



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**COMUNICAÇÃO EM UTI:
PROPOSTA DE TREINAMENTO E AVALIAÇÃO DE SEUS EFEITOS SOBRE AS
HABILIDADES CONVERSACIONAIS DE MÉDICOS**

Luciana Francielle e Silva

UBERABA-MG
2018

Luciana Francielle e Silva

**Comunicação em UTI:
proposta de treinamento e avaliação de seus efeitos sobre as habilidades
conversacionais de médicos**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Karin A. Casarini.

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S581c Silva, Luciana Francielle e
Comunicação em UTI: proposta de treinamento e avaliação de seus efeitos
sobre as habilidades conversacionais de médicos / Luciana Francielle e Silva.
-- 2018.
105 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Karin Aparecida Casarini

1. Comunicação em saúde. 2. Unidade de terapia intensiva. 3. Médicos.
4. Capacitação em serviço. I. Casarini, Karin Aparecida. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 316.77:614

LUCIANA FRANCIELLE SILVA

COMUNICAÇÃO EM UTI: PROPOSTA DE TREINAMENTO E AVALIAÇÃO DE SEUS EFEITOS SOBRE AS HABILIDADES CONVERSACIONAIS DE MÉDICOS

Data da aprovação: ___/___/___

Membros Componentes da Banca Examinadora:

Presidente e Orientadora: Prof. Dra. Karin Aparecida Casarini.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Membro Titular: Prof. Dra. Cintia Bragheto Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Membro Titular: Prof. Dra. Rita Martins Godoy Rocha
Universidade de Araraquara

Local: Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACS)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais e usuários do serviço de hospital, e a todos que estiveram comigo nessa jornada.

AGRDECIMENTOS

“Somos o que fazemos para mudar o que fomos... mas se nada somos, virão apenas velhos outonos”. Agradeço, a Deus, por refazer as minhas folhas a cada dia, com o seu amor imensurável.

Aos meus pais, que acreditaram sempre em mim e que entenderam as minhas ausências. Obrigada, por toda força, apoio e amor. A força de vocês dois me fizeram ser o que eu sou.

Aos meus mais que amigos, obrigada, pelos conselhos, pela força, por terem paciência comigo, principalmente quando os dias eram mais cinzas. Luísa, obrigada por ter estado comigo em todas as “transições”, por ler tantas vezes o meu trabalho e pelas conversas tão amigas. Wesley, obrigada por tudo, principalmente pelas leituras sempre atentas e por perdoar todas as minhas vírgulas. Muito obrigada pelas conversas que tanto me estimularam e me apoiaram.

Agradeço, a minha orientadora, Dra. Karin Casarini pelas conversas que me inspiravam, pelas inúmeras oportunidades de aprendizado. Muito obrigada pela confiança e por aceitar dividir comigo esse desafio.

Aos meus amigos e colegas do mestrado, obrigada pelo apoio e estímulo durante todo esse percurso. Ana Flávia e Carla, muito obrigada! Aos meus amigos de Uberaba, em especial Lissa e Sthela, obrigada por estarem sempre comigo e por me aceitarem como sou. Aos meus amigos da Comunidade Rhema, agradeço as orações!

Ao Marcos Paulo, por me apoiar e ter estado sempre presente, pelos momentos de alegrias e pelas conversas, às vezes duras, mas que sempre me ajudavam.

Agradeço a toda equipe da UTI, em especial as estagiárias, pela disponibilidade e abertura com que me receberam para mais esse trabalho.

“Olha para dentro de ti mesmo. És mais do que aquilo em que te tornaste. Deves tomar o teu papel no círculo da vida” (Rei Leão).

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	11
ESTUDO 1	12
Treinamento em comunicação em Terapia Intensiva: proposta de intervenção junto aos médicos	12
Resumo	12
Abstract	12
Introdução.....	13
Método	15
Resultados e Discussão	20
Considerações finais.....	34
Referências	36
ESTUDO 2.....	39
Comunicação entre familiares e médicos em Unidades de Terapia Intensiva.....	39
Resumo.....	39
Abstract	39
Introdução.....	40
Método	44
Resultados e Discussão	50
Considerações finais.....	62
Referências	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	68
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO	70
APÊNDICES.....	74
Apêndice A - Termo de Esclarecimento	74
Apêndice B - Formulário 1 – Experiências em comunicação na UTI	76
Apêndice C -Formulário 2 – Planejamento da comunicação com familiares na UTI.....	77
Apêndice D - Lista “Perguntas dos familiares: uma perspectiva em comunicação em UTI”	78
Apêndice E - Formulário 3 - Feedback do Treinamento em Comunicação.....	79

Apêndice F - Roteiro de Observação	80
ANEXOS	82
Anexo A – Parecer Consubstancial do CEP.....	82
Anexo B- Artigo Submetido	83
QUESTÕES DOS FAMILIARES: UMA PERSPECTIVA EM COMUNICAÇÃO EM UTI.....	83

RESUMO

Para oferecer um cuidado de qualidade em contextos de saúde é necessário que os profissionais realizem uma boa comunicação com os familiares, além de atividades assistenciais. No cenário atual, surgem novas perspectivas sobre estratégias para melhorar a comunicação entre profissionais e familiares em UTI. Intervenções que buscam não apenas aprimorar a transmissão de informações, mas o modo como os familiares compreendem o que lhes é dito. O presente estudo geral pretendeu descrever e compreender as conversas informativas e os possíveis efeitos de um treinamento em comunicação, realizado com médicos em uma UTI. O local escolhido para a realização do estudo é uma UTI adulto de um hospital público no interior de Minas Gerais. Foram convidados seis médicos envolvidos na comunicação de informações sobre o paciente internado para os familiares. Contudo, apenas três aceitaram contribuir com o estudo. Com o objetivo de descrever e compreender as conversas informativas realizou-se um estudo descritivo, qualitativo e de corte transversal, no qual foram observadas 83 conversas antes e após um treinamento em comunicação. Os resultados apontam que os profissionais têm dificuldades para planejar as conversas, selecionar e verificar a compreensão dos familiares sobre as informações dadas e oferecer uma escuta interessada. Posteriormente, eles foram convidados a participar de um treinamento em comunicação. Este estudo buscou descrever e apresentar o treinamento, no qual foram apresentados conteúdos que incluiu habilidades de comunicação, planejamento e mapeamento de informações, uso de estratégias para melhorar a comunicação. A partir das discussões realizadas durante o treinamento foi possível identificar que os profissionais não conseguem descrever aspectos dialógicos presentes nas conversas que possam ter contribuído para que sejam classificadas como boa ou má sucedida. A avaliação é feita a partir das reações dos familiares frente as informações que são dadas e na interação com a equipe. Os participantes avaliaram o treinamento como positivo e importante para repensar práticas ligadas a comunicação e atendimento aos familiares. Os dois estudos apresentam informações que reforçam a necessidade de aprimorar as habilidades conversacionais dos médicos, uma vez que uma comunicação de alta qualidade prediz satisfação dos familiares e serviço de qualidade.

Palavras-chave: Comunicação. Unidade de Terapia Intensiva. Médicos. Treinamento.

ABSTRACT

In order to offer a quality care in health contexts it is necessary that the professionals make a good communication with the family, as well as assistance activities. In the current scenario, new perspectives on strategies to improve the communication between professionals and family members in ICU arise. Interventions that seek not only to improve the transmission of information, but also the way family members understand what they are told. The present general study aimed to describe and understand the informative conversations and the possible effects of communication training with physicians in an ICU. The place chosen for the study is an adult ICU of a public hospital in the interior of Minas Gerais. Six physicians involved in reporting inpatient information to family members were invited. However, only three agreed to contribute to the study. In order to describe and understand the informative conversations, a descriptive, qualitative and cross-sectional study was carried out, in which 83 conversations were observed before and after a communication training. The results show that professionals have difficulties in planning the conversations, selecting and verifying the family members' understanding of the information given and offering an interested listener. Subsequently, they were invited to participate in a communication training. This study aimed to describe and present the training, in which contents were presented that included communication skills, planning and mapping of information, and use of strategies to improve communication. From the discussions carried out during the training it was possible to identify that the professionals can not describe the dialogical aspects present in the conversations that may have contributed to their being classified as good or bad. The evaluation is made from the reactions of the family members in front of the information that is given and in the interaction with the team. The participants evaluated the training as positive and important to rethink practices related to communication and care for the family. The two studies present information that reinforces the need to improve the conversational skills of physicians, since high quality communication predicts family satisfaction and quality service.

Keywords: Communication. Intensive care unit. Doctors. Training. Relatives.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

O presente estudo busca problematizar e realizar uma reflexão sobre comunicação entre médicos e familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. O tema escolhido faz parte de temas de interesse com os quais eu me relaciono desde a graduação. Ao longo do meu percurso acadêmico, realizei pesquisa e estágio dentro de um hospital, que contribuíram para que eu me aproximasse da complexidade dos trabalhos e dos cuidados oferecidos nesse ambiente. As conversas com os familiares sempre me provocava algumas inquietações e surgiu o desejo de compreender como elas aconteciam e o que poderia ser feito para melhorar esse contato com os profissionais. Além de ser uma oportunidade de apresentar os resultados de um estudo anterior desenvolvido na mesma unidade. Este estudo tem como principal resultado um instrumento, uma lista de perguntas, mas também evidenciava a necessidade de conhecer como as comunicações eram realizadas, quais as percepções e experiências dos profissionais e suas repercussões no cotidiano das famílias.

Foi nesse contexto que essa pesquisa foi idealizada. Este estudo tem como objetivo geral descrever e compreender as conversas informativas e os possíveis efeitos de um treinamento em comunicação, realizado com médicos em uma UTI. Para atender a exigência do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, os resultados dessa pesquisa serão apresentados em dois estudos.

A primeira parte da pesquisa é composta por observações das conversas que foram agrupadas e apresentadas no Estudo 2 dessa dissertação. Enquanto que o Estudo 1 apresenta o planejamento e a execução de um treinamento em comunicação. Os efeitos desse treinamento foram analisados a partir de observações das conversas, também, descritas no Estudo 2. A primeira parte das observações forneceu importantes dados para estruturação do treinamento. Foram observados aspectos da comunicação, como escuta ativa, planejamento e seleção de informações, relação médico-familiar e investigação psicossocial. Ao final, foi incluída uma sessão de fechamento do trabalho, com considerações finais do estudo.

ESTUDO 1

TREINAMENTO EM COMUNICAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO JUNTO AOS MÉDICOS

Training in communication in Intensive Care: proposal of intervention with physicians

RESUMO

Em contextos de saúde de alta complexidade tecnológica, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a qualidade da comunicação entre profissionais e familiares é um importante componente do cuidado. Este estudo teve como objetivo apresentar e descrever um treinamento em comunicação em UTI, realizado com médicos intensivistas, e investigar suas percepções, dúvidas e reflexões. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e transversal. A intervenção contou com um treinamento (1 hora no total) que ocorreu durante a jornada de trabalho dos profissionais. O conteúdo do treinamento incluiu habilidades de comunicação, planejamento e mapeamento de informações, uso de estratégias para organizar as conversas, discussões interativas e avaliação da proposta de treinamento. Participaram médicos envolvidos na comunicação com os familiares. Os profissionais mostraram que classificam uma comunicação como boa ou má sucedida de acordo com as reações dos familiares. Entretanto, eles não descreveram aspectos dialógicos presentes nas conversas que poderiam ter contribuído para este resultado. Houve uma baixa adesão dos profissionais e a necessidade de reduzir o tempo e o conteúdo do treinamento, para que o mesmo se adequasse a rotina dos participantes. Estes avaliaram o treinamento como positivo e importante para repensar práticas ligadas a comunicação e o atendimento aos familiares.

Palavras-chave: Treinamento, comunicação, UTI, profissionais, familiares.

ABSTRACT

In health contexts of high technological complexity, such as Intensive Care Units (ICUs), the quality of communication between professionals and family members is an important component of care. This study aimed to present and describe a training in communication in intensive care units (ICU), and to investigate their perceptions, doubts and reflections. It is a qualitative, exploratory and cross-sectional study. The intervention had a training (1 hour in total) that occurred during the workday of the professionals. Training content included communication skills, planning and mapping of information, use of strategies to organize conversations, interactive discussions and evaluation of the training proposal. Participating physicians involved in communicating with family members. Professionals have shown that they classify communication as good or bad according to family reactions. However, they did not describe the dialogical aspects present in the conversations that could have contributed to this result. There was a low adherence of the professionals and the need to reduce the time and the content of the training, so that it adapted to the routine of the participants. These evaluated the training as positive and important to rethink practices related to communication and care for the family.

Keywords: Training, communication, ICU, professionals, Family.

Introdução

A comunicação e o apoio aos pacientes e seus familiares são uma preocupação central nos serviços voltados ao cuidado em saúde e, ainda assim, são pouco abordados em contextos marcados por mudanças rápidas no estado de saúde do paciente e de incerteza clínica (Higginson et al., 2013). As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes de alta complexidade tecnológica destinadas ao tratamento e recuperação de pacientes em estado grave, onde os indivíduos convivem com situações de emergência, risco e morte, mudança no quadro clínico, agravados pelo isolamento e falta de privacidade (Higginson et al., 2013; Marques, Silva & Maia, 2009). Embora o objetivo central da UTI seja o de promover a recuperação e a manutenção da vida, a natureza da doença ou do trauma podem levar o paciente ao óbito. Em muitos desses casos, as mortes ocorridas em UTIs são precedidas por uma decisão de limitar ou suspender o tratamento de manutenção da vida (Higginson et al., 2013).

O contexto de UTI promove o encontro com situações de incertezas tanto para os profissionais quanto para os familiares, situações graves, de difícil compreensão para os familiares, que se configuram como um desafio para a comunicação (Fortunatti, 2014; Hönig & Gündel, 2016). Para esses autores, os familiares têm necessidade de suporte emocional e social, assim como de informações que os auxiliem na manutenção da esperança e da segurança sobre o tratamento do paciente, por meio de uma comunicação clara e objetiva com os profissionais. Uma comunicação pobre em informações e com pouco espaço para discussão e entendimento sobre as mesmas tem sido citada como um fator contribuinte para o desenvolvimento de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático nos familiares de pacientes graves (Sullivan et al., 2016).

A comunicação, então, configura-se como uma estratégia básica para a humanização da assistência, que versa sobre a percepção de cada ser humano como um indivíduo único,

com necessidades específicas, facilitando a interação entre eles e o ambiente, através de um diálogo aberto entre equipe e familiares ou entre quem cuida e é cuidado (Marques, Silva & Maia, 2009). Nas UTI's, o principal responsável pela comunicação sobre o paciente é o médico intensivista. Esse profissional, nesse âmbito, tem como principais atribuições, descrever a situação da doença e os detalhes da evolução clínica e prognóstica aos pacientes, familiares e seus pares (Peigne et al., 2011; Moritz, 2010).

Para oferecer um cuidado de alta qualidade, é necessário que os médicos adquiram proficiência em uma gama de habilidades de comunicação de alto nível com os pacientes e familiares (Sullivan et al., 2016). Essas habilidades incluem: escuta ativa, capacidade de extrair perguntas e preocupações dos familiares e pacientes, empatia, clareza na transmissão das informações e orientar os cuidados e tomada de decisão (Sullivan et al., 2016). Nesse contexto, os familiares não são vistos como meros visitantes, pois exercem um papel fundamental na UTI, respondendo pelo conforto emocional e suporte oferecidos ao paciente, demais familiares e amigos, pelo fornecimento de informações sobre o paciente e pela tomada de decisão diante de questionamentos da equipe (Neves et al., 2009, Peigne et al, 2011).

Neste contexto, o uso de termos e expressões excessivamente técnicos, o modo como são manejados sintomas psicológicos dos familiares, as constantes mudanças e incertezas prognósticas, o atendimento de desejos individuais de pacientes e/ou familiares, as expectativas e necessidades espirituais e as situações relacionadas a morte encefálica, estado de coma e de conflito entre familiares (Azoulay et al., 2000, Hönig & Gündel, 2016); além das dificuldades de estabelecer vínculo entre profissionais e familiares e a falta de conhecimento destes últimos sobre a equipe; são identificados como elementos que dificultam a comunicação entre profissionais e familiares (Moritz, 2010). Tais situações favorecem um distanciamento entre familiares e profissionais, dificultando o alinhamento das informações já transmitidas e a comunicação entre eles.

Diante desse cenário, novas perspectivas e intervenções sobre estratégias para melhorar a comunicação vem sendo apresentadas, não apenas buscando mudanças na forma como as informações são transmitidas, mas também ampliando o entendimento das mesmas pelas famílias (Higginson et al., 2013; Peigne et al., 2011). A literatura nacional e internacional problematiza os seguintes temas: dificuldades para realizar comunicação pelos profissionais (Meyer et al., 2009; Visser, Deljens & Houttekje, 2014); comunicação empática e discussão sobre o prognóstico (Schaefer & Block, 2009); treinamentos em comunicação (Ayuso-Murillo, Colomer-Sánchez & Herrera-Peco, 2017; Fujimori et al., 2014, Sullivan et al., 2016); visão dos familiares sobre as suas necessidades de informação e entendimento das mesmas (Fernandes & Angelo, 2016, Rigaud et al., 2016); uso de protocolos ou estratégias para facilitar a comunicação (Higginson et al., 2013; Peigne et al., 2011); visão da equipe sobre a comunicação em diferentes contextos de saúde (Franco, Bastos & Alves, 2005; Inaba et al., 2005; Puggina et al., 2014).

No contexto de comunicação em saúde, novas perspectivas e intervenções que buscam melhorar a comunicação, tais como: treinamento em comunicação e o uso de protocolos ou estratégias para facilitar a comunicação (Higginson et al., 2013; Peigne et al., 2011). O treinamento em comunicação é uma estratégia que vem sendo desenvolvida e testada em diversos modelos e situações. O estudo de Sullivan et al. (2016) indica que os programas de treinamento apresentam resultados positivos em relação as habilidades conversacionais. Contudo, treinamentos com carga horária extensa, divididos em vários dias pode não ser viável em algumas situações, como no caso de programas de residentes. Além disso, poucos estudos avaliaram o impacto do treinamento no atendimento e acolhimento das famílias.

A literatura internacional problematiza estudos sobre treinamento em comunicação em contextos de oncologia e cuidados paliativos (Clayton et al., 2012, Curtis et al., 2013). Estes estudos destacam a importância da comunicação sobre cuidados no final da vida como parte

da rotina de trabalho dos profissionais e reforçam que é uma habilidade que requer treinamento. O estudo de Clayton et al. (2012) destaca que os treinamentos em comunicação deveriam ser obrigatórios nos cursos de Medicina Paliativa na Austrália e na Nova Zelândia. Ambos os estudos utilizaram de técnicas de simulação (*role-playing*), como estratégia de ensino e treinamento das habilidades de comunicação. Os resultados do estudo de Curtis et al. (2013) indicam que não houve uma melhora nas habilidades de comunicação dos profissionais, contudo, estes conseguiram identificar sintomas depressivos em familiares e pacientes, melhorando o atendimento e cuidados de modo geral. Ao contrário do estudo de Clayton et al. (2012), no qual os participantes avaliaram de modo positivo o treinamento. Nesse caso, o treinamento auxiliou no planejamento e transmissão das informações, melhorando a qualidade das comunicações.

Na literatura nacional, os estudos encontrados problematizam a importância da educação continuada em contextos de saúde como estratégia para repensar as práticas, principalmente, no campo da enfermagem. Alguns estudos também se voltam para as questões de humanização e cuidados paliativos (Andrade, Costa & Lopes, 2013). Embora o tema comunicação faça parte dos cursos de educação continuada e dos cursos de formação (Souza & Lima, 2015), este tema é pouco pesquisado, não tendo pesquisas exclusivas sobre ele. Dessa forma, estruturar e descrever um treinamento e investigar as percepções dos profissionais sobre o tema torna-se relevante para preencher uma importante lacuna de pesquisa e elucidar elementos específicos da relação habilidades em comunicação e treinamento.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo apresentar e descrever um treinamento em comunicação em UTI, realizado com médicos intensivistas. Pretende também investigar as percepções, dúvidas e reflexões apresentadas pelos profissionais durante o treinamento e sobre este.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e de delineamento transversal. A metodologia qualitativa, aplicada ao contexto de saúde, busca dar interpretações e significados aos fenômenos estudados, com a utilização de um quadro mais amplo de referenciais teóricos para sua discussão (Baxter & Jack, 2008, Turato, 2008). A natureza exploratória de uma pesquisa permite explorar situações com maior profundidade e tornar o assunto de interesse mais claro, permitindo a construção de novas hipóteses ou aprofundamento de conceitos sobre determinada temática não contemplada de modo satisfatório anteriormente (Baxter & Jack, 2008, Yin, 2015). Ainda, o delineamento transversal promove a coleta de dados em um ponto determinado no tempo, com base em uma amostra selecionada, gerando informações sobre tal população nas situações e tempo delimitados (Breakwell, Fife-Schaw, Hammond & Smith, 2010; Richardson, 2011). Estas estratégias metodológicas foram utilizadas para compor o desenho desta pesquisa, a fim de aprofundar o conhecimento sobre o processo de comunicação em UTI.

O estudo foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital público no interior de Minas Gérias. Tal UTI consiste em uma unidade geral e mista, que atende adultos em condições clínicas graves, vindos das enfermarias de clínica médica, cirúrgica, ortopedia, neurologia e ginecologia-obstetrícia, do centro cirúrgico e do pronto-socorro. Possui uma equipe multidisciplinar formada por médicos intensivistas, médicos residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicóloga, auxiliares administrativos, e estagiários de enfermagem, fisioterapia e psicologia. A UTI atende até 10 pacientes em estado grave, de ambos os sexos, a partir dos 15 anos de idade. As visitas e as conversas com os familiares são realizadas em dois horários: manhã (10h às 12h) e tarde (15h às 17h). O treinamento em comunicação, objeto deste estudo, foi realizado em um anfiteatro interno, localizado próximo a UTI, no qual estavam garantidas privacidade e ausência de

interrupções. O estudo está amparado na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/122012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (parecer 2.534.852) (Anexo A).

Participantes

Para o estudo foram convidados médicos envolvidos na comunicação de informações sobre o paciente internado para os familiares ou responsáveis, que atendessem os seguintes critérios de inclusão: ser membro da equipe multiprofissional da UTI e ser responsável ou participar de conversar informativas com familiares de pacientes da UTI. Os critérios de exclusão adotados foram: estar gozando de férias, licença ou afastamento, não ter disponibilidade para participar da coleta de dados e ser médico não pertencente à equipe multiprofissional da UTI. Para o estudo, optou-se pelo modelo de amostragem intencional, que consiste na escolha dos critérios de inclusão e exclusão a partir do conhecimento da população do estudo (Breakwell, Fife-Schaw, Hammond & Smith, 2010).

Foram convidados, então, seis médicos que atenderam aos critérios de inclusão/exclusão. Apenas três médicos aceitaram contribuir com a pesquisa, e dois participaram do treinamento (o terceiro não compareceu ao mesmo). Os profissionais tinham mais de cinco anos de experiência de trabalho na UTI escolhida para o estudo, mantinham contato frequente com os familiares (diária ou semanalmente) e eram responsáveis pela transmissão de informações sobre os pacientes da UTI.

Materiais

(a) Roteiro de Treinamento em Comunicação

O treinamento em comunicação com familiares em UTI teve como objetivos principais discutir as percepções e experiências dos médicos em situações de comunicação com familiares e fornecer subsídios teóricos e práticos para realização desse tipo de comunicação. Foi planejado a partir do tema *Comunicação em UTI: diálogo e planejamento*

de informações, com duração de aproximadamente duas horas. O conteúdo planejado para o treinamento incluiu habilidades de comunicação consideradas relevantes para as conversas com os familiares, planejamento e mapeamento das informações e o uso de estratégias para facilitar a organização destas conversas, tal como apresentado na Figura 1. O treinamento foi elaborado com base no estudo de Sullivan et al. (2016) e numa revisão da literatura nacional e internacional, e na experiência prévia das autoras com comunicação em contextos de saúde. Este estudo foi escolhido por apresentar de forma sistematizada um treinamento em comunicação em uma Unidade de Terapia Intensiva e uma análise dos possíveis efeitos deste nas conversas informativas entre residentes e familiares de pacientes.

Figura 1 – Descrição do Roteiro Planejado do Treinamento em Comunicação

Atividades
1) Levantamento de experiências com situações de comunicação com familiares (Apêndice B - Formulário 1 – Experiências em comunicação na UTI). <ul style="list-style-type: none">• Descrição de situações em que o participante julga que a comunicação foi bem sucedida e malsucedida
2) Apresentação de noções em comunicação em saúde, com a utilização de recursos audiovisuais <ul style="list-style-type: none">• Diferentes posturas presentes nos modos de conduzir uma conversa: diálogo e debate• Conversa colaborativa• Modelo de decisão compartilhada• Uso de estratégias para melhorar a comunicação
3) Discussão sobre as experiências descritas pelos participantes <ul style="list-style-type: none">• Identificação das habilidades conversacionais utilizadas na realização das conversas relatadas nas experiências
4) Apresentação e discussão sobre planejamento e transmissão de informações (Apêndice C - Formulário 2 – Planejamento da Comunicação com familiares na UTI) <ul style="list-style-type: none">• Preenchimento do formulário sobre o planejamento da comunicação com familiares em UTI• Exposição de um caso ou situação problema sobre comunicação• Discussão sobre como essa conversa poderia ser planejada• Revisão de aspectos importantes para criação de um contexto/ambiente favorável para conversas com familiares de pacientes de UTI a partir da situação apresentada• Análise da organização das informações nas conversas a partir das experiências dos profissionais• Levantamento de possíveis aspectos relacionados às famílias que podem interferir na comunicação
5) Discussão sobre a estratégia de mapeamento de informações <ul style="list-style-type: none">• Apresentação e discussão de uma lista de perguntas relevantes para familiares
6) Avaliação do treinamento em comunicação (Apêndice E - Formulário 3 - Feedback do Treinamento em Comunicação). <ul style="list-style-type: none">• Preenchimento do formulário de <i>feedback</i> - percepções dos participantes sobre o treinamento e aplicabilidade do conteúdo apresentado à rotina de trabalho• Compartilhamento em grupo

(b) Lista de perguntas: “Perguntas relevantes para familiares em UTI”

Este material é resultado da pesquisa “Perguntas dos familiares: uma perspectiva em comunicação em UTI” (Apêndice D) realizada pelas autoras deste estudo (Silva & Casarini, no prelo). Tal lista de perguntas é composta por 21 perguntas identificadas como relevantes para os familiares, na perspectiva destes e dos profissionais de uma UTI. As perguntas foram organizadas em oito subgrupos temáticos: 1) Chegada à UTI; 2) Resultados e procedimentos; 3) Estrutura e rotina de funcionamento da UTI; 4) Reações do paciente/riscos iminentes; 5) Função dos equipamentos; 6) Evolução do paciente; 7) Tratamentos e procedimentos e 8) Mecanismos de Comunicação. Para o presente estudo foi incluída a pergunta “Em uma situação de tomada de decisões, o que se espera de mim (familiares)?” na lista de perguntas, pois ela se refere a dúvidas e questionamentos dos familiares especificamente sobre como eles devem agir em momentos de tomada de decisão compartilhada.

A lista de perguntas foi apresentada e discutida com os profissionais como uma estratégia para mapear informações que sejam relevantes de serem ditas em conversas com os familiares. Foram apresentados os eixos temáticos relacionando com possíveis momentos da internação, além de destacar algumas perguntas que são consideradas como marcadores de uma boa comunicação, como por exemplo, a pergunta 13 (O que ele tem?), que de acordo com as observações realizadas na unidade indicam que, na maioria das vezes, o familiar não compreendeu o diagnóstico e a evolução clínica do paciente.

(c) Diário de campo

No diário de campo foram registrados relatos apresentados pelos participantes ao longo da realização do treinamento. Foram, também, registradas impressões, reflexões e situações não previstas enfrentadas pelas pesquisadoras sobre o treinamento e sua execução.

Procedimentos para análise dos dados

O *corpus* de análise deste estudo foi constituído por 4 formulários preenchidos pelos participantes sobre suas percepções e experiências relacionadas à comunicação em UTI e os registros do diário de campo. Ressalta-se que o treinamento em comunicação não foi audiogravado.

Para o tratamento e análise dos dados, optou-se por seguir as recomendações de Turato (2008) para análise de conteúdo temático. Para o autor, esta técnica procura nas expressões verbais e/ou textuais os temas gerais recorrentes que aparecem no interior de vários conteúdos concretos. O tratamento e análise do material de pesquisa foram realizados a partir das seguintes etapas:

- a) Preparação inicial do material: transcrição dos relatos, organização e correções necessárias, transcrição dos dados dos formulários e tabulação dos mesmos.
- b) Pré-análise: realização de uma leitura flutuante do material, com o objetivo de identificar percepções e temas identificados pelos profissionais.
- c) Categorização e subcategorização: descrição detalhada do treinamento, dos temas e atividades trabalhados. As categorias foram elencadas a partir dos conteúdos apresentados no treinamento.
- d) Apresentação dos resultados e síntese geral: organização dos dados e análise, com discussão destes em relação a literatura científica referente à Psicologia da Saúde e Comunicação em Saúde.

Resultados e Discussão

O Treinamento em Comunicação foi realizado durante a jornada de trabalho dos médicos participantes, em horário previamente acordado de modo a não prejudicar suas atividades assistenciais. Esta opção baseou-se em negociação com os profissionais, considerando sua disponibilidade para participar do treinamento em momentos diferentes do trabalho. Diante das possibilidades apresentadas pelos participantes, foram realizadas algumas modificações no planejamento do treinamento, como redução do tempo de sua duração em uma hora e alteração de atividades planejadas. A forma final do Treinamento em Comunicação é apresentada na Figura 2.

Figura 2 – Roteiro final do Treinamento em Comunicação

Atividades propostas
1) Levantamento de experiências com situações de comunicação com familiares
<ul style="list-style-type: none">• Descrição de situações em que o participante julga que a comunicação foi bem sucedida e malsucedida
2) Apresentação de noções em comunicação em saúde, com a utilização de recursos audiovisuais
<ul style="list-style-type: none">• Diferentes posturas presentes nos modos de conduzir uma conversa: diálogo e debate• Conversa colaborativa• Modelo de decisão compartilhada• Uso de estratégias para melhorar a comunicação
3) Discussão sobre as experiências descritas pelos participantes
4) Discussão sobre a estratégia de mapeamento de informações como meio de planejamento
<ul style="list-style-type: none">• Apresentação e discussão de uma lista de perguntas relevantes para familiares
5) Avaliação da proposta do treinamento
<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento do formulário de feedback - percepções dos participantes sobre o treinamento e aplicabilidade do conteúdo apresentado à rotina de trabalho

Com pode ser observado na Figura 2, foram retiradas do Treinamento em Comunicação atividades ligadas a identificação de habilidades conversacionais pelos profissionais, sendo realizada apenas a discussão compartilhada das experiências em comunicação relatadas por eles; a apresentação de um caso ou situação problema como estratégia disparadora para análise; descrição e discussão sobre o modo como os profissionais planejam a comunicação com os familiares e a discussão sobre estratégias para melhorar a comunicação. Sobre este último ponto, decidiu-se por focalizar a apresentação da lista de

perguntas como estratégia auxiliar de planejamento da comunicação. Optou-se também por apresentar noções em comunicação em saúde e modelos de planejamento e mapeamento de informações, por considerá-los temas relevantes, que podem ofertar subsídios fundamentais para a realização das conversas informativas. A seguir será apresentado o modo como cada atividade foi realizada e as percepções dos profissionais.

A primeira atividade realizada Levantamento de experiências com situações de comunicação com familiares consistiu da solicitação aos participantes para descreverem experiências vividas em situações de comunicação na UTI, consideradas bem e malsucedidas. O formulário continha dois questionamentos:

1 – Cite um exemplo de uma comunicação com familiares em UTI, vivido por você, que você julga que foi bem sucedida. Nesta situação, procure descrever o que considera que o ajudou a realizar uma comunicação bem sucedida.

2- Cite um exemplo de uma comunicação com familiares em UTI que você diria que não foi bem sucedida. Nesta situação, procure descrever o que considera que favoreceu o insucesso da comunicação.

Esta atividade contou com dois momentos: preenchimento de formulário para registro das experiências vividas e o compartilhamento das experiências. Observou-se que os participantes descreveram situações de transmissão de informações, contudo não conseguiram elencar aspectos da conversa que poderiam ter ajudado ou não no sucesso da comunicação, tal como mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrições redigidas de experiências vividas em situações de comunicação

Situação que você julga que a comunicação foi bem sucedida	
Médico I	Médico II
(<i>Não me lembro bem... não sei como descrever... todas são boas...risadas</i>) Dois amigos, sofreram acidentes separados, mas foram internados juntos. Um morreu, porém, a conversa com as famílias e a interação entre elas e a equipe médica deu muita força para as duas famílias.	Paciente com TCE chegou muito grave ao hospital, com várias informações conflitantes e com conversas negativas. Após serem feitas conversas [3 ou 4 conversas com a família, em outros momentos, sobre o que havia acontecido, quais as possíveis evoluções do caso. Nessas conversas, a esposa não falava muito, era muito resistente] a esposa, conseguiu falar e expor seus medos e conflitos.
Situação que você julga que a comunicação não foi bem sucedida	
[Participante apresenta dificuldade para localizar uma situação, quando o faz, primeiramente a relata, e depois escreve brevemente sobre ela] (<i>Um senhor internado na UTI, que vinha evoluindo bem. A família era muito ansiosa, já tínhamos conversado antes sobre o caso. Durante a visita</i>). Não dei atenção no momento que fui chamado pela família para ver o paciente (<i>estava ocupado</i>), eles achavam que estava acontecendo algo. Eu tinha visto ele antes e estava tudo bem. [Quando fui até o paciente, percebi que] realmente, havia alterações de circulação que mostravam piora importante do quadro. Apesar de não ter influência no desfecho, uma vez que todas as medidas foram tomadas, a família ficou com a sensação de ter sido tratada com indiferença. E a conversa sobre o óbito foi mais difícil.	Paciente com Lupus Eritematoso Sistêmico. Ao longo de toda a internação na UTI, a família ficava num clima de muita desconfiança e certa hostilidade praticamente com toda a equipe. Na conversa, a família apresentava um distanciamento que dificultava a comunicação. Isso fez com que atrapalhasse muito comunicação entre a família e a equipe.

Pode-se observar que os participantes apresentaram descrições genéricas sobre as situações vividas, sem especificar o conteúdo das conversas e o modo como lidaram com o mesmo. Os profissionais relataram suas lembranças sobre os resultados das comunicações, caracterizados principalmente pelas reações emocionais dos familiares e pelo estabelecimento ou não de uma relação de confiança entre equipe e família. Entretanto, eles não descreveram aspectos dialógicos das conversas que poderiam ter contribuído para este resultado – seja na descrição redigida, seja no compartilhamento de experiências – não mencionaram o conteúdo das falas dos familiares ou das notícias a serem transmitidas que representavam desafios, ou alguma consequência explícita de uma ação comunicativa sobre a compreensão dos familiares.

Neste sentido, pode-se pensar que os participantes, no momento de execução desta atividade, demonstraram dificuldades para discriminar os acontecimentos pertencentes às situações de comunicação, evidenciadas pela restrição dos detalhes informados. Além disso, chama a atenção que o resultado da comunicação seja localizado em respostas emocionais dos familiares, sem referência ao grau de compreensão alcançado pelos mesmos, o que deveria ser objetivo principal de uma comunicação. Questiona-se se tais respostas podem refletir necessidades de ampliação de habilidades comunicativas ou um baixo envolvimento com a proposta.

O relato de uma situação de comunicação bem sucedida do Médico II apresenta uma descrição na qual a família só conseguiu estabelecer uma boa interação com a equipe após uma sequência de conversas, nas quais foram abordados aspectos relacionados à história do paciente e à evolução do caso. Estas observações parecem mostrar o quanto a comunicação em UTI necessita de diferentes estratégias para alcançar a possibilidade de estabelecer uma interação dialógica entre profissionais e familiares, a partir da qual a confiança e a compreensão dos acontecimentos possam ser construídas. Tais estratégias se relacionam a retomada de dúvidas, conteúdo tratado em conversas anteriores, coleta do histórico de saúde e de experiências vividas nos serviços de saúde até a admissão na UTI e a explicação dos motivos da internação e do adoecimento (Azoulay et al., 2000).

Nesta direção, pode-se pensar que os conteúdos textuais e emocionais presentes nas comunicações em UTI se colocam como elementos importantes para a realização de transmissões de informações eficazes. Reconhece-se que as transmissões de informações são tarefas complexas, na medida em que tratam de códigos de linguagem, ligados a um campo de conhecimento específico (o da medicina), que devem ser transmitidos e compreendidos. E, são tarefas atravessadas por aspectos emocionais, apresentados pelos familiares, derivados de histórias de vida e de adoecimento anteriores, além dos aspectos relacionados à ameaça à vida

imbricados na admissão na UTI. Neste contexto, os profissionais se veem diante da necessidade de favorecer que familiares aprendam sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e respostas clínicas do paciente, para conseguir estabelecer relações entre os acontecimentos atuais e passados, facilitando a compreensão da evolução do paciente.

Nesse sentido, pode ser importante que a mesma informação seja repetida e discutida em vários momentos e de formas diferentes para que o familiar possa se familiarizar com a linguagem, com os acontecimentos, e se apropriar gradualmente do percurso de tratamento e respostas clínicas do paciente na UTI. Estes elementos incorporaram momentos do Treinamento em Comunicação, como descrito a seguir.

A segunda atividade consistiu da *apresentação de noções em comunicação em saúde*, com a abordagem de temas relacionados à comunicação em saúde, principalmente em contexto de Terapia Intensiva. Essa atividade teve como objetivo revisar o conceito de comunicação, a partir da diferenciação de posturas relacionadas à proposição de um diálogo e de um debate, ilustrando como podem estar presentes nas conversas com os familiares em UTI. O uso da estratégia de escuta ativa e do modelo de decisão compartilhada também foram abordados.

A reflexão sobre esses temas insere-se em um campo em que predomina as modalidades de intervenção centradas em tecnologias duras, a partir de um saber estruturado e reduzido a produção de procedimentos técnicos (Borges, Freitas & Gurgel, 2012). Nesse contexto, a comunicação é vista, apenas, como uma oportunidade de dar informação, sem espaço para troca de informações. Por isso, o tema “diferentes modos de conversar: debate x diálogo” foi apresentado no treinamento, uma vez que se observou a necessidade de discutir estilos e posturas adotadas durante a conversa com os familiares, como uma estratégia de facilitar as conversas (Figura 3).

No treinamento foi enfatizado que num processo de comunicação a necessidade de um espaço para troca de informações entre um emissor e um receptor, que trocam de lugar à medida que vai se estabelecendo uma conversa. Nessa conversa há uma relação, um processo, um fluxo de ideias que ocorre entre os participantes, de modo a favorecer um dado resultado: uma aprendizagem (McNamee & Moscheta, 2015).

Figura 3: Diferentes modos de conversar: debate x diálogo

DEBATE	DIÁLOGO
Falam defendendo um ponto de vista específico	Falam compartilhando o seu ponto de vista, oferecendo-o para apreciação dos demais
Enquanto o outro fala, já preparam mentalmente os contra-argumentos.	Enquanto o outro fala, procuram compreender as experiências, preocupações e o raciocínio do outro.
Ouvem só na intenção de refutar os argumentos do outro	Expressam suas certezas e incertezas frente a seu ponto de vista
Fazem perguntas a partir de uma posição de certeza	Fazem perguntas de esclarecimento, para compreender o outro

Nota: Esquema apresentado para os participantes no treinamento.

Tais aspectos relacionados as posturas adotadas durante uma comunicação foram considerados relevantes na medida em que os profissionais, de modo geral, se apresentam como os únicos que detém um saber sobre o paciente, assumindo uma função apostólica (Balint, 1988). Para esse autor, ao adotar tal função o médico se posiciona como se possuísse um conhecimento revelado do que os pacientes devem ou não esperar e suportar, com o sagrado dever de convertê-los às suas perspectivas. Nesse sentido, o outro (o paciente) é visto de modo genérico, despersonalizado, não sendo um portador de um saber, não sendo favorecida uma troca dialógica. Considera-se que no contexto de uma UTI, essa postura pode prejudicar o estabelecimento de uma relação de confiança e a expressão de dúvidas e questionamentos dos familiares, comprometendo o protagonismo dos mesmos nos processos de tomada de decisões e na organização familiar diante do adoecimento.

Assim, a discussão acerca de posturas dialógicas, abertas à troca e ao saber que todos os participantes de uma conversa possuem, pode contribuir para a mudança de olhar dos profissionais sobre o papel da família na UTI. Peigne et al. (2011) enfatiza o quanto esta mudança é necessária, uma vez que os familiares não estão presentes na UTI como meros visitantes, mas como aqueles que respondem pelo conforto e suporte oferecido ao paciente, além serem as figuras que fornecem informações sobre ele para a equipe e participam da tomada de decisão quando questionados sobre a mesma.

Desse modo, no treinamento proposto, tomou-se como vértice a concepção de que comunicação em contextos de saúde deve ter como objetivo a produção de aprendizagens. Azoulay et al. (2000) afirmam que as conversas informativas com familiares em UTI têm como meta final o alcance de uma compreensão realista e completa das condições do paciente, sendo esta a aprendizagem desejada. Assim, as aprendizagens referem-se àquelas alcançadas pelos familiares sobre o paciente, os tratamentos e o ambiente da UTI, e também àquelas dos profissionais sobre o contexto de vida e familiar do paciente. Considera-se que tais aprendizagens podem permitir que os familiares possam adotar um posicionamento pessoal perante a internação e que os profissionais também contar com elementos que os orientem no planejamento das comunicações e nas decisões terapêuticas. De acordo com Spink & Gimenes (1994), a presença de espaços ou oportunidades para a construção de novas narrativas é o que sustenta novas formas de posicionar-se frente às diversas situações enfrentadas nos em contextos de saúde, especialmente pelos familiares.

Nesse sentido, a escuta ativa foi considerada uma estratégia útil para a operacionalização das habilidades necessárias ao desenvolvimento de uma postura dialógica em uma comunicação. Sullivan et al. (2016) enfatiza que a oferta de cuidados de alta qualidade está relacionada ao desenvolvimento de habilidades de comunicação com pacientes e familiares. Dentre essas habilidades encontra-se a escuta ativa, que envolve dar atenção livre

e voltada exclusivamente àquele que fala, ouvindo com interesse e apreciando sem interrompê-lo (Robertson, 2005). Assim, a ação de ouvir corresponde a um trabalho complexo, requerendo concentração e atenção intensas para o que está sendo transmitido tanto verbalmente quanto não verbalmente, envolvido em um esforço de entendimento da perspectiva daquele que fala. De certa forma, a escuta ativa é caracterizada mais pelo que não é feito do que pelo que é feito, pois exige que o ouvinte evite apreciações precipitadas, motivadas por respostas internas ou verbalizadas comuns ao que é transmitido, pautadas em geral pelos conhecimentos já trazidos. Robertson (2005) afirma que estes são hábitos frequentes em comunicações e muito difíceis de serem quebrados.

A partir destas considerações, o ouvir com curiosidade, usando a conversa interna para checar o seu entendimento sobre o que o outro fala, foi apresentado e discutido no treinamento. Foram abordadas também as barreiras que apreciações precipitadas podem ocasionar na comunicação, levando os familiares a não falarem sobre as dúvidas ou questionamentos sobre a internação (Robertson, 2005).

Nesta mesma direção, foi apresentado o modelo de decisão compartilhada. De acordo com Ganz, Engelberg, Torres e Curtis (2016), o modelo de tomada de decisão compartilhada tem sido tradicionalmente entendida como o compartilhamento de responsabilidades e decisões sobre o paciente, incluindo médicos, enfermeiros, familiares e demais membros da equipe. Considerada uma estratégia de comunicação que auxilia os familiares a compreenderem a situações, desenvolver expectativas razoáveis sobre resultados de procedimentos, para participar A comunicação empática, com um diálogo habilidoso sobre o diagnóstico e o prognóstico, favorece uma tomada de decisão compartilhada entre familiares e equipe. Aqui, entram em pauta o desenvolvimento de estratégias de transmissão de informações que auxiliem os familiares a compreenderem a situação clínica do paciente, apresentarem, como consequência, ideias e expectativas razoáveis sobre os resultados de

procedimentos, e com isso estarem em condições de participar de discussões sobre decisões terapêuticas necessárias.

Dados numéricos relacionados aos resultados finais de comunicações de más notícias em UTI, como os achados de Azoulay et al. em 2000, foram utilizados como recurso de contextualização. Assim, indicou-se que mais de 50% dos responsáveis ou familiares de pacientes de UTI apresentam má compreensão sobre o diagnóstico, prognóstico ou tratamento do paciente, e que as notícias mais difíceis de serem compreendidas pelos familiares estão as explicações sobre o prognóstico, sobre diagnósticos relacionados às doenças respiratórias, as falhas nas respostas terapêuticas, com ou sem uso de ventilação mecânica, e as relacionadas ao estado de coma. Os profissionais, em geral, consideram mais difícil informar sobre estados de coma ou de ausência de responsividade à estímulos, desmame ventilatório e traqueostomia, destacando a percepção de que os familiares parecem não entender (ou conectar) acontecimentos ocorridos durante toda a internação.

Situações como estas, caracterizadas por limitações ou prejuízos significativos na resposta esperada do paciente, ou ainda, por processos clínicos nos quais a resposta esperada do paciente levará tempo para se consolidar, exigindo o uso de tecnologias complementares de cuidado, podem implicar na necessidade de se retomar a descrição dos acontecimentos, de forma dialógica, para resgatar a compreensão e participação dos familiares. Para tal é necessário que os médicos proporcionem acesso fácil às informações sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento, sendo indispensável que eles detenham a lembrança e o conhecimento das ocorrências relacionadas ao caso que será discutido com a família (Azoulay et al., 2000). Neste ponto, enfatiza-se a necessidade de preparação dos profissionais para a realização da comunicação, já que esta pressupõe uma análise do tipo de ocorrência clínica em curso, o teor das informações e a escolha de estratégias de organização das mesmas.

Assim, o planejamento das conversas informativas constitui-se como um novo ponto abordado ao longo do treinamento. Com o objetivo de favorecer a operacionalização desta tarefa, buscou-se elencar estratégias a serem contempladas em cada situação de informação vivenciada pelos profissionais, com base no estudo de Hyer & Covello (2017), como ilustrado na Figura 4.

Figura 4 – Modelo de planejamento de uma conversa informativa com familiares.

1) Criar um contexto ambiental e relacional para a conversa.
2) Selecionar o número de informações a serem transmitidas (3 a 5 mensagens), considerando sua complexidade.
3) Conhecer as questões dos familiares e antecipar as respostas.
4) Apresentar informações que comuniquem convicção, compaixão e otimismo/confiança.
5) Desenvolver respostas às perguntas de forma clara, em formato conciso e acessível.
6) Promover o diálogo – “Diga-me, diga-me mais, diga-me novamente”.
7) Equilibrar informações negativas e positivas.
8) Resumir os principais pontos da conversa (ao final).

De acordo com Hyer & Covello (2017) essas estratégias podem contribuir para a estruturação de uma conversa acessível e objetiva. As conversas devem conter aspectos de apoio, derivados de um contexto criado para sua ocorrência (espaço apropriado, identificação adequada dos participantes, estabelecimento de relação empática), que favoreçam a expressão dos familiares e a abordagem de temas difíceis, como más notícias e apreciação valorativa das terapêuticas. Os autores mencionados indicam ainda que em situações de estresse intenso, como as traumáticas, catastróficas ou caracterizadas por alto grau de incerteza, as pessoas que recebem as informações conseguem compreender até cinco mensagens. Pode-se considerar que estas características estão presentes na UTI, na medida em que as internações podem se dar a partir de situações inesperadas e/ou traumáticas e contém, em sua evolução, um alto grau de incerteza.

Assim, neste contexto, torna-se importante a seleção do número e da complexidade das informações que serão transmitidas em uma conversa, de modo promover a assimilação e aprendizagem dos familiares e possibilitar que façam perguntas e respondam questões da equipe. Ressalta-se aqui que a formulação de perguntas só parece ser possível a partir da compreensão de alguns conteúdos de uma conversa, que mantém relações incompletas ou questionáveis com os conhecimentos já adquiridos pelos familiares. Desse modo, a ausência de perguntas ou dúvidas pode não corresponder a um entendimento do que foi transmitido. Ainda, na direção de realizar uma conversa pautada por uma postura dialógica, a utilização de estratégias como reconhecer as perguntas já formuladas pelos familiares, ou implícitas em seus comentários, oferecer respostas, estimular a descrição do que a família percebe ou pensa sobre o paciente por meio do pedido para que a mesma fale sobre o assunto, e a apresentação equilibrada de informações positivas e negativas com objetivo de auxiliar no enfrentamento emocional dos familiares, se coloca como recurso útil para construir um contexto conversacional eficaz.

Complementarmente, foi apresentado um roteiro de questionamentos para auxiliar na seleção das informações a serem transmitidas, levando em conta que estas informações devem construir ou resgatar a confiança, informar e educar (Hyer & Covello, 2017), tal como ilustrado na Figura 5. Mapear as mensagens permite antecipar questões, decidir quais perguntas os familiares querem e precisam responder, desenvolver respostas, promover o diálogo e garantir que os responsáveis por transmitir as informações falem de modo sincronizado (Hyer & Covello, 2017).

Figura 5 – Modelo de mapeamento de mensagens

O que é essencial comunicar?
É a primeira conversa com estes familiares?
O que eles sabem?
Qual linguagem devo usar com estes familiares?

Posso começar falando algo que eu imagino que eles queiram saber?
Quais perguntas preciso fazer para estes familiares?
Quais perguntas os familiares fizeram?
Preciso retomar algum ponto de conversas anteriores?
Consigo saber como eles entendem o que eu falo?
Falei tudo o que era relevante para esta conversa?

Considera-se que este roteiro de questionamentos sobre a conversa informativa pode auxiliar o profissional a decidir e planejar a sequência, o número e o modo como os conteúdos podem ser apresentados e explicados aos familiares. Tratam-se de questionamentos que estimulam o ‘pensar a comunicação’, trazendo para o primeiro plano a necessidade da escuta do que os familiares sabem e querem saber para que possam ser respondidos de forma suficiente. Além disso, acredita-se que o compartilhamento de tais questionamentos entre os profissionais da equipe (no caso de todos utilizarem-se deste roteiro para pensar as conversas) pode promover o diálogo entre os mesmos, reduzir o número de desencontros de informações transmitidas por diferentes profissionais e um alinhamento da linguagem utilizada, tomando-se como foco destas decisões as características dos familiares.

Especialmente diante do questionamento, presente no roteiro de mapeamento de mensagens, ‘Posso começar falando algo que imagino que eles queiram saber?’ foram tratados aspectos relacionados a antecipação de dúvidas dos familiares por meio de uma lista de perguntas relevantes apresentadas por familiares em UTI (Silva & Casarini, no prelo). Tal lista, no contexto do treinamento, teve como objetivo explicitar questões comumente elaboradas pelas famílias de modo a facilitar a comunicação. É sabido que em algumas situações, os familiares apresentam dificuldades para formular perguntas que os auxiliem a expressar suas dúvidas de forma clara (Peigne et al, 2011). A partir disso, pressupõe-se que instrumentos como uma lista de perguntas possam auxiliar o profissional a antecipar e

perceber quais são as dúvidas que os familiares gostariam que fossem respondidas, mas que não são elaboradas por eles na forma de questionamentos claros.

A lista é formada por 22 perguntas relacionadas aos aspectos mais presentes na forma de dúvidas para familiares em UTI, indicando perguntas relevantes de serem respondidas de acordo com o tempo de internação. As 22 perguntas são classificadas em oito categorias: 1) Chegada à UTI; 2) Resultados e procedimentos; 3) Estrutura e rotina de funcionamento da UTI; 4) Reações do paciente/riscos iminentes; 5) Função dos equipamentos; 6) Evolução do paciente; 7) Tratamentos e procedimentos e 8) Mecanismos de Comunicação. Elas foram apresentadas aos profissionais acompanhadas de esclarecimentos quanto às possibilidades de sua utilização, destacando que não se recomendava a resposta automática destas perguntas tal como num *checklist* de ações necessárias. Mas, antes, que elas pudessem ser utilizadas como um guia de dúvidas potencialmente presentes, de modo a favorecer a abordagem pelo profissional de aspectos relacionados a elas como meio de construir uma troca dialógica.

Ainda, a discussão foi conduzida de modo a apresentar a lista como uma ferramenta auxiliar da comunicação, sendo feita articulações entre as perguntas apresentadas no instrumento e situações em que elas podem ser utilizadas, buscando a participação dos profissionais na ponderação de conteúdos importantes para a elaboração das respostas.

Ao final do treinamento foi realizada uma avaliação do mesmo por meio de um formulário contendo questões avaliativas fechadas e abertas. Após a resposta do formulário de avaliação, uma breve discussão sobre as percepções dos participantes foi realizada. De modo geral, os participantes julgaram que os temas apresentados no treinamento são relevantes e refletem situações presentes na UTI e que o conhecimento de novas estratégias para comunicação de más notícias e transmissão da informação são importantes para melhorar a realização das conversas na UTI. Referiram que suas expectativas sobre o conteúdo do treinamento foram atendidas e que o tempo de duração do mesmo foi adequado. Os

participantes consideraram que a lista de perguntas é um instrumento de fácil entendimento e que possui aplicabilidade na rotina da UTI. Contudo, assinalaram a importância da ampliação das oportunidades de treinamento para utilizá-la na estruturação e no desenvolvimento das conversas. Sugeriram ainda que o formato do treinamento poderia ser ajustado, contando com a apresentação dos conteúdos em tópicos resumidos e objetivos, com a ampliação das interações entre participantes e apresentação de ilustrações ou situações-problema.

Sullivan et al. (2016) indica que treinamentos breves, com tempo de duração curto, inseridos no horário de trabalho, tem índice de aprovação e participação maior do que aqueles que acontecem em vários dias e em horários e locais diferentes da atuação profissional. No caso deste estudo, o treinamento planejado inicialmente previa ilustrações e participação dos profissionais. Entretanto, foram necessários diversos ajustes e reduções de modo a tornar o treinamento viável, contando com a participação dos profissionais durante sua jornada de trabalho.

Os temas apresentados continham aspectos teóricos partes mais teóricas sobre comunicação a fim de promover uma reflexão sobre como as conversas estão sendo realizadas na UTI e quais os pontos que os profissionais observam que precisam mudar.

Considerações finais

O treinamento em comunicação realizado foi percebido pelos profissionais participantes como apresentando temas relacionados ao que é por eles vivenciado na UTI e com a oferta de estratégias para transmissão de informações que podem ser aplicadas na rotina de trabalho dos mesmos. Apesar de se reconhecer a necessidade de ampliar a investigação sobre a presente proposta de treinamento, considera-se que a potencial aplicabilidade do conteúdo apresentado às situações reais, vividas na UTI, seja uma qualidade da proposta, acentuada pelo fato dos profissionais conseguirem articulá-lo às suas vivências pessoais.

Entretanto, os resultados deste estudo também demonstraram as dificuldades encontradas para a realização de treinamentos em comunicação em UTI. Tais dificuldades estiveram presentes desde o planejamento do conteúdo do treinamento e sua adequação à disponibilidade de tempo e motivação dos profissionais até a operacionalização de ações que promovam um diálogo real entre profissionais e familiares, superando situações limitadas ao enunciado de notícias. Nesse sentido, a questão do tempo a ser dispendido para a participação no treinamento se colocou como um entrave significativo para sua realização. Considera-se que esta limitação se deveu ao contexto de gravidade e incerteza da UTI, que exige a presença

constante dos profissionais na unidade, mas também a um baixo envolvimento e valorização da comunicação como tarefa assistencial relevante.

Peigne et al. (2011) apontam que a comunicação com os familiares é vista como desafiadora, porque é necessário ajustar o vocabulário médico-científico a uma linguagem que permita com que o outro compreenda, além de ser um momento de grande demanda emocional. No entanto, este desafio parece ser enfrentado de modo insuficiente nos contextos de atenção à saúde, dada a permanência das dificuldades e insatisfações dos usuários com as comunicações (Azoulay et al., 2000, Bell et al., 2018, Fortunatti, 2014, Hönig & Gündel, 2016, Meyer et al., 2009). No presente estudo, ao serem questionados sobre suas experiências em comunicação, foi possível observar o quanto os profissionais tiveram dificuldades para relatá-las, sugerindo a presença de um repertório observacional e de habilidades restrito, que prejudicava a discriminação dos acontecimentos. Os profissionais que participaram do treinamento foram os que mais exerciam a função de transmitir informações na unidade pesquisada, reconheciam necessidades e dificuldades, e ainda assim, demonstraram pouca discriminação sobre a prática. Isto permite pensar sobre a importância de treinamentos que ofereçam oportunidades para o conhecimento e discussão de estratégias de comunicação operacionalizadas, tal como foi proposto aqui. A descrição das estratégias, com a apresentação de fluxogramas de ações, pode auxiliar na ampliação das discriminações sobre o que está acontecendo em uma determinada conversa informativa, no planejamento e escolha de uma forma resolver as necessidades e distorções compreensivas identificadas. Tal consideração parece ser afirmada também pelos participantes, quando os mesmos sugerem a conveniência da oferta de outras oportunidades de treinamento relacionadas às estratégias de planejamento e mapeamento de mensagens.

Tais aspectos ganham maior destaque quando se leva em conta que, num país como Brasil, onde a maior parte da população tem dificuldades para ter acesso à educação e

serviços básicos, atentar para o modo como as comunicações são feitas assume proporções ético-políticas. Afirma-se assim a responsabilidade ética dos profissionais com a comunicação e o desenvolvimento de tecnologias que possam aprimorar suas habilidades e amplificar o reconhecimento do respeito ao protagonismo familiar. Reconhece-se ainda a necessidade de discutir as reais condições de trabalho destes profissionais, que muitas vezes, em serviços públicos, veem-se sujeitos à falta de recursos clínicos-terapêuticos e humanos para a oferta de um cuidado adequado, dificultando sua liberação e abertura para a busca de uma interação dialógica.

Referências

- Andrade, C. G. D., Costa, S. F. G. D., & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2523-2530.
- Ayuso-Murillo, D., Colomer-Sánchez, A., & Herrera-Peco, I. (2017). Communication skills in ICU and adult hospitalisation unit nursing staff. *Enfermería intensiva*. (Paginação irregular).
- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barbotou, M., Adrie, C. et al. (2000). Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 28(8), 3044-3049.
- Balint, M. (1988). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- Bell, S.K., Roche, S. D., Mueller, A., Dente, E., O'Reilly, K., Lee, B. S. et al. (2018). Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2017.
- Borges, M. S., Freitas, G. F., & Gurgel, W. G. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 113-126.
- Breakwell, G. M., Smith, J., Hammond, S. & Fife-Schaw, C. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. Elizalde, F. R. (Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Clayton, J. M., Adler, J. L., O'Callaghan, A., Martin, P., Hynson, J., Butow, P. N. et al. (2012). Intensive communication skills teaching for specialist training in palliative medicine: development and evaluation of an experiential workshop. *Journal of palliative medicine*, 15(5), 585-591.

- Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z. et al. (2013). Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *Jama*, 310(21), 2271-2281.
- Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 675-682.
- Fortunatti, C. F. P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 306-316.
- Franco, A. L. S., Bastos, A.C.S., & Alves, V. S. (2005). A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 246-255
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical oncology*, 32(20), 2166-2172.
- Ganz, F.D, Engelberg, R., Torres, N., e Curtis, J.R (2016). Development of a shared interprofessional clinical decision-making model in the ICU: a study of mixed methods. *Critical Care Medicine*, 44 (4), 680-689.
- Higginson, I. J., Koffman, J., Hopkins, P., Prentice, W., Burman, R., Leonard, S. et al. (2013). Development and evaluation of the feasibility and effects on staff, patients, and families of a new tool, the Psychosocial Assessment and Communication Evaluation (PACE), to improve communication and palliative care in intensive care and during clinical uncertainty. *BMC medicine*, 11(1), 213.
- Hönig, K., & Gündel, H. (2016). Relatives in intensive care units:(Un) Satisfied needs. *Der Nervenarzt*, 87(3), 269-275.
- Hyer, R. N., & Covello, V. T. (2017). Breaking bad news in the high-concern, low trust setting: how to get your story heard. *Health physics*, 112(2), 111-115.
- Inaba, L. C., Silva, M. J. P., & Telles, S. C. R. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(4), 423-429.
- Marques, R. C., Silva, M. J. P. D., & Maia, F. O. M. (2009). Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista de Enfermagem. UERJ*, 17(1), 91-95.
- McNamee, S., & Moscheta, M. (2015). Relational intelligence and collaborative learning. *New Directions for Teaching and Learning*, (143), 25-40.
- Meyer, E. C., Sellers, D. E., Browning, D. M., McGuffie, K., Solomon, M. Z., & Truog, R. D. (2009). Difficult conversations: improving communication skills and relational abilities in health care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 10(3), 352-359.

- Moritz, R. D. (2010). Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 485-489.
- Neves, F. B. A. S., Dantas, M. P., Bitencourt, A.G.V., Vieira, P. S., Magalhães, L.T., Teles, J. M. M. et al (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 52-57.
- Peigne, V., Chaize, M., Falissard, B., Kentish-Barnes, N., Rusinova, K., Megarbane, B et al. (2011). Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Critical care medicine*, 39(6), 1365-1371.
- Puggina, A. C., Ienne, A., Carbonari, K. F. B. S. D., Parejo, L. S., Sapatini, T. F., & Silva, M. J. P. (2014). Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 18(2), 277-283.
- Richardson, R. J. (2011). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rigaud, J. P., Moutel, G., Quesnel, C., Eraldi, J. P., Bougerol, F., Pavon, A., & Quenot, J. P. (2016). How patient families are provided with information during intensive care: A survey of practices. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 35(3), 185-189.
- Robertson, K. (2005). Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician*, 34(12), 1053.
- Schaefer, K. G., & Block, S. D. (2009). Physician communication with families in the ICU: evidence-based strategies for improvement. *Current opinion in critical care*, 15(6), 569-577.
- Silva, L. F. & Casarini, K. A. (no prelo). Questões dos familiares: uma perspectiva em comunicação em UTI.
- Souza, L. P., & de Lima, M. G. (2015). Educação continuada em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. *Journal of Health & Biological Sciences*, 3(1), 39-45.
- Spink, M. J. P., & Gimenes, M. D. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e sociedade*, 3, 149-171.
- Sullivan, A. M., Rock, L. K., Gadmer, N. M., Norwich, D. E., & Schwartzstein, R. M. (2016). The impact of resident training on communication with families in the intensive care unit. Resident and family outcomes. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(4), 512-521.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes, 3 ed.
- Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient-and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care*, 18(6), 604.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos*. Bookman

ESTUDO 2

COMUNICAÇÃO ENTRE FAMILIARES E MÉDICOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Communication between family members and physicians in Intensive Care Units

Resumo

Para oferecer um cuidado de alta qualidade, em contexto de Terapia Intensiva, é necessário que os profissionais adquiram proficiência em uma gama de habilidades de comunicação com pacientes e familiares. O presente estudo busca descrever conversas informativas entre médicos e familiares de pacientes de Terapia Intensiva. Foram observadas 83 conversas antes e após um treinamento em comunicação, de forma contextualizada e sistematizada. As conversas foram transcritas em um protocolo e analisadas de acordo com as categorias elencadas no instrumento: investigação do problema, esclarecimento do problema, informação diagnóstica e organização da conversa. Os resultados apontam que os médicos apresentam dificuldades para planejar as conversas, seleção de informações que serão dadas, escuta interessada e a verificação da compreensão das informações. Após o treinamento, observou-se que houve mudanças nesses pontos. Considera-se importante conhecer os contextos e o modo como as conversas são realizadas, para que as intervenções propostas para a melhoria da comunicação estejam de acordo e sejam viáveis para a realidade dos médicos e familiares.

Palavras-chave: Comunicação, UTI, profissionais, familiares.

Abstract

In order to offer high quality care in an Intensive Care setting, professionals need to be proficient in a range of patient and family communication skills. The present study seeks to describe informative conversations between physicians and relatives of Intensive Care patients. Eighty-one conversations were observed before and after communication training, in a contextualized and systematized manner. The conversations were transcribed in a protocol and analyzed according to the categories listed in the instrument: investigation of the problem, clarification of the problem, diagnostic information and organization of the conversation. The results indicate that physicians have difficulties in planning the conversations, selecting information to be given, listening interested and checking the understanding of the information. After the training, it was observed that there were changes in these points. It is considered important to know the contexts and the way the conversations are carried out, so that the interventions proposed for the improvement of communication are in agreement and are feasible for the reality of the doctors and their families.

Keywords: Communication, ICU, professionals, family.

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) configuram-se como ambientes de alta complexidade tecnológica destinadas ao tratamento e recuperação de pacientes em condições clínicas graves. Este contexto promove o encontro com situações incertas, graves, de difícil compreensão, que se configuram como desafios para a comunicação entre familiares e profissionais (Fortunatti, 2014; Hönig & Gündel, 2016). Os familiares de pacientes internados em UTI relatam necessidades de suporte emocional e social, bem como do fornecimento de informações que os auxiliem na manutenção da esperança e da segurança sobre o tratamento do paciente, através de uma comunicação clara e objetiva com os profissionais da unidade (Hönig & Gündel, 2016).

Estudo de Azoulay et al. (2000) indica que mais de 50% dos responsáveis ou familiares de pacientes de UTI tinham má compreensão do diagnóstico, prognóstico ou tratamento do paciente. Dentre as notícias mais difíceis de serem compreendidas pelos familiares estão as explicações sobre o prognóstico, sobre diagnósticos relacionados às doenças respiratórias, as falhas nas respostas terapêuticas, com ou sem uso de ventilação mecânica, e as relacionadas ao estado de coma.

De acordo com Curtis e White (2008) como a maioria dos pacientes não tem condições de tomar decisões, os familiares, frequentemente, se envolvem em discussões sobre os objetivos do cuidado e, muitas vezes, apresentam os valores e preferências de tratamento dos pacientes, tais como decisões sobre limitação de tratamentos de manutenção da vida. Portanto, a comunicação entre profissionais e familiares é um componente importante para a tomada de decisão. Diante destes dados, os autores afirmam que os objetivos das conversas informativas com familiares deve ser trabalhar para o alcance de uma compreensão realista e completa das condições do paciente.

Nesses contextos, os profissionais se sentem preparados e competentes para desenvolver suas atividades assistenciais, mas podem não ter confiança e se descrever como mal preparados para transmitir notícias e envolver-se em conversas difíceis com os familiares e pacientes (Meyer et al., 2009). Segundo esses autores, os profissionais podem temer não ser capazes de encontrar as “palavras certas” ou que a transmissão de notícias difíceis pode diminuir as esperanças, aumentando o sofrimento das famílias.

O uso de termos e expressões excessivamente técnicos é identificado pelos familiares como elemento que dificulta a comunicação, logo, o uso de termos alinhados, entre os diferentes profissionais, e pertencentes à linguagem cotidiana configura-se como uma estratégia para melhoria da comunicação (Santos & Silva, 2006). Além do uso de termos e expressões técnicas, outros pontos podem dificultar a comunicação entre profissionais e familiares, como manejo de sintomas psicológicos dos familiares, os momentos de tomada de decisão, as mudanças e incertezas prognósticas, atendimento de desejos individuais de pacientes e/ou como dos familiares, expectativas e necessidades espirituais, situações de consulta sobre doação de órgãos, conflitos entre os familiares (Hönig & Gündel, 2016).

Outro ponto que dificulta a comunicação é a escuta ativa e a comunicação empática (Schaefer & Block, 2009). O estudo desses autores indica que muito se tem escrito sobre como os médicos da UTI podem melhorar suas habilidades de comunicação empática e, assim, melhorar os resultados das conversas (Lautrette et al., 2007, Schaefer & Block, 2009, Sullivan et al., 2016). Além da melhoria das habilidades de comunicação, o cuidado centrado na família deve fazer parte da rotina das unidades. Muitos médicos e os sistemas de saúde não consideram a família um foco de cuidado (Curtis & White, 2008).

A estratégia chave do cuidado com os familiares de pacientes gravemente adoecidos é o fornecimento de informações claras e compreensíveis por médicos e demais membros da equipe da UTI. Neste contexto, surgem novas perspectivas e intervenções sobre estratégias

que melhorem a comunicação, não apenas buscando mudanças na forma como as informações são transmitidas, mas também ampliando o entendimento das mesmas pelas famílias. A literatura internacional problematiza temas como: treinamentos em comunicação (Ayuso-Murillo, Colomer-Sánchez & Herrera-Peco, 2017; Fujimori et al., 2014); o modo como as famílias tem entendido as informações (Rigaud et al., 2016); dificuldades para realizar comunicação pelos profissionais (Meyer et al., 2009; Visser, Deljens & Houttekie, 2014); uso de protocolos ou estratégias para facilitar a comunicação (Higginson et al., 2013; Peigne et al., 2011); a comunicação empática e discussão sobre o prognóstico (Schaefer & Block, 2009).

Contudo, a qualidade da comunicação entre profissionais e familiares é complexa e exige atualizações frequentes por parte desses (Sullivan et al., 2016). A comunicação e o apoio aos familiares são muito pouco abordados em contextos onde ocorrem rápidas mudanças no estado de saúde do paciente e de incerteza clínica, (Higginson et al., 2013). Alguns fatores podem contribuir para melhor compreensão das informações por parte dos familiares e para melhor satisfação com o serviço, tais como: livre acesso à UTI, informações atualizadas, disponibilidade da equipe para discussões e escuta ativa (Curtis et al., 2008; Peigne et al., 2011).

A revisão de estudos desenvolvidos, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva, constata uma significativa produção sobre a comunicação em contextos de saúde. Entretanto, esta literatura tem se restringido à compreensão de aspectos da relação médico-paciente-familiar, tais como: reações emocionais dos familiares frente às notícias, dificuldades para dar más notícias. Outra tendência é de estudos que elaborem protocolos para a comunicação em situações de UTI (Pereira, Calonego, Lemonica & Barros, 2017). Muitos desses estudos não contemplam a estrutura das conversas, o modo como elas são planejadas. A influência do planejamento das conversas foi observada em estudos recentes, como o

Peigne et al. (2011) e Hyer et al. (2017). O estudo de Hyer et al. (2017) destaca o mapeamento e a seleção de informações como importantes etapas para a realização de uma comunicação objetiva e clara. Enquanto que o estudo de Peigne et al. (2011) apresenta o uso de perguntas como uma forma de conhecer o familiar e ajudá-lo a formular perguntas que podem ser úteis melhorar a compreensão sobre a evolução do paciente.

A possibilidade de tratar as conversas com os familiares de forma contextualizada, observando como elas acontecem (etapas e aspectos), pode auxiliar na elaboração de intervenções direcionadas a realidade dos profissionais. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo descrever o modo como as conversas informativas são realizadas na UTI, em termos de organização das informações transmitidas pelos médicos e estratégias dialógicas utilizadas, antes e após um treinamento em comunicação.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e transversal, com a finalidade de investigar aspectos não quantificáveis presentes nas etapas de comunicação com os familiares, antes e após o treinamento em comunicação. A metodologia qualitativa aplicada aos contextos de saúde busca dar interpretações e significados aos fenômenos pertinentes ao binômio saúde-doença, com a utilização de um quadro amplo de referenciais teóricos para a discussão (Turato, 2008). O ambiente natural do sujeito é onde ocorrerá a observação, no qual o pesquisador, como instrumento de pesquisa, apreende sentidos e relações entre as pessoas e os fenômenos (Turato, 2008).

A natureza descritiva do estudo permitirá descrever criteriosamente os fenômenos da realidade presente na UTI escolhida, a fim de obter informações a respeito do que se definiu como problema a ser investigado, proporcionando novas visões sobre os mesmos (Triviños, 2008). Optou-se pelo corte transversal, para acessar informações localizadas em uma etapa delimitada no tempo, com a inclusão de investigações de mudanças ocorridas ao longo de um período (Richardson, 2011). Dessa forma, considera-se que este tipo de corte permitirá o acompanhamento de possíveis alterações no processo de comunicação entre médicos e familiares, antes e após o treinamento.

Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva adulta geral de um hospital público no interior de Minas Gerais. Tal UTI consiste em uma unidade geral e mista, que atende pacientes de ambos os sexos, com idade a partir de 15 anos de idade, em condições clínicas graves, vindos das enfermarias, do centro cirúrgico e do pronto socorro e possui equipe multidisciplinar. As visitas e as conversas com os familiares são realizadas em dois horários: manhã (10h às 12h) e tarde (15h às 17h).

Participantes

Para o estudo foram convidados profissionais envolvidos na comunicação de informações sobre o paciente internado para os familiares ou responsáveis, que atendessem os seguintes critérios de inclusão: ser membro da equipe multiprofissional da UTI, ser responsável ou participar de conversas informativas com familiares de pacientes da UTI, ter disponibilidade para participar da coleta de dados. Os critérios de exclusão adotados foram: estar gozando de férias, licença ou afastamento e não ter disponibilidade para participar da coleta de dados e não ser membro da equipe multiprofissional. Este estudo é composto por duas etapas de observação e, será incluído na segunda etapa o profissional que participar do treinamento em comunicação proposto pelas autoras. O treinamento em comunicação foi apresentado no estudo: Treinamento em comunicação em Terapia Intensiva: proposta de intervenção junto aos médicos¹.

Para o estudo, optou-se pelo modelo de amostragem intencional, que consiste na escolha dos critérios de inclusão e exclusão a partir do conhecimento da população do estudo (Breakwell, Fife-Schaw, Hammond & Smith, 2010). Os sujeitos foram escolhidos com base na identificação de atributos que estão de acordo com os objetivos da pesquisa e que se consideram importantes para compreender o fenômeno. A literatura aponta que nas UTIs, o principal responsável pela comunicação e por transmitir informações sobre o paciente é o médico intensivista (Peigne et al., 2011; Moritz, 2010), o que também ocorre na unidade pesquisada. Portanto, foram convidados médicos que fazem parte da equipe fixa da UTI (coordenador técnico, diaristas e plantonistas), que mantenham conversas informativas com os familiares, tratando de aspectos relacionados à internação ou à evolução clínica do paciente, de acordo com a sua formação ou especificidade de trabalho na UTI.

¹ Estudo que compõem essa dissertação (Estudo 1).

Após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital escolhido, do coordenador da UTI e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, os profissionais foram contatados pela pesquisadora, a fim de convidá-los para participar do treinamento. O estudo está amparado na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/122012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 2.534.852) (Anexo A). Ressalta-se que de modo a preservar os princípios éticos relacionados aos familiares participantes das conversas informativas, antes do início de cada conversa, a pesquisadora informava aos familiares sobre o estudo, seus objetivos e a natureza de suas observações, e requeria o consentimento verbal dos mesmos sobre a realização do estudo. Todos os familiares concordaram com a presença da pesquisadora.

Instrumentos

Neste estudo foram utilizadas as seguintes estratégias para observar e descrever as conversas informativas entre profissionais e familiares e acessar os possíveis efeitos do treinamento em comunicação.

(a) Observação participante

De acordo com Delgado e Gutiérrez (1995), a observação participante é uma técnica de investigação aberta e flexível. Nela o pesquisador pode obter informações em um cenário natural, podendo trabalhar com as percepções e vivências dos sujeitos de forma sistematizada. Os dados recolhidos durante a observação podem orientar novos conceitos, hipóteses e teorias sobre aquela realidade. Neste estudo, foram realizadas observações das conversas informativas ocorridas entre os médicos da UTI e familiares de pacientes, ao longo de duas semanas, antes e depois do treinamento, nos locais onde elas aconteciam (corredor da UTI, beira leito, sala reservado para atendimento e acolhimento dos familiares). Foram realizadas

também observações dos momentos em que os profissionais discutiam os casos, a fim de conhecer o quadro do paciente e compreender os possíveis temas elencados nas conversas.

Nestas conversas informativas, a pesquisadora permanecia como observadora das mesmas, registrando suas anotações em caderno de campo e no Protocolo de Observação (Apêndice F). O objetivo das observações foi descrever os temas tratados nas conversas, sua organização em relação ao planejamento da transmissão de informações, as estratégias utilizadas para o favorecimento do estabelecimento de um diálogo entre profissional-familiar, as iniciativas dos médicos para auxiliar os familiares na expressão de dúvidas e seu esclarecimento.

Tomando por base as indicações de Franco (2002), a preocupação deste estudo dirigia-se à busca por estratégias de coleta e análise de dados sensíveis à observação de diversos aspectos das conversas informativas. Portanto, as observações e os registros foram feitos em tempo real, para que os dados recolhidos descrevessem os fenômenos observados.

(b) Caderno de campo

No caderno de campo, foram registrados temas tratados nas conversas, o modo como foram apresentados e discutidos com os familiares, as perguntas realizadas pelos familiares, as iniciativas dos médicos para auxiliar os familiares na formulação de perguntas, no esclarecimento de dúvidas e nas respostas oferecidas. Ainda, foram registrados impressões, gestos e sentimentos, apresentados pelos participantes e apreendidos pela pesquisadora, ao longo da ocorrência das conversas entre profissionais e os familiares de pacientes da UTI.

(c) Protocolo de Observação

A observação das conversas foi orientada por um instrumento adaptado para o contexto pesquisado. Originalmente, o instrumento foi desenvolvido por Franco (2002) para

observar consultas médicas, no contexto do Programa de Saúde da Família e contava com 31 itens, no total. Este instrumento foi escolhido por apresentar um modelo de registro das observações que possibilitasse o registro dos fenômenos observados de modo sistematizado e, que posteriormente, permitisse a cotação desses dados para análise. Além de que o instrumento apresenta a descrição de aspectos da comunicação entre médicos e familiares muito parecidos com aqueles observados em contextos de UTI.

Para esse estudo, o protocolo conta com 20 itens distribuídos em uma tabela de três colunas e quatro linhas. Foram excluídos itens próprios do contexto de PSF. A tabela classifica os itens de modo a localizá-los em relação ao objetivo das ações realizadas, sendo que as linhas contêm ações relacionadas a investigação do problema, esclarecimento do problema, informação diagnóstica e organização da conversa, e as colunas indicam ações relacionadas a estrutura da conversa informativa, condição da relação médico-familiar e investigação psicossocial. Os itens foram pontuados numa escala de ocorrência ou não do ação observada: 0 - não se aplica (NA), 1 - não realizado, 2- realizado parcialmente, 3- completamente realizado.

Procedimento de coleta e análise dos dados

Os profissionais foram convidados em momentos oportunos ao longo da rotina de trabalho. Foram apresentados, além dos objetivos do estudo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Protocolo de Observação para conhecimento dos participantes. Combinou-se com aqueles que aceitaram participar do estudo a realização de dois dias de observação das conversas para o teste do Protocolo de Observação e treinamento da pesquisadora em sua utilização. As observações derivadas destes dois dias também foram adicionadas ao *corpus* final do estudo. Após este período de teste, a coleta de dados foi iniciada.

As observações foram realizadas nos locais onde as conversas costumeiramente eram feitas (beira leito, corredor da unidade e em uma sala próxima a UTI), de acordo com a escolha do profissional. Foram realizadas observações das conversas entre médicos da UTI e familiares, ao longo de quinze dias, antes e depois do treinamento em comunicação. Ressalta-se que o período de quinze dias de observação das conversas foi delimitado a partir dos registros da unidade, que indicam que este é o tempo médio de permanência do paciente na UTI. Considera-se, assim, que este intervalo pode favorecer o acompanhamento de conversas informativas desde a entrada do paciente na UTI até sua saída.

A análise do material da pesquisa foi realizada a partir da cotação do Protocolo de Observação, com a descrição das frequências de ocorrência das ações discriminadas pelo mesmo. Foram acrescentadas informações obtidas com outros membros da equipe a respeito do quadro clínico e informações gerais do pacientes. Tal descrição foi organizada em torno dos quatro eixos temáticos que reportam as etapas das conversas elencadas no Protocolo de observação: investigação do problema, esclarecimento do problema, informação diagnóstica e organização da conversa.

Resultados e Discussão

Dois seis médicos convidados, três aceitaram fazer parte do estudo. Todos estavam diretamente envolvidos na comunicação de informações sobre o paciente para os familiares. Dois dos participantes (Médico I e Médico II) completaram todas as etapas de coleta de dados, participando dos dois períodos de observação e do treinamento em comunicação, sendo que um deles trabalha como diarista no período da manhã na UTI (Médico I) e outro (Médico II) realiza plantões em dias fixos da semana. Um deles (Médico III) participou apenas da primeira etapa de observação, sendo excluído do estudo por não ter participado do treinamento. O Médico I é intensivista, o Médico II cardiologista e intensivista e o Médico III é intensivista, trabalhando como diarista na UTI no período da tarde.

Ressalta-se que o treinamento foi realizado no período da manhã, contando com a participação de dois participantes e com o convite para o terceiro, sendo também agendado um treinamento no período da tarde, de modo a facilitar a participação do terceiro médico. No entanto, este não compareceu, alegando não poder se ausentar da UTI.

Caracterização geral das conversas observadas

As conversas informativas com os familiares na UTI pesquisada acontecem após o término dos horários estabelecidos para visitas (10h-12h, 15h-17h), não havendo, de modo geral, um profissional responsável pela execução continuada destas conversas. Observou-se que no período da manhã um dos participantes realizou a maioria dos contatos com os familiares ao longo da semana, podendo ser considerado uma figura de maior referência informativa na unidade.

Em relação aos pacientes internados na UTI nos períodos observados, percebeu-se que os mesmos eram portadores de diagnósticos e procedências variados. Dois pacientes foram admitidos na UTI para a realização de uma cirurgia e acompanhamento pós-operatório, sendo

que as conversas informativas eram também realizadas pela equipe responsável pela cirurgia. Outros pacientes apresentavam diagnósticos de acidente vascular encefálico, doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias de cérebro e fígado, lúpus eritematoso sistêmico, sepse e abdômen agudo perfurativo, sendo transferidos das enfermarias do hospital para UTI. Alguns eram procedentes do Pronto-socorro, com diagnósticos de politrauma, ferimentos por arma de fogo, queimaduras e síndrome HELLP. Um dos pacientes internados na UTI evoluiu para um quadro de morte encefálica. Tais características remetem as diferentes condições dos pacientes e dos familiares na chegada à UTI, no tocante ao contato com outros profissionais de saúde, tanto no Pronto-socorro quanto nas enfermarias, e as informações recebidas sobre o paciente.

Tabela 1 – Número de conversas observadas distribuídas entre os participantes do estudo.

Número de conversas por participante				
Antes do treinamento			Depois do treinamento	
Médico I	Médico II	Médico III	Médico I	Médico II
32	14	9	18	10
Total= 83				

Observa-se que o Médico I (MI) realizou maior número de conversas com familiares no período observado, sendo este o profissional que pareceu se colocar como referência informativa. O médico I referiu ter sob sua responsabilidade direta oito dos dez leitos da unidade, e portanto, costumava realizar no mínimo oito conversas informativas em seu turno de trabalho. O Médico II, presente na unidade em dias específicos da semana, tinha sob sua responsabilidade direta entre dois e quatro pacientes, o que implicava na realização de duas a quatro conversas informativas por turno de trabalho. Em relação ao Médico III, observa-se um número menor de conversas realizadas, apesar de exercer a função de diarista na unidade.

Estes dados parecem estar alinhados ao apontado na literatura, mostrando que o principal responsável pela comunicação de informações sobre o paciente é o médico

intensivista, presente horizontalmente na unidade (Moritz, 2010). No presente estudo, esta função coube ao Médico I, o que parece resultar em uma distribuição desigual das conversas informativas entre os profissionais, podendo gerar uma sobrecarga de trabalho para este profissional.

Moritz (2010) afirma que em muitos centros de saúde há uma equipe responsável pelas conversas informativas, favorecendo uma divisão de tarefas e um maior envolvimento dos profissionais, na medida em que esta equipe conta com a comunicação como uma tarefa pertencente ao conjunto das ações assistenciais, exigindo preparação e tempo disponível. No contexto observado, não só a maioria das comunicações ficaram a cargo de um mesmo profissional, como as condições de trabalho presentes em unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde implicam na execução de todas as tarefas assistenciais por poucos profissionais, favorecendo que as comunicações figurem como ações de importância secundária. Considera-se que estes elementos podem influenciar no modo como as conversas informativas são realizadas.

Outro fator que influenciou o número de conversas observadas foi o tempo de internação dos pacientes. Na primeira etapa da observação, havia mais pacientes em internação longa – entre 3 dias e 6 meses de internação na unidade. Nesses casos, os familiares estavam presentes na unidade, familiarizados com sua rotina e com as conversas informativas. Em alguns desses casos, observou-se que as famílias visitavam e/ou conversavam com o médico somente em um dos horários. Tal observação pode auxiliar na compreensão do número menor de conversas informativas realizadas pelo Médico III e reforça a percepção de que o Médico I era buscado como referência informativa.

No segundo momento de coleta de dados, após a realização do treinamento, notou-se um número menor de conversas informativas realizadas na UTI (28 conversas no total) quando comparado ao número realizado na primeira etapa (55 conversas). Este segundo

período de observação foi marcado por diversos acontecimentos que podem ter alterado o funcionamento comum da UTI. O país passava por um momento político e social significativo, relacionado a uma ampla paralização de caminhoneiros, que afetou o fluxo de familiares e profissionais na unidade. Alguns familiares não conseguiram transporte para chegar até o hospital e, portanto o número de vistas aos pacientes também foi reduzido. De modo semelhante, os profissionais viviam um clima de tensão, com a falta de alguns materiais necessários ao cuidado dos pacientes, a incerteza sobre sua possibilidade de chegar ao trabalho e da manutenção do funcionamento do hospital, caso a situação se prolongasse.

A duração de cada conversa informativa variou de 30 segundos a 13 minutos. Para efeito de análise, as médias dos tempos das conversas foram agrupadas por profissional, conforme exposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Média da duração das conversas informativas com os familiares, de acordo com cada profissional participante.

Duração das conversas por profissional				
Antes do treinamento			Depois do treinamento	
Médico I	Médico II	Médico III	Médico I	Médico II
2 min	10 min	5 min	3 min	10 min

Notou-se que o Médico I realizou conversas de duração de 2 a 3 minutos, enquanto os outros participantes estiveram envolvidos nas conversas por 10 minutos em média. O Médico I, conforme já mencionado, foi o profissional que mais realizou conversas com famílias no período observado, o que talvez o colocasse em uma condição de maior sobrecarga e pressão temporal para a realização das mesmas. Assim, pensa-se que o tempo reduzido dispendido para a transmissão das informações pode estar relacionado ao cansaço do profissional e a sobrecarga de tarefas.

Além disso, notou-se que o tempo de duração das conversas também variou conforme o momento da internação do paciente na UTI. Nas situações em que eram realizadas a

primeira transmissão de informações às famílias após a admissão do paciente na UTI (17 ocorrências) o tempo de duração das conversas tendeu a ser um pouco mais longo, variando de 5 a 13 minutos. Pode-se pensar que, nestas situações, a demanda por esclarecimentos relacionados à evolução do adoecimento e a necessidade de transferência para UTI implica na maior interação dialógica entre profissionais e familiares de modo a alcançar a resposta a demanda apontada. Entretanto, as conversas realizadas na UTI em questão pareceram, em relação ao tempo dispendido, terem sido bastante breves, levantando questionamentos sobre o quanto foram capazes de responder as demandas dos familiares.

Estratégias de comunicação

A tabela 3 mostra uma caracterização das conversas observadas, no tocante às estratégias ou ações apresentadas pelos profissionais na condução das transmissões de informações, de acordo com cada etapa da conversa assinalada no Protocolo de Observação.

Tabela 3 – Distribuição do uso de estratégias de comunicação em cada etapa da conversa informativa.

Etapas	Não realizado			Realizado Parcialmente			Realizado completamente		
	MI	MII	MIII	MI	MII	MIII	MI	MII	MIII
Investigação do problema	115	2	34	76	12	13	14	68	13
Esclarecimento do problema	45	0	7	54	4	14	25	50	11
Informação diagnóstica	17	0	4	70	3	9	9	38	14
Organização da conversa	57	3	8	59	3	18	15	50	12

MI= Médico I, MII= Médico II, MIII= Médico III

Uma análise geral dos resultados permite afirmar que os profissionais não usam estratégias de comunicação nas transmissões de informações, com exceção do Médico II. Este fez mais uso de estratégias voltadas para a investigação do problema, apresentando ações que incentivaram a descrição dos acontecimentos vividos pelos familiares junto ao paciente, ações que buscavam descrever a perspectiva de entendimento atual do quadro clínico, com

informação diagnóstica e aquelas dirigidas para a organização da conversa. O MI atingiu a menor pontuação nos itens observados. A seguir serão apresentados os resultados do uso das estratégias por cada participantes em cada etapa da conversa informativa.

Tabela 4 – Distribuição do uso das estratégias de comunicação em cada etapa da conversa informativa, em comunicação.

Itens observados		Não realizado			Realizado Parcialmente			Realizado completamente		
		MI	MII	MIII	MI	MII	MIII	MI	MII	MIII
Estrutura da conversa	Utiliza questões abertas para visão geral do problema de saúde - perguntas sobre condição anterior do paciente	21	0	5	5	4	1	1	8	2
	Busca de informações dos problemas/dúvidas relatados em conversas anteriores.	18	0	3	8	1	3	3	12	3
	Explora dúvidas, medos e ansiedades durante a visita ao paciente.	16	0	2	13	1	5	3	13	3
	Realiza da coleta da história paciente e família	21	0	3	5	2	2	2	9	3
	Discute dos efeitos/tratamentos e adesão e resposta clínica do paciente	8	0	3	11	2	4	13	13	1
	Explica de maneira resumida as conclusões do diagnóstico e problemas de saúde	7	0	3	24	1	2	1	12	4
	Uso de termos/linguagem que o familiar consegue compreender em relação ao diagnóstico/prognóstico.	4	0	0	24	1	3	4	13	6
	Fornecer informação sobre prognóstico e curso da internação	6	0	1	22	1	4	4	13	4
	Explicação acessível do propósito da internação	17	0	1	14	2	6	1	12	3
	Informações sobre medicamentos/ encaminhamentos /exames /equipamentos	7	0	0	18	1	5	6	13	5
	Fornecer informações sobre condutas na UTI, como higienização das mãos, quando necessário.	3	0	1	1	0	0	0	1	0
Verificação da compreensão e concordância com o tratamento – (sinais verbais e não verbais ao longo e ao final da conversa)	6	0	1	21	0	6	5	14	2	
Condição da relação médico-familiar	Estabelece um clima acolhedor (profissional se identificou, procurou saber se era a primeira conversa, ofereceu espaço para expressão de sentimentos / emoções)	9	0	2	17	1	3	6	13	4

Continuação...

	Demonstra interesse pela repercussão da internação no cotidiano/vida do familiar durante o período da internação	27	1	4	5	2	0	0	11	1
	Aborda aspectos do estilo de vida e fatores de risco no processo de adoecimento, para facilitar a notícia do diagnóstico.	15	0	7	5	1	0	0	5	0
	Estimular a participação do familiar na conversa (estimula a discutir/perguntar)	8	0	0	19	0	6	5	14	4
	Estimula a participação do familiar na conversa (responder as perguntas dos profissionais)	8	0	1	19	0	5	5	14	3
Investigação Psicossocial	Discute as reações de outros familiares e amigos frente a internação	0	1	6	22	1	1	1	6	0
	Aborda os aspectos psicossociais e encaminha	9	0	5	1	1	0	0	0	0
	Estimula a participação do familiar no processo de internação	24	3	5	5	0	1	3	10	2

MI= Médico I, MII= Médico II, MIII= Médico III.

Etapa I - Investigação do problema: Refere-se ao estabelecimento de um contexto para a conversa, a escuta de dúvidas e informações obtidas anteriormente pelos familiares sobre a condição do paciente, a demonstração de interesse pela repercussão da internação e reações emocionais dos familiares. Observa-se que este primeiro momento não foi plenamente realizado pelo Médico I, com a baixa realização das ações destinadas a investigação destes aspectos. Suas conversas informativas, em geral, não contemplaram a abordagem dos medos e ansiedades, o estabelecimento de um clima acolhedor (contexto para a conversa) e investigação de aspectos psicossociais. O Médico II é o que mais faz uso destas estratégias, seguido pelo Médico III.

Etapa II – Esclarecimento do problema: Refere-se ao momento de coleta do histórico do paciente e da família, além da discussão dos efeitos, adesão e resposta clínica do pacientes, para assim comunicar o diagnóstico e o prognóstico. Observa-se que os Médicos I e III, especialmente em relação a estimulação da participação do familiar na conversa (fazer e responder perguntas), não utilizam ou utilizam pouco as estratégias relacionadas a esta etapa. Estes profissionais enfatizaram a apresentação dos efeitos do tratamento e respostas clínicas

dos pacientes nas suas comunicações, o que pode ser uma característica que prejudique a compreensão e o protagonismo dos familiares. De modo contrário, nas conversas realizadas pelo Médico II estes pontos são observados com mais frequência, por meio da utilização de perguntas para esclarecer o problema, conhecer a família e informar os efeitos e respostas clínicas, partindo das informações que a família tem e o que ela percebeu durante a visita ao paciente.

Etapa III – Informação diagnóstica: Neste momento, as informações devem ser dirigidas para hipótese ou conclusão diagnóstica. Os dados mostram que os profissionais (MI e MIII) praticam pouco a adequação da linguagem técnica a realidade vivida pelo familiar. Muitas vezes, inclusive para a pesquisadora, não era possível identificar o diagnóstico e prognóstico apenas ouvindo as conversas. O Médico I apresenta algumas ações destinadas a facilitar a compreensão por meio do uso de metáforas e comparações imagéticas, mas, de modo geral, os familiares parecem sair das conversas com poucas condições de descrever o que entenderam do diagnóstico atribuído ao paciente.

Etapa 4- Organização da conversa: Refere-se a aspectos básicos da conversas, como a explicação do prognóstico, do tratamento, informações sobre condutas e evolução do paciente, finalização da conversa (resumo do que foi conversado e verificação da compreensão das informações pelos familiares). Contatou-se uma ausência do planejamento das conversas, principalmente, no que tange a verificação da compreensão e concordância com o tratamento pelos familiares. Neste ponto, também não ficaram esclarecidos para os participantes da conversa qual o propósito dos familiares, seus posicionamentos diante do adoecimento do paciente. Observou-se, por meio das manifestações dos familiares, que a maioria das famílias não sabiam o que é uma UTI e qual o motivo para os pacientes estarem internados lá. Prejuízos nestas informações podem contribuir para a manutenção de medos e angústias, pois muitos dos familiares podem manter a ideia de que a UTI é “um lugar de quem

vai morrer”. Os médicos MII e MIII fizeram uso de estratégias que resultavam em resumo final das conversas, buscando verificar a compreensão do familiar sobre o que foi informado. Apenas MII apresentou ações que buscaram verificar a compreensão do que foi informado em relação a todo o processo de internação do paciente. As observações realizadas após o treinamento em comunicação estão descritas nas tabelas 5 e 6.

Tabela 5 – Caracterização das etapas das conversas (pós-treinamento).

Etapas	Não realizado		Realizado Parcialmente		Realizado completamente	
	MI	MII	MI	MII	MI	MII
Investigação do problema	55	2	41	20	15	40
Esclarecimento do problema	10	1	42	6	12	30
Informação diagnóstica	6	0	35	2	12	26
Organização da conversa	17	2	38	7	17	32

MI= Médico I, MII= Médico II, MIII= Médico III.

A caracterização das conversas observadas, no tocante às estratégias ou ações apresentadas pelos profissionais na condução das transmissões de informações, de acordo com cada etapa da conversa assinalada no Protocolo de Observação, parece indicar um aumento do número de estratégias utilizadas pelo Médico I. Não se pretende aqui estabelecer uma comparação estatisticamente significativa, mas observação de uma possível ampliação de um repertório de habilidades. Neste sentido, pode-se pensar que o Médico I pode recorrer a mais recursos para a condução de suas conversas informativas. O Médico II parece manter a utilização de estratégias de comunicação ao longo de cada etapa da comunicação, podendo sinalizar um maior potencial para o estabelecimento de interações dialógicas mais eficazes.

Tabela 6 – Caracterização das conversas informativas (pós-treinamento).

Itens observados		Não realizado		Parcialmente realizado		Completamente realizado	
		MI	MII	MI	MII	MI	MII
Estrutura da conversa	Utiliza questões abertas para visão geral do problema de saúde - perguntas sobre condição anterior do paciente	9	0	6	3	3	7
	Busca de informações dos problemas/dúvidas relatados em conversas anteriores.	14	0	3	5	0	3
	Explora dúvidas, medos e ansiedades durante a visita ao paciente.	4	0	9	3	5	7
	Realiza da coleta da história paciente e família	8	1	1	1	1	5
	Discute dos efeitos/tratamentos e adesão e resposta clínica do paciente	0	0	13	2	5	8
	Explica de maneira resumida as conclusões do diagnóstico e problemas de saúde	4	0	10	1	4	8
	Uso de termos/linguagem que o familiar consegue compreender em relação ao diagnóstico/prognóstico.	0	0	14	1	4	9
	Fornecer informação sobre prognóstico e curso da internação	2	0	11	0	4	9
	Explicação acessível do propósito da internação	9	2	7	1	2	6
	Informações sobre medicamentos/ encaminhamentos /exames /equipamentos	1	0	10	2	7	8
	Fornecer informações sobre condutas na UTI, como higienização das mãos, quando necessário.	0	0	0	2	0	0
	Verificação da compreensão e concordância com o tratamento – (sinais verbais e não verbais ao longo e ao final da conversa)	0	0	14	0	4	10
Condição da relação médico-familiar	Estabelece um clima acolhedor (profissional se identificou, procurou saber se era a primeira conversa, ofereceu espaço para expressão de sentimentos / emoções)	1	0	14	0	3	10
	Demonstra interesse pela repercussão da internação no cotidiano/vida do familiar durante o período da internação	12	2	4	2	1	6
	Aborda aspectos do estilo de vida e fatores de risco no processo de adoecimento, para facilitar a notícia do diagnóstico.	5	0	2	1	0	4
	Estimular a participação do familiar na conversa (estimula a discutir/perguntar)	1	0	14	2	3	8
	Estimula a participação do familiar na conversa (responder as perguntas dos profissionais)	1	0	14	1	3	9
Investigação Psicossocial	Discute as reações de outros familiares e amigos frente a internação	10	0	4	4	0	4
	Aborda os aspectos psicossociais e encaminha	1	0	0	0	1	1
	Estimula a participação do familiar no processo de internação	7	0	7	2	4	8

MI= Médico I, MII= Médico II, MIII= Médico III.

A análise do uso de cada estratégia de comunicação revelou que, de modo geral, os profissionais lançaram mão delas com maior frequência. Observou-se que as conversas realizadas pelo Médico I foram mais caracterizadas pelo uso parcial ou completo, indicando um esforço maior para a escuta interessada e curiosa do histórico do paciente, para a abertura à perguntas e para a estimulação da participação dos familiares na conversa. Observaram-se também conversas melhor organizadas, nas quais foram apresentadas de forma clara a informação transmitida naquele momento.

A realização das ações relacionadas a *investigação psicossocial* também aumentaram. Observou-se que nesse período da coleta, em função dos problemas vividos no país, o Médico I realizou menos conversas do que normalmente faz. Isso também parece ter contribuído para a alteração da qualidade das conversas, quando se considera o uso de estratégias de comunicação, pois ele pôde utilizar melhor o tempo disponível, abrindo mais espaço para questionamentos dos familiares e expressão de sentimentos. O médico II manteve a média e qualidade das conversas, contudo, destaca-se a verificação da compreensão e concordância com o tratamento, com o uso de sinais verbais e não verbais ao longo e ao final da conversa, como aspecto da conversa aprimorado pelo participante.

Com relação as observações realizadas após um treinamento em comunicação, nota-se que este é um recurso que vem sendo testadas e desenvolvida em diversos contextos de saúde. A literatura apresenta esse recurso, mas poucos estudos avaliam os efeitos do treinamento no atendimento e acolhimento das famílias (Sullivan et al., 2016). A partir das observações dessa segunda etapa de coleta de dados, notou-se que os profissionais buscaram melhorar aspectos das conversas que eles entendiam como mais falhos em suas comunicações, a partir da participação no treinamento proposto. O Médico I pareceu procurar diminuir o número de informações transmitidas e destacar quais objetivos temáticos seriam tratados. Contudo, os aspectos relacionados a criação de um contexto para a conversa, abordagem de angústias e

medos, verificação da compreensão das informações, ainda permaneceram pouco explorados pelas estratégias de comunicação. O Médico II já apresentava um bom repertório de habilidades conversacionais, que se mantiveram em uso, com a ampliação das estratégias voltadas para a verificação da compreensão das informações ao longo e no final das conversas.

Considerações finais

De modo geral, os resultados do estudo permitem afirmar que os profissionais responsáveis pela execução de comunicações com familiares em UTI demonstraram uma restrição em suas habilidades conversacionais, manifestadas pelo baixo uso de estratégias de comunicação ao longo das conversas. Tal condição pode favorecer a realização de comunicações unilaterais, nas quais somente são enunciadas notícias, de modo fragmentado, sem a preocupação com o estabelecimento de conexões entre as informações e com a participação dos familiares. Treinamentos em comunicação, nestes contextos, são recursos de capacitação profissional úteis. Após o treinamento aqui proposto, os profissionais puderam dispor de estratégias de comunicação vinculadas ao planejamento e seleção de informações a serem transmitidas nas conversas, configurando uma alteração no formato em que eram realizadas estas últimas.

Observou-se que os profissionais apresentaram uma maior preocupação em sintetizar informações sobre o estado do paciente, no tocante à descrição de sinais físicos e comportamentais. Essas informações auxiliaram os familiares a entender quais as respostas que o paciente podia ou não apresentar, facilitando a interação entre eles. Contudo, para que uma aprendizagem sobre as condições do paciente possa se efetivar como fruto de uma boa comunicação, é importante outras informações sejam valorizadas e inseridas nas comunicações, como as explicações diagnósticas, as chances de recuperação de seu status funcional, a finalidade e o tempo de uso de medicações e de aparelhos. Reconhece-se que as avaliações diagnósticas e terapêuticas estão em curso, limitando essas informações. Todavia, o que se busca não é exatamente a resposta exata e definitiva sobre o caso, mas a criação de oportunidades em que os familiares possam acompanhar o raciocínio clínico diante do adoecimento e sua progressão, por meio de uma descrição e linguagem simplificada, de modo a ocuparem um lugar de protagonismo na UTI.

No que tange as primeiras conversas, essas foram marcadas por questionamentos dos familiares sobre perspectivas de morte. Contudo, nota-se um esforço dos profissionais em esclarecer dúvidas sobre conversas anteriores e a tentativa de explicar os motivos da transferência ou internação na unidade. A escuta dos medos e angústias dos familiares é o mais importante neste momento, uma vez que a UTI é vista pelos familiares como um ambiente não familiar e intimidador e que precisam se adaptar. Com o passar dos dias, eles conseguem aproximar o conhecimento trazido do senso comum e o saber técnico.

Observou-se que a relação médicos e familiares é marcada por uma complexidade de aspectos que são influenciados por experiências anteriores em contextos de saúde e pelo conhecimento adquirido. Observou-se que com um dos profissionais (MII), já na primeira conversa, os familiares conseguiam estabelecer uma relação de confiança. Pois, nessas conversas realizadas por ele havia espaço para um diálogo e para um fazer e responder perguntas. Fazer perguntas é uma estratégia utilizada pelos familiares que procuram entender a situação do paciente na UTI. A literatura aponta que fazer e responder perguntas pode ser difícil para os familiares, devido ao momento que vivem, assim como para o profissional que dispõe de pouco tempo para as conversas informativas e lida com incertezas prognósticas. O profissional MII, nas conversas, auxilia os familiares a formularem e exporem as perguntas, e assim compreenderem a evolução do paciente. Os outros profissionais abrem pouco espaço para perguntas, numa tentativa de otimizar o tempo das conversas.

Outro aspecto que interfere interação entre médicos e familiares é a escuta ativa. Trata-se da busca por uma postura interessada, uma escuta-interação, ouvir e responder questionamentos sobre o adoecimento. Observou-se certo grau de insegurança por parte de dois profissionais para conversar com familiares que apresentam reações emocionais negativas e também para abordá-las. Esse fato interfere na manifestação de sentimentos e

comportamentos dos profissionais durante as conversas, podendo levá-los a fornecerem um número menor de informações ou evitar situações de encontro com alguns familiares.

Considera-se que o treinamento em comunicação é viável para a realidade da unidade, uma vez que foi útil para repensar o processo de organização das conversas com os familiares. As observações permitiram descrever como as conversas informativas acontecem e compreender como é estabelecida a relação entre médicos e familiares na unidade. Observou-se que em momentos de tensão emocional, os profissionais apresentam dificuldade de avaliar quais informações devem ser transmitidas de acordo com a necessidade de informação apresentada pelo familiar naquele momento. Para que, então, seja oferecida uma comunicação de qualidade é importante que a comunicação faça parte dos cuidados oferecidos aos familiares e paciente.

As observações não permitem indicar mudanças significativas nos processos de comunicação de cada profissional. Os resultados sugerem que os profissionais se beneficiaram dos temas apresentados no curso, no entanto, indica-se a necessidade de se propor mais atividades práticas e de uma avaliação junto aos familiares.

Referências

- Ayuso-Murillo, D., Colomer-Sánchez, A., & Herrera-Peco, I. (2017). Communication skills in ICU and adult hospitalisation unit nursing staff. *Enfermería intensiva*. (Paginação irregular).
- Azoulay, E., Chaize, M., & Kentish-Barnes, N. (2014). Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Annals of intensive care*, 4(1), 37.
- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barbotou, M., Adrie, C. et al. (2000). Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 28(8), 3044-3049.
- Curtis, J. R., & White, D. B. (2008). Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest*, 134(4), 835-843.
- Curtis, J. R., Treece, P. D., Nielsen, E. L., Downey, L., Shannon, S. E., Braungardt, T. et al. (2008). Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 178(3), 269-275.
- Fortunatti, C. F. P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 306-316.
- Franco, A. L. S. (2002). *A relação médico-paciente no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo observacional em três municípios baianos*. Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 32(20), 2166-2172.
- Gómez-Martínez, S., Arnal, R. B., & Juliá, B. G. (2010). The short version of Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI): Adaptation and validation for a Spanish sample. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(3), 349-361.
- Gutiérrez, J., & Delgado, J. M. (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. *Madrid: síntesis*.
- Higginson, I. J., Koffman, J., Hopkins, P., Prentice, W., Burman, R., Leonard, S. et al. (2013). Development and evaluation of the feasibility and effects on staff, patients, and families of a new tool, the Psychosocial Assessment and Communication Evaluation (PACE), to improve communication and palliative care in intensive care and during clinical uncertainty. *BMC medicine*, 11(1), 213.
- Hönig, K., & Gündel, H. (2016). Relatives in intensive care units:(Un) Satisfied needs. *Der Nervenarzt*, 87(3), 269-275.

- Hyer, R. N., & Covello, V. T. (2017). Breaking bad news in the high-concern, low trust setting: how to get your story heard. *Health physics*, *112*(2), 111-115.
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, LM, Chevret, S., Adrie, C. et al. (2007). Uma estratégia de comunicação e brochura para familiares de pacientes que morrem na UTI. *New England Journal of Medicine* , *356* (5), 469-478.
- Meyer, CE, Sellers, DE, Browning, DM, McGuffie, K., Solomon, MZ, & Truog, RD (2009). Conversas difíceis: melhorar as habilidades de comunicação e as habilidades relacionais nos cuidados de saúde. *Pediatric Critical Care Medicine* , *10* (3), 352-359.
- Moritz, R. D. (2010). Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *19*(4), 485-489.
- Peigne, V., Chaize, M., Falissard, B., Kentish-Barnes, N., Rusinova, K., Megarbane, B. et al. (2011). Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Critical care medicine*, *39*(6), 1365-1371.
- Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., Lemonica, L., & Barros, G. A. M. D. (2017). The PACIENTE Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *63*(1), 43-49
- Rigaud, J. P., Moutel, G., Quesnel, C., Eraldi, J. P., Bougerol, F., Pavon, A., & Quenot, J. P. (2016). How patient families are provided with information during intensive care: A survey of practices. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, *35*(3), 185-189.
- Santos, K. M. A. B., & Silva, M. J. P. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *59*(1), 61-66.
- Santos, K. M. A. B., & Silva, M. J. P. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *59*(1), 61-66.
- Schaefer, K. G., & Block, S. D. (2009). Physician communication with families in the ICU: evidence-based strategies for improvement. *Current opinion in critical care*, *15*(6), 569-577.
- Silva, A. L.M, & Andreoli, P. B.A. (2008). Cuidando de pacientes “difíceis” ou famílias “difíceis”. In E. Knobel (Org.), *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves/ Elias Knobel, Paola B. de Araújo Andreoli, Manes R. Erlichman* (pp.125-132). São Paulo: Atheneu.
- Sullivan, A. M., Rock, L. K., Gadmer, N. M., Norwich, D. E., & Schwartzstein, R. M. (2016). The impact of resident training on communication with families in the intensive care unit. Resident and family outcomes. *Annals of the American Thoracic Society*, *13*(4), 512-521.
- Triviños, A. N. da S. (2008). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes, 3 ed.

Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient-and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care*, 18(6), 604.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Retomando o objetivo de descrever e compreender as conversas informativas e os possíveis efeitos de um treinamento em comunicação, realizado com médicos em uma UTI. O estudo sobre o treinamento em comunicação permitiu identificar que é uma proposta de intervenção com potencial de aplicabilidade do conteúdo apresentado a situações vivenciadas na unidade. Permitiu ainda, ver as dificuldades encontradas para a realização de um treinamento sobre o tema em UTI, tais como: disponibilidade de tempo e motivação dos profissionais. Considera-se como uma limitação do estudo a dificuldade de encontrar um horário em que profissionais pudessem participar, mas também a falta de envolvimento e a valorização da comunicação como uma tarefa assistencial relevante. Estudos futuros podem se debruçar sobre essa questão, investigando a falta de envolvimento dos profissionais com as questões de comunicação.

A relação médicos e familiares foi indicada na literatura e analisadas nas observações das conversas como algo muito complexo e desafiador. Mostrando a necessidade de ajustar termos e a linguagem técnica a uma linguagem que o outro compreenda e o número de informações, para que assim o outro possa aprender e com isso participar das decisões e cuidados com o paciente. Além de ser um momento de grande demanda emocional. Como indicado pelos resultados, a comunicação empática, através de um diálogo habilidoso sobre as informações do paciente favorece uma comunicação clara e objetiva com os familiares. O estudo sobre as observações produziu mais dados que serão analisados e descritos em outros momentos, complementando as análises descritas nesta dissertação.

A comunicação e o apoio aos familiares são pontos importantes para um cuidado de alta qualidade. Esse trabalho não representa uma resposta definitiva sobre esses aspectos, espera-se que novos estudos contornem as limitações desta pesquisa. Esperamos que o

resultados apresentados nos estudos se mantenham e contribuam para identificar aspectos relevantes para futuras intervenções com os profissionais. Além da apresentação dos resultados do estudo, foi acertado com a coordenação da unidade que fosse realizado outro treinamento, com temas e atividades novas e que estejam de acordo com as ideias apresentadas na avaliação do treinamento. Descrever os aspectos das conversas informativas e como estruturar uma intervenção em comunicação pode ser uma contribuição importante para os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- Andrade, C. G. D., Costa, S. F. G. D., & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2523-2530.
- Ayuso-Murillo, D., Colomer-Sánchez, A., & Herrera-Peco, I. (2017). Communication skills in ICU and adult hospitalisation unit nursing staff. *Enfermeria intensiva*. (Paginação irregular).
- Azoulay, E., Chaize, M., & Kentish-Barnes, N. (2014). Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Annals of intensive care*, 4(1), 37.
- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barboteu, M., Adrie, C. et al. (2000). Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 28(8), 3044-3049.
- Balint, M. (1988). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- Bell, S.K., Roche, S. D., Mueller, A., Dente, E., O'Reilly, K., Lee, B. S. et al. (2018). Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2017.
- Borges, M. S., Freitas, G. F., & Gurgel, W. G. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 113-126.
- Breakwell, G. M., Smith, J., Hammond, S. & Fife-Schaw, C. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. Elizalde, F. R. (Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Clayton, J. M., Adler, J. L., O'Callaghan, A., Martin, P., Hynson, J., Butow, P. N. et al. (2012). Intensive communication skills teaching for specialist training in palliative medicine: development and evaluation of an experiential workshop. *Journal of palliative medicine*, 15(5), 585-591.
- Curtis, J. R., & White, D. B. (2008). Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest*, 134(4), 835-843.
- Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z. et al. (2013). Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *Jama*, 310(21), 2271-2281.
- Curtis, J. R., Treece, P. D., Nielsen, E. L., Downey, L., Shannon, S. E., Braungardt, T. et al. (2008). Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 178(3), 269-275.

- Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 675-682.
- Fortunatti, C. F. P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 306-316.
- Franco, A. L. S. (2002). *A relação médico-paciente no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo observacional em três municípios baianos*. Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Franco, A. L. S., Bastos, A.C.S., & Alves, V. S. (2005). A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 246-255
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical oncology*, 32(20), 2166-2172.
- Ganz, F.D, Engelberg, R., Torres, N., e Curtis, J.R (2016). Development of a shared interprofessional clinical decision-making model in the ICU: a study of mixed methods. *Critical Care Medicine*, 44 (4), 680-689.
- Gómez-Martínez, S., Arnal, R. B., & Juliá, B. G. (2010). The short version of Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI): Adaptation and validation for a Spanish sample. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(3), 349-361.
- Gutiérrez, J., & Delgado, J. M. (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. *Madrid: síntesis*.
- Higginson, I. J., Koffman, J., Hopkins, P., Prentice, W., Burman, R., Leonard, S. et al. (2013). Development and evaluation of the feasibility and effects on staff, patients, and families of a new tool, the Psychosocial Assessment and Communication Evaluation (PACE), to improve communication and palliative care in intensive care and during clinical uncertainty. *BMC medicine*, 11(1), 213.
- Hönig, K., & Gündel, H. (2016). Relatives in intensive care units:(Un) Satisfied needs. *Der Nervenarzt*, 87(3), 269-275.
- Hyer, R. N., & Covello, V. T. (2017). Breaking bad news in the high-concern, low trust setting: how to get your story heard. *Health physics*, 112(2), 111-115.
- Inaba, L. C., Silva, M. J. P, & Telles, S. C. R. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(4), 423-429.
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, LM, Chevret, S., Adrie, C. et al. (2007). Uma estratégia de comunicação e brochura para familiares de pacientes que morrem na UTI. *New England Journal of Medicine* , 356 (5), 469-478.

- Marques, R. C., Silva, M. J. P. D., & Maia, F. O. M. (2009). Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista de Enfermagem. UERJ*, 17(1), 91-95.
- McNamee, S., & Moscheta, M. (2015). Relational intelligence and collaborative learning. *New Directions for Teaching and Learning*, (143), 25-40.
- Meyer, CE, Sellers, DE, Browning, DM, McGuffie, K., Solomon, MZ, & Truog, RD (2009). Conversas difíceis: melhorar as habilidades de comunicação e as habilidades relacionais nos cuidados de saúde. *Pediatric Critical Care Medicine*, 10 (3), 352-359.
- Moritz, R. D. (2010). Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 485-489.
- Neves, F. B. A. S, Dantas, M. P., Bitencourt, A.G.V., Vieira, P. S., Magalhães, L.T., Teles, J. M. M. et al (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 52-57.
- Peigne, V., Chaize, M., Falissard, B., Kentish-Barnes, N., Rusinova, K., Megarbane, B et al. (2011). Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Critical care medicine*, 39(6), 1365-1371.
- Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., Lemonica, L., & Barros, G. A. M. D. (2017). The PACIENTE Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43-49
- Puggina, A. C., Ienne, A., Carbonari, K. F. B. S. D., Parejo, L. S., Sapatini, T. F., & Silva, M. J. P. (2014). Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 18(2), 277-283.
- Richardson, R. J. (2011). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rigaud, J. P., Moutel, G., Quesnel, C., Eraldi, J. P., Bougerol, F., Pavon, A., & Quenot, J. P. (2016). How patient families are provided with information during intensive care: A survey of practices. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 35(3), 185-189.
- Robertson, K. (2005). Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician*, 34(12), 1053.
- Santos, K. M. A. B., & Silva, M. J. P. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 61-66.
- Schaefer, K. G., & Block, S. D. (2009). Physician communication with families in the ICU: evidence-based strategies for improvement. *Current opinion in critical care*, 15(6), 569-577.
- Silva, A. L.M, & Andreoli, P. B.A. (2008). Cuidando de pacientes “difíceis” ou famílias “difíceis”. In E. Knobel (Org.), *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes*

- graves/ Elias Knobel, Paola B. de Araújo Andreoli, Manes R. Erlichman (pp.125-132). São Paulo: Atheneu.
- Silva, L. F. & Casarini, K. A. (no prelo). Questões dos familiares: uma perspectiva em comunicação em UTI.
- Souza, L. P., & de Lima, M. G. (2015). Educação continuada em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. *Journal of Health & Biological Sciences*, 3(1), 39-45.
- Spink, M. J. P., & Gimenes, M. D. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e sociedade*, 3, 149-171.
- Sullivan, A. M., Rock, L. K., Gadmer, N. M., Norwich, D. E., & Schwartzstein, R. M. (2016). The impact of resident training on communication with families in the intensive care unit. Resident and family outcomes. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(4), 512-521.
- Triviños, A. N. da S. (2008). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes, 3 ed.
- Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient-and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care*, 18(6), 604.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos*. Bookman



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – IELACHS
Av. Getúlio Guaritá, 159 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440
(34) 3700-6942

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Esclarecimento

(Para participantes do treinamento e avaliação de seus efeitos sobre as habilidades conversacionais de médicos)

TÍTULO DO PROJETO: *Comunicação em UTI: proposta de treinamento e avaliação de seus efeitos sobre as habilidades conversacionais de médico.*

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA: A qualidade da comunicação entre profissionais e familiares é complexa e exige atualizações frequentes por parte desses. A comunicação e o apoio aos familiares são temas muito pouco abordados em contextos onde ocorrem rápidas mudanças no estado de saúde do paciente e de incerteza clínica. Para tal, é importante que o profissional desenvolva habilidades de comunicação de alto nível com pacientes e familiares. Neste contexto, o objetivo deste estudo é descrever suas percepções sobre a comunicação em UTI e sobre um treinamento em comunicação com familiares.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS: Caso você aceite, será convidado a participar treinamento em comunicação, com duração de 2 (duas) horas. O encontro será audiogravado e transcrito, posteriormente. Serão realizadas observações das conversas informativas entre você e os familiares, que serão anotadas em um diário de campo, durante 2 semanas antes e depois do treinamento. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto emocional ou lhe traga risco profissional.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE: Não são esperados benefícios diretos e imediatos para os participantes. No entanto, espera-se que o treinamento proposto possa auxiliar na organização das conversas informativas entre profissionais e familiares.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS: Os materiais serão arquivados pela pesquisadora e descartados cinco anos após a defesa da dissertação de mestrado resultante deste projeto, como forma de resguardar a segurança e o sigilo dos dados dos participantes e em atenção às disposições éticas em vigência. Você poderá obter todas as informações que quiser, desde que não fira o direito de sigilo de outro participante, e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ou constrangimentos. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome e o do hospital escolhido, não aparecerão em qualquer momento do estudo, de modo a garantir seu anonimato.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Prof. Dra. Karin Casarini, Luciana Silva.

E-mail: lu_francielle@yahoo.com.br.

Telefone: (34)988274532 e (34) 3318-5904/5944.

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, nº 159 – Abadia - 38.025-440 -Uberaba – MG. .



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – IELACHS
Av. Getúlio Guaritá, 159 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440
(34) 3700-6942

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Comunicação em UTI: proposta de treinamento e avaliação de seus efeitos sobre as habilidades conversacionais de médico.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “Comunicação em UTI: proposta de treinamento e avaliação de seus efeitos sobre as habilidades conversacionais de médico”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Prof. Dra. Karin Casarini, Luciana Silva.

E-mail: lu_francielle@yahoo.com.br.

Telefone: (34)988274532 e (34) 3318-5904/5944.



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – IELACHS
Av. Getúlio Guaritá, 159 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440
(34) 3700-6942

Apêndice B - Formulário 1 – Experiências em comunicação na UTI

1 – Cite um exemplo de uma comunicação com familiares em UTI, vivido por você, que você julga que foi bem sucedida. Nesta situação, procure descrever o que considera que o ajudou a realizar uma comunicação bem sucedida.

2- Cite um exemplo de uma comunicação com familiares em UTI que você diria que não foi bem sucedida. Nesta situação, procure descrever o que considera que favoreceu o insucesso da comunicação.



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – IELACHS
Av. Getúlio Guaritá, 159 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440
(34) 3700-6942

Apêndice C -Formulário 2 – Planejamento da comunicação com familiares na UTI

1. Quais informações você acredita que devam ser transmitidas necessariamente para favorecer uma boa comunicação com os familiares?
2. Planejamento da comunicação

O que é necessário informar?	Como a informação pode ser organizada? Por onde começarei e onde terminarei?	Existem aspectos do relacionamento com a família que podem interferir na comunicação?



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – IELACHS
Av. Getúlio Guaritá, 159 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440
(34) 3700-6942

Apêndice D - Lista “Perguntas dos familiares: uma perspectiva em comunicação em UTI”

Temas	Perguntas
Chegada à UTI	1- Qual o motivo da internação ou transferência para UTI? 2 - Quanto tempo ele ficará internado na UTI? 3 - Ele corre risco de morrer?
Resultados de procedimentos	4 - Quais as principais informações sobre a cirurgia (Foi bem-sucedida? Houve complicações? Houve mudanças na decisão terapêutica?)
Estrutura e rotina de funcionamento da UTI	5 - O que é uma UTI? (horário/acompanhantes, a equipe e cuidados)
Reações do paciente/ riscos iminentes	6 - Ele está consciente? 7 - Quais reações o paciente pode ou não ter? 8 - Quais as chances de ele se recuperar? 9 - Ele terá alguma sequela? 10 - Ele está sentindo dor? 11 - Ele tem algo que eu não possa ver?
Função dos equipamentos	12 - Para que servem esses aparelhos e fios, bolsas conectados a ele?
Evolução do Paciente	13 - O que ele tem? 14 - Por que ele está se alimentando por sonda, e quanto tempo ele vai ficar? 15 - Ele está diferente hoje, você poderia me dizer o por quê? 16 - Ele está melhor hoje? 17 - Como estão as funções corporais? (coração, rim, pulmão, cérebro)
Tratamentos/ procedimentos	18 - Quais medicamentos ele está tomando? E o antibiótico, é para que? 19 - Ele está com alguma infecção, quais as medidas são adotadas para controlar a transmissão da infecção, e tratamento? 20 - Que tratamentos e outros cuidados ele irá receber?
Mecanismos de Comunicação	21 - Em uma situação de tomada de decisões, o que se espera de mim? 22 - Como e quando saberemos o que está acontecendo com ele?



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – IELACHS
Av. Getúlio Guaritá, 159 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440
(34) 3700-6942

Apêndice E - Formulário 3 - Feedback do Treinamento em Comunicação

Dê sua opinião sobre os seguintes aspectos da reunião:

1. Pertinência e relevância de temas relacionados à comunicação

- Temas são relevantes e refletem situações presentes na UTI
- Temas são incompletos e parciais, necessitando serem melhor discutidos para refletir as situações presentes na UTI
- Temas não correspondem as situações presentes na UTI e não podem contribuir para alteração de dificuldades

2. Assinale aqueles recursos que você considera como sendo mais útil para a realização das conversas informativas na UTI:

- estratégias de escuta ativa
- estabelecimento de objetivos da comunicação com familiares
- estratégias para comunicação de más notícias
- planejamento da transmissão da informação
- lista de perguntas relevantes

3. Apresentação e discussão realizadas sobre o uso da lista de perguntas como ferramenta auxiliar nas conversas informativas com os familiares.

- Pertinente e relevante, com potencial para produzir ações necessárias na UTI
- Pertinente, mas com a necessidade de ajustes para produzir ações necessárias na UTI
- Inapropriada, com pouco potencial para produzir ações necessárias na UTI

4. Os temas discutidos hoje contemplam suas expectativas?

- Totalmente
- Parcialmente
- De nenhuma forma

5. Há algo que você considere essencial ser abordado e/ou considerado para que este trabalho seja produtivo?

6. Tempo de duração do treinamento

- Adequado
- Curto
- Longo

7. Dinâmica de trabalho da reunião (acordos de funcionamento e controle do tempo)

- Produtiva
- Necessita de ajustes
- Ineficaz

8. Comentários

Apêndice F - Roteiro de Observação

Data:

Paciente (família):

Tempo de internação (dia):

Motivo da internação:

Identificação do médico:

Turno de trabalho:

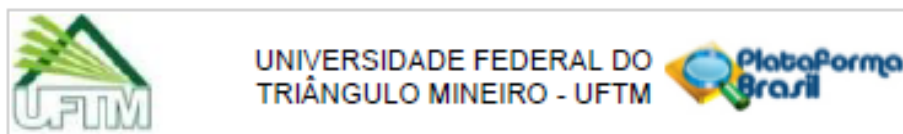
	Estrutura da conversa informativa	Condição da relação médico-familiar	Investigação psicossocial
Investigação do problema	<p>Utilização de questões abertas para visão geral do problema - perguntas sobre condição anterior do paciente 1 2 3 NA</p> <p>Busca de informações dos problemas/dúvidas relatados em conversas anteriores. 1 2 3 NA</p> <p>Exploração das dúvidas, medos e ansiedades durante a visita ao paciente. 1 2 3 N</p>	<p>Estabelecimento de um clima acolhedor (profissional se identificou, procurou saber se era a primeira conversa, ofereceu espaço para expressão de sentimentos / emoções) 1 2 3 NA</p> <p>Demonstração de interesse pela repercussão da internação no cotidiano/vida do familiar durante o período da internação 1 2 3 NA</p> <p>Abordagem dos aspectos do estilo de vida e fatores de risco no processo de adoecimento, para facilitar a notícia do diagnóstico. 1 2 3 NA</p>	<p>Discussão das reações de outros familiares e amigos frente a internação 1 2 3 NA</p> <p>Aborda os aspectos psicossociais e encaminha 1 2 3 NA</p>
Esclarecimento do problema	<p>Discussão dos efeitos/tratamentos, adesão e resposta clínica. 1 2 3 NA</p> <p>Realização da coleta da história paciente e família 1 2 3 NA</p>	<p>12- Estimular a participação do familiar na conversa (estimula a discutir/perguntar) 1 2 3 NA</p> <p>Estimular a participação do familiar na conversa (responder as perguntas) 1 2 3 NA</p>	

<p>Informação Diagnóstica</p>	<p>Explicação resumida das conclusões do diagnóstico e problemas de saúde 1 2 3 NA</p> <p>Uso de termos/linguagem que o familiar consegue compreender o diagnóstico 1 2 3 NA</p> <p>Fornecimento de informação sobre prognóstico e curso da internação 1 2 3 NA</p>		
<p>Organização da conversa</p>	<p>Explicação acessível do propósito do tratamento 1 2 3 NA</p> <p>Informações sobre medicamentos/encaminhamentos/exames/equipamentos 1 2 3 NA</p> <p>Prestação de informações condutas na UTI, como higienização das mãos, quando necessário. 1 2 3 NA</p> <p>Verificação da compreensão e concordância com o tratamento – (sinais verbais e não verbais ao longo e ao final da conversa.). 1 2 3 NA</p>		<p>Estimula da participação do familiar no processo de internação 1 2 3 NA</p>

Legenda: 1- Não realizado, 2- Realizado parcialmente, 3-Completamente realizado, NA- Não se aplica.

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstancial do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação em UTI: proposta de treinamento e avaliação de seus efeitos sobre as habilidades conversacionais de médicos

Pesquisador: KARIN A. CASARINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80699717.1.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.534.852

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

TEMA EM ESTUDO: As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) configuram-se como ambientes de alta complexidade tecnológica destinadas ao tratamento e recuperação de pacientes em condições clínicas graves. Este contexto promove o encontro com situações incertas, graves, de difícil compreensão, que se configuram como desafios para a comunicação entre familiares e profissionais. Os familiares de pacientes internados em UTI relatam necessidades de suporte emocional e social, bem como do fornecimento de informações que os auxiliem na manutenção da esperança e da segurança sobre o tratamento do paciente, através de uma comunicação clara e objetiva com os profissionais da unidade (Hönig & Gündel, 2016). Essas necessidades, muitas vezes não são reconhecidas e raramente são atendidas satisfatoriamente.

Hönig e Gündel (2016) afirmam ainda que a priorização e ponderação das necessidades de apoio são moduladas por fatores sociodemográficos, culturais e emocionais. Os autores realizaram uma revisão de literatura, abrangendo estudos originários de diferentes países, e encontraram que aqueles feitos na América do Sul descrevem que as necessidades priorizadas pelos familiares de pacientes são visitar o paciente com frequência, obter informações sobre a evolução das condições clínicas e previsões de alta, e se certificar de que o paciente tem o melhor atendimento possível. Apontam também que familiares de pacientes admitidos repentinamente na UTI, devido a uma doença aguda ou crônica, apresentam problemas emocionais, tais como ansiedade e depressão.

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Aparecida

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-8778

E-mail: cep@uftm.edu.br

Anexo B- Artigo Submetido

QUESTÕES DOS FAMILIARES: UMA PERSPECTIVA EM COMUNICAÇÃO EM UTI

Resumo

A comunicação entre familiares e profissionais apresenta-se como principal fonte de informações sobre adoecimento e internação de um paciente em UTI. O presente estudo teve como objetivo identificar questões relevantes que contemplem as principais dúvidas e necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI. Trata-se de um estudo qualitativo, com utilização de entrevista semiestruturada e diário de campo. Foram realizadas 21 entrevistas, sendo 10 com profissionais que trabalham em uma UTI de hospital público de Minas Gerais, e 11 com familiares de pacientes. Os dados foram organizados em 21 perguntas relevantes para os familiares e profissionais de UTI. Considera-se que identificar as necessidades de informação dos familiares, a partir de perguntas, mostrou-se uma importante estratégia para melhoria na comunicação.

Palavras-chaves: Comunicação; Unidade De Terapia Intensiva; Família.

Abstract

Communication between family members and professionals is the main source of information about illness and accommodation of patients in the ICU. This study focused on identifying relevant questions that contemplate the main doubts and needs of the relatives of patients in the ICU. As a qualitative study, it used semi-structured interview and field journal. Twenty-one interviews were carried out, ten of which with professionals that work at the ICU of a public hospital in Minas Gerais, and the other eleven with relatives of patients. Data was organized into twenty-one questions that are relevant to family members and ICU professionals. Identifying informational needs of the relatives through questions has shown to be an important strategy for improving communication.

Keywords: Communication; Intensive Care Unit; Family.

Introdução

O adoecimento e a internação de uma pessoa em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) implicam em rupturas no cotidiano de todos os envolvidos, instaurando uma situação marcada por diversas alterações psicológicas negativas (Gaeeni, Farahani, Seyedfatemi, & Mohammadi, 2015; Koukouli, Lambraki, Sigala, Alevizaki, & Stavropoulou, 2017; Proença & Dell Agnolo, 2011). Considera-se que o familiar que acompanha o paciente pode viver uma crise, entendida como uma situação na qual há uma inadequação das respostas habitualmente apresentadas para a solução do problema enfrentado ou para a diminuição da ansiedade, acentuando as reações psicológicas negativas, tanto as de natureza afetiva quanto cognitiva (Kaplan, 2010). Assim, as alterações físicas, comportamentais e emocionais apresentadas pelos familiares podem ser compreendidas como a manifestação de uma dificuldade em sua capacidade para identificar recursos disponíveis e adequados, presentes no ambiente hospitalar ou em sua própria realidade (Romano, 1997).

Neste contexto, os processos de comunicação tornam-se especialmente importantes, na medida em que podem se constituir em ocasiões para esclarecer alguns aspectos da realidade vivida na internação e favorecer a aproximação de familiares-profissionais-pacientes. O estabelecimento de diálogos entre profissionais e familiares pode, então, constituir-se como oportunidade para o fornecimento de informações sobre o paciente, para o esclarecimento de possíveis dúvidas e para a identificação de dificuldades psicossociais (Azoulay et al., 2000; Carlson, Spain, Muhtadie, McDade-Montez, & Macia, 2015; Gaeeni et al., 2015). Essas conversas podem influenciar no modo como cada familiar vê a enfermidade e a evolução clínica

do paciente, no impacto que a doença tem sobre a família e sobre o paciente e na forma de enfrentamento possível durante esse período (Frizon, Nascimento, Bertencello, & Martins, 2011).

A comunicação apresenta-se, assim, como uma ferramenta determinante para a relação entre profissionais e familiares. Para a equipe, a comunicação com os familiares pode ser vista como desafiadora, porque ao mesmo tempo em que se percebe a importância da família para o bem-estar do paciente, é provável que existam dúvidas sobre como ajudá-la no ajustamento às suas angústias (Esslinger, 2004; Kitajima & Cosmo, 2008). O grau de conhecimento dos familiares sobre as condições do paciente e sobre a UTI, o vocabulário médico-científico utilizado nas conversas pelos profissionais e o nível socioeconômico e cultural dos familiares utilizado são apontadas como elementos que dificultam a comunicação e favorecem interpretações distorcidas, tornando difíceis as decisões e a interação com o paciente (Lee & Lau, 2003, Santos & Silva, 2006, Peigne et al., 2011).

No caminho de uma comunicação ineficaz, os familiares podem apresentar até mesmo dificuldades para formular perguntas que os auxiliem a expressar de forma clara suas principais dúvidas sobre o processo de internação do paciente em uma UTI, intensificando o potencial insucesso da interação estabelecida com os profissionais nas situações de transmissão de informações (Peigne et al, 2011).

Desse modo, mostra-se relevante buscar por estratégias para otimizar a comunicação em UTI, tratando tanto do conteúdo das informações transmitidas quanto sua correspondência com as necessidades apresentadas pelos familiares e também da qualidade da interação estabelecida com a equipe. É na relação estabelecida entre paciente, família e equipe que pode-se reconhecer informações necessárias para aqueles envolvidos, e ainda, o significado atribuído ao que é observado, contribuindo para o planejamento da informação de modo correspondente ao que é

vivido na UTI (Azoulay et al., 2000). A comunicação de alta qualidade e o cuidado em oferecer informações consistentes e organizadas auxiliam os familiares a compreender a situação do paciente, a desenvolver expectativas razoáveis sobre os resultados e a participar das decisões (Peigne et al, 2011; Saldaña, Alarcón, & Romero, 2015). Neste sentido, a identificação de questões relevantes para familiares pode auxiliar na formulação de perguntas que representem as principais necessidades de informação deles, constituindo-se como uma ferramenta para aprimorar a comunicação.

Desse modo, o presente trabalho busca descrever as perguntas relevantes que contemplem as principais dúvidas dos familiares no contexto de internação em UTI. Mediante o objetivo deste estudo, optou-se por convidar profissionais da equipe e familiares para participarem, a fim de compreender as principais dúvidas e necessidades de informação destes. Pretende-se, ao final do estudo, elaborar uma lista contendo as perguntas identificadas, de modo a auxiliar os profissionais nos processos de comunicação.

Metodologia

Contexto do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Terapia Intensiva geral, composta por dez leitos, de um hospital público universitário, localizado em uma cidade no interior de Minas Gerais. Esta unidade recebe pacientes vindos de enfermarias, do centro cirúrgico e do pronto-socorro. Tem sua equipe multiprofissional formada por profissionais que trabalham exclusivamente na unidade e também profissionais que atuam de modo periódico ou esporádico

na unidade, exercendo atividades assistenciais por períodos delimitados de tempo, como médicos plantonista e residentes, além de estagiários de diversas áreas.

Participantes

Foram convidados para participar do estudo profissionais componentes da equipe permanente da UTI que trabalhavam nos períodos da manhã e tarde e familiares de pacientes internados, no período agosto de 2013 a setembro de 2014. Foram convidados profissionais que eram integrantes da equipe permanente e que exerciam atividades assistenciais na UTI escolhida. Foram convidados familiares que tivessem visitado o paciente pelo menos uma vez antes do convite para participar da pesquisa e tivesse participado de pelo menos uma conversa informativa com os médicos/profissionais da UTI. Todos os participantes que consentiram em contribuir com a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Protocolo CEP/UFTM 2411).

Materiais

Para a coleta de dados foram utilizados: (a) um roteiro de entrevista aberto, (b) um roteiro de entrevista semiestruturado; e (c) diário de campo constituído pelas observações realizadas das conversas informativas e da sala de espera da UTI. Ambos os roteiros de entrevistas foram elaborados com base no estudo de Peigne et al. (2011), sendo a entrevista aberta dirigida aos profissionais e a entrevista semiestruturada aos familiares. O roteiro de entrevista aberta apresentou a seguinte questão disparadora: *Quais são as principais dúvidas, identificadas por você e apresentadas pelos familiares com relação ao adoecimento e internação do paciente na UTI?* O objetivo desta entrevista era investigar temas relacionados às dúvidas que os profissionais observavam com mais frequência entre os familiares nos momentos da admissão, ao

longo da internação e na alta da unidade; e aqueles que eram avaliados por eles como importantes de serem respondidos ao longo da permanência do paciente na UTI.

Para os familiares, o roteiro contava com nove questões abertas, que buscavam coletar as seguintes informações: primeiras informações recebidas sobre o estado/diagnóstico do paciente, principais dúvidas apresentadas na chegada do paciente a UTI e a descrição de perguntas que julgassem importantes de serem respondidas ao longo dos diversos momentos da internação. As observações das conversas informativas realizadas pelos profissionais foram feitas em diferentes dias, horários e junto a diferentes profissionais, durante todo o período em que a coleta de dados ocorreu, tendo como objetivo registrar perguntas elaboradas pelos familiares nestes momentos e que estavam relacionadas com a UTI. Os pesquisadores participavam de tais situações apenas como ouvintes e com o consentimento dos profissionais e familiares dos pacientes internados. Tais observações ocorriam nos momentos que antecediam à visita ao paciente, às conversas informativas e à saída da família da UTI.

Procedimento

O convite para participar do estudo foi feito aos familiares na sala de espera da UTI, em horários próximos ao de visitas ao paciente. Ao aceitarem, realizava-se a entrevista imediatamente ou agendava-se uma data conveniente. Os profissionais foram convidados em momentos oportunos ao longo da rotina de trabalho. Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada próxima à sala de espera da UTI, a fim de se resguardar o sigilo das informações.

Análises dos dados

As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. As observações registradas em diário de campo foram organizadas e corrigidas. A análise dos relatos de entrevistas e dos

registros em diário de campo foi realizada a partir das recomendações para análise de conteúdo de Turato (2008), divididas em três etapas. Na primeira etapa de análise foram realizadas leituras dos relatos, com identificação e separação de temas de acordo com semelhança de conteúdo para o conjunto de relatos dos profissionais e familiares separadamente. Esta primeira etapa permitiu a identificação de quatro grupos temáticos: conforto/aparência, equipamentos, comunicação e tratamento/diagnóstico. Na sequência, os trechos dos relatos, correspondentes aos grupos temáticos foram transformados em perguntas, buscando preservar as palavras utilizadas pelos participantes do estudo, resultando em 35 perguntas derivadas dos relatos dos profissionais e 41 dos familiares.

Na segunda etapa de análise foi realizada a leitura de todas as perguntas identificadas, com objetivo de revisar e ajustar os agrupamentos temáticos. Esta revisão promoveu o refinamento dos grupos temáticos e a identificação de semelhanças nas perguntas derivadas dos relatos de profissionais e familiares, sendo organizados em dois eixos principais: Primeiras Dúvidas e Dúvidas sobre o Paciente. A terceira etapa consistiu da organização final das perguntas, totalizando a elaboração de 21 questões representativas dos dois principais eixos de análise. Estas questões foram obtidas a partir do agrupamento de questões semelhantes, inicialmente formuladas por profissionais e familiares.

Resultados

Participantes

Fizeram parte do estudo 10 profissionais da UTI e 11 familiares de pacientes internados. Dos profissionais, seis eram técnicos em enfermagem, um médico, uma secretária e duas fisioterapeutas. A maioria dos profissionais tinha mais de cinco anos de experiência de trabalho na UTI pesquisada, com exceção do médico, que trabalhava há dois anos nesta unidade e tinha outros três anos de experiência em outras UTIs. Tal médico era um dos principais responsáveis pelas informações transmitidas aos familiares.

Os profissionais relataram ter contato com os familiares diariamente e conversarem sobre aspectos da internação ou do paciente de acordo com a sua formação e especificidade de trabalho na Unidade. Todos tiveram contato com algum tipo de dúvida apresentada pelos familiares. Ressalta-se que não houve a participação de uma enfermeira da Unidade e nem do psicólogo. A enfermeira que estava presente nos momentos de coleta de dados foi convidada e aceitou participar, contudo não pôde comparecer aos diversos agendamentos para a entrevista. O presente estudo é desenvolvido por dois pesquisadores, sendo um deles a psicóloga que trabalha nesta UTI, sendo este o motivo pela sua não participação no estudo.

A Tabela 1 apresenta uma caracterização de familiares e pacientes que participaram do estudo.

Tabela 1: Caracterização de familiares e pacientes internados na UTI.

Identificação dos Familiares e Pacientes						
Familiares					Pacientes	
Nome fictício	Idade (anos)	Escolaridade e (anos)	Profissão	Grau de Parentesco	Tempo de internação na UTI (dias)	Motivo da internação na UTI
Luísa	26	11	Recepcionista	Irmã	8	Neurocriptococose
Beatriz	39	4	Diarista	Esposa	49	Trauma (queda)
Pedro	42	5	Motorista	Filho	27	Insuficiência Renal Crônica/Sepse
Heloisa	44	+11	Técnica em segurança	Irmã	30	Pós-operatória de Embolização (MAV)
Valéria	36	+11	Técnica em enfermagem	Irmã	4	Pós-operatório (retossigmoidectomia).
Regina	53	11	Auxiliar de Enfermagem	Mãe	9	Ferimento por arma de fogo
Luana	38	8	-	Mãe	10	Trauma (Acidente automobilístico)
Fátima	51	4	Do lar	Filha	70	Complicações no pós-operatório, seguido de Sepses
Eliane	51	6	Cozinheira	Mãe	10	Neurocriptococose
Silvia	42	5	Secretária	Mãe	4	Acidente Vascular Encefálico
Flor	18	7	Cabelereira	Esposa	15	Trauma (Acidente automobilístico)

Nota: Tempo de Internação do paciente até a data da entrevista.

Observa-se na Tabela 1 que os familiares apresentam idade média de 40 anos e todos mantêm parentesco de primeiro grau com o paciente internado. O tempo de internação do paciente até o momento da realização da entrevista é superior a uma semana, na maioria dos casos. Em apenas duas situações o paciente estava na UTI há quatro dias, e em três, por mais de trinta dias. Todos relataram ter conversado com os profissionais por pelo menos três vezes.

Em relação aos pacientes, observa-se que detêm diagnósticos e procedências variados. Ressalta-se que dois dos pacientes foram admitidos na UTI após a realização de uma cirurgia, vindos diretamente do centro cirúrgico. Nos casos dos pacientes portadores de sepse, houve a permanência dos mesmos nas enfermarias do hospital por períodos variáveis. Os pacientes vítimas de acidente vascular encefálico, neurocriptococose, acidentes automobilísticos e por ferimento por arma de fogo foram admitidos diretamente do Pronto-Socorro. Todos, com exceção dos portadores de sepse e má-formação arteriovenosa (MAV), eram previamente hígidos. Tais características remetem a diferentes condições dos familiares na chegada à UTI, no tocante aos contatos com outros profissionais de saúde e informações recebidas sobre o paciente.

Análise do material de pesquisa

A análise do material de pesquisa permitiu a construção de dois eixos temáticos que reportam diretamente às dúvidas e questionamentos referidos pelos profissionais e familiares como sendo mais frequentes entre os familiares, a saber: Primeiras Dúvidas e Dúvidas sobre o Paciente. Serão apresentadas as perguntas formuladas para cada um dos subgrupos temáticos em cada um dos eixos, sinalizando as derivadas dos relatos dos profissionais e dos familiares, de modo a permitir a visualização da totalidade dos dados. Ao final, será apresentada uma lista única de perguntas.

Eixo temático I: Primeiras dúvidas

Este grupo reúne perguntas ligadas a dúvidas e/ou necessidades de informações relacionadas ao momento de chegada dos familiares à UTI e aos primeiros contatos com o paciente dentro da unidade.

Figura 1: Primeiras dúvidas

<i>Questões identificadas</i>		
Tema principal	Familiares	Profissionais
Estrutura e rotina de funcionamento da UTI	Por que a UTI apresenta essa estrutura (mais de um leito com muitos casos juntos)?	O que é uma UTI (normas e rotinas)?
	Qual o motivo de atrasos para entrar para a visita?	Por que as visitas atrasam?
		Posso vir em um horário diferente para visitá-lo?
		Pode ficar um acompanhante na UTI ou ter mais visitas?
		Quem faz parte da equipe que cuida dele?
Chegada à UTI	Aqui tudo é esterilizado mesmo?	
	Qual o motivo da internação ou transferência para UTI?	Qual o motivo da transferência para a UTI?
Mecanismos de Comunicação	Quanto tempo ele ficará internado na UTI?	Por que ele veio para esse tipo de serviço? Ele vai ficar muito tempo na UTI?
	Como e quando saberemos o que está acontecendo com ele?	Serei informado se ocorrer alguma mudança no quadro dele? Quando?
	Como faço para falar com um médico especialista, para saber sobre o quadro dele?	
	Ele vai precisar de uma interconsulta, mas o que é isso?	Quando poderei falar com um médico especialista?
		Poderei perguntar sobre qualquer coisa? E com quem eu falo?
Reações do paciente	Ele está totalmente consciente?	Ele está consciente?
	Quais reações ele consegue ter?	
		Por que ele está com os olhos abertos e não responde?/Por que ele está com os olhos fechados?
		Será que ele me escuta?
Função dos equipamentos		Ele está sentindo dor?
	Para que servem esses aparelhos e fios conectados nele?	Qual a finalidade dos tubos e eletrodos anexados a ele?
	Esses equipamentos vão ajudá-lo a melhorar rapidamente?	
Riscos iminentes		Isso aperta?
	Ele corre risco de morrer?	
	Quais as chances dele se recuperar?	Quais as chances dele se recuperar?
	Ele terá uma sequela?	Ele terá alguma sequela?

As perguntas sintetizadas neste grupo temático são percebidas pelos participantes como sendo as mais frequentes e presentes nas primeiras conversas após admissão do paciente na unidade. As questões relacionadas à *Estrutura e funcionamento da UTI* voltam-se para o esclarecimento de como está organizada a UTI, suas regras de visitação e os motivos de alteração das mesmas, a composição da equipe e os cuidados para proteção do paciente. Estas questões

sinalizam que os participantes percebem que os familiares chegam à UTI com ideias e informações sobre sua estrutura e funcionamento, embasadas no senso comum.

As perguntas sobre a *Chegada na UTI* traduzem dúvidas relacionadas ao que aconteceu com o paciente, resultando no agravamento de sua condição clínica e na necessidade do suporte avançado de vida. É interessante observar que tais questões remetem ao reconhecimento de que não é possível supor que os familiares cheguem à UTI já informados sobre o histórico de avaliações médicas e intercorrências clínicas. Parece ser preciso retomar o percurso do adoecimento do paciente, informando os familiares e promovendo a contextualização dos mesmos sobre as alterações clínicas relacionadas à transferência para UTI.

O subgrupo *Mecanismos de comunicação* representa o conjunto de dúvidas relacionadas aos modos de acesso às informações, a identificação das pessoas responsáveis por transmití-las e os meios para contatá-las, na UTI ou fora dela. Destaca-se a pergunta *O que é interconsulta?*, uma vez que ela exemplifica o estranhamento dos familiares com as palavras técnicas, implicando na necessidade de esclarecê-las e de manter seu uso de modo alinhado e equivalente entre diferentes profissionais.

As questões relacionadas ao subgrupo *Reações do paciente* versam sobre o estado do paciente, no tocante à descrição de sinais físicos e comportamentais que possam auxiliar os familiares a realizar discriminações sobre respostas que o mesmo pode ou não apresentar. Considera-se que estas questões são especialmente importantes, na medida em que o entendimento das possibilidades de comportar-se do paciente pode facilitar a interação entre familiares e pacientes, nos primeiros momentos da internação na UTI.

O conjunto de questões classificadas como *Riscos iminentes* incluem perguntas que buscam promover o entendimento de alguns aspectos da condição clínica do paciente,

particularmente suas chances de voltar para vida, mantendo seu status funcional anterior. Vale destacar que estas perguntas parecem mostrar o quanto os familiares, apesar de não terem experiência e conhecimento anteriores da UTI, trazem consigo a ideia de gravidade do estado clínico do paciente. Neste sentido, mostra-se, na perspectiva dos participantes, relevante incluir informações iniciais e pontuais sobre estes aspectos, permitindo que os familiares entrem em contato com algumas projeções sobre a evolução do caso a partir dos conhecimentos técnicos apresentados pelos profissionais. As primeiras comunicações são marcadas pelo esforço do profissional para buscar por uma organização inicial das informações em diálogo com um saber leigo, distanciado ainda do contexto de terapia intensiva.

É claro que se reconhece que, num momento inicial da internação, as avaliações diagnósticas e terapêuticas ainda podem estar em curso, limitando o volume de informações disponíveis. Entretanto, parece haver um reconhecimento por parte dos participantes de que seja importante contemplar a satisfação de necessidades de informações contextualizadas que auxiliem os familiares a compreender aspectos essenciais da UTI e da condição atual do paciente, sem incluir detalhamento do diagnóstico. Este detalhamento parece ser requisitado e possível de ser compreendido pelos familiares após o alcance da familiarização dos mesmos com a UTI. Assim, o volume de informações disponíveis parece ser menos importante do que a disponibilidade para conversar sobre as perspectivas de morte e prejuízos funcionais projetados.

Eixo temático II: Dúvidas sobre o paciente

As perguntas descritas nesse eixo retratam a necessidade de informações mais detalhadas sobre os diagnósticos, a evolução clínica diária do paciente e os tipos de tratamento indicados ao longo da permanência do mesmo na UTI.

Figura 2: Dúvidas sobre o paciente

Tema principal	Questões identificadas	
	Familiares	Profissionais
Evolução do paciente	O que ele tem? Por que ele está se alimentando por sonda? Por que ele está com a fisionomia diferente? Ele tem algo que eu não possa ver?	O que ele tem? Ele ficará muito tempo com a sonda? Ele está diferente hoje, você poderia me dizer o por quê?
	Como ele passou a noite?	Ele está dormindo a noite? Ele ficará melhor? Ele está melhor hoje? E o coração dele como está? (pressão) Por que ele não consegue respirar sozinho? Por que os monitores podem apitar? Estão virando ele na cama?
Tratamentos/ procedimentos	O que é essa bolsa nele?	
	Ele ficou tanto tempo intubado, por que ele precisou fazer a traqueia?	
	Quais e como são os procedimentos pelos quais ele irá passar/ serão realizados nele? Quais as principais informações sobre a cirurgia (Foi bem sucedida? Houve complicações? Houve mudanças na decisão terapêutica?)	
	Quais medicamentos ele está tomando? E o antibiótico, é para o que? Ele está com alguma infecção, quais as medidas são adotadas para controlar a transmissão da infecção, e tratamento?	
		Que tratamentos e outros cuidados ele irá receber?

As perguntas relacionadas ao subgrupo *Evolução do paciente* expressam a percepção dos participantes sobre o interesse dos familiares pelo conhecimento dos diagnósticos e dos acontecimentos diários com o paciente, principalmente ligados à aparência física, formas de alimentação, hábitos de sono, mobilização, dependência dos equipamentos e sinais que possam indicar que algo não vai bem. Considera-se que estas informações são essenciais para promover a

orientação dos familiares diante do paciente. Além disso, elas parecem constituir a base para o entendimento de informações técnicas, na medida em que possibilitam que as descrições técnicas dos procedimentos e condutas terapêuticas ganhem representações concretas.

O conjunto de questões classificado como *Tratamento/procedimentos* mostra a referência dos participantes à necessidade dos familiares conhecerem e entenderem as indicações e ações realizadas no suporte avançado de vida. Tais perguntas requerem explicações sobre os procedimentos, como serão realizados e suas interações com os demais, as medicações utilizadas e as medidas de controle da segurança do paciente. Ao apresentar tais questionamentos, parece haver, por parte dos familiares, expectativas por informações que contenham mais detalhes explicativos, como assinala a questão sobre a traqueostomia (*Ele ficou tanto tempo intubado, por que ele precisou fazer a traqueo?*). Nela há a indicação de uma familiaridade com os procedimentos e tratamentos anteriormente executados e uma busca por compreensão vinculada aos acontecimentos.

Em outras palavras, para que uma pergunta como esta possa ser formulada, é necessário que os familiares tenham entendido a necessidade anterior de suporte ventilatório, reconhecido que o paciente vinha fazendo uso do mesmo, para só então questionar o motivo da realização da intervenção cirúrgica. Pode-se pensar, a partir disso, que uma adequada informação é aquela que se mostra capaz de promover a associação de ideias ligadas ao que aconteceu antes, ao que está acontecendo e ao que se espera ou necessita como resultado terapêutico.

Observa-se, por meio dos relatos dos participantes, que as informações solicitadas pelos familiares na UTI parecem apresentar uma progressão de desafios diferentes em relação ao que se espera que deva ser comunicado ao longo do tempo. Os familiares apresentam interesses, dúvidas

e possibilidades de entendimento diferentes com a passagem dos dias. Tais modificações foram identificadas tanto por familiares quanto por profissionais.

As observações das conversas entre os familiares e profissionais e entre esses familiares após a visita ao paciente permitiram descrever um elemento presente em algumas comunicações que pode contribuir para a ineficácia das mesmas. Uma familiar, após uma série de conversas com diferentes médicos, relata o uso de três diferentes palavras (infecção, infecção pulmonar e pneumonia) para referir-se a uma mesma condição clínica do paciente, e o quanto isso não ajudou a compreender que se falava da mesma coisa. Desse modo, ela mostra como não conseguiu associar as palavras usadas, as informações anteriores e as manifestações do paciente, levando a familiar a pensar que a cada momento o paciente apresentava uma “coisa” diferente no mesmo lugar. Somente na terceira conversa informativa houve a oportunidade de esclarecer a natureza semelhante dos termos e promover o entendimento.

Neste contexto, a preparação da equipe para a comunicação, realizada não somente pelo domínio das informações relacionadas ao caso, mas também por meio do trabalho realizado pelos profissionais para garantir o alinhamento das informações e sua ampliação planejada no coletivo, parece ser fundamental para que as perguntas recebidas possam ser adequadamente respondidas.

Por fim, apresenta-se a lista das 21 principais perguntas identificadas pelos profissionais e familiares da UTI, organizada a partir do agrupamento por semelhança entre as perguntas identificadas nos relatos de ambos.

Tabela 2: *Principais perguntas dos familiares de pacientes internados em UTI*

<i>Principais perguntas dos familiares de pacientes internados em UTI</i>
1. Qual o motivo da transferência/ internação do paciente na UTI?
2. Quanto tempo o paciente pode ficar internado na UTI?
3. Quais informações sobre procedimento e/ ou condição clínica anterior do paciente?
4. Como é a UTI? (equipe, organização dos leitos, normas)
5. Como são as visitas aos pacientes? Pode haver atrasos?
6. O paciente pode morrer?
7. O paciente pode apresentar algum tipo de sequela?
8. O que o paciente tem?
9. Como estão as funções corporais e os comportamentais do paciente?
10. Porque o paciente parece diferente hoje? (aparência)
11. Porque o paciente se alimenta por sonda, e por quanto tempo isso será necessário?
12. Quais reações/ respostas o paciente pode apresentar? (inclui abertura ocular, audição e nível de CS).
13. O paciente sente dor?/ está sentindo dor
14. O paciente tem chances de se recuperar?
15. O paciente tem/ usa algo que eu não possa ver? (aparelhos, cateter, sonda, traqueo)
16. Para que servem os aparelhos e fios conectados ao paciente? Eles incomodam?
17. Como e quando terei notícias/informações sobre o paciente?
18. Como posso falar com médico especialista?
19. Quais e como são os procedimento que serão necessários ao tratamento do paciente?
20. Quais medicamentos o paciente está tomando e para que servem?
21. Quais cuidados são adotados para controlar a transmissão de infecção?

Discussão

Este estudo descreveu 21 perguntas consideradas relevantes por profissionais e familiares, apresentadas durante a internação do paciente na UTI. Observou-se que a maioria das perguntas relevantes foram indicadas tanto por profissionais como por familiares, podendo sinalizar uma correspondência nas percepções dos participantes em relação às necessidades de informações dos familiares. Além disso, observou-se que os participantes descreveram as dúvidas presentes em uma internação em UTI de modo semelhante ao descrito na literatura, no que tange as necessidades específicas de informações (Koukouli et al., 2015; Schubart, Wojnar, Dillard, Meczkowski, Kanaskie et al., 2015; Soares, 2007; Wilson et al., 2015).

Entretanto, notou-se que os profissionais apresentaram uma maior preocupação com questões relacionadas à estrutura e funcionamento da UTI e à evolução do paciente, principalmente no tocante as informações sobre sinais vitais e acontecimentos diários. Isto pode

estar ligado a realização de uma maior observação dos familiares nos momentos próximos à admissão do paciente na UTI, quando os profissionais entram em contato com pessoas que têm pouca ou nenhuma experiência com ambientes de terapia intensiva. Essa condição inicial dos familiares parece favorecer o surgimento de dúvidas relacionadas à interface entre o conhecimento trazido do senso comum e o saber técnico (Azoulay, Chaize, & Kentish-Barnes, 2014). Estas informações parecem ser relevantes para promover a familiarização com o ambiente e propiciar a aquisição de conhecimentos que os auxiliem a tratar de aspectos mais complexos do adoecimento do paciente. Porém, assinala-se que os familiares, com o passar do tempo, expressam outras dúvidas para além do acompanhamento das mudanças observáveis diariamente no paciente.

Nesta direção, os familiares participantes deste estudo referiram-se a dúvidas que resultaram em perguntas sobre *Tratamentos/procedimentos*, voltadas para a busca de um entendimento sobre a patologia do paciente e dos mecanismos do tratamento. É relevante destacar o quanto tais perguntas, no relato dos familiares, dão indícios do alcance e compreensão de várias informações, o que os permite se envolver num processo de “pensar” a evolução do paciente, por meio do aparecimento de necessidades de informação mais complexas, distanciadas do senso comum, direcionadas à exploração de causalidades e antecipação de resultados. Observar estes conteúdos na fala dos familiares pode contribuir para a melhoria da qualidade da comunicação, se isto for utilizado como elemento norteador pelos profissionais. Atentar para as perguntas apresentadas pelos familiares sem antecipar as respostas num movimento que procura economizar tempo, pode tornar as conversas informativas mais eficazes em termos de conhecimentos acumulados, reduzindo a duração das mesmas e a necessidade de repetições.

O estudo ainda pôde mostrar que o desencontro de informações fornecidas pela equipe é tema das interações espontâneas entre familiares na sala de espera da UTI. No sentido de minimizar estas ocorrências, Zacarias et al (2009) afirma que os médicos busquem proporcionar acesso fácil às informações sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento; sendo indispensável que eles saibam e compreendam o caso que será discutido. O uso de termos e expressões excessivamente técnicos são identificados pelos familiares como elementos que dificultam a comunicação, logo, o uso de termos alinhados entre diferentes profissionais configura-se como uma estratégia para melhoria da comunicação.

Os dados ainda permitem pensar que a comunicação em UTI não se torna eficaz com a simples repetição de informações conhecidas, com a enumeração de aspectos vinculados aos sinais vitais ou a funções de determinados órgãos com o intuito de reafirmar a expressão que o paciente “está grave/estável”. Este modo de organizar uma comunicação não é capaz de atender as necessidades informativas descritas neste estudo. O que parece ser relevante é estabelecer um diálogo no qual ocorram trocas de saberes: o profissional, atento e aberto às falas dos familiares, pode reconhecer o que este sabe identificar pontos de falha na compreensão e pontos de desconhecimento; o familiar, interessado e atento às falas dos profissionais, pode reconhecer nas informações aspectos observados durante a visita ao paciente, construir paulatinamente a visão do adoecimento e relatar fatos não conhecidos pela equipe multiprofissional (Hyer, & Covello, 2017; Peigne et al., 2011).

Este jogo de troca dialógica é o que favorece que os familiares deixem de ser meros expectadores do cuidado do paciente. Num país como o Brasil, onde a maioria da população tem dificuldades significativas para ter acesso à educação e serviços básicos, atentar para o modo como a comunicação é feita assume proporções ético-políticas. A comunicação entre familiares e

profissionais ocupa uma importante função nas situações em que o paciente não consegue se comunicar e existe a necessidade de tomada de decisões terapêuticas (Peigne et al., 2011). De acordo Azoulay et al. (2014), os familiares tornam-se porta-vozes dos desejos dos pacientes sobre tratamentos e condutas que poderiam ser realizadas ou não e, portanto, podem participar, com protagonismo, das decisões ao longo da internação. Assim, segundo esses autores, o modelo de decisão compartilhada implica na capacitação das famílias para a reflexão conjunta, ajudando-as a compreenderem o que está em jogo.

Outro aspecto que parece interferir na interação entre profissionais e familiares é a empatia. Trata-se aqui da busca por uma postura interessada dos profissionais em conhecer os familiares, ouvir e responder os seus questionamentos ligados ao contexto de adoecimento do paciente. Essa habilidade é aprendida com o tempo, com as experiências; e quando estabelecida com sucesso influi nos cuidados oferecidos ao paciente e aos familiares (Santos & Silva, 2006). Além disso, pode haver algum grau de insegurança, por parte da equipe para conversar com familiares que apresentem dificuldades emocionais e também para abordá-las. Este fato pode se manifestar nos sentimentos e comportamentos dos profissionais durante o diálogo, podendo levá-los a fornecerem um menor número de informações ou até mesmo evitar situações de encontro com os familiares (Santos & Silva, 2006). Afirma-se, assim, a importância de se pesquisar e planejar treinamentos em comunicação, que possam auxiliar os profissionais a organizar conversas, estabelecer diálogos produtivos e aprimorar suas habilidades conversacionais.

Considera-se que a lista de perguntas elaborada por este estudo, pode ser útil no processo de organização de conversas informativas em UTI, na medida em que pode servir como um guia para profissionais sobre necessidades de informação dos familiares. Assim, em momentos de grande tensão emocional, dificuldades para avaliar as necessidades de informação das famílias e

a integridade das informações transmitidas, as perguntas identificadas podem auxiliar os profissionais a decidir quais caminhos seguir em relação a comunicação, atentando especialmente para o favorecimento da formulação de perguntas, que possam estar presentes, pelos familiares.

Referências

- Azoulay, E., Chaize, M. & Kentish-Barnes, N. (2014). Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Annals of Intensive Care*, 4(37), 1-10. Recuperado em 01 jun. 2018, de < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273688/>>.
- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barboteu, M., Adrie, C. et al. (2000). Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 28(8), 3044-3049.
- Carlson, E. B., Spain, D. A., Muhtadie, L., McDade-Montez, L., & Macia, K. S. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of critical care*, 30(3), 557-561.
- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Frizon G, Nascimento E. R. P., Bertoncetto K. C. G., & Martins J. J.(2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 72-78. Recuperado em 01 jun. 2018, de < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a09v32n1.pdf>>.
- Gaeeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2015). Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global Journal of health science*, 7(2), 8-19. Recuperado em 01 jun. 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796373/>.
- Hyer, R. N., & Covello, V. T. (2017). Breaking bad news in the high-concern, low trust setting: how to get your story heard. *Health physics*, 112(2), 111-115. Recuperado em 01 jun. 2018, de < https://journals.lww.com/health-physics/fulltext/2017/02000/Breaking_Bad_News_in_the_High_concern,_Low_Trust.1.a.spx>.
- Kaplan, H. (1984). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. (por) Harold I. Kaplan (e) Benjamim J. Sadock. Trad Helena Mascarenhas De Souza, Maria Cleonice L. Schaun, Maria Cristina R. Goulart, Maria Luiza Silveira E Silva Ribeiro. 3 Ed Porto Alegre, Artes Médicas.
- Kitajima, K., & Cosmo, M., (2008). Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI (2008). In E. Knobel (Org.), *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. E. Knobel, P. B. Andreoli, M. R. Erlichman (pp.101-112). São Paulo: Atheneu.
- Koukouli, S., Lambraki, M., Sigala, E., Alevizaki, A., & Stavropoulou, A. (2017). The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2-8.
- Lee, L. Y. K., & Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490-500.

- Peigne, V., Chaize, M., Falissard, B., Kentish-Barnes, N., Rusinova, K., Megarbane, B. et al. (2011). Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Critical Care Medicine*, 39(6), 1365-1371.
- Proença M.O, & Dell Agnolo C.M. (2011) Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(2), 279-86. Recuperado em 01 jun. 2018, de < <http://www.scielo.br/pdf/rge/f/v32n2/a10v32n2.pdf>>.
- Romano, B.W. (1997). A família e o adoecer durante a hospitalização. *Revista Sociedade de Cardiologia. Estado de São Paulo, São Paulo*, 7(5), 58-61.
- Saldaña, D. M. A., Alarcón, M.P., & Romero, H.A. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 102-111. Recuperado em 01 jun. 2018, de < <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n1/v33n1a12.pdf>>.
- Santos, K. M. A. B., & Silva, M. J. P. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 61-66.
- Schubart, J. R., Wojnar, M., Dillard, J. P., Meczkowski, E., Kanaskie, M. L., Blackall, G. F., & Lloyd, T. (2015). ICU family communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(5), 315-321.
- Soares, M. (2007). Cuidado da família de pacientes em situações de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 481-484.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Wilson, M. E., Kaur, S., De Moraes, A. G., Pickering, B. W., Gajic, O., & Herasevich, V. (2015). Important clinician information needs about family members in the intensive care unit. *Journal of critical care*, 30(6), 1317-1323.
- Zacarias C. C., Silveira R. S., Lunardi V.L., Cappellaro J, Pinto E. M. S, & Lunardi Filho W.D. (2009). Implantação de tecnologias de cuidado em unidade de terapia Intensiva aos usuários e seus familiares. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 161-168.