação pública, sociedade e cidadania**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011. p. 81-97.

HIGGINSON, I. Advanced cancer: aiming for the best in care. **Qual. Health Care**, London, v. 2, p. 112-6, 1993.

JACKSON, J. C. et al. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. **Crit. Care**, London, v. 11, p. R27, 2007.

KERN, D. E. et al. Personal growth in medical faculty: a qualitative study. **West. J. Med.**, San Francisco, v. 175, n. 2, p. 92-8, 2001.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

KURCGANT, P. Formação e competência do enfermeiro de terapia intensiva. **Enfoque**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 4-6, 8-30, 1991.

LAMPERT, J. B. **Tendência de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem, 2002.

LANG, F. et al. Interviewing when family members are present. **Am. Fam. Physician**, Kansas City, v. 65, n. 7, p. 1351-4, 2002.

LAUTRETTE, A. et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 356, p. 469-78, 2007.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-150, 2005.

LESKO, L. M. Bone marrow transplantation. In: HOLLAND, J.; ROWLAND, J. (Eds.). **Handbook of psychooncology**: psychological care for the patient with cancer. New York: Oxford University Press, 1990. p. 163-72.

LEVINSON, W.; GORAWARA-BHAT, R.; LAMB, J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. **JAMA**, Chicago, v. 284, n. 8, p. 1021-7, 2000.

LIND, R. et al. Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions. **Intensive Care Med.**, New York, v. 37, n. 7, p. 1143-50, 2011.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LOPES, J. M. C. **A pessoa como centro do cuidado**: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde. 2005. 221 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006.

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper Perennial, 1990.

MCWHINNEY, I. R. **A textbook of family medicine**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1997.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDALIE, J. H.; COLE-KELLY, K. The clinical importance of defining family. **Am. Fam. Physician**, Kansas City, v. 65, n. 7, p. 1277-9, 2002.

MEUNIER, J. P.; PERAYA, D. **Introdução às teorias da comunicação**. Petrópolis: Vozes, 2008.

MILLER, K. **Teorias da comunicação: perspectivas, processos e contextos**. Boston, Massachusetts: The McGraw-Hill Companies, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISHLER, E. G. **Discourse of medicine: dialectics of medical interviews**. Norwood: Ablex, 1984.

MORITZ, R. D. Os profissionais da saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**, Brasília, DF, v. 13, p. 51-63, 2005.

MORITZ, R. D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 485-9, out./dez. 2007.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 422-8, 2008.

MOTTA, F. C. P. Cultura, cultura organizacional e cultura brasileira. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (Orgs.). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 2006. p. 25-37.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, M. A. P.; OGASAWARA, M. Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 26, p. 365-78, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. **Promoção da saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; SANTOS, R. C. **Preparando a transformação da educação médica brasileira - Projeto CINAEM - III Fase**. Pelotas: CINAEM, 2000.

PLOWRIGHT, C. I. Necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos. **Nursing, Ed. Portuguesa**, Lisboa, n. 102, p. 30-2, 1996.

POCHARD, F. et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: a prospective multicenter study. **J. Crit. Care**, Philadelphia, v. 20, p. 90-6, 2005.

POLISTCHUK, I.; TRINTA, A. R. **Teorias da comunicação**: o pensamento e a prática da comunicação social. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008.

RIOS I. C. **Subjetividade contemporânea na educação médica**: a formação humanística em medicina. 2010. 319 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RIOS, I. C. Comunicação em medicina. **Revista de Medicina**, Brasil, v. 91, n. 3, p. 159-162, set. 2012.

RIOS, I. C. et al. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP - um caminho para o ensino. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 112-21, 2008.

ROBERTSON, L. Informação é a chave para dar responsabilidade à família. **Nursing, Ed. Portuguesa**, Lisboa, n. 99, p. 29-30, 1996.

ROGERS, C. R. **Terapia centrada no cliente**. Lisboa: Edual, 2004.

ROGERS, C. R.; ROSENBERG, R. **A pessoa como centro**. 8. ed. São Paulo: E.P.U., 1977.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 93-102, jun. 2006.

SANTOS, K. M. A. B.; SILVA, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 61-6, jan./fev. 2006.

SANTOS, J. M. F.; BRITO FILHO, M. T.; BRASIL, L. M. **Aspectos éticos em UTI**. Disponível em: <<http://www.fi.uner.edu.ar/grupos/geic/biblioteca/Trabypres/T01TCBr09.PDF>>

Acesso em: 6 jun. 2014.

SCARELLI, E. M. **Orientação à família do paciente internado em unidade de terapia intensiva**. 1993. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

SCHRAMM, F. R. As diferentes abordagens da bioética. In: PALÁCIO, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, A. O. (Orgs.). **Ética, ciência e saúde**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 28-45.

SENNÁ, S. G. Visitas e acompanhantes de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 17, p. 327-41, 1981.

SIGNATES, L. Um estudo sobre o conceito de mediação e sua validade como categoria de análise para os estudos de comunicação. In: SOUSA, M. W. (Org.). **Recepção mediática e espaço público**. São Paulo: Paulinas/Sepac, 2006. 248 p.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2002.

SOUZA, M. F. **Unidade de terapia intensiva**: opinião de familiares. 1994. 66 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.

STEWART, M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **CMAJ**, Ottawa, v. 152, n. 9, p. 1423-33, 1995.

STEWART, M. Towards a global definition of patient-centred care. **BMJ**, London, v. 322, p. 444-5, 2001.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W. Patient-centred interviewing III: five provocative questions. **Can. Fam. Physician**, Mississauga, v. 35, p. 159-61, 1989.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **J. Fam. Pract.**, Parsippany, v. 49, n. 9, p. 796-804, Sept. 2000.

STEWART, M. et al. (Eds.). **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SUCHMAN, A. L.; BOTELLO, R. J.; HINTON-WALKER, P. (Eds.). **Partnerships in healthcare**: transforming relational process. Rochester: University of Rochester Press, 1998.

TARLOW, B. Caring: a negotiated process that varies. En: *Caregiving: Readings in Knowledge, Practice, Ethics and Politics*. 1ª. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania; 1996, p. 79

TATE, P. et al. Assessing physicians' interpersonal skills via videotaped encounters: a new approach for the Royal College of General Practitioners Membership examination. **J. Health Commun.**, London, v. 4, n. 2, p. 143-52, 1999.

TEIXEIRA, J. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - utentes. **Anál. Psicol.**, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 615-20, 2004.

TETZLAFF, A. A. S. **O que é humanização?** 2010. Disponível em: <http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-humanizacao/> Acesso em: 15 jun. 2014.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2013.

TURINI, B. et al. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 264-70, 2008.

VICTOR, A. C. S. et al. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 199-206, 2003.

WATSON, W. H.; MCDANIEL, S. H. Relational therapy in medical settings: working with somatizing patients and their families. **J. Clin. Psychol.**, Hoboken, v. 56, n. 8, p. 1065-82, 2000.

WEBER, M. H. Comunicação: estratégia vital para a saúde. In: PITTA, A. M. R. (Org.). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 151-65.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 433-8, 2003.

WOOD, J. K. et al. (Orgs.). **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: UFES, 2008.

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos-lhe a nos conceder entrevista para o projeto de pesquisa: Opinião de médicos sobre a comunicação com famílias à luz da medicina centrada na pessoa. Neste estudo, objetiva-se investigar como se processa o ato de comunicar, como parte de procedimentos operacionais na rotina hospitalar. O principal benefício é a possibilidade de melhor conhecer as demandas informacionais voltadas aos médicos como forma de instrumentalizar a prática. A depender dos resultados encontrados, gerará evidências que amplie visão sobre o ato de comunicar com famílias. Os riscos podem relacionar-se a perda de dados, questões temáticas ou tempo demandado a entrevista, que pode ser desagradável aos sujeitos da pesquisa. O tempo previsto para duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos. A entrevista será sonoramente gravada, por meio de um pequeno gravador, para posterior transcrição. Após a finalização, os arquivos sonoros serão tratados definitivamente. O local das entrevistas será no próprio ambiente norteador do projeto, sala de orientações a familiares, no CTI- Adulto. A participação neste estudo é voluntária, ou seja, você pode participar ou não de acordo com sua vontade. O seu anonimato é garantido, uma vez que seu nome não será divulgado em nenhuma hipótese. As informações por você fornecidas serão utilizadas somente para fins acadêmicos, sempre com omissão de seu nome. Você poderá desistir da entrevista a qualquer momento se assim o desejar. Ressaltamos que não será oferecido pela entrevista nenhum tipo de remuneração. O seu direito a esclarecimentos sobre a metodologia está assegurado, antes e durante o curso da pesquisa, podendo esclarecer no Comitê de Ética dúvidas exclusivamente éticas. Em caso de se sentirem lesados pela participação na pesquisa pode buscar indenização de acordo com as leis vigentes brasileiras. Caso concorde em concedê-la, por favor, assine este documento no local indicado. Desde já agradecemos à colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento. Você pode nos encontrar pelos seguintes meios:

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Duarte Carvalho. Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre CEP: 14049-900 - Ribeirão Preto – SP **E-mail:** accarval@fmrp.usp.br Telefone: (16) 3602-2905

Bolsista do Programa de Pós Graduação Saúde na Comunidade e Pesquisadora Responsável: Renata Farche Alves. Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre CEP: 14049-900 - Ribeirão Preto – SP **E-mail:** renatafarche@usp.br Telefone (16) 91162312

Comitê de Ética – Telefone (16) 36022228 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br **Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO MONTE ALEGRE- UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Eu, RG/CPF abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Opinião de médicos sobre a comunicação com famílias à luz da medicina centrada na pessoa” como sujeito voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo para o exercício de minhas funções na instituição. Finalmente, declaro que recebi uma via deste documento devidamente assinada pelo pesquisador.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Nome do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Ribeirão Preto, de 2013.³

³ Versão 3- Modificado em 15/05/2013

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: ____ / ____ / ____ **Início:** _____ **Término:** _____

Profissional: Identificação por número (1,2,3,4...) _____

Especialização:

Tempo de Formação como Médico: _____

Instituição Formadora: _____

Tempo de Prática no CTI-Adulto: _____

1. Em sua opinião qual a importância da comunicação do médico com a família?

2. Em sua opinião o paciente é beneficiado com a comunicação entre o médico e a família?

3. Em sua opinião, a comunicação é requisito de competência para a atuação do médico?

4. Em sua opinião a família compreende as informações transmitidas pelos médicos?

5. Em sua opinião há dificuldades na comunicação dos médicos com as famílias?

6. Em sua opinião o médico é formado para a competência de comunicação com a família?

7. Em sua opinião a comunicação é uma habilidade que pode ser desenvolvida?

8. Em sua opinião o contexto do CTI- Adulto interfere na comunicação estabelecida com famílias?

9. Em sua opinião o prognóstico do paciente interfere na comunicação com a família?

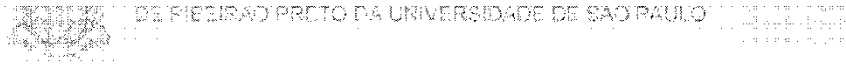
10. Em sua opinião é necessário critérios para a comunicação estabelecida entre médicos e famílias? Se sim, quais?

APÊNDICE C

Categoria	Temas	Falas
Visão de totalidade para um cuidado ampliado: a família como colaboradora ou substituta do paciente	O primeiro contato. Necessariamente as famílias se comunicam com médicos	[os médicos têm uma rotina de contato com as famílias quando o paciente é internado] – <i>“principalmente a primeira comunicação, especialmente de pacientes graves.”</i>
Visão de totalidade para um cuidado ampliado: a família como colaboradora ou substituta do paciente	Diagnóstico. Geralmente a família representa o paciente	[os médicos obtêm informações com as famílias] <i>“o paciente na maioria das vezes não tá conseguindo falar, ou tá intubado, sedado.”</i>
Visão de totalidade para um cuidado ampliado: a família como colaboradora ou substituta do paciente	Tratamento. A família acompanha de perto o tratamento e participa de decisões	[os médicos necessitam da parceria com as famílias]- <i>“Com o entendimento do que eu passo ela vai saber como agir dentro do quadro até em termos da patologia, em como abordar durante a visita e tratar o paciente e isso é importante”.</i>
Visão de totalidade para um cuidado ampliado: a família como colaboradora ou substituta do paciente	Cuidado ampliado A comunicação faz parte da rotina do médico	[O desempenho do médico não se restringe aos procedimentos técnicos] <i>“Você tem que saber passar até por questão de lei, o que tá fazendo e o que pode vir a fazer, facilita o trabalho, acho meio complicado um médico que não sabe falar com a família”</i>

Comunicação humanizada: olhares sobre aspectos objetivos e subjetivos para uma prática clínica centrada na pessoa	Contexto. As comunicações são feitas no próprio CTI	[Verificar se há diferenças entre setores da saúde] <i>“Existem decisões que em outros setores seriam tomadas pelo paciente, aqui é pela família, então é extremamente necessária essa comunicação que vai afetar nas decisões em todo transcorrer”.</i>
Comunicação humanizada: olhares sobre aspectos objetivos e subjetivos para uma prática clínica centrada na pessoa	Preparo Os médicos possuem atribuições diversas	[Como se dá a responsabilidade de comunicar com famílias] <i>“Até alunos que chega no 6º ano, nunca deram notícia de óbito, não são preparados, não existe cadeira, disciplina para isso, e por mais que você explique cada família reage de uma forma”</i>
Comunicação humanizada: olhares sobre aspectos objetivos e subjetivos para uma prática clínica centrada na pessoa	Prognóstico O prognóstico é uma pauta na comunicação entre médicos e famílias	[O médico comunica e a família precisa saber] <i>“Olha eu falo que é uma das coisas que mais interfere, porque saber o prognóstico vai fazer a gente conduzir de forma diferente a comunicação com a família”</i>

ANEXO A



INSTITUTO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 29 de março de 2012

Assunto: Processo 4346/2012

PROCESSO HCRF n° 4346/2012

Prezados Pesquisadores,

O trabalho intitulado "COMUNICAÇÃO DE MÉDICOS DO CTI, EQUIPO DO HCRP/FMRP COM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS", foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 36ª Reunião Ordinária realizada em 27/03/2012, e categorizado na categoria "APROVADO, sem restrições de publicação", em sua Resolução Versão 3 emitida em 15/05/2012.

Este trabalho integra integralmente a Monografia Internacional de Desenvolvimento de Cuidado Paliativo (ICDP-CUP), bem como a Resolução do Conselho de Ética em Pesquisa.

Recomendamos que sejam encaminhados a este CEP, a Relatório de Progresso e Relatório Final, de acordo com o Guia de Orientação nº 000001/2009, HCRP/USP, datado de 21/03/2011, e sigilo de identificação de sua apresentação, quando for o caso, anexado através de e-mail ao e-mail de contato do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP/USP, e encaminhado ao e-mail de contato do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP/USP.

Atenciosamente,

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Desenvolvimento Paliativo
RENATA FARCHE ALVES
PROF. DR. ANTONIO CARLOS DUARTE CARVALHO (Orientador)
Instituto de Física em São Carlos

Centro de Pesquisa em Saúde e Apoio
FMRP/USP - Ribeirão Preto - SP

Centro de Estudos em Fisiologia do HCRP/USP
R. dos Capangues, 139 - Ribeirão Preto - SP - CEP: 13061-970

www.hcrp.usp.br