

CUIDADOS E ESPECIFICIDADES DA COMUNICAÇÃO MÉDICA

CUIDADOS
E ESPECIFICIDADES
DA COMUNICAÇÃO
MÉDICA





Universidade de Estado do Pará

Reitor

Clay Anderson Nunes Chagas

Vice-Reitora

Ilma Pastana Ferreira

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Luana de Melo Pereira Fernandes

Pró-Reitora de Graduação

Acylena Coelho Costa

Pró-Reitor de Extensão

Higson Rodrigues Coelho

Pró-Reitor de Gestão e Planejamento

Carlos José Capela Bispo



Editora da Universidade do Estado do Pará

Coordenador e Editor-Chefe

Nilson Bezerra Neto

Revisão

Marco Antônio da Costa Camelo

Design

Flávio Araujo

Web-Page e Portal de Periódicos

Bruna Toscana Gibson

Livraria

Arlene Sales

Bibliotecária

Rosilene Rocha

Estagiária

João Lucas Vieira Lima

Natália Vinagre de Souza Souza

Conselho Editorial

Francisca Regina Oliveira Carneiro

Hebe Morganne Campos Ribeiro

Joelma Cristina Parente Monteiro Alencar

Josebel Akel Fares

José Alberto Silva de Sá

Juarez Antônio Simões Quaresma

Lia Braga Vieira

Maria das Graças da Silva

Maria do Perpétuo Socorro Cardoso da Silva

Marília Brasil Xavier

Núbia Suely Silva Santos

Renato da Costa Teixeira (Presidente)

Robson José de Souza Domingues

Pedro Franco de Sá

Tânia Regina Lobato dos Santos

Valéria Marques Ferreira Normando

Patrícia Regina Bastos Neder | **Org.**

CUIDADOS E ESPECIFICIDADES DA COMUNICAÇÃO MÉDICA

Realização
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS/UEPA
Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA



Normalização	Diagramação
Natália Vinagre de Souza	Douglas R. Silva / Hellen V. Pontes
Revisão	DRServiços Editoriais
Marco Antônio da Costa Camelo	Apoio Técnico
Designer Gráfico	Bruna Toscano Gibson
Flávio Araujo	Arlene Sales Duarte Caldeira
Capa	
Flávio Araujo	

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EDITORA DA UEPA - EDUEPA

C966 Cuidados e especificidades da comunicação médica /
Patrícia Regina Bastos Neder (Org.). - Belém : EDUEPA,
2025.
172 p.: il.

Inclui bibliografias
ISBN: 978-85-8458-049-1

1. Comunicação médica. 2. Paciente analfabeto. 3.
Paciente - Violência doméstica. 4. Família - Paciente -
Diagnóstico de câncer. 5. Transtorno de ansiedade e
depressão. 6. Saúde mental. 7. Idoso - Isolamento social.
8. Ética - Comunicação eficaz. 9. Comunicação - Médico -
Paciente surdo. 10. Comunicação - Telemedicina. I. Neder,
Patrícia Regina Bastos. II. Título.

CDD 610.5 - 22.ed.

Ficha Catalográfica: Rosilene Rocha CRB-2/1134



Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA
Travessa D. Pedro I, 519 - CEP: 66050-100
E-mail: eduepa@uepa.br/livrariadauepa@gmail.com
Telefone: (91) 3284-9112

APRESENTAÇÃO

A ideia de elaboração da coletânea de textos, acerca dos cuidados e especificidades com a comunicação médica, surgiu durante uma reunião entre docentes e acadêmicos de medicina do terceiro período (2022). Discutia-se uma forma de realizar um trabalho, no módulo de Humanidades Médicas III, com potencial de alcançar um público mais amplo, para além dos muros da universidade. E foi assim que os grupos de alunos e professores se dividiram para estudar e construir textos sobre diferentes situações, em que o ato de comunicar exige conhecimentos e habilidades.

Em seus quatorze capítulos, é possível conhecer como comunicar sobre enfermidades, prescrições, hábitos saudáveis e situações específicas, como: o paciente analfabeto, deficiente auditivo, vítima de violência, em tratamento de câncer, AIDS e transtornos de humor. Além do manejo com a saúde do idoso, do homem, da mulher com gravidez de alto risco, do autista e medidas paliativas com pessoas consideradas em estado terminal.

Alguns aspectos éticos que envolvem a comunicação da morte encefálica e os avanços da telemedicina, que ganhou mais destaque nos últimos anos, são discutidos na coletânea. Todas essas situações são desafiadoras para o profissional, que precisa desenvolver técnicas comportamentais no atendimento ao paciente, sua família e cuidador.

Mais do que um simples manual técnico, este livro é um convite ao diálogo sobre como ser verdadeiramente empático, eficiente e acolhedor na assistência em saúde. Cada página oferece ferramentas práticas e reflexões profundas que podem aprimorar a forma como o profissional de saúde se conecta com pacientes e familiares. Esperamos que este livro faça a diferença na vida dos profissionais e das pessoas atendidas por eles.

Professora Patrícia Neder

Sumário

A Comunicação Médica Com o Paciente Analfabeto	11
A Comunicação Médica Com Pacientes Vítimas de Violência Doméstica.....	25
A Comunicação Médica Como Estratégia Para a Saúde do Homem.....	39
A Comunicação Médica do Diagnóstico de Câncer Com os Pacientes Acometidos Pela Doença e a Seus Familiares	47
A Comunicação Médica no Acompanhamento de Paciente Com Transtorno de Ansiedade e Depressão	59
A Comunicação Para Manejo da Saúde Mental de Idosos em Isolamento Social.....	69
A Importância da Comunicação e da Relação do Médico Com as Mulheres Que Apresentam Gravidez de Alto Risco.....	77
A Importância e as Implicações Éticas de Uma Comunicação Eficaz em Casos de Morte Encefálica.....	87
Aspectos Relacionados à Comunicação Com o Paciente Com Demência.....	107

A Comunicação Entre Médicos e Pacientes Surdos: Desafios e Implicações.....	119
Comunicação de Medidas Paliativas em Pacientes Terminais.....	129
Comunicação do Diagnóstico Aos Pais de Crianças Com Transtorno do Espectro Autista.....	139
O Médico e a Comunicação Com Pessoas Portadoras de HIV/AIDS	147
Os Aspectos Relacionados à Comunicação na Telemedicina	157

A COMUNICAÇÃO MÉDICA COM O PACIENTE ANALFABETO

Juliane Correa e Correa

Letícia Rego Novaes

Lucas Fernandes Araújo Silva

Willian Hideo Miashiro Yamada

Vanja da Cunha Bezerra

A relação entre o médico e o paciente é um importante indicador para o sucesso terapêutico da enfermidade a ser manejada, devendo ser resultado de um esforço mútuo. Para tal, deve o médico acolher as inquietudes do paciente, indo além de uma abordagem anatomoclínica, transmitindo também as orientações de maneira inteligível para aquele (Bucker *et al.*, 2018).

De fato, as estratégias de comunicação já foram abordadas por Campos e Fígaro (2021) como importante ferramenta para incorporação dessa relação, além de eficaz no esclarecimento de dúvidas e anseios do paciente, de modo que este se sente mais seguro e capacitado para aderir ao tratamento. Por este motivo, é notável a relevância do estabelecimento de uma via de comunicação clara e recíproca durante o atendimento para que, assim, o médico possa efetivamente auxiliar o paciente (Silva, 2000).

Dessa forma, quaisquer barreiras para a constituição desse vínculo são um risco para o estado de saúde do paciente, sendo uma delas o analfabetismo. O analfabetismo é conceituado como a incapacidade de ler ou escrever por uma pessoa, estando hoje classificado em subdivisões, como o analfabetismo digital e o funcional. Essa condição dificulta a compreensão das informações prestadas pelo médico, bem como o entendimento do efeito e forma de aplicação das orientações direcionadas ao tratamento, o que pode resultar em baixa adesão a este (Helena, 2018).

No Brasil, essa limitação torna-se prevalente, pois, segundo a PNAD Contínua realizada em 2019, 11% dos brasileiros maiores de 15 anos são analfabetos, fator associado a outros determinantes em saúde, como a condição socioeconômica e a ocupação (IBGE, 2020). Portanto, percebe-se a necessidade de avaliar o cenário atual e propor novas ferramentas para firmar a comunicação com os pacientes que apresentem dificuldades para tal.

1. Analfabetismo na zona rural

Caracterizada pelo isolamento geográfico e dificuldade de acesso a serviços públicos, a zona rural é negativamente impactada nas áreas de educação, saúde e renda. Tais fatores estão intrinsecamente relacionados entre si, de modo a intensificar as dificuldades vivenciadas pelos habitantes desta região (Vieira, 2010). Dessa maneira, é interessante que o médico desenvolva habilidades eficazes para transmitir as orientações em saúde para esse público, tendo em vista o significativo percentual deste que não é alfabetizado (Mol Júnior, 2019).

Dentre alguns dos empecilhos encontrados pelas equipes de saúde na zona rural, o estudo de Mol Júnior (2019) pontua, além da baixa escolaridade e analfabetismo, o uso de plantas medicinais e hábitos de vidas inadequados pela população do campo, além de intervenção insatisfatória pela equipe de saúde. Assim, outro fator importante complementa as especificidades em saúde da zona rural: os derivados botânicos e animais, tradicionais, que permeiam o cuidado em saúde nesta região, cujo uso é pautado pela oralidade interpartes.

Dessa forma, é importante que o médico saiba manejar as práticas levantadas pelo paciente, como uso de chás, garrafadas e outros compostos, com as orientações em saúde passadas, integrando-as quando julgar interessante. Pacientes analfabetos nessa localidade estão mais vulneráveis por estarem, muitas vezes, associados ao isolamento de outras pessoas e cuidadores, além de contarem com renda baixa. A presença de pessoas alfabetizadas no convívio do paciente promove efeito protetor em saúde para estes (Ribeiro *et al.*, 2016).

Por fim, é relevante que as orientações estejam dispostas de maneira pictográfica e fixa para o paciente, pois meios eletrônicos podem estar sujeitos a diversos vieses durante a utilização (*peopleware* e fornecimento de energia elétrica e de comunicação dificultados).

2. Analfabetismo digital

Define-se como analfabeto digital o indivíduo sem competência para utilizar e entender as ferramentas disponibilizadas no ambiente digital (Melo, 2016). Tal situação leva à exclusão digital visto que, progressivamente, atividades governamentais e culturais estão migrando para a rede. Desse modo, evidencia-se que o domínio do uso dessas ferramentas virtuais é imprescindível para a integração do indivíduo no atual modelo de sociedade. Ademais, é perceptível que a internet tornou-se importante espaço para a comunicação, já que facilitou o processo de disponibilização e compartilhamento de informações (Marcon, 2020).

Em vista disso, o uso de ferramentas digitais está permeando os mais diversos setores a fim de estabelecer praticidade no processo de interação entre as pessoas. Sob essa perspectiva, verifica-se que seu uso nas áreas relacionadas à saúde vem se tornando ferramenta importante na facilitação da interação entre médicos e pacientes, mas é preciso considerar que tal comunicação pode ser ineficaz ou excludente visto que os integrantes dessa relação podem ter inabilidade em utilizar tais ferramentas (Alves, 2021; Paixão *et al.*, 2011).

Nesse sentido, Marcon (2020) aponta que a informação proporciona cuidado integral à saúde. Para alcançar tal objetivo, tem-se como propostas: formação para o uso das tecnologias com competência técnica e formação para a identificação de informações confiáveis, a exemplo das pertencentes às secretarias de Estado. Dessa forma, os profissionais da saúde – tal como o médico – são capacitados para divulgar dados analisados criticamente e que promovam certa autonomia do usuário sobre sua saúde (Paixão *et al.*, 2011)

Além disso, Alves (2021) discorre sobre a necessidade de treinamento para os usuários a fim de garantir o acesso pleno aos serviços de telemedicina, tais quais telemonitoramento, teletriagem, dentre outros. Ademais, é destacado que os sistemas de serviços de saúde devem conhecer o perfil digital de seus usuários para que sejam estabelecidas ações de comunicação objetivas e adequadas com o público alvo (Fabene, 2020).

Tais ações mostram-se importantes para que o usuário com analfabetismo funcional não seja excluído do processo do empoderamento sobre a próprio cuidado com a saúde, entretanto deve-se pontuar que, como afirma Melo (2016), há necessidade de políticas de capacitação por

parte do Estado para que tal público possa desfrutar desses ambientes de comunicação que a tecnologia criou.

3. Analfabetismo na terceira idade

No âmbito da saúde, o processo de envelhecimento da população representa um grande desafio, caracterizado pelo surgimento de novas demandas e pelo uso mais frequente e prolongado dos serviços de saúde (Pinheiro et al., 2019). Apesar do crescente aumento da população idosa no território brasileiro, nota-se a permanência de eminentes obstáculos sociais e de saúde, os quais dificultam a atenção integral à saúde do indivíduo da terceira idade. Este é um aspecto essencial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual considera a funcionalidade do indivíduo como importante indicador de saúde dessa população (Lima *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o baixo Letramento Funcional em Saúde (LFS) e o analfabetismo propriamente dito se constituem como graves problemáticas, visto que afetam negativamente a condição de funcionalidade, enquanto dificultam a compreensão das informações em saúde pelo paciente idoso. Tais premissas podem comprometer o autocuidado e a adesão ao tratamento terapêutico (Lima *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2021; Pinheiro *et al.*, 2019).

Diante desse cenário, é fundamental que o médico, como profissional de saúde, considere a situação de escolaridade do paciente, já que é um importante determinante social com o qual o LFS e a alfabetização se mostram intimamente vinculados (Oliveira *et al.*, 2021). Nesse viés, é relevante que o médico possua a sensibilidade para identificar que a baixa escolaridade é um determinante prevalente nessa faixa etária, visto que muitos indivíduos idosos não possuíram oportunidades de estudo durante a juventude, sobretudo, aqueles pertencentes a grupos inseridos em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica (Oliveira *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2020; Pinhati *et al.*, 2019).

Desta forma, observa-se a importância de se realizar a avaliação do nível de escolaridade do paciente da terceira idade durante a consulta, tendo em vista a estreita relação entre a menor escolaridade e a baixa capacidade em compreender instruções médicas (Oliveira *et al.*, 2021). Nesse sentido, considerando que a baixa escolaridade predispõe o indivíduo a um baixo nível de alfabetização e/ou de LFS, é fundamental que o médico adote

estratégias facilitadoras as quais busquem esclarecer as informações ao paciente e fortaleçam o vínculo com a pessoa, orientando-os claramente e respeitando suas limitações de compreensão (Oliveira *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2020).

Entre as estratégias que podem ser adotadas, Oliveira *et al.* (2021) afirma que o profissional da saúde deve procurar um diálogo compreensível e acessível ao paciente, utilizando uma linguagem simples em um tom de voz devagar e alto, além de se olhar para o indivíduo com o intuito de facilitar a comunicação pela expressão facial e pela leitura labial. Outra estratégia é a descrita pelo estudo de Pinheiro *et al.* (2019), o qual relata o uso da pictografia, a qual consiste na transmissão de ideias e objetivos através de desenhos e de ilustrações, a fim de facilitar a compreensão das receitas e orientações para o paciente, especialmente casos de assistência a idosos e de pessoas com baixa escolaridade.

Tais estratégias podem facilitar a comunicação entre o paciente idoso e o profissional da saúde, trazendo inúmeros benefícios na correta adesão ao tratamento, mas não acabam com o impacto negativo do analfabetismo e/ou do baixo LFS na condição de funcionalidade do indivíduo (Pinheiro *et al.*, 2019). Por isso, outra estratégia relevante é buscar a autonomia e a independência do paciente dentro do seu contexto social através da participação deste em grupos de educação na atenção primária à saúde, objetivando uma prática coletiva entre profissionais da saúde e pacientes, assim como o compartilhamento de informações acerca dos cuidados em saúde e, inclusive, da própria alfabetização (Lima *et al.*, 2020; Pinheiro *et al.*, 2019). Por fim, nota-se a relevância do médico em compreender individualmente a situação de cada pessoa idosa, visando adaptar as estratégias apresentadas às particularidades de cada indivíduo.

Analfabetismo do cuidador

Os cuidadores exercem um papel fundamental no manejo do bem-estar de determinados pacientes, especialmente nos casos de indivíduos idosos, uma vez que, com o avançar da idade, há o aumento dos cuidados de saúde exigidos frente ao desenvolvimento de novas demandas e à maior limitação de capacidades funcionais, como já abordado nesse capítulo (Almeida *et al.*, 2019; Pinheiro *et al.*, 2019). Nesse sentido, observa-se a importância da alfabetização funcional dos cuidadores, tendo em vista a responsabilidade dessas pessoas no auxílio nas atividades diárias, na

administração de medicamentos, no apoio médico e no gerenciamento de informações de saúde do idoso (Almeida *et al.*, 2019).

Diante desse contexto, é fundamental que o médico utilize instrumentos que objetivem identificar o nível de letramento dos cuidadores a fim de auxiliá-los no reconhecimento de possíveis dificuldades vivenciadas (Almeida *et al.*, 2019). Nesse sentido, é importante que o médico busque identificar o nível de escolaridade do cuidador durante a consulta ou a visita domiciliar, tendo em vista, como já abordado nesse capítulo, a estreita relação entre o menor nível de escolaridade do indivíduo e a maior dificuldade na compreensão de informações em saúde (Almeida *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

Nesse viés, é relevante que o médico busque desenvolver ações que visem orientar os cuidadores de forma clara, a fim de garantir os melhores cuidados em saúde, respeitando suas limitações (Almeida *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021). Desse modo, é pertinente a realização de ações coletivas de educação em saúde e de alfabetização, procurando inserir tanto o cuidador quanto o paciente pelo qual é responsável, visando compartilhar conhecimentos de cuidados e melhorar os níveis de alfabetização e compreensão das informações em saúde pelos cuidadores (Pinheiro *et al.*, 2019; Almeida *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2020). Por fim, evidencia-se a importância de se reconhecer o nível de alfabetização funcional do cuidador para melhor manejo terapêutico em saúde.

4. Analfabetismo em doenças crônicas

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 38 milhões de mortes anuais, em especial, no Brasil, devido às limitações no acesso à prevenção e tratamentos. Nesse sentido, o elevado número de óbitos e agravos é parte da realidade de países de média e baixa renda, por não suprirem as demandas em saúde estipuladas pelas DCNT (Who, 2015).

Dessa forma, cabe ressaltar a respeito da conjuntura da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a qual é uma doença crônica, caracterizada por níveis pressóricos maiores que 140 e/ou 90mmHg (Malachias *et al.*, 2016). A condição atinge, aproximadamente, 35% da população brasileira, de modo a ocasionar graves consequências quando não ocorre a devida adesão ao tratamento (Péres *et al.* 2003; Weber *et al.*, 2014; Malta *et al.*, 2017).

Com isso, é válido pontuar que a HAS apresenta desafios quanto ao seu tratamento (Weber *et al.*, 2014; Júnior, 2019), como a necessidade de mudanças de hábitos, o uso de múltiplos fármacos, além da compreensão de informações que permeiam o distúrbio. Sob tal perspectiva, doenças crônicas, como a HAS, demandam cuidados contínuos, para ocorrerem tratamentos bem sucedidos, além da diminuição de agravos (Júnior, 2019; Lima *et al.*, 2020).

De maneira similar, a Diabetes mellitus é um transtorno metabólico de caráter crônico, oriunda de defeitos na secreção e/ou ação da insulina no organismo (Brasil, 2000 b). Nesse sentido são necessárias mudanças nos hábitos de vida para alcançar a devida normalização dos níveis séricos de glicose, de modo que a falta de adesão ao tratamento corrobora a complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (Brasil, 2006 a).

Logo, ressalta-se a importância da atenção primária, caracterizada por ações individuais e coletivas que propiciem a prevenção de agravos e manutenção da saúde, fatores esses primordiais no manejo de doenças crônicas. Sob tal perspectiva, esse modelo necessita da adesão do usuário ao tratamento, para atuarem na tomada de decisões e autocuidado, de maneira a alcançarem o controle de doenças como a HAS e a DM, por exemplo (Ferreira, 2018).

Nesse sentido, os pacientes com condições crônicas devem compreender as indicações medicamentosas, bem como as orientações quanto aos hábitos de vida, tendo em mente que os desfechos clínicos estão estritamente relacionados à compreensão das informações em saúde (Lima *et al.*, 2020). Nesse sentido, para haver a devida adesão às indicações, é necessário avaliar o Letramento Funcional em Saúde, pois diz respeito à capacidade de interagir com as informações em saúde, para aderir à prevenção e entender as instruções medicamentosas (Passamai *et al.*, 2012).

Portanto, de acordo com Vieira *et al.* (2016), é necessária a avaliação da escolaridade do paciente, como fator essencial para promover ações eficientes para promoção de ações de atenção à saúde. Dessa forma, as equipes da atenção primária em saúde devem utilizar de ações, permeadas por habilidades educativas, que viabilizem a troca de conhecimento e, conseqüentemente, um modelo de atenção às doenças crônicas (Mendes, 2012). Para que, em conformidade a Mendes (2012), ocorra a efetivação de medidas de controle quanto aos agravos de doenças crônicas, como a HAS

e a DM, culminando na diminuição de custos econômicos e sociais que permeiam tal realidade.

Dessa forma, percebe-se que algumas medidas podem facilitar as orientações para os pacientes que estão analfabetos, com destaque para as três seguintes: a pictografia, as ações educativas em saúde e os grupos na atenção primária. Cada um pode complementar as deficiências no entendimento ao tratamento de maneiras diferentes, garantindo em conjunto a adesão esperada.

A pictografia consiste no uso de recursos visuais para simplificar a informação transmitida ao paciente, de modo a utilizar símbolos sugestivos para a via de administração do remédio e os períodos do dia em que deve ser consumido. Além disso, também pode ser empregada como reforço da explicação acerca do efeito do medicamento no organismo.

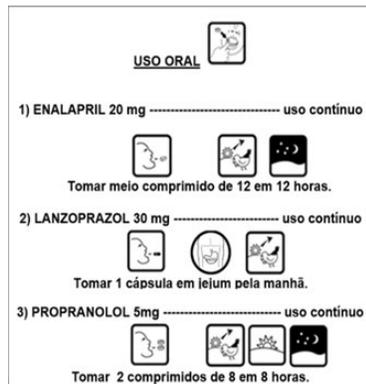


Figura - Pictografia em receita médica.

Fonte: Chehuen Neto *et al.* (2018)

Tais símbolos podem ser feitos à mão pelo médico, pelo paciente ou por outro profissional da equipe de saúde, bem como podem ser impressos na receita ou mantidos sob a forma de adesivos para uso conforme a demanda. No entanto, para assegurar a eficácia da prescrição pictográfica é importante confirmar o entendimento do paciente a respeito das imagens escolhidas. Remetendo à teoria construtivista de Jean Piaget, torna-se interessante entender o que cada processo, efeito e horário significam para o paciente, bem como de que forma estes poderiam ser representados. Assim, uma vez confirmada a compreensão do paciente acerca de cada símbolo e significado, o método pode ser usado com eficácia.

Como última instrução, é relevante orientar o paciente a registrar a prescrição em outros meios, como fotografias ou fotocópias, para evitar o risco de perda do documento, bem como deterioração destes por fatores externos, o que pode comprometer a interpretação ou a visualização da imagem. Além disso, é recomendado manter a prescrição em lugar visível e acessível, para que esta atue não só como orientação, mas também como lembrete.

Já as ações educativas em saúde tem por objetivo ensinar os pacientes acerca de uma determinada temática, possuindo maior apelo nas unidades relacionadas à atenção primária à saúde e implementando dessa forma o Letramento em Saúde destes. Podem ser feitas em momentos oportunos com a população atendida, como durante a espera dos pacientes em áreas comuns da unidade ou em horários reservados com tal finalidade, de acordo com a disponibilidade da comunidade.

A informação pode ser apresentada na forma de material gráfico, como pôsteres e banners, estando exposta em locais de trânsito pelos pacientes, como em corredores ou próximos às cadeiras da unidade, isto para pacientes alfabetizados. Já para os pacientes analfabetos, deve ser comunicada verbalmente por um profissional de saúde capacitado, que elucide as dúvidas e forneça orientações para a população.

Nestes momentos, é importante garantir a participação dos ouvintes, de modo a captar dúvidas e anseios destes, bem como receber um retorno a respeito do entendimento deles sobre as orientações. Estratégias como apresentar uma situação hipotética representando a promoção/prevenção em saúde ou solicitar que os pacientes expliquem a temática da discussão podem ser úteis para consolidar a compreensão destes. Tais ações podem, inclusive, serem apresentadas de maneira lúdica e integradas aos objetivos da pictografia, de modo a auxiliar na implementação da prescrição pictográfica nas unidades de atendimento em saúde.

Por fim, o último método recomendado para aumento da eficácia no atendimento aos pacientes analfabetos são os grupos da atenção primária à saúde, estes que reúnem pacientes sob uma temática específica a fim de discuti-la e compreendê-la. Os grupos podem ser positivos para pacientes analfabetos por se basearem na oralidade, na contação de histórias e na troca de experiências entre os participantes, bem como mediação e transmissão de conhecimentos técnico em saúde pelo profissional.

No entanto, é importante ressaltar que todos os membros do grupo poderão contribuir com informações, dicas e sugestões sobre a prevenção e a promoção de saúde, alcançando efeitos positivos ao apresentar práticas passíveis de serem aplicadas e motivação para manutenção do bem estar físico e mental a partir da interação social. Além disso, o paciente analfabeto também poderá contribuir concretamente, apesar da pouca escolaridade, reforçando neste o sentimento de estima e funcionalidade.

Os grupos podem ser organizados de acordo com o público alvo de cada um, sendo interessante delimitar fatores como temática, perfil dos participantes e permissão de novos integrantes (grupo aberto ou fechado) entre os profissionais de saúde. Já assuntos tais como a frequência das reuniões, bem como o horário, o dia, a duração e a dinâmica das reuniões podem ser definidos em conjunto com os participantes convidados. A priori, deve-se zelar pela adesão dos pacientes, o que pode exigir adaptações no horário de trabalho, como o fazem grupos à noite ou no fim de semana devido à disponibilidade da população.

Em conclusão, foram apresentadas neste capítulo atuais disposições relacionadas ao paciente analfabeto em suas facetas mais prevalentes, apontando os desafios para implementação do tratamento e as estratégias que podem ser empregadas para contornar estes empecilhos. Ressalta-se que é dever do médico assegurar os recursos para promoção e prevenção à saúde pelo paciente, este que é dotado de autonomia e, por isso, torna-se o principal responsável por seu bem-estar, devendo o médico orientá-lo e acompanhá-lo nesta empreitada.

Referências

ALMEIDA, K.M.V. et al. Assessment of functional health literacy in Brazilian carers of older people. **Dement. Neuropsychol.**, v. 13, n. 2, p. 180-186, 2019.

ALVES, V. R. C. et al. **A Telemedicina em meio às desigualdades sociais no contexto da pandemia da Covid-19.** In: II Congresso Nacional de Inovações em Saúde (CONAIS) - Fortaleza, CE, 2021. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/conaiis/trabalho/196811>. Acesso em: 06 set. 2020.

BERNARDES, C.P. **Qualidade de vida e letramento funcional em saúde de portadores de hipertensão arterial residentes na zona rural.** 2016. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 b. 42 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab_1.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

BUCKER, L. C. G. *et al.* Comunicação Acessível na Relação Médico-Paciente Durante a Anamnese. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, v. 4, n. 1, p. 1-10, 2018.

CAVALCANTE, L.R.; BRITO, L. L.; FRAGA-MAIA, H. Functional health literacy: protective role in adherence to treatment for hypertensive patients. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 33, p. 1-12, 2020.

CAMPOS, C. F.C; FÍGARO, R. A relação médico-paciente vista sob o olhar da comunicação e trabalho. **Revista Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 1-11, 2021.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Uso de pictogramas na prescrição médica e letramento funcional em saúde. **Braz. J. Surg. Clin.**, v. 23, n. 2, p. 51-57, 2018.

FABENE, M. R. Ação de Comunicação em Saúde no WhatsApp com base no Perfil Digital de Portadores de Hipertensão e Diabetes. **O Mundo da Saúde**, v. 44, [s. n], p. 12-22, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/946>. Acesso em: 06 set. 2022.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 704-709. 2018.

HELENO, P. S. **Proposta de intervenção para diminuir os fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em uma comunidade quilombola no município de Santos Dumont**. Trabalho de Conclusão de Curso. Minas Gerais. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua - PNAD CONTÍNUA: Educação 2019**. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

gov.br/estatisticas/multidominio/cultura-recreacao-e-esporte/17270-pnad-continua.html?edicao=28203&t=resultados. Acesso em: 03 jul. 2022.

LIMA, J.P. *et al.* Functional health literacy in older adults with hypertension in the family health strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 3, p. 1-8, 2020.

MALTA, D.C.M. *et al.* Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 1. 2017

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3, p. 1-83. 2016.

MARCON, K. Inclusão e exclusão digital em contextos de pandemia: que educação estamos prestando e para quem?. **Criar educação**, Criciúma, v. 9, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18616/ce.v9i2.6047>. Acesso em: 06 set. 2022.

MELO, A. F. A inclusão digital na escola para a erradicação do analfabetismo tecnológico. **e-Mosaicos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/e-mosaicos.2016.26618>. Acesso em: 06 set. 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MOL JÚNIOR, J. B. **Projeto de intervenção na adesão ao tratamento continuado de hipertensos e diabéticos nas unidades básicas de saúde atendidas pela estratégia de saúde da família rural II de Miradouro, Minas Gerais.** Tese para especialização. Juiz de Fora, MG. 2019.

OLIVEIRA, R. L. *et al.* A interpretação da prescrição sob a ótica do paciente idoso analfabeto funcional e de baixa escolaridade. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021.

PAIXÃO, P.B.S. *et al.* A prática de alfabetização em Informação e Comunicação em Saúde: o olhar dos agentes comunitários de Saúde sobre o projeto de Inclusão Digital em Sergipe, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 15, n. 38, p. 937-946, 2011.

PASSAMA IMPB. *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.16, n. 41, p. 301-314. 2012.

PINHATI, R. R. *et al.* Low health literacy in older patients with uncontrolled blood pressure at secondary care. **HU rev**, v. 45, n. 1, p. 13-21, 2019.

PINHEIRO, R. J. **Idosos com analfabetismo funcional, dificuldades na medicação e agravamento de doenças crônicas.** Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da Família, Fortaleza, 2019.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas.** *Rev. Saúde Pública*, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

RIBEIRO, F. G.; CARRARO, A.; MOTTA, J. V. S.; GIGANTE, D. P. Retorno social domiciliar da alfabetização: análise da associação com o tabagismo de analfabetos corresidentes no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 39, n. 6, p. 316-321, 2016.

ROCHA, K. T.; FIGUEIREDO, A. E. Letramento em saúde: avaliação de pacientes em terapia renal substitutiva. **Enfermería Nefrológica**, v. 22, n. 4, p. 388-397, 2019.

SANTANA, R. S. **Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da Escola São José na Unidade Básica de Saúde Pedras, Catu/BA.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

SILVA, L. M. G. *et al.* Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 52-58, 2000.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais.** Belo Horizonte, MG. [Dissertation] – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. p. 125.

WEBER, D.; OLIVEIRA K .R.; COLET C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Hipertens.**, v. 21, n. 2, p. 114-121, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases prematurely take 16 millions lives annually, WHO urges more action;** Geneva: 2015.

A COMUNICAÇÃO MÉDICA COM PACIENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Leonardo Rodrigues Ferreira Diogo

Maria Rita de Sousa Gonçalves

Nayara Martins Ramos

Paula Larissa Baía Lima

Patrícia Regina Bastos Neder

A violência doméstica assume um papel de destaque, principalmente no que tange a violência contra mulher já que é uma causa significativa de morbidade e mortalidade de mulheres no Brasil. O conceito de violência contra mulheres segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) se expressa em qualquer ato de violência que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada. Sob esse viés, faz-se necessário explicar mais o assunto e enfatizar os prejuízos físicos, psicológicos e sociais causados na vida de mulheres de todas as idades. (Prevenir, C. I. P. 1994).

A violência doméstica ou familiar pode impactar de modo significativamente negativo a vida dos integrantes de um núcleo familiar, seja de forma psicológica, moral, patrimonial, sexual ou física (Tavares, 2000). O principal grupo historicamente atingido pela agressão, coerção e constrangimento da violência familiar são as mulheres, as quais precisam se articular como uma classe para garantir seus direitos e estipular deveres do Estado em relação a elas (Gomes, 2013).

Nesse contexto, é importante frisar que as mulheres são consideradas inferiores na sociedade desde a sua formação, principalmente sob a óptica religiosa cristã e sarracena, devido à complexa diferença fisiológica entre mulheres e homens, proporcionando atributos da comunidade em relação a

elas no contexto histórico, como cuidar da casa, gerar descendentes e cuidar dos mesmos (Porto, 2014). Assim, ao longo do tempo a desigualdade social entre homens e mulheres tornou-se cada vez mais perceptível, abrindo caminho para necessárias mudanças (Porto, 2014).

Em um contexto europeu, as mudanças iniciaram-se no século XVIII com as ideias iluministas, as quais rompiam com a sociedade medieval e possibilitaram a reformulação do conhecimento sobre igualdade, cidadania e direitos civis (Porto, 2014). No Brasil, a manifestação de ideias sobre igualdade de gênero e sobre a necessidade de diminuição da violência doméstica teve repercussão no século XX, aspecto que demonstra a recente ação em conjunto das mulheres para requerer respeito e atenção social (Tavares, 2000). A exemplo disso, em 1975 um grupo de 500 mulheres realizou uma manifestação em São Paulo requerendo apoio financeiro e protetivo do governo às mulheres mães (Tavares, 2000). Nesse sentido, observa-se a necessidade de o Estado atuar continuamente para alcançar a proteção eficaz das mulheres contra a violência doméstica.

Nessa perspectiva, violência doméstica é um tema que há bastante tempo vem sendo debatido e, apesar dos esforços das mulheres e do Estado para promover proteção, os casos ainda estão em ascensão (Porto, 2014). Atualmente leis de proteção à mulher são bem definidas, como a Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (lei Maria da Penha) e a Lei 14.022/20, sancionada em julho de 2020, a qual regulamenta o registro de boletins de ocorrência online e por telefone de violência doméstica e familiar (Bueno, 2021). Entretanto, em uma pesquisa realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2010, foi constatado o alto índice de 34% das mulheres brasileiras vítimas de violência doméstica (Martins, 2017). Dentre outros fatores, isso ainda está bastante relacionado a fatores estruturais e históricos de região para região (Martins, 2017).

A Lei Maria da Penha, dispositivo legal que dispõe a favor da punição de agressores em casos de violência doméstica, discrimina cinco tipos de violência que podem ser praticados contra a mulher: A violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial.

A violência física trata-se da agressão física ou atentado contra a integridade física e é assinalada por tapas, empurrões, chutes, murros, perfurações, queimaduras, tiros, dentre outros que muitas vezes podem levar ao óbito.

A violência psicológica configura-se em ações que causem danos psicológicos à mulher, é a mais silenciosa, deixando marcas profundas, por não apresentar um caráter momentâneo e apresentar-se com efeito cumulativo, sendo marcada por qualquer conduta que leve ao dano emocional como, por exemplo, a diminuição da autoestima, a coação, as humilhações, imposições, jogos de poder, desvalorização, xingamentos, gritos, desprezo, desrespeito, enfim, todos os atos que caracterizem violação dos valores morais.

A violência sexual é entendida como qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força, que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivo. As vítimas de violência sexual podem sofrer consequências comportamentais, sociais e de saúde física e mental.

A Violência moral está presente quando a imagem da mulher é atacada, por sua condição de mulher, por meio de calúnia, injúria e difamação. E a violência patrimonial ocorre quando a mulher tem seus bens restringidos, subtraídos ou controlados pelo homem, retirando dela a liberdade financeira (Brasil, 2006).

Nesse sentido, cabe destacar que os vários tipos de violência doméstica estão distribuídos de forma desigual nas regiões do país definidas pelo IBGE. Em 2009, a região Nordeste apresentou a maioria das ocorrências, representando 38% dos casos de violência doméstica contra as mulheres. Além disso, a região Sudeste apresentou 24% dos casos, a região Sul com 12% dos casos, a região Norte com 15% dos casos e a região Centro-oeste com 11% dos casos (Martins, 2017). Percebe-se que questões de proporção territorial, historicidade e culturalidade de cada região atuam na alteração desses dados, a exemplo de que a maior incidência está em cidades mais urbanizadas (Martins, 2017).

Ao se destacar a região Norte do País, percebe-se que as mulheres ainda enfrentam bastantes casos de violência doméstica. Nesse sentido, um levantamento realizado pela Delegacia da Mulher (DEAM) em 2011, demonstrou que de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, 22.222 mulheres buscaram ajuda devido à violência sofrida no âmbito doméstico em Belém

do Pará (Gomes, 2013). Além disso, dados da mídia impressa paraense indicam 657 casos de violência doméstica no período de 2006 a 2010, com a indicação de que 67,6% destes ocorreram na residência, em 50,1% a mulher foi vítima de violência física, em 29,8% o instrumento utilizado foi o estupro, em 35,2% o local atingido foi genitália e apenas em 67,6% tiveram o desfecho em denúncia, fator que deve ser mudado (Gomes, 2013).

Dessa forma, levando em consideração tanta incidência da problemática, é importante destacar os impactos casados na vida da mulher violentada, principalmente no que diz respeito à sua saúde mental e física. Lesões, hematomas, luxações, escoriações, mutilações, dificuldades ligadas à sexualidade e complicações obstétricas são alguns dos danos da vivência de violência à saúde das mulheres. A violência não afeta apenas a integridade física das vítimas e não é um processo efêmero, é um ato que compromete a qualidade de vida da mulher ao deixar sua saúde debilitada em todas as suas esferas de abrangência ao causar o aumento do risco de contaminação por IST's, morbidades, deficiência física ou mental e distúrbios psicológicos. Dessa maneira, a mulher violentada torna-se paciente assídua e dependente dos medicamentos e serviços oferecidos pelo SUS, por necessitar de um acompanhamento e tratamento especializado. (Netto; Leônidas de Albuquerque, 2014)

Netto, Leônidas de Albuquerque *et al.* (2014), comprovam em seus estudos que a violência também leva a um maior risco de acidentes e ao hábito de fumar, além do uso de medicamentos em excesso, principalmente antibióticos e anti-inflamatórios. Tal estudo, também enfatiza os agravos à saúde mental das mulheres resultantes da violência: irritabilidade, autoestima diminuída, insegurança profissional, tristeza, solidão, raiva, falta de motivação, dificuldades de relacionamento, desejo de sair do trabalho e dificuldades de relacionamento familiar. Desse modo, os distúrbios físico, psicológico e emocional causados pela vivência de atos violentos contra mulheres, influenciam na conservação e na integridade da saúde das vítimas de forma degradante, agressiva e destruidora de sua autoestima e de seu estado de independência completa.

Assim, destaca-se também que o Estado precisa ter o atendimento e a assistência necessárias e eficazes às vítimas. No momento de crise, após sofrer algum tipo de violência, é comum a vítima buscar ajuda, mas sem saber exatamente que tipo de ajuda se quer e, também, quais são os procedimentos corretos com os quais deve ser atendida.

Um dos locais de procura é o centro de atendimento complementar oferecido pela Delegacia da Mulher onde a vítima é acolhida para fazer a denúncia, registrar o boletim de ocorrência e caso necessite fazer a solicitação de medida preventiva de segurança. Para realizar uma denúncia são necessários os documentos da vítima, o máximo de informações possíveis sobre o agressor, como nome, número da identidade, endereço, além de provas e testemunhas do crime. Em casos de agressão física, a mulher será encaminhada para o exame de corpo de delito. Algumas delegacias possuem médicos no próprio local e o exame é realizado na própria instituição. Quando não houver um especialista na delegacia, a vítima será então encaminhada para um hospital, onde será feito o exame. (Delegacias da Mulher [s.d]).

Contudo, a delegacia da mulher nem sempre atende qualquer crime que tenha ocorrido contra uma mulher. Em alguns estados investigam toda violação de direitos das mulheres, mas, em outros, as delegacias especializadas focam apenas nos crimes previstos na lei Maria da Penha, como violência doméstica, além de casos de crimes contra a dignidade sexual e feminicídio. Diante desse cenário, já são observados obstáculos e restrições que mulheres vítimas de algum tipo de violência sofrem na busca por ajuda. (Delegacias da Mulher [s.d]).

A procura por apoio se encontra também nos serviços e profissionais de saúde. Esses devem estar capacitados para acolher, atender, orientar e encaminhar a vítima para outros serviços de apoio na identificação e combate à violência. A questão da violência se transforma em problema para a área da saúde na medida em que afeta a saúde individual e coletiva, demandando a formulação de políticas públicas específicas e a organização de serviços voltados à prevenção e tratamento, uma vez que a violência doméstica provoca múltiplas repercussões na saúde das mulheres e gera desafiadora agenda para os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (Flaeshen, 2020).

Quanto às características do acolhimento e atendimento da mulher violentada na atenção secundária de saúde, é de suma importância a conduta médica adequada nestes casos, que deve incluir apoio psicológico à vítima, exame físico completo, coleta de exames, prevenção de gravidez indesejada e profilaxia contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) em caso de violência sexual. Tais condutas minimizam as diversas implicações em longo prazo que incluem ansiedade e depressão por parte das vítimas (Paraná, 2017).

A apresentação de disponibilidade, receptividade e confiança por parte do médico, além de se constituir o caminho para estabelecer uma relação de cuidado, permite que a vítima se sinta cuidada e consiga expor e perceber os motivos que a levaram a esta condição. Para isso, é preciso existir um processo interativo entre o médico e a vítima.

As condutas gerais dos profissionais de saúde, diante da violência contra a mulher, são:

- Identificação;
- Acolhimento: sendo fundamentais ética, privacidade, confidencialidade e sigilo.
- Abordagem multiprofissional;
- Registro e notificação;
- Orientações e acompanhamentos;
- No caso de violência sexual, realizar testes de IST para prevenir agravos a mulher;
- Caso a usuária não relate a violência no primeiro momento, qualquer referência deve estabelecer a necessidade de uma atenção por parte da equipe de saúde; Identificar a rede de apoio a saúde mental e os órgãos de proteção à mulher;
- Inserir a mulher em grupo de apoio.

A pessoa deverá ser acolhida em ambiente reservado assim que sinalizar o fato que a levou a procurar atendimento. Neste momento pode-se observar se existe a presença de alguma pessoa que possa coibir o relato (seja familiar ou profissional do serviço) e verificar a possibilidade de entrevista na presença de outro técnico ou sem o familiar. O acolhimento poderá ser feito pelo enfermeiro, assistente social ou psicólogo (ou outro técnico capacitado e com habilidades para atendimento à mulher vítima de violência doméstica ou sexual). Para fins de prioridade e encaminhamento, o profissional deverá confirmar o tempo decorrido entre a violência e a procura pelo atendimento. Dados como tipo de agressão (com contato de fluidos ou não), meio empregado (para verificação de uso de substância química que impossibilita a pessoa de resistir) e, caso mulher em idade

fértil, se usa algum método contraceptivo, deverão ser questionados garantindo agilidade para profilaxias. Estas informações preliminares deverão ser registradas em prontuário para que a pessoa não necessite repetir várias vezes o fato ocorrido. Cabe aos profissionais informar sobre os procedimentos e medidas que serão realizadas. Em posse do breve histórico e dos dados pessoais da pessoa em situação de violência, aciona-se a delegacia de referência para solicitação de exames periciais (Lesões Corporais, Ato Libidinoso, Conjunção Carnal e/ou Toxicológico) e a nomeação como perito ad hoc do médico que irá atender a pessoa (Brasil, 2016).

Além disso, de forma específica às vítimas de violência sexual, o Sistema Único de Saúde adota um protocolo cujo objetivo é estabelecer uma padronização no atendimento às mulheres e meninas vítimas desse tipo de violência, com organização e humanização do atendimento, visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, oferecendo uma atenção integral e multiprofissional a estas pacientes (Brasil, 2015).

De acordo com a Norma Técnica - documento criado em 2015 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, Ministério da Saúde e Ministério da Justiça - o atendimento a pessoas em situação de violência sexual deve seguir as seguintes etapas: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial.

É necessário durante a consulta ou exame avaliar os riscos envolvidos em casos abuso sexual, oferecendo medidas de proteção e intervenção apropriadas. Recomenda-se que o atendimento seja realizado até 72 horas após a agressão, devido à maior eficácia das medidas profiláticas. Assim, inicia-se a contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B e faz-se a coleta de sangue para os demais exames laboratoriais. (Brasil, 2015)

Durante os exames clínicos e ginecológicos é dever do profissional pedir permissão para a paciente para realizá-los e explicar a importância para o rastreio de IST 's ou lesões. Caso ela permita, deve-se sempre informar os passos do exame e os locais a serem tocados. É necessário ter esse cuidado e atenção em qualquer e exame e qualquer paciente, mas principalmente

com as que foram vítimas de violência sexual, haja vista o momento de vulnerabilidade que essas pacientes se encontram. Nessa etapa, serão coletados também vestígios biológicos presentes na vítima que permitirão identificar o agressor em casos de violência sexual ou física (Brasil, 2015).

É dever dos serviços de saúde preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada, disponível no portal do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A periodicidade de notificação das situações de violência pelos órgãos e profissionais responsáveis é semanal. Porém, situações de tentativa de suicídio e violência sexual têm a obrigatoriedade de serem notificadas em até 24 horas do conhecimento do agravo, devido a necessidade de se tomarem medidas urgentes (encaminhamento para rede psicossocial e medidas de profilaxia das IST's e anticoncepção de emergência, respectivamente). O registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial, nos casos de violência sexual, não for realizado (Brasil, 2015).

Ao finalizar todas as etapas acima mencionadas, a paciente vítima de violência, seja sexual ou física, após ser atendida em situação emergencial no hospital, deverá ser encaminhada para continuidade do seu cuidado em seguimento ambulatorial para acompanhamento psicossocial (Brasil, 2015).

Diante de todo o exposto, apesar de toda a magnitude e persistência da violência contra a mulher no país, apenas nos últimos anos da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) puseram, através de portarias e documentos, esse tipo de violência como um problema grave de saúde pública, necessitando de maior atenção do poder público devido à sua gravidade, prevalência e consequências pessoais e sociais (Silva, 2022). Durante o ano de 2014, foram atendidas no SUS 223.796 vítimas de diversos tipos de violência. Isto é: a cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida (Oliveira, 2019). Além disso, devido às consequências da violência sobre a saúde, mulheres nessa situação são frequentadoras assíduas dos serviços de saúde, muitas vezes, o único lugar em que procuram ajuda. Pelo menos 35% das queixas levadas por mulheres a esses serviços estão ligadas à violência sofrida e os perpetradores são seus parceiros íntimos em 88% dos casos (Hasse, 2014).

De acordo com os dados disponíveis, nota-se o quanto importante se torna a formação médica adequada a esse atendimento específico, uma

vez que é cotidiano na vida do profissional que muitas vezes não aprendeu a lidar com a situação da melhor forma, seja na faculdade ou em outras capacitações extracurriculares.

Nesse sentido, muitas vezes o profissional limita sua atenção aos fatores biológicos que podem afetar a usuária, secundarizando outras questões envolvidas e que poderiam garantir um melhor prognóstico com diminuição da reincidência dos casos. A qualidade da atenção implica a superação do enfoque biologicista hegemônico nos serviços de saúde e adoção de um conceito de saúde integral, que contemple as questões psicológicas, biológicas, sexuais, ambientais, sociais e culturais, e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde (Mantamala, 1995).

A exemplo, o estudo de Pedrosa; Spink, 2011, ressalta que a inclusão da temática violência na estrutura curricular do curso de Medicina ainda surge de forma incipiente e superficial. Os profissionais relataram que, durante a formação, entraram em contato com essa temática apenas quando discutiram o atendimento a crianças e adolescente vítimas de violência e quando abordaram a violência sexual. Porém, o enquadre dado a essa discussão, segundo os entrevistados, não abordou questões transversais da violência, como gênero, raça/etnia e classe social. Nas disciplinas propedêuticas, essas questões não são inseridas em uma discussão político-social, estando ainda centradas na abordagem saúde-doença-conduta.

Em 2003, para a implantação da ficha de notificação compulsória nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto (SP), a Secretaria Municipal da Saúde realizou uma capacitação para os profissionais de saúde no qual foram abordados aspectos referentes à violência contra a mulher e a ficha de notificação foi apresentada. Apesar de todos os profissionais médicos e enfermeiros da rede terem sido convidados, apenas enfermeiros compareceram (Hasse, 2014). Este estudo destaca outro ponto importante, não é suficiente apenas que haja a formação para a descentralização do atendimento, mas é preciso também que a comunidade médica participe e entenda o quão importante e o quanto isso representa para o bem estar da paciente.

Assim, sem as devidas instruções, o profissional médico enfrenta numerosos desafios quando está diante das vítimas. Dentre eles estão o medo de ofendê-las ou constrangê-las, a falta de tempo devido à alta demanda que o serviço possui e o sentimento de impotência por achar que não conseguiriam mudar a situação delas (Silva, 2022). No entanto, tais

entraves podem ser minimizados por meio de um melhor direcionamento ao profissional e melhor infraestrutura que possa agregar em atendimentos de maior qualidade e mais eficazes.

Além disso, é necessário entender que não apenas o médico tem o papel de atender as vítimas da melhor forma possível, mas também os outros profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional, a qual é muito importante para a resolutividade pois consegue ver a paciente de forma integral e geral compreendendo seus diversos aspectos. Assim, o serviço multidisciplinar prestado pelo Centros de Referência de Atendimento à Mulher busca intervir sobre as motivações concretas (dependência financeira e filhos) e subjetivas (dependência emocional), oferecendo alternativas para a saída da situação por meio acolhimento e atendimento psicossocial centrado na paciente, visando minimizar sua dor física e emocional, como apoio de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, técnicos e toda a equipe necessária para um atendimento eficaz. (Azevedo, 2016).

Nessa perspectiva o extinto Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, por meio do “Programa mulher sem violência”, publicou em 2013 as Diretrizes Gerais e Protocolos de Atendimento a esse público, os quais indicam que, para se ter um aumento da resolubilidade dos casos, é necessária uma escuta qualificada que deve estar pautada nos seguintes aspectos: atenção, afastar culpas, proteção, linguagem, honestidade, perguntas corretas, sigilo, discrição, registro e tranquilidade (Brasil, 2013b). Entretanto, observa-se que são insuficientes e incompletas as orientações aos profissionais, haja vista a complexidade e magnitude da violência contra mulher.

Portanto, conclui-se que a comunicação médica eficaz e empática com as pacientes vítimas de violência doméstica está fragilizada. Assim, torna-se imprescindível a revisão da grade curricular do curso de medicina para a inserção de discussões mais veementes acerca desse tipo específico de violência que está presente no sistema de saúde. Além de ser indiscutível a necessidade de constantes reformulações dos protocolos e capacitações aos profissionais para que o atendimento seja cada vez mais abrangente das especificidades de cada situação e de cada paciente para que o prognóstico seja o melhor possível.

Redes de Apoio e Denúncia Contra Violência Doméstica

- **Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180**

A ligação é gratuita e o serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana. São atendidas todas as pessoas que ligam relatando eventos de violência contra a mulher. O Ligue 180 atende todo o território nacional e também pode ser acessado em outros países. **Iminente perigo**

- **-Ligue 190 e chame a Polícia.**

- **BOLETIM DE OCORRENCIA ONLINE: <https://www.delegaciavirtual.pa.gov.br/#/>**

Referências

AZEVEDO, M. N. *et al.* **Permanência de mulheres em situação de violência: compreensões de uma equipe multidisciplinar.** EPOS. Rio de Janeiro. v. 7, n. 2, 2016.

BOSCO, N.; SOUZA, C. **Maioria dos feminicídios acontece dentro de casa, aponta IBGE.** [S. l.]: Correio Braziliense, 2021.

BRASIL. **Secretaria de Política para Mulheres.** Programa Mulher sem Violência. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica.** Brasília, DF 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa** – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, **Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006,** (Lei Maria da Penha).

BUENO, S.; REINACH, S. **A cada minuto, 25 brasileiras sofrem violência doméstica:** Dados inéditos do Ipec mostram que, no último ano, 13 milhões de mulheres disseram ter sido alvo de ofensas, agressão física ou sexual. Piauí, [S. l.], p. 1, 12 mar. 2021.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, **“Convenção de Belém do Pará”**, 9 de jun. de 1994. Disponível em: [Convencao de Belem Do Pará \(cidh.org\)](http://convencao.debelemdo.org). Acesso em: 06 jul. 2022.

DELEGACIAS DA MULHER, **Não se cale**. Disponível em: <https://www.naosecale.ms.gov.br/delegacias-da-mulher/>. Acesso em: 08 jun. 2022.

FLAESHEN, H. Epidemia invisível: o papel do SUS no combate à violência contra as mulheres. **FIOCRUZ**, 2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1135>. Acesso em: 22 jun. 2022.

GOMES, V. R. *et al.* **Violência contra a mulher nas regiões do Brasil: a versão da mídia paraense**. 3. ed. [S. l.], 2013.

HASSE, M. *et al.* Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.38, n.102, 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. In: MANTAMALA, M. I. *et al.* Qualidade da atenção, gênero e saúde reprodutiva das mulheres. Santiago: ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

NETTO, LEÕNIDAS DE ALBUQUERQUE *et al.* Violence against women and its consequences. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2014, v. 27, n. 5. Acesso em: 5 jul. 2022. p. 458-464.

TAVARES, D.M.C. Violência doméstica: uma questão de saúde pública. São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, M. T. *et al.* A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cad Bras de terapia ocupacional**. São Paulo, v. 27, n. 1, 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2017.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde & sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

SILVA, K. E. A. *et al.* O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas. **Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2022.

Violência contra a mulher aumentou no último ano, revela pesquisa do DataSenado. **Agência Senado**, [S. l.], p. 1, 9 dez. 2021.

MARTINS, J. C. **Determinantes da violência contra a mulher no Brasil**. Minas Gerais, 2017. VIOLÊNCIA doméstica e familiar contra a mulher. *In*: PORTO, P. R. F. Violência doméstica e familiar contra a mulher: Análise crítica e sistêmica. 3. ed. rev. Porto Alegre: [s. n.], 2014. cap. 1, ISBN 978-85-7350-164-3.

VIOLÊNCIA SEXUAL. **Não se cale**. Disponível em: <https://www.naosecale.ms.gov.br/violencia-sexual-2/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

A COMUNICAÇÃO MÉDICA COMO ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE DO HOMEM

Fernando Gabriel dos Santos Santiago

Letícia Cavalcante Gondim

Luan Daher Fernandes

Lucas Alves Leão

Pedro Henrique Lago de Oliveira

Patrícia Regina Bastos Neder

O eixo de pensamento de que o ser humano é por essência um “animal político”, vem percorrendo a história desde os primórdios da criação do pensamento filosófico. Nessa perspectiva, o indivíduo exerce sua natureza ao se integrar a uma comunidade e se comunicar com seus semelhantes (Oliveira, 2021).

No que concerne às áreas as quais a comunicação se apresenta como um pilar, o campo da saúde torna-se um dos mais importantes a ser mencionado, pois, para a promoção integral dos serviços de saúde, a criação de uma relação médico-paciente forte conduz a um incremento na qualidade dos cuidados de saúde (Santos *et al.*, 2010).

A partir dessa noção, compreende-se que algumas das consequências positivas da comunicação nos ambientes de saúde são a redução das chances de erros de diagnóstico, facilidade na compreensão/memorização das recomendações médicas e a adesão ao tratamento, diminuindo danos e/ou riscos que podem ser atribuídos aos pacientes (Santos *et al.*, 2021). Dessa forma, explicita-se a função da comunicação, também, como condicionante para um bom desfecho clínico, sobretudo, em indivíduos acometidos por condições crônicas (Galvão, 2017).

Fundamentado nisso, o Ministério da Saúde desenvolveu diversas Políticas Nacionais que objetivam melhorar o acesso e a qualidade dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo da

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta entrou em vigor em 2009 e é a primeira política de saúde da América Latina direcionada ao gênero masculino (Pereira, 2019), a partir da qual buscou-se determinar que diversas condições relacionadas a essa população constituem problemas de saúde pública e atribuem riscos à mesma, facilitando a busca e acesso aos serviços ofertados pelo SUS (Brasil, 2009).

Tal ação governamental mostra-se de extrema relevância, uma vez que a população de sexo biológico masculino, especificamente a constituída por homens, desenvolve-se historicamente a partir da noção de virilidade. Nesse sentido, há influência drástica na busca por cuidados, o que se torna explícito pelo seu ingresso nos sistemas de saúde a partir dos níveis de atenção que oferecem pronto atendimento, de modo a intensificar os custos hospitalares (Lopes, 2017). Devido a isso, configura-se uma realidade caracterizada por baixa adesão às unidades da Atenção Básica e pela prática insuficiente do autocuidado; potencializando, assim, o risco para o desenvolvimento de diversas comorbidades, as quais poderiam ser evitadas caso fossem feitas medidas de prevenção com maior regularidade (Oliveira, 2020).

A média da expectativa de vida masculina em 2019 era 73,1 anos, enquanto, para o sexo feminino, a expectativa era de 80,1 anos (Agência IBGE Notícias, 2020), de acordo com o IBGE. Tal diferença se justifica

A pertinência deste estudo se explicita na necessidade de se compreender, na literatura atual, a importância da comunicação entre profissionais e pacientes, como a partir da PNAISH, para que haja uma maior busca dos indivíduos do sexo masculino pelas unidades de atenção básica. Além de, sob tal perspectiva, evidenciar a influência dessa busca para a melhoria da sua condição de saúde geral e, conseqüentemente, da redução de fatores associados à alta morbimortalidade característica do grupo.

Entre os principais fatores que dificultam a busca dos serviços de saúde por homens se destacam: por parte do homem, a falta de autocuidado e a sensação de invulnerabilidade – como conseqüências da ignorância acerca da própria responsabilidade quanto à saúde e do modelo de masculinidade predominante –, a responsabilidade financeira e laboral e sua conseqüente restrição temporal, o desconhecimento sobre estratégias e níveis de saúde e o conseqüente uso inadequado dos mesmos, e por parte do poder público, os reduzidos investimentos na assistência à saúde de indivíduos do sexo masculino e as campanhas restritivas, taxativas e inacessíveis pela escolaridade.

Sobre a falta de autocuidado e a sensação de invulnerabilidade, e sua relação com a ignorância masculina sobre suas responsabilidades e o impacto do modelo de masculinidade (e do machismo) no processo, Carneiro *et al.* (2019), Cavalcanti *et al.* (2014), Martins *et al.* (2021) e Santos *et al.* (2017) ressaltam que o imaginário, os modelos de comportamento masculinos, a forma da responsabilização, centrada na mulher, levam a menor procura masculina periódica por serviços de saúde, postergação de tratamentos e busca por diagnósticos, aumento de custos em tratamentos, necessidade de uso níveis superiores de atenção e agravos à saúde. Quanto à responsabilidade familiar, econômica e laboral, Cavalcanti *et al.* (2014), Martins *et al.* (2021) e Nascimento *et al.* (2018), destacam que, por serem em grande número de vezes a principal fonte de renda da família, os homens apresentam pouco tempo disponível para buscarem assistência à sua saúde; em especial Santos *et al.* (2017) ressalta que há um componente psicológico na necessidade do trabalho – o indivíduo sente necessidade de laborar para cumprir com as expectativas sociais. No que se refere ao conhecimento e uso dos níveis e estratégias de saúde, Carneiro *et al.* (2019), Pereira *et al.* (2015) e Santos *et al.* (2017) relatam que há grande desconhecimento acerca da estrutura da assistência à saúde, as funções do nível primário e, conseqüentemente, a busca constante pelo nível terciário, além do não acompanhamento e o agravamento de comorbidades.

Acerca dos investimentos nas ações direcionadas à população masculina, Santos *et al.* (2017) ressalta haver pouca estruturação na área – tanto material, quanto em formação direcionada –, dificultando a assistência. Às campanhas é relacionado, por Carneiro *et al.* (2019), Martins *et al.* (2021) e Miranda *et al.* (2018), marcante direcionamento a outros públicos-alvo que não o masculino; este carecendo de campanhas para além do *novembro azul*, resultando em uma noção de que a saúde do homem se restringe à prevenção do câncer de próstata. Pereira *et al.* (2015) também ressalta a inadequação da linguagem das campanhas à escolaridade da população masculina em geral.

Segundo Oliveira *et al.* (2014), é evidente que tabus e a cultura da masculinidade são diretas causas para a resistência de homens na busca por atendimento. A cultura da masculinidade impõe ao homem, indiretamente, princípios de invulnerabilidade e virilidade, que fazem com que estes não possam demonstrar suas inseguranças, sejam estas sentimentais (ansiedade, medo) ou fisiológicas. Ademais, a educação familiar tem influência definida na orientação no papel do homem na sociedade, influenciando suas

características de protetor e viril, gerando homens com menos autocuidado e mais comportamentos agressivos e descuidados.

Nesse âmbito, o autocuidado é visto como característica das mulheres, que são habitualmente induzidas socialmente a apresentarem comportamentos de delicadeza e amabilidade, peculiaridades opostas às masculinas, potencializando ainda mais atitudes contrárias dos homens, que são forçados a rejeitar esses ideais para demonstrar a virilidade.

Em discussão, Gomes (2007), ressalta a importância do imaginário de ser homem e investiga como a identidade masculina afeta as relações sócio pessoais e a procura pelos serviços de saúde. É investigado o reconhecimento, pelos homens, de diferentes estilos de masculinidade, as quais podem conter traços de feminilidade, delicadeza e amorosidade, se aproximando de ideais femininos, porém, que na maior parte das vezes, se revela no sigilo.

Outra característica relevante é a vergonha. Em muitos casos de atendimentos, homens tem vergonha de ficar exposto à outras pessoas, seja pela situação de vulnerabilidade ou por causa de especificidades de consultas, como no caso do exame de próstata, em que teriam que expor partes íntimas. Isso se associa à cultura de exposição corporal masculina, que difere da feminina, a qual costumeiramente se expõe ao médico, devido, entre outros fatores, à criação da ginecologia.

Do mesmo modo, o medo de pacientes homens da descoberta de doenças potencialmente graves, como câncer, que afete suas vidas de maneira significativa, (influenciando atividade laboral, por exemplo) reforça a ausência de muitos pacientes em locais de saúde.

Gomes (2007) também chama a atenção para a maior presença de mulheres nos espaços de serviços de saúde, sejam estas profissionais ou não, o que gera sensação de não pertencimento masculino a muitos consultórios e unidades de saúde.

Desta maneira, de acordo com Nascimento e colaboradores (2018), uma excelente estratégia para promover a saúde masculina é qualificar os profissionais de saúde nas principais patologias relacionadas ao sexo masculino e incentivar que este profissional, em qualquer oportunidade, realize a educação em saúde e estimule a participação nos serviços de saúde, de modo a mudar a mentalidade de virilidade vigente, na qual a busca por saúde é um sinal de fraqueza, com efeito em ampliar a promoção de saúde entre o sexo masculino. Conforme Aguiar (2020), o estímulo a essa

prática ao profissional é fundamental, pois existe um despreparo desde os trabalhadores em saúde de abordar esse público, além de um baixo incentivo, o que culmina em um fraco acolhimento do sexo masculino nos serviços ofertados e a manutenção de estereótipos sociais, o que culmina na continuação do distanciamento do sexo masculino e desinformação em saúde.

Em mesma perspectiva, Cavalcante e colaboradores (2014) e Cardoso e colaboradores (2019), destacam a importância da criação de vínculo com o profissional como impulsionador na promoção e prevenção, pois este identifica melhor as fragilidades e facilita a resolutividade das necessidades do paciente, além de diminuir os sentimentos de vergonha, medo e desconforto do paciente do sexo masculino se expor ao profissional. Assim, torna-se importante a diminuição da elevada rotatividade dos profissionais na atenção primária de saúde (Aguiar *et al*, 2020). No entanto, ainda conforme o autor, apesar da relevância do vínculo médico-paciente, ainda há a manutenção da prática curativista voltada para a realização de exames e procedimentos com baixa conscientização em saúde. Somando-se a isso, pode destacar também a importância de campanhas promocionais que incentivem a busca de tratamento pelo sexo em questão, sendo um ponto fundamental para maior ruptura da construção cultural do sentimento de invulnerabilidade masculina.

O estudo realizado reforça a ideia da baixa procura por homens aos serviços de saúde, motivada por restrições laborais, culturais e sentimentais, dificultando tanto a prevenção quanto o tratamento de patologias.

A percepção de masculinidade ideal como força e virilidade e sua incorporação na criação dos homens implica em mais resistência perante a realidade de diversas doenças e a procura por tratamento, atitude vista como sinal de fraqueza e insegurança.

O compromisso laboral e o ideal de responsabilidade pela criação e proteção familiar, associados à renda, juntamente à incompatibilidade de horários com o funcionamento de muitas unidades de saúde e locais de consulta dificulta a procura por esses serviços.

Ademais, a falta de incentivo à população masculina e a maior presença de projetos de saúde voltados para outras populações cria sentimento de não pertencimento masculino aos espaços de saúde.

É importante estimular a participação desta parcela da população, por meio de profissionais especializados e projetos de inclusão que objetivem

aceitar variáveis ao ideal de masculinidade, ressaltando a importância do autocuidado e tratamento para o exercício dos diversos papéis sociais masculinos. Do mesmo modo, a criação de vínculo médico paciente mais próximo e que identifique as necessidades masculinas pode ser essencial para a determinação da procura e aceitação de homens pelos serviços de saúde.

Referências

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos.** 26 nov. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 2 ago. 2022.

AGUIAR, R. S. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente na atenção primária no contexto da saúde do idoso. **Rev. CEREU**S, v. 12, n. 4, p. 46-65, 17 dez. 2020.

BRASIL. **Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:

Plano de Ação Nacional 2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem_2009-2011.pdf. Acesso em: 07 jul. 2022.

CARNEIRO, V. S. M. *et al.* Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v. 23, n. 1, p. 35-40, jan./abr. 2019.

CAVALCANTI, J. R. D. *et al.* Assistência integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 628-634, out./dez. 2014.

GALVÃO, M. I. Z; BORGES, M. S.; PINHO, D. L. M. Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, 2017.

GARCIA, L. H. C. *et al.* Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 19-33, dez. 2019.

GOMES, R. *et al.* Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, mar. 2007.

LOPES, G. S. S. P. *et al.* Motivos que levam os homens a procurar um serviço de pronto atendimento. **Enfermagem Revista**, v. 20, n. 2, p. 151-165, 2017.

MARTINS, E. R. C. *et al.* Promoção à saúde do homem e os meios de comunicação como ferramenta na perspectiva do autocuidado. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, maio. 2021.

MIRANDA, T. N. *et al.* Fatores que influenciam negativamente na assistência integral ao usuário da atenção básica na saúde do homem. **Journal of Health Connections**, v. 2, n. 1, p. 30-43. 2018.

NASCIMENTO, I. M. *et al.* A Saúde do Homem: um estudo reflexivo na ótica das ações de promoção à saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 2, p. 41-46, jul./dez. 2018.

OLIVEIRA, V. B; AGUIAR, R.S. Conhecimento da política de saúde do homem e a relação com a atenção à saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 55, p. 2985-3002, 2020.

OLIVEIRA, R. C. A impossibilidade da comunicação: o relativismo epistemológico de Górgias de Leontinos no contexto da Antiguidade grega e os estudos de comunicação. *In: E-Compós*. 2021.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Baixa procura dos homens ao serviço de saúde: uma revisão de literatura. **Rev. Digital EFDeportes.com**, Buenos Aires, v. 18, n. 188, jan. 2014.

PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D. E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 132-146, 2019.

PEREIRA, M. M. M. *et al.* Saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9 (supl. 1) p. 440-7, jan. 2015.

SANTOS, M. C. *et al.* Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista portuguesa de saúde pública**, p. 47-57, 2010.

SANTOS, T. O. *et al.* Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. ID online. **Revista de psicologia**, v. 15, n. 55, p. 159-168, 2021.

SANTOS, E. M. S. *et al.* Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev APS**, v. 20, n. 2 p. 231-238, abr./jun. 2017.

A COMUNICAÇÃO MÉDICA DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER COM OS PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA E A SEUS FAMILIARES

Ananda Carolina Reis Prestes

Antônia Evelyn Albuquerque Costa

Elinton Nascimento Castelo

Ivan Cuoco Sampaio

Eduardo Oliveira Braga

Câncer é um termo que abrange mais de 100 tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância. Esse grupo de patologias configura o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países (INCA, 2020).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estima-se que, para cada ano do triênio 2020-2022, ocorrerão 625 mil casos novos de câncer. A partir dessa epidemiologia relevante, aliada a um estigma histórico, tanto em cenário nacional, quanto em cenário global, se desenvolveu um certo sentimento de receio no estado psicológico de várias pessoas sobre essa patologia. Por consequência, o diagnóstico de câncer para si próprio ou para entes queridos pode, então, configurar um evento de grandes proporções, em que há a possibilidade de representar um risco à vida, à segurança, ao conforto e à tranquilidade pessoal, familiar e social, pelos impactos que são causados a quem o recebe.

Atualmente, a comunicação de notícias difíceis representa uma realidade na vida de inúmeros profissionais da saúde, fato que exige sempre a atualização desse segmento quanto aos protocolos instituídos, para

repassar essas mensagens. O intuito desse instrumento é o de prover, de forma humana e objetiva, todas as informações relevantes quanto ao estado de saúde e/ou doença de um indivíduo, para que ele e todas as pessoas que o cercam sejam capazes de compreender a situação atual, modos de tratamento e prognósticos para o futuro do paciente em questão.

A transmissão de notícias difíceis segundo tais protocolos é imperativa principalmente no diagnóstico de câncer, haja vista que essa informação pode vir a afetar profundamente todo um círculo familiar, seja pelo receio quanto à vida de um ente querido ou devido ao receio de que outras pessoas envolvidas nesse ciclo social venham a ser acometidas também pela patologia, em razão da hereditariedade.

O cuidado com a comunicação acerca do câncer é ainda mais delicado quando se trata do público infantil pois, além da necessidade de adaptação dos principais protocolos, é necessário considerar a orientação profissional, o desejo dos responsáveis e fatores ligados à criança, como idade e nível de cognição.

Dessa forma, para a efetividade de informatizar sobre notícias difíceis relacionadas ao câncer, são fundamentais a compreensão e a aplicação dos principais protocolos, além da consideração do público que será comunicado, a fim de apoiar e entender o indivíduo em sua integralidade.

1. Protocolos de Comunicação de Notícias Difíceis

Dada a singularidade e a imprevisibilidade da reação de um paciente/família a uma má notícia, que dificultam a ação do profissional médico, a criação de protocolos para a Comunicação de Notícias Difíceis (CND) objetiva oferecer um aporte técnico e, ao mesmo tempo, emocional para o médico que irá dar a notícia ao paciente ou à sua família. Assim, aquele saberá como se preparar para o ato da comunicação e como agir no momento que o paciente ou um familiar estiver a sua frente, com a expectativa de uma ação ou de uma fala.

Existem diversos protocolos de CND que, internamente, expressam a mesma preocupação em instruir o médico a lidar com a situação que se apresenta. Dentre eles, os protocolos SPIKES, CLASS e PACIENTE.

2. Protocolo Spikes

O protocolo SPIKES, criado por um grupo de oncologistas americanos e canadenses, é dividido em 6 estágios, que são:

- **S - “Setting up the interview”**: Refere-se ao preparo inicial do médico ao momento da notícia, com ensaio do que será dito, a partir de possíveis perguntas e reações que o paciente ou a família poderá vir a ter. Inclui-se, ainda, nesse passo, a ambientação do local, que é imprescindível, para proporcionar um ambiente reservado e calmo.
- **P – “Perception”**: Esse estágio busca instruir o médico a avaliar o quanto o paciente e/ou a família sabem acerca do seu estado de saúde, com o objetivo de suprir informações que, porventura, ainda fossem desconhecidas.
- **I – “Invitation”**: Alerta ao médico que nem sempre o paciente ou sua família irá querer saber detalhes sobre seu estado de saúde. Desse modo, cabe ao profissional respeitar os limites e se dispor a responder às dúvidas futuramente, se for o caso.
- **K – “Knowledge”**: Possui o propósito de aconselhar o médico a fazer uso de linguagem adequada para o momento, que o ajude a ser entendido pelo paciente e/ou familiares. É desaconselhado o uso de termos muito técnicos e expressões que possam transmitir um sentimento de frieza.
- **E – “Emotions”**: Diz respeito à importância de instruir o profissional a validar o sentimento do paciente/familiar à notícia. Isso significa se solidarizar com suas reações, por meio da oferta de tempo necessário para absorver e reagir ao que foi comunicado.
- **S – “Strategy and Summary”**: No último estágio, o médico precisa perguntar se o paciente/familiar está em condições de continuar a conversa naquele

momento e, em caso afirmativo, estabelecer os planos a serem seguidos. Em caso de impossibilidade, marcar o prosseguimento assim que possível.

3. Protocolo Class

Protocolo semelhante ao SPIKES, possui 5 estágios a serem seguidos, que são:

- **C – “Context”**: Refere-se à necessidade de se preparar um ambiente propício para a comunicação da má notícia, calmo e reservado.
- **L – “Listening”**: Aborda a importância do profissional estar hábil e disposto a ouvir o paciente/familiar, transmitindo a estes o sentimento de acolhida.
- **A – “Acknowledge”**: Este estágio menciona a necessidade de o profissional se fazer ser entendido, utilizando os termos mais adequados para o momento em questão e sempre verificando a receptividade do que está sendo dito.
- **S – “Strategy”**: Refere-se à demanda em se traçar um planejamento estratégico com o paciente/familiar, levando em conta as condições e expectativas destes perante a situação que se apresenta.
- **S – “Summary”**: O último tópico aborda o que deve ser feito ao final da comunicação da má notícia, que envolve a importância de se fazer um resumo do que foi discutido, a abertura para possíveis questionamentos e a determinação clara do que será feito dali em diante.

4. Protocolo Paciente

Protocolo também baseado no Protocolo SPIKES, mas adequado à realidade brasileira por ser escrito em língua portuguesa. Composto por 8 estágios, que são:

- P – Preparar-se: Refere-se ao preparo inicial que o profissional deve ter antes de comunicar a notícia difícil, o que inclui rever o caso do paciente/familiar e preparar um ambiente adequado, com a privacidade necessária.
- A – Avaliar: Menciona a importância de se avaliar o quanto o paciente/familiar sabe sobre o caso e o quanto ele deseja saber.
- C – Convidar à verdade: Incita o profissional a informar já de antemão ao paciente/familiar que as notícias que ele trás não são boas.
- I – Informar: Faz alusão acerca da necessidade de compartilhar informações em quantidade, velocidade e qualidade suficientes para que o paciente/familiar as entenda e tome suas decisões.
- E – Emoções: Consiste em proporcionar tempo e espaço para o paciente/familiar absorver e reagir à má notícia.
- N – Não abandonar o paciente: Determina que o profissional deve assumir o compromisso com o paciente/familiar que o paciente receberá todos os cuidados necessários.
- T e E – Traçar uma estratégia: Esse tópico instrui o profissional a traçar uma estratégia junto com o paciente/familiar sobre o que será feito dali em diante.

De acordo com o exposto, um protocolo de CND preocupa-se em proporcionar auxílio ao médico, no que diz respeito a informar o que deve ser feito e a melhor maneira a ser executado, para que este tenha preparo adequado e saiba como atuar nesse momento tão complexo. Muitos profissionais possuem receio em comunicar uma má notícia, como o diagnóstico de câncer (principalmente quando está em estado avançado), por não saber como abordar o paciente/familiar, não conseguir respeitar os limites do quanto ele quer saber, não conseguir se fazer ser entendido etc. Desse modo, o protocolo funciona como um guia para um bom desempenho, mas sempre lembrando que a prática constante é imprescindível para o bom

entendimento dos passos dos protocolos e, assim, conseguir realizar a CND da melhor maneira possível.

Outro ponto a ser destacado nos protocolos de CND é a preocupação em se respeitar o momento pelo qual o paciente/familiar se encontra. A validação da resposta do paciente/familiar, com o reconhecimento de suas limitações e sentimentos, se mostram presentes em todos os protocolos citados acima.

Além disso, como cada indivíduo é único, não é possível abordar a todos da mesma maneira, ou esperar que todos tenham uma mesma resposta diante da má notícia. Por isso, o cuidado com a singularidade de cada paciente/familiar é extremamente importante para o bom andamento da CND, e isso é evidenciado em todos os protocolos supracitados também.

5. Colaboradores na comunicação do diagnóstico de câncer

A CND não é apenas um momento, ela consiste em um processo que se inicia com o preparo do profissional que dará a notícia, passa pelo momento da notícia em si e termina (ou continua) com a resposta do paciente/familiar à mensagem, o que inclui, por exemplo, a aceitação e o prosseguimento do tratamento curativo ou paliativo do câncer. E, embora a comunicação do diagnóstico seja uma prerrogativa médica, existem outros atores que podem colaborar para que esse processo não seja tão difícil para nenhum dos lados.

O psicólogo, um profissional que entende o ser humano em toda a sua esfera biopsicossocial, pode ser visto como indispensável no processo de CND. Desde seu papel no preparo do médico para aprender a lidar com suas próprias emoções em momentos de estresse como na CND, passando pelo preparo em reconhecer e validar as emoções do paciente/familiar, até chegar no auxílio durante a comunicação do diagnóstico em si (sempre lembrando que cabe ao médico dar a notícia), servindo como um apoio a mais que o paciente/familiar pode desfrutar no momento do choque da notícia.

Além disso, a atuação de outros profissionais da área da saúde depois da CND deve ser citada. A ajuda de um enfermeiro, de um assistente social, entre outros, contribui para o bom desenrolar da compreensão da má notícia e para uma melhor resposta no enfrentamento dos desafios que virão dali em diante, ao estimular o paciente a participar ativamente do seu

tratamento, se for o caso, e a mitigar possíveis dificuldades financeiras, de locomoção, dentre outras, que o paciente ou o familiar possa vir a enfrentar nesse processo. Por isso, cabe a esses profissionais a necessidade de saberem lidar com as respostas que cada paciente/familiar apresentará perante o diagnóstico da enfermidade. Esse cuidado será indispensável na aceitação e continuidade do tratamento da doença por parte do enfermo.

O apoio familiar durante a comunicação do diagnóstico de câncer é de suma importância, em razão do suporte afetivo que podem fornecer neste momento difícil. Sua presença na CND (dada a permissão pelo paciente) será decisiva, e seu papel, após isso, será fundamental.

6. A comunicação de notícias difíceis para familiares de pacientes com câncer

O paciente acometido pelo câncer sofre de diversas maneiras com o diagnóstico e o prognóstico da doença. No entanto, é imprescindível pontuar que os acompanhantes desses indivíduos, geralmente a família, são afetados pela situação, visto que há necessidade de uma reestruturação da rotina e dos costumes familiares. Assim, a forma como as notícias difíceis são transmitidas a estes deve ser realizada eficientemente.

Na maioria das vezes, os familiares recebem a notícia do câncer e a questões associadas a ele antes mesmo do paciente, o que contribui para a promoção do estado de preocupação, medo, sensação de impotência e frustração daqueles, principalmente, quando se trata de crianças. O impacto, em relação ao futuro e a sensação de responsabilidade, exige a presença de uma equipe interdisciplinar que possa ajudar com uma comunicação efetiva dessas notícias, em um ambiente adequado, demandando o tempo necessário. Isso ajudará, também, na comunicação entre a família e o paciente, além de promover a confiança dos acompanhantes, na possibilidade de opções para que se possam reorganizar os hábitos de vida, incluindo possíveis tratamentos ou medidas paliativas para o seu ente acometido pelo câncer.

Logo, se evidencia que a comunicação de uma notícia difícil ao familiar próximo do paciente é uma tarefa árdua. Por isso, é fundamental, que as técnicas de comunicação e o apoio prestado estendam-se a estes, que constituem um dos pilares do enfermo. Por conseguinte, haverá uma melhora no entendimento e no manejo da situação vivenciada.

7. A comunicação de notícias difíceis na oncologia pediátrica

A comunicação de notícias difíceis torna-se ainda mais delicada quando é necessária na pediatria. É importante que haja uma harmonia entre a tríade profissional-pais-paciente, para que ocorra uma transmissão favorável, sem a presença de ruídos ou confusões. Uma opção de manejo da informação, corresponde em, primeiramente, comunicar aos responsáveis o diagnóstico e o prognóstico da criança, com o objetivo que os tutores se sintam mais aptos e seguros para, em conjunto com o profissional, decidir o que fazer, posteriormente. Contar a verdade ao paciente traz mais benefícios do que malefícios, independente da faixa etária ou do nível de cognição da criança, como: a contribuição efetiva para seu tratamento e uma maior confiança em seu médico (Gonçalves *et al*, 2015). No entanto, os pais, geralmente, sentem medo dessa comunicação, pois temem que seus filhos sofram de ansiedade ou de depressão e querem poupá-los da dor e, por isso, tentam optar por esconder ou revelar apenas parte da situação que está ocorrendo.

Essa dificuldade em repassar informações difíceis, pode ser vista na relação com o câncer infantil o qual, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), corresponde a principal causa de morte entre esse segmento. Esse fato, aliado ao estigma preconizado na sociedade, torna a notícia do acometimento dessa doença, aos familiares e ao paciente, ainda mais difícil. Por consequência, é importante o profissional elucidar, durante a explicação, que o câncer infantil possui um acometimento diferente do dos adultos, visto que os organismos estão em fases diferentes. O INCA, revela, ainda, que, nas últimas décadas, houve um bom prognóstico e até mesmo a cura, de pacientes infantis que ao serem diagnosticados precocemente e tratados, desenvolveram uma boa qualidade de vida.

Contudo, é preciso, considerar que em casos mais graves, nos quais os tratamentos não funcionaram, por exemplo, essa comunicação deve ser ainda mais cuidadosa, com o auxílio de uma equipe de apoio, pois, o futuro esperado da criança, ao se tornar adulta, pode não vir a acontecer. Essa situação gera uma frustração tanto nos pais, quanto no paciente.

Dessa forma, ao comunicar notícias difíceis na pediatria e, mais especificamente, na oncologia pediátrica, o profissional deve ser solícito e empático à família e à criança, por meio do repasse de informações corretas, sem criar falsas esperanças, além da escuta ativa e de meios de

garantir a melhor resolução definitiva ou paliativa para o caso. Destaca-se, ainda, que, o protocolo SPIKES, pode ser utilizado na pediatria, a partir da sua adaptação o - protocolo SPIKES Júnior-, realizado na presença dos responsáveis, o qual consiste nas mesmas características do primeiro, com o acréscimo da escuta à criança antes de qualquer comunicação de notícia difícil, para poder entender o grau de compreensão dela em relação ao seu estado de saúde. Também, tanto os pais, quanto o médico, podem revelar as informações e instruir, mediante recurso lúdicos, por exemplo. Assim, cabe buscar as melhores alternativas para que a comunicação ocorra de forma confortável e segura entre a tríade médicopais-paciente.

8. Desafios na comunicação do diagnóstico do câncer

A CND é um processo complexo e sensível, necessitando de considerável preparo profissional e de estrutura mínima para sua realização de forma minimamente adequada.

Como visto anteriormente, o médico (e demais profissionais) precisa de instrução para aprender a lidar com essa questão. A falta de formação prática em CND vem sendo descrita na literatura como um grande empecilho na formação de vários profissionais, além do médico. Essa orientação deve ser iniciada o quanto antes (de preferência, ainda na graduação) e continuada por toda a carreira, pois a capacidade de saber comunicar de forma eficiente uma má notícia é algo conquistado com treino e preparo prévio. Sendo assim, a capacitação de profissionais é indispensável e requer devida atenção, tendo em vista que a literatura tem mostrado que muitos profissionais desconhecem os protocolos de CND, agindo segundo sua própria experiência pessoal, que pode ou não ser a maneira mais adequada para se agir.

Aliado a isso, a falta de um ambiente hospitalar adequado e reservado também se apresenta como uma dificuldade, tanto para o paciente/familiar quanto para o profissional médico. Isso obriga o profissional a dar a má notícia no meio dos corredores ou em ambientes compartilhados, sem o devido cuidado com a privacidade do paciente. Assim, o paciente/familiar termina por ter uma experiência ainda mais desagradável do que teria caso o ambiente fosse propício.

Ao olhar a situação do ponto de vista do paciente, observa-se que a inabilidade do profissional em noticiar uma notícia difícil como

o diagnóstico de câncer, manifestando nervosismo, utilizando termos técnicos demais ou uma fala fria e, em alguns casos, até rude, proporciona uma péssima experiência ao paciente/familiar, que se distancia e não deposita sua confiança nesse profissional, o que dificulta todo o processo que será realizado dali para frente. A literatura mostra que a forma como a má notícia é dada impacta diretamente na aceitação e reação do paciente.

A aceitação do diagnóstico por parte do paciente/familiar também pode ser vista como uma dificuldade nesse processo, tendo em vista que isso desestrutura toda a estratégia que deveria ser traçada a partir do momento da comunicação da notícia difícil. Ao não aceitar o diagnóstico, a equipe precisa realizar a CND por mais de uma vez, até que o paciente/familiar entenda e aceite a situação que se apresenta, para que uma estratégia conjunta seja criada e um melhor prognóstico seja obtido, ou que, no mínimo, o prognóstico atual não seja piorado.

Verifica-se a imprescindibilidade de cuidados diferenciados ao abordar notícias difíceis na área da saúde, especialmente em casos oncológicos, devido às especificidades da história de vida de cada paciente e de sua família, associadas ao impacto que a informação pode causar, exigindo-se muito da capacitação e respeito do profissional para tal momento tão delicado.

É extremamente importante que se siga um protocolo, como o SPIKES, com equipe interdisciplinar preparada, observando sempre às necessidades para cada grupo, com as adaptações adequadas, como ocorre, por exemplo, nos casos pediátricos. Nesse sentido, tendo em vista que ainda há obstáculos para essa comunicação na realidade brasileira, faz-se urgente a modificação de determinados aspectos, como a formação médica, que deve investir em melhor preparo dos profissionais já desde a graduação para esse tipo de comunicação, bem como é preciso aprimorar as estruturas hospitalares, que devem oferecer ambientes apropriados para esse fim, evitando, desse modo, que sejam geradas dificuldades ainda maiores a todos os envolvidos.

Referências

AFONSO, S. B. C; MINAYO, M. C. S. Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 53-62, 2017.

AMORIM, C. B. *et al.* Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

CALSAVARA, V. J.; SCORSOLINI-COMIN, F.; CORSI, C. A. C. A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. **Rev. abordagem gestalt.**, v. 25, n. 1, p. 92-102, 2019 .

Câncer infantojuvenil. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2022. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/tiposdecancer/cancerinfantojuvenil#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20infantojuvenil%20corresponde%20a,e%20os%20tecidos%20de%20sustenta%C3%A7%C3%A3o](https://www.inca.gov.br/tiposdecancer/cancerinfantojuvenil#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20infantojuvenil%20corresponde%20a,e%20os%20tecidos%20de%20sustenta%C3%A7%C3%A3o.). Acesso em: 22 jul. 2022.

FREIBERGER, M. H.; BONAMIGO, E. L. Attitude of cancer patients regarding the disclosure of their diagnosis. **O Mundo Da Saúde**, v. 42, n. 2, p. 393–414, 2018.

GALVÃO, M. I. Z.I; BORGES, M. S.; PINHO, D. L. M. Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Rev. baiana enferm.**, n. 31, v. 3, e22290, 2017.

GESSER, A. M.; DOS SANTOS, M. S.; GAMBETTA, M. V. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias / Spikes: a protocol for communicating bad news. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 103334–103345, 9 nov. 2021.

GIBELLO, J.; TOMMASO, A. B. G. Comunicando más notícias / Communicating bad news. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v. 21, n. 1, p. 63-69, 2020.

GOBBI, M. B. Comunicação de más notícias: um olhar da psicologia. **Diaphora**, v. 9, n. 2, p. 66–69, 2020.

GONÇALVES, S. P. *et al.* Comunicação de más notícias em pediatria: a perspectiva do profissional. **Arq Ciênc Saúde**, v. 22, n. 3, p. 74-8, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **O que é câncer.** (INCA), 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>; Acesso em: 22 jul. 2022.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A. *et al.* Comunicando más notícias em um hospital geral: a perspectiva do paciente. **Rev. SPAGESP**, v. 19, n. 1, p. 90-102, 2018.

PEREIRA, M. U. L. *et al.* Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos / Communication of death and grief support to the women who have lost a newborn child. **Rev. Paul. Pediatr.** (Ed. Port., Online), v. 36, n. 4, p. 422-427, 2018.

RAMOS, L. F. *et al.* Comunicação de más notícias na prática clínica / Breaking bad news in clinical practice. **Acta méd.**, v. 39, n. 2, p. 114-122, 2018.

RODRIGUES, B. A. *et al.* A comunicação de notícias difíceis pelos enfermeiros nos cuidados paliativos oncológico pediátricos: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e335101018788-e335101018788, 2021.

SANCHES, M. V. P.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 28-35, 2014.

SOEIRO, A. C. V.; VASCONCELOS, V. C. S.; SILVA, J. A. C. Desafios na comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Bioética [online]**, v. 30, n. 1, 2022.

SOUTO, D. C.; SCHULZE, M. D. Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 11, n. 3, p. 173-184, 2019.

ZANON, B. P. *et al.* Comunicação de más notícias em pediatria: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

A COMUNICAÇÃO MÉDICA NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Ádria Cascaes

Alexandre Marques

Ricardo Massoud

Mateus Otake

Patrícia Regina Bastos Neder

Os transtornos mentais são reconhecidos atualmente como as doenças de maior crescimento global, sendo os principais o transtorno de ansiedade e a depressão. A ansiedade caracteriza-se como uma premonição de insegurança frente a um momento ou experiência futura que gera uma angústia profunda, muitas vezes inexplicável pelo indivíduo, sendo um transtorno bastante comum, pois a maioria da população relata que já viveu experiências desse tipo (Global, Regional and National, 2019).

No entanto, aliado a esse processo, é fundamental diferenciar momentos de ansiedade de transtorno de ansiedade, uma vez que o segundo é uma doença bem definida e caracteriza-se pela constância de quadros de angústia, na qual o sujeito perde a capacidade de separar o que é real das suas inseguranças (Stein *et al.*, 2017; Park, SC *et al.*, 2020). Já a depressão é caracterizada por quadros mais graves, os quais podem ser favorecidos pela ansiedade e envolvem uma fisiopatologia mais complexa que acomete a rede de neurorreceptores, causando episódios de profunda tristeza e desânimo que se refletem em todas as atividades básicas da vida do sujeito (Parker ; Paterson, 2015; Nedic *et al.*, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2019 quase 50 milhões de pessoas viviam com diagnóstico de depressão, enquanto cerca de 30 milhões conviviam com transtorno de ansiedade. Na

atualização desses dados no período pós-pandêmico, a OMS já registrou um aumento de 25% da prevalência desses dois transtornos pelo mundo, caracterizando a importância da discussão do tema na atualidade (World Health Organization, 2022). Nesse sentido, observar e praticar uma comunicação efetiva com os pacientes que são portadores dos transtornos de ansiedade e depressão é fundamental para a progressão do tratamento e preservação da vida, à medida que um dos principais desfechos da depressão (Aggarwal, 2017), ainda de acordo com a OMS, é a prática do suicídio (World Health Organization, 2022).

Nesse contexto, por se tratar de doenças mentais de cunho psicossocial, a relação médico-paciente e a comunicação entre ambas as partes têm papel fundamental no tratamento desses indivíduos. Assim, a criação de uma relação de confiança se torna imprescindível para qualquer diagnóstico e para a escolha da terapêutica a ser realizada. Entretanto, é notório que existem vários empecilhos nesse processo, tais como o estigma social atrelado a esses transtornos (Milton *et al.*, 2018). Diante disso, percebe-se que muitas das vezes o preconceito associado à ansiedade e à depressão promovem um isolamento do indivíduo que por medo de julgamentos externos acaba retardando a busca por auxílio adequado e começa a preferir esconder seus sentimentos e tentar realizar auto tratamentos (Nelson; Purtle, 2019).

Por isso, a comunicação médica surge como uma facilitadora do atendimento integralizado ao paciente com transtornos, à medida que busca estabelecer o diálogo aberto individualizado entre os sujeitos, ampliando a capacidade do cuidado integral em saúde (Milton; Mullan, 2017). Porém, na atualidade percebe-se que há a negligência da comunidade médica para com a humanização do cuidado, impactando diretamente na crescente dificuldade dos profissionais em desenvolver uma comunicação eficiente principalmente em função da falha na formação adequada desses médicos (Milton *et al.*, 2018; Milton; Mullan, 2017).

Diante desse debate, é válido ressaltar ainda que a comunicação médica abordada em pacientes com transtorno de ansiedade e depressão possui amplas facetas a serem estudadas. A partir desse fato, a experiência permeada por uma comunicação direcionada consegue transpor as dificuldades de expressividade, bem como a verbalização adequada da mensagem, mesmo que de um fato negativo ou positivo, infere maior significância até mesmo do que o conteúdo da mensagem (Stortenbeke, 2018).

Ao partir-se de uma consolidação da temática, a análise pontual e objetiva deste capítulo visa identificar e debater as principais características presentes na comunicação médica frente aos desafios que a pessoa com o transtorno de ansiedade ou a depressão apresentam. Dessa forma, observa-se que a linguagem e a comunicação são obstáculos a serem superados, tanto na relação médico-paciente quanto entre os profissionais de saúde para a melhor intervenção terapêutica.

1. Diagnóstico e tratamento do transtorno de ansiedade e da depressão.

A depressão revela-se uma doença em alarmante incidência, visto que estudos iniciais já revelam um crescimento grande no período pré e pós-pandêmico (Robinson, *et al*, 2022). Apesar disso, percebe-se que a doença ainda é bastante subdiagnosticada, pois por se tratar de uma patologia envolvida com sintomas psíquicos a maioria dos profissionais da saúde é incapaz de identificar o transtorno depressivo de maneira adequada. A avaliação da intensidade de um quadro depressivo pode ser feita por meio do questionário fornecido pelo CID-10, percebendo os sintomas principais (humor deprimido, falta de interesse e fadigabilidade) e secundários associados a um episódio depressivo (Milton, 2018; Nelson, 2019).

Embora a comunicação em saúde seja guiada pela necessidade da criação de vínculo com o paciente, a abordagem diagnóstica necessita de subsídios procedimentais, os quais consigam facilitar tanto a aceitação do diagnóstico quanto ao entendimento do indivíduo em atendimento e do médico dos papéis no desenvolvimento da terapêutica. A partir disso, o protocolo *SPIKES* (*Settings up the interview*, planejar a entrevista; *Perception*, percepção do paciente acerca das circunstâncias médicas; *Invitation*, convidar o paciente a participar do esclarecimento de possíveis dúvidas; *Knowledge*, repasse acessível do conhecimento; *Emotions/Empathically*, observação das emoções do paciente e resposta empática às respostas verbais e não verbais; *Summarizing*, resumir e planejar de maneira clara e didática os planos para o desenvolvimento da terapêutica) foi desenvolvido inicialmente para integrar o repasse de más notícias na oncologia e, em função de sua validade para o acompanhamento da saúde mental dos pacientes, estabeleceu-se como parâmetro para a sua aplicação em outros campos da prática em saúde. Dessa forma, essa ferramenta promove influência significativa na percepção do diagnóstico, bem como potencializa o endossamento da

importância da comunicação bidirecional, onde a participação de ambos os agentes possibilita o vínculo essencial (Milton; Mullan, 2017).

Em consonância à esses aspectos, o rastreamento e o manejo da ansiedade e das múltiplas facetas da depressão possuem diversas barreiras as quais limitam o diálogo entre o profissional de saúde e o indivíduo, principalmente no âmbito da atenção primária. Nessa perspectiva, o ponto prioritário na observação para o diagnóstico é identificar o processo de somatização do transtorno, onde os indivíduos adentram no ambiente não dizendo que estão deprimidos, mas sim relatando fadiga, dificuldades para dormir, cefaleia, dificuldades para socialização e outros sinais e sintomas que denotam a sua fragilidade mental e emocional (Kroenke, 2018).

Nesse sentido, a terapia medicamentosa para a depressão deve levar em consideração não apenas a gravidade dos episódios, mas as particularidades de cada indivíduo, estabelecendo os objetivos do tratamento. Os resultados da intervenção podem ser de melhora (resposta) ou eliminação total dos sintomas e, além do manejo farmacológico, o sujeito também deve passar por avaliações e consultas periódicas com médico psiquiatra, para verificar a evolução ou melhora do caso (Fleck *et al.*, 2009).

O diagnóstico de um episódio grave de ansiedade é relativamente mais conturbado quando comparado ao transtorno depressivo, visto que primeiro deve-se excluir outras causas e avaliar se a ansiedade é limitadora, atrapalha o funcionamento e/ou não cessou espontaneamente com o passar dos dias. Nessa perspectiva, é válido entender que os episódios ansiosos variam conforme o indivíduo, pois cada sujeito desenvolve suas inseguranças conforme sua própria interpretação da realidade que o cerca (Aggarwal, 2017).

Essa grande variedade entre os sujeitos reflete-se na diversidade de tratamentos possíveis contra ansiedade, sendo a primeira opção iniciar de imediato a psicoterapia de forma individualidade e, caso haja agravamento do caso, prosseguir para a terapia medicamentosa com benzodiazepínicos. Paralelamente, é notável o aumento na quantidade de pessoas que procuram por terapias alternativas, tais como meditação e yoga para alívio dos sintomas. Nesse sentido, os métodos não tradicionais de tratamento revelaram-se grandes aliados na luta contra os transtornos mentais no geral, com efeito terapêutico durante por pelo menos 6 meses (Esagian *et al.*, 2019).

2. Importância da comunicação médica e os principais obstáculos para a sua efetivação.

Atualmente, o debate acerca da prática médica humanizada ganhou grande destaque no meio científico, tornando-se objeto de estudo não apenas das ciências da saúde, mas das ciências sociais também. Dito isso, a comunicação médica emerge como principal forma de estabelecimento de vínculo e acesso ao paciente e suas demandas, sendo fundamental no contexto das práticas em saúde. Essa prática visa, em primeiro lugar, centralizar a abordagem no paciente e em sua subjetividade, centralizando o indivíduo dentro do seu próprio processo de cura (Nelson; Purtle, 2019; Milton; Mullan, 2017).

Os principais achados literários atuais indicam que a relação entre terapeuta e paciente tem papel fundamental no processo de cura e tratamento do doente, principalmente pelo estabelecimento de um diálogo empático (SON et al, 2018). Dessa forma, entende-se como empatia a capacidade de compartilhar as dores e sofrimentos do outro, colocando-se lado a lado numa luta que é individual, mas não necessariamente solitária. É importante destacar que não há modelo para tornar-se um profissional empático, mas todos os profissionais da saúde devem ser contemplados com capacitações com objetivo de promover a humanização do cuidado. Por isso, a subjetividade do olhar médico deve ser buscada desde o princípio, devendo ser instituída dentro dos programas de graduação e prezada como um dos pilares da formação do médico contemporâneo (Martinelli, 2021).

Apesar da sua importância para a integralidade do cuidado com o paciente, o processo de comunicação médica ainda encontra diversos desafios, como a falta de treinamento dos profissionais. Alguns elementos são essenciais para a efetividade da comunicação: escuta ativa, contato nos olhos e confirmação da compreensão da mensagem (Piculcell, 2021), sendo que a falha em um desses fatores é considerada como “ruído” na interação, impedindo a clareza e a proximidade entre médico e paciente. Portanto, é fundamental entender a capacidade transformadora de uma comunicação em saúde de sucesso para o tratamento de um enfermo, sobretudo pacientes com transtornos depressivos e/ou ansiosos, que demandam em maior nível a participação empática do profissional para que se sintam à vontade em expressar seus sentimentos e inseguranças (Son et al., 2018).

Tendo em vista este cenário atual, no qual a comunicação ainda é um assunto negligenciado, pesquisadores estão buscando novas estratégias comunicativas que facilitem o estabelecimento de uma relação médico-paciente cada vez mais coesa. Dessa forma, estudos apontam que a utilização de aplicativos de celulares e até a utilização de metáforas visuais e linguísticas tiveram a habilidade de auxiliar e melhorar o diálogo entre o médico e o paciente, uma vez que essas estratégias eram acessíveis para todos e despertavam interesse pelas suas peculiaridades (Lazard *et al.*, 2016; Forlenza, 2000).

3. As particularidades do paciente com transtornos depressivos e/ou ansiosos

É fato que a pessoa com os diagnósticos de transtornos mentais, especialmente a ansiedade e a depressão demanda um cuidado especializado e humanizado, com o intuito de abraçar suas vulnerabilidades com o tratamento. É comum observar que outras doenças e/ou fatores psicoemocionais que fragilizam o indivíduo são facilitadores da instalação desses transtornos, como na Doença de Alzheimer e na infecção por HIV (Lipczynska, 2011). Portanto, em muitos dos casos as alterações emocionais bem como de humor surgem como coparticipes em processos de saúde-doença, à medida que a experiência dos sujeitos com determinada patologia não ocorre de forma uniforme (Lazard *et al.*, 2016).

De modo que, sintomas característicos desses transtornos como a tristeza, o pessimismo e o isolamento, naturalmente, criam barreiras sociais que impedem um contato mais próximo do paciente, algo necessário para a promoção de um atendimento individualizado (Milton *et al.*, 2018). Além disso, o estigma associado a estas doenças é um fator de extrema importância quando se analisa a falha da comunicação médico-paciente, pois o médico tem o papel social de eliminar esse tipo preconceito seja para a família do paciente ou para os profissionais da saúde que o atendem. Nessa perspectiva, estudos mostram que desenvolver estratégias de controle contra o estigma podem ser benéficas para pacientes diagnosticados com doenças mentais, diminuindo sua sensação de estresse e até facilitando a aceitação do diagnóstico (Milton *et al.*, 2018).

Além disso, é importante perceber que há um aumento da frequência dos casos de transtornos de ansiedade associados a transtornos depressivos, à medida que o sujeito se encontra em um momento de

extrema vulnerabilidade. Sendo assim, o profissional da saúde, em especial o médico, deve ser capaz de entender e perceber quando esses transtornos estão se manifestando de forma concomitante no indivíduo, o que irá exigir uma maior atenção e intensidade do tratamento desenvolvido pelo profissional.

A comunicação médica com o paciente em diagnóstico e tratamento da ansiedade ou depressão possui um perfil não linear, onde as estratégias de consolidação do vínculo profissional perpassam sumariamente os medos e as necessidades desse indivíduo. Nesse sentido, construir uma atenção direcionada ao diagnóstico correto, adaptar-se às respostas verbais e não verbais para mostra-se aberto a uma prática colaborativa, enfrentar o estigma e, sobretudo, tornar o paciente o agente principal, são estratégias importantes para que haja a evocação da participação ativa de ambos os sujeitos no desenvolvimento da terapêutica.

Referências

AGGARWAL, N. K. Culture, Communication, and DSM-5 Diagnostic Reliability. **Journal of the National Medical Association**, 2017.

ESAGIAN, G.; ESAGIAN-POUFTSIS S; KAPRINIS SG. Empathy in psychiatry and psychotherapy. **Psychiatriki**, 2019.

FLECK, M. P. *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Brasilian Journal of Psychiatry**, 2009.

FORLENZA, O. V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 2000.

GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Psychiatry**, 2022.

KROENKE, K. Depression screening and management in primary care. **Farm. Pract.**, 2018.

LAZARD, A. J.; BAMGBADE, B. A.; SONTAG, J. M.; BROWN, C. Using visual metaphors in health messages: a strategy to increase effectiveness for mental illness communication. **Journal of Health Communication**, 2016.

LIPCZYNSKA, S. **Communication and collaboration in the treatment of mental disorders**, 2011.

MARTENELLI L. **O processo de comunicação na atenção primária à saúde: cenário, potencialidades e desafios**. Universidade Federal da Fronteira do Sul, 2021.

MILTON, A. C.; MULLA, B.; MACCANN, C.; HUNT, C.; An evaluation of communication barriers and facilitators at the time of a mental health diagnosis: a survey of health professional practices. **Epidemiol Psychiatr Sci.**, 2018.

MILTON, A. C.; MULLAN, B.; Views and experience of communication when receiving a serious mental health diagnosis: satisfaction levels, communication preferences, and acceptability of the SPIKES protocol. **PLOS Ment Health**, 2017.

NEDIC, E. G.; SAGUD, M.; NICOLAC, P. M. *et al.* Depression: Biological markers and treatment. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, 2021.

NELSON, K. L.; PURTLE, J. Perceptions of patient-provider communication and receipt of mental health treatment among older adults with depressive symptoms. **Aging Ment Health**, 2019.

PARKER. G.; PATERSON, A. Differentiating 'clinical' and 'non-clinical' depression. **Acta Psychiatr Scand.**, 2015; 131(6): 401-407.

PARK, S. C.; KIM, Y. K. Anxiety Disorders in the DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions. **Adv Exp Med Biol.**, 2020.

STEIN, D. J.; SCOTT, K. M.; DE JONGE, P.; KESSLER, R. C. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. **Dialogues Clin Neurosci.**, 2017.

WORLD MENTAL HEALTH report: transforming mental health for all. Geneva: **World Health Organization**, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PICULELL, E.; SKAR, L.; BERGLUND, J. S.; ANDERBERG, P.; BOHMAN, D. Using a Mobile Application for Health Communication to Facilitate a Sense of Coherence: **Experiences of Older Persons with Cognitive Impairment**, 2021.

ROBINSON, E.; SUTIN, A. R.; DALY, M.; JONES, A. Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos de coorte longitudinais comparando a saúde mental antes e durante a pandemia de COVID-19 em 2020. **J Affect Disord.**, 2022.

SON, D.; SHIMIZU, I.; ISHIKAWA, H.; AOMATSU, M.; LEPPINK, J. Communication skills training and conceptual structure of empathy among medical students. **Perspect Med Educ.**, 2018.

STORTENBEKER, I. A.; HOUWEN, J.; LUCASSEN, P. L. B. J. *et al.* Quantifying positive communication: Doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. **Patient Educ Couns.**, 2018.

A COMUNICAÇÃO PARA MANEJO DA SAÚDE MENTAL DE IDOSOS EM ISOLAMENTO SOCIAL

Cauã Leal do Espírito Santo

Luiz Carlos Figueiredo Filho

Maria Clara Pimentel Benzaquem de Oliveira

Mariana Lassance Maya Palheta

Vanja da Cunha Bezerra

No final de 2019, um novo surto de pneumonia, causado pelo vírus denominado SARS-COV-2, se espalhou pelo mundo e atingiu proporções que impactaram em múltiplos níveis da comunidade global, desde os aspectos relacionados à saúde coletiva quanto à economia mundial (Xiang *et al.*, 2020).

A dimensão global dos reflexos que a COVID-19 – como o surto foi denominado – provocou em parte majoritária dos estratos sociais fez com que a Organização Mundial da Saúde reconhecesse a dimensão da doença altamente transmissível como uma pandemia. Nesse sentido, uma das principais medidas para conter a propagação e a contaminação pelo vírus foi a quarentena, que, por meio do isolamento e do confinamento preventivo, terminou por distanciar os laços vinculados ao processo de relação entre os indivíduos. (Ornell *et al.*, 2020).

Esse distanciamento, apesar de necessário devido ao contexto, afeta a saúde mental de maneira negativa, pois à medida em que a progressão da doença prolonga os períodos de isolamento, sentimentos negativos, como tristeza profunda, angústia, raiva e solidão ameaçam a integridade psicológica dos indivíduos isolados (Grolli *et al.*, 2020). Ademais, a sensação de desamparo por causa da instabilidade socioeconômica e política potencializa essas emoções, o que oportuniza o adoecimento mental e, conseqüentemente, quadros de depressão, que

podem evoluir para situações drásticas de tentativa de suicídio ou de suicídio em si (Faro, 2020).

Esse cenário se reflete de modo especial quando considerada a situação dos idosos, considerados grupo de risco para desfecho fatídico da doença, em decorrência de fatores como idade avançada, imunossenescência e prevalência de doenças crônicas (Nunes *et al.*, 2020). Conseqüentemente, esse grupo precisou intensificar o isolamento social, o que causou distanciamento da sua família e de seus cuidadores, conseqüentemente alterando o ambiente em que vivem, independentemente de estarem infectados ou não (Nestola *et al.*, 2020).

Dessa forma, a rotina solitária e a pouca comunicação dos idosos foram um fator agravante de sua saúde na condição do distanciamento, uma vez que a solidão está associada à diminuição da resistência à comorbidades, ao declínio cognitivo, à depressão e à demência (Harden *et al.*, 2020). Além disso, a pandemia intensificou sintomas psiquiátricos que são inerentes ao processo de envelhecimento e à solidão associada a ele, como a depressão e a ansiedade (Shrira *et al.*, 2020).

Portanto, os profissionais da saúde devem ter conhecimento da maior suscetibilidade dos idosos a problemas de saúde mental durante a pandemia, bem como à menor possibilidade de atenuá-los de forma independente em virtude do isolamento. Por conseguinte, estes transtornos tendem a evoluir para conseqüências mais graves, como síndromes do pânico, transtorno de estresse, sintomas psicóticos, depressão e até mesmo o suicídio (Ouslander, 2020).

A manutenção da conexão com os familiares mediante o uso de ferramentas digitais, a prática de atividades físicas, o cuidado com o sono e o fortalecimento da atividade cognitiva são condutas que o médico deve conduzir ao paciente, mesmo durante os períodos de distanciamento, para a diminuição dos sintomas associados aos distúrbios mentais decorrentes da solidão, potencializada durante os eventos da quarentena (Sepúlveda-Loyola *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a comunicação possui um foco central no atendimento ao idoso, cabendo aos profissionais de saúde a paciência, a tolerância e o diálogo respeitoso com o paciente (Witt *et al.*, 2014). Dessa forma, tendo em vista o contexto pandêmico, é pertinente avaliar as conseqüências psicológicas das alterações no processo de cuidado aos

idosos decorrente das condutas de salvaguarda instauradas em virtude da Pandemia de COVID-19, sendo a comunicação uma variável indispensável para o manuseio da conduta médica frente ao cenário descrito.

De modo geral, pode-se afirmar que, quando a saúde é analisada sob a perspectiva do grupo sexagenário, uma epidemia de magnitude tal qual a proporcionada pelo Sars-Cov-2 implica perturbações psicossociais que podem não ser condizentes com a capacidade de enfrentamento individual do grupo afetado. Sendo assim, é indispensável que a corresponsabilidade quanto à superação desses males seja efetuada entre os atores sociais inclusos nesse processo, com especial destaque aos entes vulneráveis – nesse caso, a população idosa –, familiares e os agentes de saúde (Unicovsky, 2021).

Ademais, é coerente afirmar que os efeitos da pandemia sobre a saúde psicológica e emocional dos idosos dependem dos cuidados realizados com sua saúde e da assistência recebida dos profissionais nesse período, sendo a forma como o manejo é realizado na prática um fator determinante na efetividade da intervenção em saúde. É provável que o idoso que realiza exercícios físicos adaptados durante o isolamento social e as atividades básicas de vida diária com uma sensação de “normalidade”, bem como realiza avaliação contínua e receba orientações individualizadas vivenciará menores impactos na saúde no período da pós-pandemia (Unicovsky, 2021).

Sob essa perspectiva de acompanhamento essencialmente adaptado, o rastreamento de sentimentos com ansiedade e/ou nervosismo, bem como emoções referentes à tristeza e à solidão pelo distanciamento de familiares e amigos, torna-se necessário para avaliação do bem-estar emocional dos idosos isolados.

Tendo-se em vista a delicadeza inerente à conversa entre agentes de cuidado e idosos, o estudo de Romero *et al.* (2021) expõe, de forma prática, a eficácia que perguntas simples e diretas para o acompanhamento psicológico dos pacientes em situação de isolamento, de modo a respeitar o momento de possível vulnerabilidade dos indivíduos entrevistados e, ainda sim, realizar a prática terapêutica de modo satisfatório.

No estudo, metade da população entrevistada referenciou o sentimento frequente de solidão pelo distanciamento, enquanto ansiedade e nervosismo decorrentes do receio frente aos possíveis desfechos da pandemia foi identificado em até 1/3 da população avaliada. Esses

sentimentos, agravados na pandemia, estão associados, geralmente, com o problema estrutural sobre luto, abandono social e estigma da velhice, potencializados com a vivência do luto coletivo em conjunto à falta de políticas públicas de proteção social (Romero *et al.*, 2021).

No entanto, apesar desse cenário, menos de 1/5 dos idosos recorreu para ajuda profissional (Romero *et al.*, 2021), fato que ressalta a importância de medidas ativas de intervenção dos agentes de saúde durante o isolamento, bem como a importância do acompanhamento familiar quando interações com agentes sanitários são impossibilitadas.

Nesse sentido, a utilização de ferramentas digitais e da telecomunicação foi efetiva como auxílio a prevenção, melhoria e reabilitação na saúde da população de modo humanizado, coletivo ou individualizado durante a pandemia (Lana *et al.*, 2020), ao oferecer recursos que reduzem o distanciamento, promovendo o acesso às informações pertinentes ao cuidado individual e a interação social, mesmo em situação de isolamento, de forma a reduzir sentimentos de solidão e de medo.

Todavia, é possível observar que as disparidades quanto à inclusão digital no país, junto a marcadores sociais desiguais (em especial referentes à escolaridade e ao saneamento) refletem dificuldades de pessoas mais velhas em utilizar tais meios para se comunicar com cuidadores e familiares (Carmo, 2017), em especial quando são considerados os idosos que permaneceram sozinhos durante a quarentena, sem a possibilidade de suporte familiar para o manuseio das ferramentas digitais.

Sendo assim, as precárias estruturas de convívio público já existentes antes do cenário pandêmico, como o abandono, as desigualdades socioeconômicas e a ausência de letramento digital efetivo na comunidade dificultaram o uso de mídias digitais para realização de contato entre o grupo isolado e demais agentes sociais. Esse cenário rompe com a pretensão de cuidado contínuo e prolongado defendido pelas atuais políticas de saúde (Galiza *et al.*, 2020), sendo o desenvolvimento da telecomunicação em saúde, neste caso, indispensável para a manutenção de um estado holístico de bem-estar, o qual deve considerar os riscos do isolamento total para o desenvolvimento e/ou agravamento de distúrbios psicossociais em idosos vulneráveis.

No entanto, um estudo de Noone e colaboradores (2020) demonstrou, a partir de uma revisão de ensaios clínicos randomizados,

que as ligações usuais por telefone ou videochamadas não produziram diferença em determinadas escalas de solidão quando comparadas com os cuidados presenciais, fato que corrobora para situações de ausência afetiva e intensificação do sentimento de solidão, bem como para a presença de fatores associados aos prejuízos advindos da deficiente saúde mental.

Outrossim, é notório destacar a perspectiva multiprofissional da atenção ao cuidado à saúde da pessoa idosa. Nesse contexto, a interdisciplinaridade é fundamental para promover o processo de integralidade do cuidado, ampliando o foco do processo de comunicação e estabelecer a continuidade do cuidado, tendo em vista todas as práticas que implicam na melhora da qualidade de vida do idoso (OPAS, 2020).

É fundamental traçar um plano de cuidados para melhorar as funções psicológicas e fisiológicas dos idosos, buscando medidas que reduzam os efeitos deletérios da pandemia, diminuindo efeitos negativos ocasionados pelo desconforto físico, social e emocional. Ramirez-Ortiz e colaboradores (2020) consideraram essencial implementar estratégias destinadas para antecipar esse impacto, nas quais a prioridade pode ser dada para identificar as populações vulneráveis, sendo consideradas intervenções precoces que incluem primeiros socorros psicológicos somados aos grupos de apoio multidisciplinar, complementados com terapias comportamentais voltadas para a solidão e trauma.

É inegável, portanto, que houve um comprometimento da saúde emocional e psicológica dos idosos durante o período da pandemia do SARS-CoV-2, agravado por diversos fatores, incluindo o isolamento social, isolamento perante a família, exclusão digital de idosos e a instabilidade dos fatos ocorridos durante a pandemia. O cenário evidenciado denuncia o despreparo do atual sistema de saúde em conciliar as políticas de cuidado com os recursos disponíveis em situações emergenciais, o que indica a necessidade de expansão e real efetivação do princípio de educação continuada dos agentes de cuidado.

Além disso, a situação apresentada pela pandemia da COVID-19 torna-se um importante marco para a quebra das noções usuais das relações interpessoais entre os idosos e demais membros da sua rede social, o que termina por formar um abismo no que concerne o aspecto da comunicação terapêutica para com o grupo sexagenário, comumente marginalizado em seu círculo comunitário em virtude de dificuldades próprias do processo de envelhecimento.

Não obstante, a presença de familiares e de profissionais na vivência dos idosos ainda representa um importante fator para o bem-estar geral desses cidadãos, independentemente do contexto apresentado, de forma a prezar pela integridade de uma população especialmente fragilizada. Dessa maneira, em virtude da carência de cuidado evidenciada durante os eventos referentes ao isolamento social, torna-se evidente a necessidade do acompanhamento profissional para reparar os danos causados durante esse período, com estratégias voltadas para a saúde física e psicológica desses indivíduos.

Referências

CARMO, F. S. Inclusão Digital para Idosos: Integrando gerações na descoberta de novos horizontes. **FIOCRUZ: Saúde da Pessoa Idosa, Boas práticas**, São Paulo, 2017.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 37, e200074, 2020.

GALIZA, F. T. *et al.* Segurança do paciente idoso relacionada à terapêutica medicamentosa no tratamento da covid-19. *In: Santana, R. F., et al. Enfermagem Gerontológica no cuidado do idoso em Tempos da COVID 19*. Brasília: Aben/DCEG, 2020. p. 95-100.

GROLLI, R. E. *et al.* Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. **Mol Neurobiol.**, v. 6, p. 1-12, 2020.

HARDEN, K. *et al.* COVID-19 Shines a Spotlight on the Age-Old Problem of Social Isolation. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 22, n. 6, p. 435–441, 2020.

LANA, L. D. *et al.* Teleconsulta de enfermagem aplicações para pessoas idosas na pandemia da COVID-19. *In: Santana, R. F., et al. Enfermagem Gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19*. Brasília: Aben/DCEG, 2020. p. 58-64.

NESTOLA, T. *et al.* COVID-19 and Intrinsic Capacity. **J. Nutr. Health Aging**, v. 24, p. 692–695, 2020.

NOONE, C. *et al.* Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. **Cochrane database of systematic reviews**, v. 5, n. 7, p. CD013632, 2020.

NUNES, V. M. A. *et al.* **COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para instituições de longa permanência**. Natal: EDUFR. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28754>. Acesso em: 08 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. Repositório Institucional para Troca de Informações-Íris. **Fichas Informativas COVID-19: entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.

ORNELL, F. *et al.* "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020.

OUSLANDER, J. G. Coronavirus Disease19 in geriatrics and long-term care: an update. *J Am Geriatr Soc.*, v. 68, p. 918-921, 2020.

RAMIREZ-ORTIZ, J. *et al.* Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints*, v. 1, p. 1-21, 2020.

WITT, R. R. *et al.* Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm (USP)*, v. 48, n. 6, p. 1020-1025, 2014.

ROMERO, D. E. *et al.* Efeitos da covid-19 na saúde, renda e trabalho dos idosos. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021.

SEPÚLVEDA-LOYOLA, W. *et al.* Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging.*, v. 24, n. 9, p. 938-947, 2020.

SHRIRA, A. *et al.* COVID-19-Related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: the buffering role of subjective age. *Am J Geriatr Psychiatry*, v. 28, n. 11, p. 1200-1204, 2020.

UNICOVSKY, M.A.R., *et al.* **Saúde do idoso no pós-pandemia: estratégias de enfrentamento**. *Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19 - 3*. Brasília, DF: Editora ABEn; 2021. (Série Enfermagem e Pandemias, 5).

Xiang Y. T. *et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, v. 7, n.3, p. 228-229, 2020.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E DA RELAÇÃO DO MÉDICO COM AS MULHERES QUE APRESENTAM GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

Israel Figueira Lemos

João Lucas Silva Sales

Juliana de Sousa Tavares

Rafael Augusto Silva Cabeça

Vanja da Cunha Bezerra

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Entretanto, uma pequena parcela das gestantes que, por serem portadoras de doenças, sofrerem algum agravamento ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto quanto para a mãe. Este grupo, chamado de “gestantes de alto risco”, necessita de assistência e cuidados providos por uma equipe eficiente de assistência, buscando gerar e fornecer redução de danos (Brasil, 2012).

Tal condição é mais prevalente entre mulheres de 15 a 35 anos, trabalhadoras do lar, com segundo grau completo, casadas e de cor branca, segundo o estudo de Costa *et al.*, 2012. Além disso, o trabalho também ressalta que a maioria das mulheres eram multíparas, e resultaram em parto cesáreo. Em relação às principais causas, HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) seguido de obesidade e ITU (Infecção do Trato Urinário) são as mais prevalentes nesse grupo.

Por consequência, as gestantes de alto risco têm forte associação com partos prematuros, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, mortalidade perinatal, internamentos em serviços de cuidados intensivos maternos, neonatais e mortalidade materna (Rodrigues *et al.*,

2020). Vale ressaltar que os problemas psicológicos enfrentados por grávidas hospitalizadas pelo alto risco na gravidez, como, segundo relatadas pelas gestantes em estudos de Silva *et al.* (2013), ansiedade, solidão e medo.

Portanto, essas condições necessitam da atuação da atenção básica no auxílio de grávidas de alto risco, principalmente nas consultas pré-natais, as quais são importantes para a triagem e reconhecimento precoce dos fatores de risco, favorecendo a prevenção e tratamento das gestantes (Brasil, 2012). Assim, essas consultas são essenciais na evolução da gravidez e determinação das condições de parto e período perinatal. Entretanto, o vínculo necessário entre profissionais e gestantes não é o suficiente para abordar a paciente como um todo, evidenciando falta de capacitação na comunicação efetiva e medidas não adequadas segundo o M CCP(Método Clínico Centrado na Pessoa) (Antoniazzi *et al.*, 2019).

1. Capacitação de profissionais e comunicação para a prevenção de problemas psicológicos na gravidez de alto risco

De acordo com Castro e Knauth (2021), há uma abordagem médica insuficiente dos profissionais de saúde, principalmente no âmbito da atenção primária à saúde (APS). Por esse motivo, Stewart e colaboradores criaram o método clínico centrado na pessoa (M CCP), constituído por quatro componentes interativos: “explorando a saúde, a doença e a experiência da doença”, “entendendo a pessoa como um todo”, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” e “intensificando a relação entre pessoa e médico”.

Nesse sentido, a falta de capacitação profissional é evidente, principalmente na atualidade, o que dificulta a melhora no atendimento e no tratamento de doenças, já que interfere diretamente na comunicação dos médicos com o paciente. Diante desse cenário, a experiência de vida e profissional na modelagem da abordagem do médico é extremamente importante, aliado ao tempo na unidade de saúde, que favorece o maior conhecimento das pessoas, famílias e comunidade, permitindo que o M CCP seja mais bem utilizado (Castro; Knauth, 2021).

Conforme dito por Castro e Knauth (2021), a qualificação dos profissionais de saúde pode ser aprendida por meio de treinamento em habilidades de comunicação e as competências adquiridas pelos médicos

após o treinamento podem afetar positivamente os resultados de saúde dos pacientes. Assim, o estudo demonstra a importância do treinamento na área de comunicação para que seja possível uma melhor compreensão acerca do diálogo com mulheres que apresentam gravidez de alto risco.

Além do aumento positivo no prognóstico, há também a prevenção de problemas psicológicos. De acordo com Brasil (2010), a gestação e o puerpério constituem momentos de maior vulnerabilidade para quadros psiquiátricos, principalmente por motivos de ausência de um parceiro, história prévia de transtornos psiquiátricos e exposição pregressa a eventos traumáticos. Nesse caso, a comunicação, quando bem sucedida, diminui as complicações neonatais, principalmente com um bom acompanhamento pré-natal especializado. Isso ocorre pela atenção diferenciada dessa gravidez de alto risco, aliado à escuta qualificada, auxiliando na diminuição dos resultados desfavoráveis, como abortamentos e restrição do crescimento fetal (Brasil, 2010).

Para uma efetiva consulta obstétrica, com uma boa comunicação, é imprescindível alguns atributos da atenção básica, como: Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva e prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/HIV/Aids, sífilis e hepatites virais (Brasil, 2010).

2. Importância da comunicação para prevenção de aumento de risco durante o período pós-parto e desenvolvimento adequado da criança e sua relação com a mãe

Ademais, segundo Barbosa *et al.* (2010), é importante ressaltar a necessidade do auxílio na relação entre a mãe e filho como potencial redutor de quadros negativos em ambos os lados, como em crianças portadoras de deficiências decorrentes de gravidez de alto risco. O infante

necessita de suporte na peculiaridade do cotidiano com menos autonomia, auto-respeito e auto-estima experienciados no convívio social ao se comparar com jovens sem tais condições. Para isso, no entanto, a atuação da equipe multiprofissional na instrução do pai e da mãe deve ser eficiente, incentivando a comunicação, a empatia e o esforço na maior proximidade possível com um cotidiano semelhante aos outros infantes, fator esse que auxilia na prevenção de condições psicológicas e nutricionais, como ansiedade, depressão, anorexia, vigorexia. Logo, a atenção básica e a equipe multiprofissional é crucial para a promoção adequada de saúde para os jovens portadores de deficiência decorrentes de gravidez de risco (Clarisse *et al.*, 2001).

3. A importância da equipe multiprofissional na gravidez de alto risco

Um aspecto que deve ser considerado ao se tratar da gravidez de risco são as características específicas que essas mães possuem, e que aumentam a probabilidade de haver intercorrências no período gravídico ou pós gravídico. Casos de baixo risco são solucionados no atendimento primário de assistência, já os de risco alto, são direcionados para serviços de referência. Portanto, um dos instrumentos utilizados pela atenção primária é o envolvimento da assistência da enfermagem obstétrica, intercalada com as consultas médicas, sendo que o enfermeiro irá enfatizar aspectos preventivos do cuidado, incentivando o autocuidado e criando uma comunicação aberta para que a grávida se sinta confortável em conversar sobre qualquer aflição que ela tenha em relação à gravidez (Sampaio *et al.*, 2018).

A postura que deve ser observada no profissional de saúde é de um educador, mas nunca se colocando em um patamar superior ao do paciente, tentando sempre mostrar que há uma troca de experiências, sem subjugar o conhecimento que aquela grávida possui. Tomando como base o estudo de Luciano *et al.*, a maioria das mulheres grávidas recebem orientações (93,33%) sobre sua gravidez, o que é uma informação positiva. E nessas orientações, tenta-se fortalecer a consciência do valor da saúde, promover o cuidado, implementar intervenções e avaliar os resultados dessas ações. A maior parte das orientações partiram da equipe médica (41,18%), seguida da nutricionista (23,53%), e cerca de 17% da equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem. Tendo em vista que o acompanhamento da grávida deve

ser feito por uma equipe multiprofissional, ter essa grande diferença de orientação não é algo saudável para a grávida, já que haverá lacunas que seriam preenchidas com a devida orientação por parte de cada grupo (Luciano *et al.*, 2011).

As categorias de análise na conversa com as gestantes podem ter a seguinte distribuição: orientações recebidas sobre sua patologia, orientações recebidas sobre complicações e tratamento, orientações recebidas sobre alimentação, repercussões do processo educativo sobre o autocuidado das gestantes (Luciano *et al.*, 2011).

Em primeiro lugar, as orientações sobre a doença são fundamentais, uma vez que a grávida saberá o que está acontecendo com o seu bebê, com seu corpo e suas emoções. Desse modo, dúvidas são esclarecidas, há diminuição de preocupações, ansiedade (Rezende, *et al.*, 2012).

Quando se trata de orientações sobre complicações e tratamento, é exigido do profissional o papel educador, entrando nessa categoria o problema da adesão ao tratamento, em que o profissional terá de lidar com as especificidades da paciente, dentre elas, idade, escolaridade, nível socioeconômico, crenças, hábitos culturais. Desse modo a comunicação deve ser feita de modo a nunca criar um embate entre equipe médica e paciente, explicando sempre a necessidade de cada ação que a grávida irá fazer (Luciano *et al.*, 2011; Brasil, 2010).

Com relação à nutrição, é importante ter um contato com o nutricionista desde a primeira consulta de pré-natal, e assim a gestante irá se acostumar com as recomendações passadas de forma mais fácil (Sampaio *et al.*, 2018).

Já as repercussões do processo educativo sobre o autocuidado das gestantes, tiveram como resultado no estudo de Luciano *et al.*, que à medida que as gestantes receberam informações sobre a gestação, houve melhora do cuidado. O estudo aponta que há uma escassez de informações repassadas por parte da equipe multiprofissional, não abordando outros aspectos fora da condição gravídica, como a prática de exercício físico, atividade sexual, vestuário, higiene, cuidados pós-parto. Notou-se também uma comunicação ineficaz quando se atendia pessoas de nível socioeconômico baixo, havendo uma menor taxa de adesão às recomendações (Brasil, 2010).

4. Necessidade de incentivos na atenção básica:

Quanto ao incentivo aos cuidados da atenção básica, é de suma importância rever as condições para a atuação clínica na prática dos cuidados pré-natais em termos de adequação e capacidade de gestão dos profissionais para a garantia de qualidade do cuidado, fato que condiciona as consultas pré-natais para garantir não só a comunicação, mas a qualidade dos exames realizados aos pacientes (Guimarães, 2018). Também há uma grande diferença entre regiões, haja vista a diferença acentuada entre Região Norte e Sul, em que a infraestrutura e variáveis atreladas ao desenvolvimento humano afetaram as unidades de saúde na Região Norte, fato que evidencia a necessidade de atenuar tal disparidade.

Nesse aspecto, o desenvolvimento de políticas públicas e a capacitação de profissionais qualificados para a obstetrícia e clínica são essenciais para o desenvolvimento e qualificação de ações e assistência no atendimento ao pré-natal, visto que há a dificuldade de comunicação entre médico e paciente, assim como a ausência do entendimento holístico do paciente por parte dos profissionais de saúde, fato acarreta falta de adesão das gestantes na consulta e afeta a qualidade do atendimento. Por parte da gestão pública, segundo Mamed *et al.* (2010), o aprimoramento das políticas públicas atuais e a elaboração de novos programas voltados à atenção básica tem importante significado em indicadores da saúde materna, o que impacta o planejamento reprodutivo, monitoramento da gravidez e resguardos quanto à mortalidade infantil.

Ademais, a atenção básica por se pautar na integralidade e acessibilidade deve ser aberta aos usuários em critérios de inclusão e vínculo na necessidade de recorrer à saúde pública para o cuidado de alto risco. Sabe-se que a infraestrutura e suporte dos hospitais públicos nacionais não são propícios a enfrentar situações de emergência em termos de qualidade e capacidade, o que é incompatível com a arrecadação de recursos em impostos pagos pelo cidadão brasileiro. Segundo Marques *et al.* (2012), há diferentes propostas de reordenamento de custeio da saúde pública apresentam incertezas e conflitos de gestão governamental, o que pode ser visto na ausência de consenso quanto a PEC de financiamento do Sistema Único de Saúde, a qual na época foi intensamente debatida pela classe política pois geraria intempéries na receita da União.

A Importância da Comunicação e da Relação do Médico Com as Mulheres Que Apresentam Gravidez de Alto Risco

Assim, é notável que há deficiências estruturais na aplicação do direito ao acesso à saúde no Brasil, o que danifica o serviço médico e o cuidado à gravidez de alto risco, a qual depende de profissionais capacitados, atenção e atuação governamental na infraestrutura e gestão para suprir os déficits e lacunas no atual sistema de saúde estabelecido no país.

Para o concreto incentivo e adesão ao pré-natal na atenção básica e serviços de cuidados neonatais, é necessário reestruturar a capacitação profissional de modo a enaltecer o Método Clínico Centrado na Pessoa, onde há o estímulo a visão holística do paciente e a maior satisfação dos usuários em termos de empatia e atenção na relação médico-paciente. Além disso, a capacitação acadêmica deve ser ampliada, visto que a formação profissional se inicia nas universidades públicas, as quais apresentam grande defasagem de recursos, fato que impacta diretamente na qualidade da prática clínica e cuidados intensivos de gestação de alto risco. Também cabe à gestão pública atuar na área da saúde de modo a redirecionar a arrecadação de impostos e direcionar projetos em consenso para revitalizar a infraestrutura hospitalar atual.

Nesse sentido, nota-se que um dos aspectos fundamentais para o acompanhamento de uma gravidez de risco é o conhecimento em relação ao MCCP, seguindo todas as etapas descritas no método, dando ênfase para o entendimento da paciente como um todo, entendendo as expectativas que a grávida possui sobre aquela gravidez, observar quais conhecimentos a mulher possui sobre as alterações que o seu corpo irá passar. Observando e respeitando sempre o período de pré-contemplação e contemplação da paciente quando se é repassada uma informação a ela, como no momento em que ela toma conhecimento dos riscos que aquela gravidez possui, então, o profissional de saúde deve estar capacitado para oferecer acolhimento nesse momento de fragilidade.

Ademais, foi observada uma baixa presença da equipe multiprofissional, o que gera dificuldade de contemplar integralmente essas grávidas. Em relação ao acompanhamento psicológico dessas grávidas, este também não é efetivado, por conta das equipes multiprofissionais incompletas. Desse modo, deve-se desenvolver uma gestão eficiente da atenção primária, de forma a descentralizar o aparato tecnológico disponível para além das grandes capitais, a fim de atender de forma igualitária e integral essa população, sendo necessário destinar recursos monetários à atenção primária e preparar de forma correta os gestores em saúde.

Referências

- ANTONIAZZI, M. P. *et al.* Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. **Pens. fam.**, v. 23, n. 2, p. 191-207. 2019.
- BLAHA, R. Calendários para estudantes com múltiplas discapacidades incluído sordoceguera. **Rotagraf**, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Manual Técnico Gestação de Alto Risco. Brasília, DF, 2012.
- CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. **Rev. Ciên. Saud. Col.**, v. 27, n. 2, p. 803-812, 2022.
- COSTA, L. D; *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cog. Enferm.**, v. 21, n. 2, 2016.
- GUIMARÃES, W. S. G; *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública.**, v. 34, n. 5, 2018.
- LUCIANO, M. P.; SILVA, E. F.; CECCHETTO, F. H. Orientations of Nursing in the high risk gestation: the pregnant perceptions. **Rev. Enferm.**, v. 5, n. 5, p. 1261, 26 jun. 2011.
- MAMED, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna, **Rev. Gau. Enf.**, v. 36, 2015.
- MARQUES, R. S.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Econ. Soc.**, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.
- NUNES, C. Aprendizagem activa na criança com multideficiência, guia para educadores. Ministério da Educação, **Departamento da Educação Básica**, 2001.
- REZENDE, C. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em centro de atendimento à mulher do município de dourados, ms**. Orientador: José Carlos Rosa Pires de Souza. 2012. 128f. Dissertação (Mestrado) - Curso de psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012.
- RODRIGUES, A. R. M.; *et al.* Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. **Rev. Enf. Ref.**, v. 5, n. 3, p. 1-7, 2020.

A Importância da Comunicação e da Relação do Médico Com as Mulheres Que Apresentam Gravidez de Alto Risco

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. **Rev. Bras. Saúd. Mat. Inf.**, v. 18, n. 3, p. 559–566, set. 2018.

SIMAS, F. B; *et al.* Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Rev. Psic.**, v. 15 n.1, p. 19-34.

A IMPORTÂNCIA E AS IMPLICAÇÕES ÉTICAS DE UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ EM CASOS DE MORTE ENCEFÁLICA

Beatriz Gordin Nascimento de Sousa

Bruna Lisboa Nunes

Júlio César Coelho de Lima

Eduardo Oliveira Braga

Por milhares de anos, a morte foi aceita como algo definitivo. Sendo definida pela parada irreversível do sistema cardiorrespiratório. No entanto, o avanço das tecnologias médicas de desenvolvimento de respiradores artificiais e da ressuscitação cardiopulmonar permitiu que indivíduos em estados profundos de coma fossem mantidos com respiração e batimentos cardíacos ativos, fazendo com que a morte pudesse ser reversível sob essa perspectiva (Mosini *et al.*, 2022). Isso possibilitou que pacientes permanentes em coma pudessem ser tratados, ficando dependentes de máquinas de suporte artificial de vida. Hoje, esse avanço da tecnologia médica permitiu o aumento da capacidade de manter a homeostase metabólica e celular após a perda da funcionalidade até mesmo do sistema nervoso (Biel; Durrant, 2020).

A primeira definição de Morte Encefálica (ME) foi realizada na década de 60, sendo definida por lesão irreversível do cérebro e tronco cerebral, caracterizada por coma arreativo e não perceptivo, apneia e ausência de reflexos, com causa conhecida e irreversível (Harvard Committee Report, 1968). No Brasil, atualmente, a morte encefálica (ME) se define como a interrupção definitiva e irreversível das funções encefálicas cuja causa é conhecida e incontestável, implicando na supressão de reação motora supra espinal e apneia.

No Brasil, seu protocolo de avaliação segue rigorosamente a resolução Nº 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina, que prevê

a execução de dois exames clínicos, um teste de apneia e um exame complementar confirmatório. Após isso, significa dizer que o protocolo de ME está fechado. Esse é o momento de comunicar a família sobre o óbito e assinar o atestado de óbito (CFM, 2017). Entretanto, é um momento delicado, o qual necessita que o profissional esteja apto psicologicamente e utilize as estratégias mais adequadas para a notificação.

Alguns dilemas éticos, religiosos, espirituais, econômicos e sociais estão relacionados à ME, os quais trazem diversas dúvidas, como: a morte encefálica equivale à morte? Quais os aspectos éticos e legais para desconectar o ventilador mecânico do não doador de órgãos com diagnóstico de morte encefálica? O que fazer quando o diagnóstico de morte encefálica é confirmado: doar ou não doar órgãos e tecidos para transplante? De quem é a decisão quanto à doação? A partir dessa análise, essa dissertação tem o objetivo de evidenciar aspectos éticos e legais que facilitem a comunicação da notícia, o manejo do luto e da aceitação familiar e a decisão da doação de órgãos, demonstrando, também, as novas perspectivas relacionadas ao assunto.

1. Considerações legais acerca da morte encefálica

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina define os critérios do diagnóstico de morte encefálica com base na Resolução Nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Caracteriza a morte encefálica e, portanto, a morte da pessoa, pela perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico.

O Art. 1º destaca os procedimentos para determinação de morte encefálica (ME) devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinal e apneia persistente, e que apresentem alguns pré-requisitos, como: presença de lesão encefálica irreversível, tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas.

Além disso, o Art. 2º obriga a realização mínima de alguns procedimentos para determinação da morte encefálica, como: dois exames clínicos que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico, teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios, e exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica.

O exame clínico, consoante ao Art. 3º, deve demonstrar de forma inequívoca a existência de coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinal manifestada pela ausência dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico, vestibulo-calórico e de tosse. Já o teste de apneia, de acordo com o Art. 4º, deverá ser realizado uma única vez por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico e deverá comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia (PaCO₂ superior a 55mmHg).

Por fim, o Art. 5º define que o exame complementar deve comprovar de forma inequívoca uma das condições entre:

- a) ausência de perfusão sanguínea encefálica ou
- b) ausência de atividade metabólica encefálica ou
- c) ausência de atividade elétrica encefálica.

Apenas o Art. 8º faz ponderações acerca da comunicação com a família, garantindo que o médico assistente do paciente, ou seu substituto, deverá esclarecer aos familiares do paciente sobre o processo de diagnóstico de ME e os resultados de cada etapa, registrando no prontuário do paciente essas comunicações.

Além disso, comunicação aos familiares ou responsável legal é defendida pela Resolução Nº 2.173, de 23 de novembro de 2017, considerando que os familiares do paciente ou seu responsável legal deverão ser adequadamente esclarecidos, de forma clara e inequívoca, sobre a situação crítica do paciente, o significado da ME, o modo de determiná-la e também sobre os resultados de cada uma das etapas de sua determinação. Esse esclarecimento é de responsabilidade da equipe médica assistente do paciente ou, na sua impossibilidade, da equipe de determinação da ME.

Será admitida a presença de médico de confiança da família do paciente para acompanhar os procedimentos de determinação de ME, desde que a demora no comparecimento desse profissional não inviabilize o diagnóstico. Os contatos com o médico escolhido serão de responsabilidade dos familiares ou do responsável legal. O profissional indicado deverá comparecer nos horários estabelecidos pela equipe de determinação da ME.

A decisão quanto à doação de órgãos somente deverá ser solicitada aos familiares ou responsáveis legais do paciente após o diagnóstico da ME e a comunicação da situação a eles.

Outros fundamentos legais da determinação de morte encefálica são:

- 1) Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
- 2) Lei nº 11.521, de 18 de setembro de 2007. Altera a Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para permitir a retirada pelo Sistema Único de Saúde de órgãos e tecidos de doadores que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplantes.
- 3) Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências
- 4) Resolução do CFM nº 1.826, de 6 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador.

Pela legislação vigente (Lei nº 10.211, de março de 2001), a doação de órgãos só se dá com a autorização do procedimento pela família, no caso de pacientes falecidos, não sendo válida oficialmente qualquer forma de declaração que o paciente realize durante a vida. Os tecidos e órgãos que podem ser doados “in vivo” são os rins (por se tratar de um órgão duplo), a medula óssea, partes do fígado e partes dos pulmões. Segundo o art. 9º da Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, com exceção da medula óssea, cuja ação se dá por meio de um cadastro em um banco nacional de doadores, os demais órgãos podem ser doados para cônjuge e parentes de até quarto grau, como pais, irmãos, filhos, avós, tios e primos. Os demais órgãos só podem ser doados por indivíduos falecidos, com confirmação diagnóstica de morte encefálica.

5. Considerações éticas acerca da morte encefálica

Historicamente, a saúde sempre esteve ligada às práticas religiosas. A religiosidade e a espiritualidade sempre estiveram relacionadas ao

doente, como também dos seus familiares e da equipe de saúde que está diretamente envolvida neste processo (Pedrão; Beresin, 2010).

A espiritualidade e religiosidade em saúde é um claro paradigma a ser estabelecido na prática clínica diária em múltiplas interações (Melo Junior *et al.*, 2015). A convergência entre fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos e religiosos se relaciona a valores pelos quais a pessoa vive e acredita, o estilo de vida que segue, os hábitos que estabelece, como emprega seu tempo, tudo isso se reflete como espiritualidade (Dornfeld; Gonçalves, 2021).

A bioética surgiu em meados da década de 70 e é definida como o “estudo da conduta humana na área das ciências da vida e a atenção à saúde, enquanto que essa conduta é examinada à luz dos princípios e valores morais”. Esta área permite que pontos relevantes relacionados com a moral, em situações no fim da vida, sejam levantados e debatidos (Rodrigues *et al.*, 2013). Os princípios definidos e norteadores da bioética são quatro: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O primeiro princípio a ser discutido é o da autonomia, correspondendo ao direito de o paciente escolher ou não um tratamento oferecido, assim como seu poder de decidir sobre si mesmo (Koerich; Machado; Costa, 2005). Isso se reflete na ME a partir do pensamento de qual seria a preferência do acometido, embora a responsabilidade de escolha naquele momento seja da família.

O segundo princípio é o da não maleficência, que corresponde ao ato de não causar mal para o paciente. Muitas vezes, resultante da desconfiança e da dificuldade do diagnóstico para morte encefálica os médicos e demais profissionais da saúde podem causar preocupações e angústias aos familiares, podendo acarretar prejuízo ao paciente que recebe um diagnóstico antecipado. Ao mesmo tempo, a não maleficência pode ser levantada em relação a prolongar o sofrimento do paciente em coma e de sua família após diagnóstico de ME.

O terceiro princípio, da beneficência, é caracterizado pela prática do bem, evitando, conseqüentemente, o sofrimento adicional do paciente. Vale levantar algumas perguntas neste princípio, entre elas, até que ponto não desligar o aparelho é o melhor para o paciente? Da mesma forma, até que ponto, desligar o aparelho é o melhor? Desligando os aparelhos estamos promovendo o melhor ao paciente? Não desligando, estamos promovendo o melhor para as famílias?

No quarto princípio, a justiça, relaciona-se com a equidade entre os pacientes, fundamentando tanto a economia de recursos monetários particulares e públicos, como na disponibilização de leitos e aparelhos escassos que podem ser utilizados em outros pacientes, que terão um benefício tangível desse suporte.

6. A comunicação da notícia e a experiência familiar

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são locais de cuidado especial dentro dos hospitais, voltadas principalmente para o manejo de pacientes com doenças, traumas ou complicações que ameaçam a vida (hall, 2005). Por conta da natureza técnica da morte encefálica, os testes e o diagnóstico costumam ser feitos em uma UTI, onde a morte normalmente é repentina ou decorrente de uma retirada gradativa do tratamento (Long, 2008).

Muitos dos pacientes que estiveram internados em uma UTI não têm lembranças desse período, mas seus familiares e parentes relatam, frequentemente, terem vivenciado episódios de insônia, ansiedade, desesperança, estresse, culpa, raiva e depressão enquanto passavam por esse processo (Day, 2013; Azoulay *et al.*, 2005). Além disso, muitos acompanhantes desenvolvem a chamada *Family Intensive Care Unit Syndrome* (FICUS), ou Síndrome da Família em Unidade de Tratamento Intensiva, descrita por Netzer e Sullivan (2014), que diz respeito a um conjunto de: raciocínio desadaptativo, emoções em alta intensidade, privação de sono, conflitos pessoais e familiares, viés cognitivo e luto antecipado.

Unido a isso, também pode ser observada uma importante associação entre a falta de informação dos familiares e sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), reiterando a importância de uma comunicação efetiva com os familiares dos pacientes (Day *et al.*, 2013; Azoulay *et al.*, 2005). A aceitação da morte encefálica pela família depende diretamente do seu entendimento da morte encefálica, de modo que uma comunicação ineficaz pode colocar a família em grande risco de apresentar complicações durante o luto (Valdes *et al.*, 2020; Kentish-Barnes *et al.*, 2019). Desse modo, para que essa experiência familiar possa ser atenuada, é necessário que a equipe de saúde conheça os principais obstáculos que impedem uma comunicação efetiva e quais técnicas podem auxiliar nesse momento.

Em uma revisão sistemática publicada por Kerstis e Widarsson (2020), algumas das principais dificuldades enfrentadas por parentes de pacientes com morte encefálica foram descritas. Essas dificuldades foram organizadas em cinco subtemas: dissonância cognitiva e sobrecarga emocional, interação com profissionais da saúde, esperança no futuro e necessidade de proximidade e privacidade.

A dissonância cognitiva diz respeito à dificuldade de receber a carga de informações concernentes à morte encefálica enquanto ainda se vê um “corpo vivo”, morno e com coração batendo. Alguns participantes das pesquisas relatam que entenderam as informações dadas, mas que a visão do paciente ainda “vivo” trouxe desconfiança e descrença quanto ao diagnóstico de morte encefálica (Berntzen; Bjork, 2014; Groot *et al.*, 2016). Outra dificuldade relatada foi a aparência “normal” do paciente, sem ferimentos visíveis - o que dificultou a percepção de quando a morte encefálica tinha ocorrido (Yousefi; Roshani; Nazari, 2014; Groot *et al.*, 2016). Além disso, muitas vezes os acompanhantes têm dificuldade de diferenciar a morte encefálica de um coma e mostram desconforto diante do conceito de morte encefálica, buscando entender se é realmente irreversível e o que a causou (Fernandes; Bittencourt; Boin, 2015; Manzari *et al.*, 2012; Marck; 2016; Yousefi; Roshani; Nazari, 2014). Acompanhada da dissonância cognitiva, a sobrecarga emocional foi relatada sob a forma de sentimentos como: negação, culpa, medo, raiva e confusão (Jensen, 2016; Walker; Sque, 2016).

Para solucionar alguns desses problemas, foi observado que o entendimento da morte encefálica é facilitado quando os familiares estão presentes na hora em que os testes de atividade não surtem efeito, mostrando a gravidade da situação (Yousefi; Roshani; Nazari, 2014). Além disso, a apresentação de recursos visuais e gráficos, como a tomografia computadorizada também facilitou a compreensão (Manzari *et al.*, 2012; Marck *et al.*, 2016; Walker; Sque, 2016).

Quanto à comunicação com os profissionais de saúde, os familiares mostraram preferência por uma comunicação direta, honesta e sem falsa esperança (Berntzer & Bjork, 2014; Kim *et al.*, 2014; Marck *et al.*, 2016; Sque *et al.*, 2018; Walker; Sque, 2016). Também foi observado que os acompanhantes gostam quando são chamados pelo nome. Foi relatado que os familiares sentiram falta de melhores explicações a respeito do processo de doação de órgãos e do objetivo de continuar os cuidados com o paciente depois do diagnóstico de morte encefálica (Berntzer; Bjork, 2014). Além disso, houve

relatos de falta de confiança decorrente de uma má explicação do processo, somada uma insegurança na possibilidade de fazer perguntas (Berntzer; Bjork, 2014; Yousefi; Roshani; Nazari, 2014).

Um estudo feito por Hoffmann *et al.* (2018), realizado em quatorze UTIs ao redor da França, observou que os tópicos considerados mais importantes pela equipe médica no que tange à comunicação estão em desacordo com os tópicos considerados importantes pela família do paciente. Para os acompanhantes, os tópicos mais importantes foram: “eventos recentes” (explicação das crises e alteração de parâmetros), “nossa participação” (informações sobre como os familiares podem ajudar), “contaminação hospitalar” (o que a família deveria saber sobre os riscos de contaminação e as medidas de prevenção), “dor física” (descrição da dor que o paciente está sentindo e maneiras de aliviar seu sofrimento) e “o que acontece depois (explicações quanto ao prognóstico do paciente). Já para os profissionais de saúde, os tópicos que foram considerados como mais importantes para a família foram: “telefone” (contato dos médicos e enfermeiros que poderiam ajudar o paciente), “status neurológico” (consciência), “audição” (se o paciente consegue ouvir os acompanhantes), “morte e vida” (informações quanto à possível morte do paciente) e “visitas” (quem pode visitar e quando as visitas podem ser feitas). Assim, é possível observar que os aspectos comunicativos precisam ser alinhados a fim de fornecer informações que supram as necessidades das famílias dos pacientes.

Long (2008) observou, também, que a terminologia utilizada dentro das UTIs tem impacto no entendimento da família. A comunicação de dano cerebral, por exemplo, foi relatada como sendo um ponto importante de confusão dentro das famílias, que muitas vezes não entendiam as reais características/consequências de um dano cerebral. A possibilidade de que o paciente sobrevivesse mas apresentasse danos cerebrais irreversíveis foi vista, por muitas vezes, como um destino pior do que a morte - fazendo com que os acompanhantes não soubessem mais se deveriam torcer pela recuperação do paciente. Por outro lado, a noção de dano cerebral significou, para alguns dos familiares, uma perda de capacidade mental, não a morte - o que dificultou o processo de aceitação do diagnóstico de morte encefálica. Autores como Sudin-Huard e Fahy (2004), por outro lado, observaram que alguns dos próprios profissionais da saúde acreditavam que pacientes com morte encefálica estavam em dano irreversível ou destinados a uma qualidade de vida inaceitável - não mortos. Por isso, é de suma importância que os familiares estejam realmente cientes da situação do paciente.

Durante o diagnóstico e a comunicação de morte encefálica em si, Lock (2002) constatou que pode haver uma dissonância cognitiva importante entre o entendimento dos aspectos éticos/legais da morte encefálica e a administração da sobrecarga emotiva que atinge os familiares quando recebem a notícia vendo o corpo ainda “vivo” (com batimentos cardíacos e respiração presentes). Por isso, é de suma importância que as informações relativas aos critérios diagnósticos de morte encefálica estejam claros para os acompanhantes, bem como a gravidade da situação, de modo que não haja descrença ou dúvida na equipe médica. Quando a morte encefálica for sucedida de uma retirada progressiva dos aparelhos de suporte de vida, os profissionais de saúde devem procurar fazer essa comunicação descrevendo uma “trajetória de morte” com termos pessimistas, buscando, primeiramente, refletir a gravidade da situação, relatando, em seguida, a deterioração da saúde do paciente e mostrando, por fim, a falta de resposta ao tratamento (Glaser; Strauss, 1968; Seymour, 2001). Na maioria dos casos, deve haver uma comunicação clara do limite de tempo que geralmente é esperado para que haja resposta ao tratamento, a partir do qual uma discussão quanto à retirada do suporte de vida é iniciada (Long, 2008). Segundo Harvey (1997), o momento em que a família e os familiares podem se juntar ao redor do leito, bem como a observação da retirada do suporte de vida são passos importantes para que o “processo de morte” se torne mais visível.

A situação anteriormente descrita, em que é preciso descrever e discutir a retirada do suporte de vida buscando mostrar a deterioração da saúde do paciente, é diferente dos casos em que a doação de órgãos é solicitada/discutida, uma vez que, no caso da doação de órgãos, apesar do diagnóstico da morte encefálica, é preciso aumentar os cuidados e os procedimentos para garantir a viabilidade dos órgãos. Nesse cenário, a família não observa o “processo de morte”, nem pode ser deixada por um tempo muito extenso junto ao leito. Essa contradição entre a irreversibilidade da morte e o aumento dos cuidados pode acabar dificultando a aceitação da morte por parte da família, o que leva a uma necessidade de estratégias de comunicação diferentes, que serão discutidas adiante.

No que diz respeito à esperança no futuro, muitos familiares relataram ter tido esperança na recuperação do paciente mesmo depois do diagnóstico de morte encefálica (Fernandes; Bittencourt; Boin, 2015; Jensen, 2016; Walker; Sque, 2016), o que reforça a importância de um bom entendimento da situação do paciente. Além disso, os acompanhantes

descreveram uma mudança importante na fonte de sua esperança, trocando a esperança na recuperação pela esperança por uma morte digna - que é reforçada pela possibilidade de doação de órgãos, já que dá sentido à morte do ente querido (Jensen, 2016; Sque *et al.*, 2018; Walker; Sque, 2016). Diante disso, fica claro que uma comunicação que deixa claro a gravidade da situação, mas reforça essa noção de morte digna, bem como a importância da doação de órgãos, pode facilitar a experiência da família do paciente.

Por fim, outra dificuldade importante relatada pelos familiares foi a necessidade de proximidade e privacidade, que muitas vezes não foi concedida aos acompanhantes. Foi observado que passar um tempo a sós com o paciente depois do diagnóstico de morte encefálica foi importante para que os familiares pudessem se despedir e aceitar aquela realidade (Berntzer; Bjork, 2014). Alguns relataram que não queriam ter tido que esperar na sala de espera com outros acompanhantes, já que sentiram a necessidade de privacidade e tempo para sentir o luto (Jensen, 2016; Sque *et al.*, 2018). Essa necessidade foi observada com ainda mais gravidade durante a pandemia de COVID-19, como mostra o estudo de Valdes *et al.* (2020), no qual pôde-se observar que a interação limitada entre os profissionais da saúde e os familiares (muitas vezes feita por telefonemas), bem como entre os familiares e o paciente, foi um fator de risco importante para um retardo na aceitação da morte encefálica. Ainda nesse estudo, algumas famílias relataram terem duvidado do prognóstico neurológico informado por telefone, solicitado a realização de mais testes e pedido um maior tempo de espera para retirar o suporte de vida. Para amenizar a situação, foi observado que as famílias que puderam acompanhar (mesmo com restrição no número de visitantes) alguns dos testes realizados apresentaram melhor aceitação do quadro do paciente.

Para além das dificuldades específicas já relatadas por familiares, alguns estudos já atestaram a eficácia de algumas técnicas para a comunicação de más notícias de forma mais efetiva, como o protocolo *SPIKES* (Baile *et al.*, 2000). Os seis passos recomendados pelo protocolo *SPIKES* são:

- a) Combinar uma entrevista: o primeiro passo envolve encontrar um local e horário com privacidade, incluir os familiares mais próximos, evitar distrações e manter o contato visual;
- b) Avaliar as percepções do paciente (apesar de esse ser um passo impossibilitado pelo quadro de

morte encefálica, é essencial que as percepções dos acompanhantes sejam levadas em conta): o protocolo recomenda que o médico faça perguntas antes de dar a notícia para identificar qual o nível de entendimento dos familiares, bem como observar se há algum sinal de desconfiança ou descrença na equipe médica. A partir disso, essas falhas de compreensão podem ser corrigidas antes da notícia ser dada;

- c) Identificar sinais de abertura do paciente (mais uma vez, o protocolo pode ser adequado para a comunicação com a família): é recomendado que o médico saiba identificar se a família quer saber todas as informações sobre a doença/exames ou se os acompanhantes estão evitando saber mais detalhes sobre o caso. Para isso, perguntas como “Você gostaria que eu desse todas as informações sobre o resultado desse exame?” ou “Vocês preferem discutir as peculiaridades da situação do paciente ou conversar sobre as estratégias de tratamento?” podem ser feitas.
- d) Dar conhecimento e informação: para isso, informar que más notícias serão dadas pode diminuir a surpresa e o choque dos familiares. Além disso, é necessário que o vocabulário utilizado esteja adequado ao nível de compreensão dos familiares, evitando o excesso de termos técnicos. Também é recomendado evitar expressões dramáticas como “O paciente tem câncer grave e, caso não seja tratado, vai morrer” e dar as informações pouco a pouco, sempre checando se o entendimento está correto. Por fim, é importante dar o prognóstico informando os possíveis caminhos a serem seguidos a partir dali o que pode oferecer alguma esperança aos familiares.
- e) Responder a emoções com empatia: uma reação adequada envolve observar os sinais do que o familiar está sentindo, identificar a emoção e nomeá-la, buscar o motivo daquela reação e, por fim, permitir que o familiar tenha um tempo para expressar como se sente,

certificando que ele sabe que o médico entendeu o motivo da sua reação usando frases como “Sinto muito que os exames tenham mostrado que a quimioterapia não está funcionando (pausa), infelizmente o tumor cresceu de alguma forma, sei que não era isso que a senhora queria ouvir”.

Antes que as emoções estejam esclarecidas, é difícil tratar de outros assuntos. Por isso, quando o acompanhante estiver em silêncio, é importante que o médico faça perguntas para identificar a emoção antes de mostrar empatia. Combinar perguntas exploratórias, frases empáticas e frases de validação é a melhor estratégia para oferecer o suporte que o familiar precisa.

- 1) Estratégias e resumo: antes de discutir o plano de retirada do suporte de vida ou doação de órgãos, é importante perguntar se a família está pronta para essa discussão. Explicar de forma clara as opções e suas consequências é um passo essencial para mostrar que o médico quer levar em conta a opinião da família. Além disso, é importante verificar quais são as expectativas e objetivos dos acompanhantes, com o objetivo de esclarecer possíveis lacunas no entendimento.

Por meio dessas estratégias, tendo em vista as principais dificuldades de comunicação já relatadas pelos acompanhantes, uma comunicação efetiva e empática pode ser estabelecida. Assim, a experiência familiar de um paciente com morte encefálica pode tornar-se menos dolorosa e angustiante.

7. A decisão da doação de órgãos

A comunicação da morte encefálica também implica na necessidade de que a família do paciente tome uma decisão sobre a doação de órgãos enquanto em processo de luto. De acordo com a Lei nº 9.434/2.007, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, a doação de órgãos após morte encefálica dependerá da autorização dos parentes mais próximos do paciente, inobstante a decisão deste em vida. Desse modo, é essencial que a família

esteja devidamente ciente das implicações da ME e seja acolhida pela equipe médica de forma integral para que essa tomada de decisão não seja negativamente influenciada.

Estudos sobre os fatores relacionados à decisão de doação de órgãos frequentemente atestam a influência do conhecimento dos familiares sobre a ME e a doação de órgãos na tomada de decisão (Berntzer; Bjork, 2014; Jacoby; Jaccard, 2010; Simpkin *et al.*, 2009), sendo maiores as chances de consentimento dos familiares quando tais processos lhes são integralmente esclarecidos. Familiares que não acreditavam que o paciente em ME teria realmente morrido esperavam que ele ainda pudesse viver e, conseqüentemente, não seriam favoráveis à doação de órgãos (Ralph *et al.*, 2014). Teixeira, Gonçalves e Silva (2012), em um estudo realizado com 136 pacientes em Belém, relatam que apenas 19,9% dos entrevistados acreditavam que o paciente em ME estaria de fato morto, e 48,6% acreditavam que apenas o cérebro estaria morto e o paciente teria condições de viver. Assim, é necessário que a comunicação da condição do paciente para os familiares seja feita de forma esclarecedora, assim como a elucidação do processo de doação de órgãos, para que a decisão seja feita de forma consciente.

A confiança e satisfação dos familiares com a equipe médica e os serviços de saúde também influenciam na decisão. Parentes que consentiram com a doação de órgãos relataram uma percepção mais positiva da qualidade da assistência (Simpkin *et al.*, 2009), que o paciente foi tratado com compaixão, dignidade e respeito (Jacoby; Jaccard, 2010), e que receberam apoio e comunicação efetiva pela equipe da UTI (Kentish-Barnes *et al.*, 2018) de maneira mais expressiva do que aqueles que não consentiram. Alguns entrevistados relataram que a falta de comunicação adequada da equipe médica criou um sentimento de desconfiança, limitando a perspectiva de esclarecimento de dúvidas e compreensão plena do processo (Berntzer; Bjork, 2014; Manuel; Solberg; Macdonald, 2010; Yousefi; Roshani; Nazari, 2014), o que pode dificultar a tomada de decisão.

Outro fator importante na decisão da doação de órgãos é o conhecimento da vontade do parente falecido. Famílias de pacientes que haviam expressado formalmente em vida o desejo de doar seus órgãos tinham mais chances de autorizar a doação (Jacoby; Jaccard, 2010), sendo o conhecimento da vontade do paciente um fator facilitador na decisão (Yousefi; Roshani; Nazari, 2014). Um estudo feito por Roza *et al.* (2010), realizado com 69 famílias de doadores em São Paulo, observou que 90% das

famílias que sabiam da vontade de doar do paciente apontaram este fator como importante para a autorização. Familiares que sabiam da vontade do paciente se sentiram mais confiantes para tomar uma decisão, e alguns que não sabiam consideraram valores e qualidades pessoais do paciente, como bondade e generosidade, para chegar ao consentimento da doação (Manuel; Solberg; Macdonald, 2010; Neate *et al.*, 2015).

Por fim, a maneira de abordagem da questão da doação de órgãos é um aspecto relevante para a decisão. Autorizações para a doação foram mais frequentes quando a abordagem dos profissionais foi considerada empática e compassiva (Martínez *et al.*, 2008; Rodrigue; Cornell; Howard, 2006; Sque; Long; Payne, 2005; Walker; Sque, 2016), e menos frequentes quando o momento da abordagem foi considerado inadequado (Brown *et al.*, 2010; Rodrigue; Cornell; Howard, 2006).

Dessa forma, é preciso que a equipe profissional seja devidamente capacitada para compreender a experiência pessoal de cada família na decisão de doação de órgãos, para que possa aplicar a conduta mais adequada e empática de acordo com suas particularidades. A partir da comunicação efetiva, é possível minimizar repercussões negativas na experiência dos familiares, e lhes assegurar uma assistência integral nesse momento.

A comunicação da morte encefálica é uma tarefa difícil, assim como sua aceitação e compreensão. No entanto, a partir da confirmação do diagnóstico, tanto os profissionais quanto os familiares terão que tomar decisões, fato que envolve uma série de fatores sociais, culturais, religiosos e espirituais. O papel dos profissionais de saúde é atuar dentro dos princípios éticos e legais que norteiam as práticas no processo de notificação da ME e no esclarecimento da importância da doação de órgãos, evidenciando, sempre, que o processo de escolha é somente da família. A notícia acerca da ME afeta as famílias de maneiras diferentes, logo, o profissional deve sempre estar atento ao contexto que envolve o paciente e seus familiares, possuindo uma relação de proximidade, sempre esclarecendo tudo que está acontecendo durante os procedimentos. A proximidade entre a família e a equipe profissional permite que as notícias e decisões sejam tomadas de forma mais ética, consciente e rápida, mas também menos dolorosa. Sendo assim, o presente estudo chegou à conclusão de que é indispensável a formação de profissionais capacitados para notificar a ME de forma humanizada, com base nos princípios éticos/legais discutidos acima e

adotando adequadamente as estratégias supracitadas. Por fim, a doação de órgão, que possui grande importância social, deve ser incentivada, sem qualquer tipo de imposição.

Referências

AZOULAY, E. *et al.* Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. **Am J Respir Crit Care Med.** v. 171, n. 9, p. 987-994, 2005.

BAILE, W. F. *et al.* SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist.**, v. 5, p. 302-311, 2000.

BERNTZEN, H.; BJORK, I. T. Experiences of donor families after consenting to organ donation: A qualitative study. **Intensive Critical Care Nursing**, v. 30, n. 5, p. 266-274, 2014.

BIEL, S.; DURRANT, J. (2020). Controversies in Brain death declaration: Legal and ethical implications in the ICU. **Current Treatment Options in Neurology**, 22(4): 1-14. 10.1007/s11940-020-0618-6

BRASIL. **Presidência da República.** Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. 24 ago. 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências [citado 24 Ago 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm.

BROWN, C. V. *et al.* Barriers to obtaining family consent for potential organ donors. **J Trauma**, v. 68, n. 2, p. 447-451, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). (2017). Define os critérios do diagnóstico de Morte Encefálica. Resolução CFM Nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. **Diário Oficial da União.** 15 de dezembro de 2017, Seção I, p. 274-6. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

DAY, A. *et al.* Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. **Crit Care.**, v. 17, n. 3, 2013.

DORNFELD, R. L.; GONÇALVES, J. R. L. Desafios do cuidado de enfermagem frente à morte: reflexões sobre espiritualidade. **REFACS**, v. 9, n. 1, p. 281-291, 2021.

FERNANDES, M. E.; BITTENCOURT, Z. Z.; BOIN, I. F. Experiencing organ donation: Feelings of relatives after consent. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, v. 23, n. 5, p. 895-901, 2015.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **Time for dying.** Chicago: Aldine Publishing Company, 1968.

GROOT, J. *et al.* Request for organ donation without donor registration: A qualitative study of the perspectives of bereaved relatives. **BMC Medical Ethics**, v. 17, n. 1, 2016.

HALL, J. B.; SCHMIDT, A. G.; WOOD, L. D. **Principal of Critical Care.** 3. ed. New York: McGraw-Hill, 2005. p. 11-13.

HARVARD COMMITTEE REPORT. (1968). A definition of irreversible coma: report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. **Journal of the American Medical Association**, 205(6): 337-340. 10.1001/jama.1968.03140320031009.

HARVEY, I. The technological regulation of death: with reference to the technological regulation of birth. **Sociology**, v. 31, n. 4, p. 719-735, 1997.

HOFFMANN, M. *et al.* Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients. **Wien Klin Wochenschr.**, v. 130, n. 21, p. 645-652, 2018.

JACOBY, L.; JACCARD, J. Perceived support among families deciding about organ donation for their loved ones: donor vs nondonor next of kin. **Am J Crit Care**, v. 19, n. 5, p. 52-61, 2010.

JENSEN, A. M. "Make sure somebody will survive from this": transformative practices of hope among danish organ donor families. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 30, n. 3, p. 378-394, 2016.

KENTISH-BARNES, N. *et al.* A narrative review of family members' experience of organ donation request after brain death in the critical care setting. **Intensive Care Med.**, v. 45, p. 331-342, 2019.

KENTISH-BARNES, N. *et al.* Grief symptoms in relatives who experienced organ donation requests in the ICU. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 198, n. 6, p. 751-758, 2018.

KERTIS, B.; WIDARSSON, M. When life ceases-relatives' experiences when a family member is confirmed brain dead and becomes a potential organ donor-a literature review. **SAGE Open Nurs.**, v. 6, p. 1-15, 2020.

KIM, H. S. *et al.* Satisfaction with the organ donation process of brain dead donors' families in Korea. **Transplantation Proceeding**, v. 46, n. 10, p. 3253-3256, 2014.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 106-110, 2005.

LOCK, M. **Twice dead: Organ transplants and the reinvention of death.** Berkley: University of California Press, 2002.

LONG, T.; SQUE, M.; ADDINGTON-HALL, J. Conflict rationalisation: How family members cope with a diagnosis of brain death. **Social Science & Medicine**, v. 67, p. 253-261, 2008.

MANUEL, A.; SOLBERG, S.; MACDONALD, S. Organ donation experiences of family members. **Nephrology Nursing Journal**, v. 37, n. 3, p. 229-237, 2010.

MANZARI, Z. S. *et al.* Exploring the needs and perceptions of Iranian families faced with brain death news and request to donate organ: a qualitative study. **International Journal of Organ Transplantation Medicine**, v. 3, n. 2, p. 92-100, 2012.

MARCK, C.H. *et al.* Potential donor families' experiences of organ and tissue donation-related communication, processes and outcome. **Anaesthesia and Intensive Care**, v. 44, n. 1, p. 99-106, 2016.

MARTÍNEZ, J. S. L. *et al.* Family perception of the process of organ donation. Qualitative psychosocial analysis of the subjective interpretation of donor and nondonor families. **Span J Psychol**, v. 11, n. 1, p. 125-136, 2008.

MELO JUNIOR, I. M. *et al.* A espiritualidade e a religiosidade dos médicos na comunicação da morte encefálica aos familiares. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 9, n. 2, p. 493-9, 2015.

MOSINI, A. C. et al. Aspectos bioéticos da morte encefálica frente às diferentes religiões. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, 2022.

NEATE, S. L. et al. Understanding australian families' organ donation decisions. **Anaesth Intensive Care**, v. 43, n. 1, p. 42-50, 2015.

NETZER, G.; SULLIVAN, D. R. Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. **Ann Am Thorac Soc**. v. 11, n. 3, p. 435-441, 2014.

PEDRÃO, R. B.; BERESIN, B. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Rev Einstein**, v. 8, n. 1, p. 86-91, 2010.

RALPH, A. et al. Family perspectives on deceased organ donation: Thematic synthesis of qualitative studies. **Am J Transplant**, v. 14, n. 4, p. 923-935, 2014.

RODRIGUE, J. R.; CORNELL, D. L.; HOWARD, R. J. Organ donation decision: comparison of donor and nondonor families. **Am J Transplant**, v. 6, n. 1, p. 190-198, 2006.

RODRIGUES, C. F. A. et al. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de "morte cerebral" como critério de morte. **Revista Bioethikos-Centro Universitário São Camilo**, v. 7, n. 3, p. 271-281, 2013.

ROZA, B. A. et al. Organ donation procedures: an epidemiological study. **Prog Transplant**, v. 20, n. 1, p. 88-95, 2010.

SEYMOUR, J. **Critical comments- Death and dying in intensive care**. Buckingham: Open University Press, 2001.

SIMPKIN, A. L. et al. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 338, n. 7702, p. 1061-1063, 2009.

SQUE, M. et al. Bereaved donor families' experiences of organ and tissue donation, and perceived influences on their decision making. **Journal of Critical Care**, v. 45, p. 82-89, 2018.

SQUE, M.; LONG, T.; PAYNE, S. Organ donation: key factors influencing families' decision-making. **Transplantation Proceedings**, v. 37, n. 2, p. 543-546, 2005.

SUDIN-HUARD, D.; FAHY, K. The problems with the validity of the diagnosis of brain death. **Nurs. Crit. Care.**, v. 9, n. 2, p. 64-71, 2004.

TEIXEIRA, R. K. C.; GONÇALVES, T. B.; SILVA, J. A. C. A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 3, p. 258-262, 2012.

WALKER, W.; SQUE, M. Balancing hope and despair at the end of life: the contribution of organ and tissue donation. **Journal of Critical Care**, V. 32, P. 73-78, 2016.

YOUSEFI, H.; ROSHANI, A.; NAZARI, F. Experiences of the families concerning organ donation of a family member with brain death. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 19, n. 3, p. 323-330, 2014.

ASPECTOS RELACIONADOS À COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE COM DEMÊNCIA

Emilly Alessandra Cruz dos reis

Fernando Gabriel Rodrigues Pereira

Maria Clara Viégas Campelo

Sávio Roberto Silva Costa

Eduardo Oliveira Braga

A demência, ou transtorno neurocognitivo maior, é classificada como uma síndrome clínica em que ocorre deterioração progressiva dos domínios cognitivos e alterações no comportamento (Pessoa *et al.*, 2016), gerando prejuízo funcional em uma ou mais das seguintes áreas: atenção, funcionamento executivo, aprendizado e memória, linguagem, percepção motora e cognição social (American Psychiatric Association, 2013). Possui maior incidência entre a população idosa e, apesar de existirem causas reversíveis, é majoritariamente uma série de processos neurodegenerativos irreversíveis, interferindo na execução de atividades diárias pelo indivíduo de forma independente, afetando também familiares e a comunidade em geral. Os diversos tipos de demência fazem parte do termo “transtornos neurocognitivos”, somados ao *delirium* e a outros transtornos cognitivos. Para o seu diagnóstico etiológico eficiente, é essencial avaliar a história clínica do paciente e realizar um exame físico minucioso, além de considerar as informações obtidas por familiares e cuidadores, a avaliação neuropsicológica e os exames complementares (Freitas; Py, 2016).

A demência é a principal causa de morbidade entre a população idosa mundial, sendo a sétima condição que mais gerou óbitos no ano de 2019, em um âmbito global (OMS, 2022). No mundo, em 2015, o número estimado de pessoas com demência era de 47 milhões (Alzheimer’s Disease International, 2015), número que se elevou no ano de 2021, no qual cerca de 55 milhões de indivíduos acima de 65 anos foram afetados pela demência

(Alzint, 2021), com 60% vivendo em países de baixa e média renda (Alzint, 2020). Ademais, as formas mais prevalentes de demência são a doença de Alzheimer, que corresponde a 60 a 80% dos casos, e a demência vascular, que representa 20% dos casos (Souza, 2020). No Brasil, um número próximo de 1,2 milhões de pessoas são afetadas com alguma forma de demência (Brasil, 2021). Segundo projeções demográficas para 2020, são estimadas cerca de 29,8 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil e, tendo em vista que a prevalência de demência duplica a cada 5 anos a partir dos 60 anos, também é esperado um crescimento na prevalência no número de indivíduos com a doença (Burlá, 2013).

Assim, dado o retrato epidemiológico nacional, observa-se a importância do debate acerca dessa temática. É fato que a população idosa - a mais afetada pela síndrome - representará mais de 20% do total de cidadãos brasileiros em 2050, e, à vista disso, aponta-se à necessidade de discutir-se como manejar este grupo da melhor forma (IBGE, 2022). Nesse viés, entende-se a comunicação enquanto o cerne da prática médica, influenciando diretamente na aceção das orientações e recomendações propostas (Jootun; Mcghee, 2011). O papel dela se acentua no contexto de pacientes com demência, uma vez que apresentam perda cognitiva progressiva, a qual encerra o âmbito da linguagem e, portanto, afeta a comunicação destes com os profissionais de saúde (Alsawy *et al.*, 2017). Desta forma, é essencial conhecer quais são os fatores facilitadores e impeditivos do contato com tal população.

A partir disso, tal estudo possui como objetivo debater importantes aspectos da comunicação com o paciente com demência, buscando explicar suas principais estratégias, dificuldades, avanços e procedimentos a aperfeiçoar. O estudo busca, ainda, promover uma expansão na base de dados sobre o assunto, além de buscar ajudar na implementação de políticas públicas de saúde que auxiliem em um melhor atendimento ao paciente com demência.

1. A importância da família no pilar da comunicação com o paciente com demência

Cada família possui uma experiência única em relação ao paciente com Alzheimer, e isso depende de diversos fatores, como: expectativas para o futuro; regras e organização familiar; motivação para o cuidado; relacionamento com o paciente e a comunicação. Dessa forma, nota-se que

para que exista uma boa relação entre familiares e paciente, é imprescindível que existam canais livres de comunicação, sem barreiras que prejudiquem o diálogo, para que a resolução de problemas e a manutenção da dinâmica saudável entre familiares ocorra. A partir disso, observa-se que famílias que possuem canais de comunicação frágeis e conflitivos podem possuir dificuldades, as quais podem ser prejudiciais para o paciente com demência (Esandi, 2021).

Além disso, a demência possui diversos desafios e dilemas éticos em torno da família e do paciente com demência. Por conta disso, às vezes, familiares e profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente discordam dos modos de oferecer a melhor maneira de tratamento ao paciente, o que pode interferir na promoção de cuidado ao paciente com demência (Hochwald, 2021). Dessa forma, nota-se que, nessas situações, a comunicação entre a família e os profissionais de saúde, baseada na verdade, é a chave para diminuir o paternalismo e promover o melhor tratamento para o paciente com demência (Skaalvik, 2014).

Em relação às fases mais avançadas das síndromes demenciais, nota-se a ocorrência do processo de curatela (procedimento assistencial, realizado por outrem, de manutenção de interesses de indivíduos incapacitados de exercerem atos da vida civil). Primeiramente, é importante compreender que a incapacidade, no contexto jurídico, pode ser definida como “a limitação legal do exercício dos atos da vida civil” (Diniz, 2021). E para que alguém seja caracterizado de tal maneira, deve-se realizar um laudo pericial por equipe interdisciplinar. Outrossim, deve-se pontuar que, apesar de o processo de curatela estar estabelecido em pacientes com demência em estágio avançado, o curador deverá prestar assistência ao indivíduo com a doença e terá o dever de inclusão da pessoa curatelada, para prover a ela certa autonomia e liberdade, além de manter o seu direito à convivência familiar e comunitária (Neto, 2022). A partir do exposto, infere-se que, famílias em que a convivência e as relações sociais já fossem saudáveis e bem estabelecidas, como o exposto no estudo de Esandi, *et al.* (2021), podem passar pelo processo de curatela de modo mais seguro e sem prejudicar a liberdade e a autonomia (as quais devem ser preservadas de acordo com o grau de incapacidade) do paciente com demência.

2. A importância dos cuidadores no pilar da comunicação com o paciente com demência.

A comunicação entre os pacientes com demência e seus cuidadores tende a ser delicada e isso costuma repercutir em agravos psicológicos para ambas as partes. Neste sentido, diversas estratégias podem ser tomadas em prol de um melhor convívio, dentre estas, o treinamento em comunicação. Em revisão sistemática, notou-se que tal intervenção promoveu uma melhora significativa na relação em decorrência do melhor uso das linguagens verbal e não-verbal, amenizando, inclusive, quadros psicológicos pré-existentes nos profissionais, como a ansiedade, o estresse e o burnout (Nguyen *et al.*, 2019).

Além disso, um ponto nevrálgico é a noção de comunicação enquanto meio de manter um cuidado centrado na pessoa. Já foi demonstrado que, nos casos de demência, este tipo de abordagem melhora a qualidade de vida e a satisfação com o serviço ofertado mesmo quando realizado por cuidadores “informais”, i.e., familiares ou pessoas próximas sem qualificação (Harper *et al.*, 2021). A noção de que a comunicação é um fator central no cuidado se dá pelo fato de ser necessária à obtenção de dados para a avaliação do paciente e de suas demandas, como a dor. Observou-se que profissionais bem instruídos na área são mais habilitados a compreenderem as necessidades dessas pessoas e, por conseguinte, conseguem tratá-las da melhor forma (Pardo *et al.*, 2018).

Outro aspecto importante do manejo pelo cuidador é o controle de comportamentos agressivos e potencialmente lesivos do paciente com demência. Em revisão, observou-se que comportamentos agressivos, associados ou não a fatores desencadeantes, são comuns contra cuidadores e por vezes devem ser considerados parte inerente da relação. Notou-se, ainda, que muitos desses profissionais não recebem treinamento adequado para o manejo destas situações, o que prejudica a convivência com o paciente. O principal achado capaz de modificar o quadro foi a oferta de treinamentos em comunicação (Schnelli *et al.*, 2020).

3. Dificuldades da comunicação com o paciente com demência

Um tópico relevante sobre essa temática é acerca dos entraves envolvidos durante o processo de comunicação com o idoso com demência,

tanto com a participação da família quanto com a da equipe multiprofissional responsável. Na revisão de literatura elaborada por Delfino e Cachioni (2016), evidencia-se uma dificuldade em relação à escolha de estratégias comunicativas pelo cuidador (como falar devagar, repetir palavras e permitir maior tempo para o idoso se expressar) que garantam o entendimento da mensagem pelo paciente e que promovam maior interatividade entre os envolvidos na troca de informações. Isso pode contribuir para uma maior agitação do idoso e uma relutância quanto ao contato mais próximo com o indivíduo responsável por seus cuidados, somado ao estresse e a sobrecarga gerados no cuidador em razão de experiências de interação pacífica com a pessoa sob sua tutela.

No estudo de Stuart, Jones e Windle (2022), evidencia-se que a comunicação com o idoso portador de demência é o maior desafio para muitos familiares. Isso se deve ao complexo processo de adaptação por parte de parentes e amigos ao diálogo e à manutenção de uma conexão com o indivíduo sob seus cuidados. Além disso, na literatura científica, há pouco enfoque na perspectiva do adoecido, em prol de uma visão baseada no modelo biomédico que prioriza as mudanças morfofisiológicas da doença e protagoniza apenas o cuidador e a ideia de suportar um “fardo”, em detrimento da experiência de se ter a demência e de adaptar-se a ela. Assim, há um isolamento de seus núcleos sociais mais próximos, como familiares e outras pessoas conhecidas e familiarizadas. Fica evidente, portanto, a necessidade de técnicas eficientes para agregar os comportamentos dos cuidadores a fim de facilitar a conversa com o idoso com demência e aperfeiçoar uma atmosfera de cuidado.

Um outro agravante que prejudica a comunicação com o idoso com demência é o isolamento social e a perda de contato familiar, somado ao pouco estímulo cognitivo nesses cidadãos, particularmente os que vivem em instituições de longa permanência. A pesquisa realizada por Fagundes *et al.* (2021) mostrou que há um decréscimo no Mini-Exame do Estado Mental em idosos institucionalizados e com demência, alertando para um declínio cognitivo que prejudica a interação com outros indivíduos, em razão do abandono parental sofrido por eles, muitas vezes, em razão do surgimento dessa doença. Ademais, a deficiência ou falta de atividades e exercícios que trabalhem atributos intelectuais e físicos do idoso nesses ambientes agrava o estágio em que se encontra a doença, tornando-o mais debilitado.

4. Experiências bem sucedidas ou não

O estudo de Krein *et al.* (2019) pontua que na maioria dos tipos de demência, a linguagem é a primeira função cognitiva a ser afetada, o que se manifesta, por exemplo, como dificuldade em formar frases complexas e compreender conversas, o que prejudica a capacidade de comunicação do paciente com demência. Contudo, uma comunicação efetiva exige outras funções cognitivas superiores (como memória e atenção) e funções executivas, que são cada vez mais afetadas com o avanço da doença.

O artigo de Bosisio *et al.* (2018) trata sobre o uso do planejamento de cuidado antecipado (ACP), definido pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES) como “o processo de discussão e registro das preferências dos pacientes para os cuidados no futuro, com o objetivo de orientar as decisões de saúde no final de vida”, para realçar a comunicação entre o paciente com demência, seu tomador de decisão substituto e os profissionais de saúde na condição de que o paciente perca a sua capacidade de tomada de decisão, seja de forma temporária, seja de forma permanente.

O estudo de Bonisio *et al.* (2018) cita como benefícios da utilização do ACP uma melhor compreensão pelos pacientes com demência e seus familiares, dada a oportunidade de obter mais informações sobre a doença, seu provável curso e opções terapêuticas, e, assim, o ACP reduz os custos de saúde, pois evita a realização de procedimentos desnecessários e/ou indesejados. Contudo, embora seja um método capaz de oferecer mais autonomia ao paciente com demência em comunicar decisões a respeito de sua doença, um dos maiores desafios a sua implementação é a dificuldade da família e dos profissionais de saúde em encontrar o momento “ideal” para iniciar o ACP, já que existe uma falta de reconhecimento da demência como uma doença terminal.

O estudo de Mooney *et al.* (2018) retrata a experiência positiva envolvendo um tratamento de afasia progressiva primária (APP) em grupo que envolveu estratégias de comunicação aumentativa e alternativa (AAC) e instruções para o gerenciamento da doença durante um período de 6 semanas. Assim, após os participantes receberem informações acerca da doença, sua possível progressão e seus sintomas, e dos princípios da comunicação multimodal, eles foram introduzidos à ACC de baixa tecnologia, como cartões de bolso voltados a pessoas com APP e livros de comunicação simples; aos remanescentes, que são um conjunto de itens ou

objetos que representam uma experiência pessoal e servem como suporte contextual para uma conversa; aos roteiros (*scripts*), que se tratam de monólogos ou diálogos ensaiados pelos participantes que simulam interações comunicativas da vida real; às tecnologias móveis e seus aplicativos, que podem fornecer suporte para a comunicação com dicas contextuais, visuais, escritas e gráficas (um aplicativo de mapa pode fornecer o local ao qual querem chegar, por exemplo). Por fim, os participantes tiveram a oportunidade de praticar a comunicação multimodal, num treinamento baseado em demonstração, instrução e orientação.

A experiência retratada no estudo de Mooney *et al.* (2018), portanto, verificou resultados positivos, uma vez que todos os participantes com APP relataram maior variedade de modos de comunicação após o tratamento, além de comunicação com cartões e scripts para suporte de suas interações comunicativas. Ademais, também foi relatado que a proximidade com outras pessoas que entendem sua situação e explorar e praticar outras formas de comunicação com estratégias que antecipam a necessidade foram muito úteis.

No estudo de Balzotti *et al.* (2019), foi feito um estudo comparativo quanto aos efeitos de dois tratamentos não medicamentosos (TNM) na melhoria dos sintomas neuropsiquiátricos de pacientes com demência. Assim, o primeiro TNM é a terapia gestual-verbal, que, no estudo em questão, consistiu em um protocolo de 4 etapas que envolviam a realização de exercícios respiratórios pelos pacientes, a execução de gestos associados a certas palavras pelo terapeuta, para apresentá-los aos pacientes, e a produção das palavras e imitação dos gestos pelos pacientes. O TNM seguinte é a terapia com bonecas, que, no artigo, consistia na apresentação da boneca ao paciente, interação entre operador e boneca na frente do paciente, e observação da interação do paciente com demência e o brinquedo enquanto fossem deixados sozinhos. Dessa forma, os resultados do estudo evidenciaram que os pacientes submetidos ao tratamento gestual-verbal apresentaram melhorias na apatia, quando comparados aos submetidos à terapia com bonecas. Por fim, a terapia com bonecas proporcionou melhoria mais significativa nos sintomas de agitação dos pacientes de demência no estudo em questão.

Portanto, a demência é uma doença neurodegenerativa que afeta os domínios cognitivos e comportamentais e que possui índices importantes de morbimortalidade entre a população idosa mundial. Tendo em vista a

crescente parcela dessa faixa etária no Brasil, é essencial um conhecimento acerca da conduta adequada para lidar e comunicar-se com o idoso portador de transtorno neurocognitivo maior.

A família torna-se um importante elemento para a interação com esse paciente, desde que não haja barreiras que impeçam uma dinâmica parental saudável e um canal comunicativo livre; logo, o surgimento de conflitos entre esses indivíduos pode prejudicar o estado de saúde do idoso com demência. Outro papel essencial é o do cuidador, que participa de uma delicada relação com o idoso que pode ser preservada mediante estratégias verbais e não verbais, ressaltando a relevância da comunicação para obter dados para avaliação do paciente e de suas necessidades.

No entanto, dificuldades existem nesse processo comunicativo com o idoso com demência, a exemplo de qual estratégia o cuidador deve optar para manter a interação e o entendimento da pessoa sob seus cuidados, além da árdua adaptação da família quanto às formas de se estabelecer uma linguagem verbal e não verbal. Com o intuito de superar tais entraves, experiências bem sucedidas foram registradas nesse âmbito, como o planejamento de cuidado antecipado (ACP), que realça a comunicação entre o paciente, seu acompanhante e os profissionais da saúde. Assim, essa questão pertinente, principalmente, entre a terceira idade é estudada sob diversas visões com o intuito de promover uma maior aproximação com o grupo abordado e sua melhor qualidade de vida.

Referências

ALSAWY, S. *et al.* What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. **Int Psychogeriatr**. v. 29, n. 11. 2017.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ALZINT). **Dementia statistics**, 2020. Disponível em: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ALZINT). **World Alzheimer Report 2015**, Disponível em: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ALZINT). **World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia**. Londres, Inglaterra. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Washington DC: **American Psychiatric Press**; 2013.

BALZOTTI, A. *et al.* Comparison of the efficacy of gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia. **Int. J. Geriatr.Psychiatry**. V. 34, n. 9, p. 1308-1315. 2019.

BOSISIO, F. *et al.* Planning ahead with dementia: what role can advance care planning play? A review of opportunities and challenges. **Swiss Med Wkly**. 2018.

BRAITHWAITE STUART, L.; HEDD JONES, C., WINDLE, G. A qualitative systematic review of the role of families in supporting communication in people with dementia. **International Journal of Language & Communication Disorders**. p. 1-24. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Conhecer a demência, conhecer o Alzheimer: o poder do conhecimento – Setembro, mês mundial do Alzheimer. Internet, 2021. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/conhecer-a-demencia-conhecer-o-alzheimer-o-poder-do-conhecimento-setembro-mes-mundial-do-alzheimer/#:~:text=No%20Brasil%2C%20cerca%20de%201,a%2050%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BURLÁ, C. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 18, n. 10. 2013.

DELFINO, L. L.; CACHIONI, M. Estratégias comunicativas de cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. **J. Bras. Psiquiatr**. V. 65, n. 2, p. 186-95. 2016.

DINIZ, M. H. **Curso de direito civil brasileiro - Teoria geral do direito civil**. Saraiva Educação. v. 1,38. ed. São Paulo: 2021.

ESANDI, N. *et al.* Ethical challenges in end-stage dementia: Perspectives of professionals and family care-givers. **Journal of Family Nursing**. v. 27, n. 2. p. 124-135. 2021.

FAGUNDES, D. F. *et al.* Dementia among older adults living in long-term care facilities: an epidemiological study. **Dement Neuropsychol**. v. 15, n. 4, p. 464-469. 2021.

FREITAS, E. V.; PY, L.; **Tratado de geriatria e gerontologia**. Guanabara Koogan, 4. ed. , 2016.

HARPER, A. *et al.* The experiences, priorities, and perceptions of informal caregivers of people with dementia in nursing homes: A scoping review. **Dementia**. V. 20, n. 8. 2021.

HOCHWALD, I. H. *et al.* Ethical challenges in end-stage dementia: Perspectives of professionals and family care-givers. **Nursing ethics**. v. 28, p. 1228-1243. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 17 jul. 2022.

JOOTUN, D.; MCGHEE, G. Effective communication with people who have dementia. **Nurs Stand**. v. 25, n. 25. 2011.

KREIN, L. *et al.* The assessment of language and communication in dementia: a synthesis of evidence. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**. v. 20, n. 4, p. 363-367. 2019.

MOONEY, A. *et al.* Group communication treatment for individuals with PPA and their partners. **Semin Speech Lang**. V. 39, n. 3, p. 257-269. 2018.

NETO, H. C. B. A aplicação do instituto da curatela em casos de alzheimer após a lei 13.146/15. **Migalhas de peso**. Internet. 2022

NGUYEB, H. *et al.* Communication training and its effects on carer and care-receiver outcomes in dementia settings: A systematic review. **J. Clin. Nurs**. v. 28, n. 7-8. 2019.

PARDO, M. *et al.* Pain assessment in individuals with dementia and communication problems in Spain. A systematic review. **Rev. Clin. Esp**. v. 218, n. 8. 2018.

PESSOA, R. M. P. *et al.* Da demência ao transtorno neurocognitivo maior: aspectos atuais/from dementia to major neurocognitive disorder: current aspects. **Revista Ciências em Saúde**, v. 6, n. 4, p. 5-17, 2016

SCHNELLI, A. *et al.* Aggressive behaviour of persons with dementia towards professional caregivers in the home care setting-a scoping review. **J. Clin. Nurs**. 2020.

SKAALVIK M. W. *et al.* The experience of self and threats to sense of self among relatives caring for people with alzheimer's disease. **Dementia**. V.0, p. 1-14. 2014.

SOUZA, R.K.M. et al. Prevalência de demência em pacientes atendidos em um hospital privado no sul do Brasil. **einsten**. Internet. v. 18, p. 1-7. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2022. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/dementia>. Acesso em: 10 jul. 2022.

A COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES SURDOS: DESAFIOS E IMPLICAÇÕES

Cleberon Dias Rodrigues

Fábio Miranda Dos Santos

José Mauro De Almeida Leão

Manuela Chaves Marques Lopes

Vanja Da Cunha Bezerra.

Segundo a Organização Mundial de Saúde mais de 460 milhões de pessoas necessitam de assistência médica para lidar com sua perda auditiva no mundo, e estima-se que esse número chegue a 700 milhões até 2050 (WHO, 2021). No Brasil, o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estima que 9,7 milhões de brasileiros apresentem algum grau de surdez e destes 2,1 milhões não ouvem nada (IBGE, 2010). Assim sendo, é de extrema importância criar e implementar estratégias de políticas públicas que possibilitem uma comunicação eficiente entre médicos e pessoas surdas, visando uma melhor assistência de saúde a essas pessoas.

Nesse sentido, foram tomadas medidas como a criação do Decreto nº 5.626 de 2005 que dispõe sobre a garantia à atenção integral a saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas. Assim como regulamenta a inclusão da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como disciplina curricular nos cursos de ensino superior. Ademais, a instituição da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência estabeleceu as diretrizes que visam à adequação da assistência à saúde às necessidades específicas desse grupo em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, estudos na literatura mostram que os surdos ainda enfrentam, na maioria das vezes, barreiras na comunicação com os médicos

quando buscam por atendimento clínico (Nóbrega; Munguba; Pontes, 2017), contrapondo-se à garantia de acessibilidade aos serviços de saúde previstos na legislação. Uma vez que esse canal de interação é estabelecido de forma inadequada, a relação médico-paciente fica comprometida e diversas implicações podem surgir como constrangimento, erro no diagnóstico, dificuldade de elaborar corretamente o prontuário médico e, também, tratamento falho da doença (Gomes *et al.*, 2017).

Diante desse contexto, este capítulo tem por objetivo dissertar de maneira sucinta sobre alguns dos entraves que norteiam a problemática, abordando aspectos relacionados a forma como a saúde dos surdos é prejudicada pela capacidade de diálogo limitada com o profissional médico, assim como apresentar possíveis ferramentas para melhorar o atendimento oferecido a esses usuários.

1. Desafios na comunicação

1.1 Conhecimento de Libras pelos médicos

A Libras foi estabelecida e reconhecida como meio oficial de comunicação no país pela Lei Federal no 10.436 de 2002. De acordo com essa mesma Lei é definida como “a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil”.

Deve-se considerar a Libras tão completa e complexa como qualquer outro idioma. Assim, apresenta regras específicas e variações resultantes de regionalismos. Nela, cada palavra é representada por um sinal feito com as mãos. Como exemplo, a representação do alfabeto português é mostrada na figura 1.

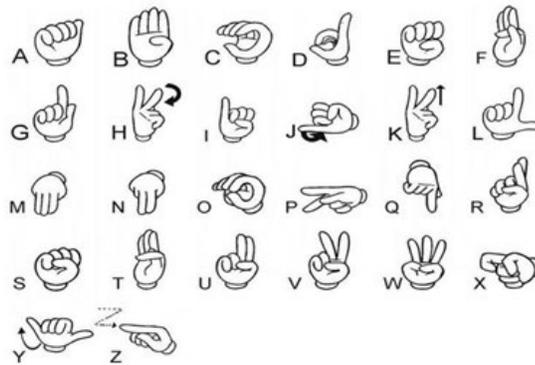


Figura 1 – Alfabeto manual de Libras

Fonte: Silva *et al.*, 2007.

Apesar da inclusão da disciplina de Libras no ensino superior, ela apenas é obrigatória nos cursos de Licenciaturas, Pedagogia e Fonoaudiologia. Para o curso de Medicina e os demais cursos da área da saúde, a disciplina é ofertada de maneira optativa (Brasil, 2005). Diante do exposto, nem todos os estudantes de Medicina terão algum conhecimento de Libras ao terminarem a graduação.

Além disso, devido às limitações de carga horária, geralmente, as aulas focam em conteúdos mais gerais. O aprendizado integral de qualquer idioma requer muita dedicação e tempo, e os termos técnicos tão necessários para o contexto profissional tornam-se inviáveis para o ensino num curto período de tempo. O que faz com que a mera inclusão da disciplina na grade curricular não resolva o problema da acessibilidade no atendimento médico (Gomes *et al.*, 2017).

Um estudo observacional do tipo transversal realizado no Distrito Federal em que foram entrevistados 101 médicos de diferentes especialidades mostrou que mais de 90% deles já tinha atendido algum paciente surdo. A maioria considerou o conhecimento de Libras importante para o seu exercício profissional, no entanto, apenas um tinha conhecimento do idioma (Gomes *et al.*, 2017).

1.2 Leitura labial e oralidade

A leitura labial é o processo de decodificação da informação que está sendo transmitida por meio da observação dos movimentos dos lábios

e da boca do interlocutor, feita de forma concomitante e complementada pela análise de expressões faciais, gestos e mudanças de postura do falante (Toffolo, 2014).

Por outro lado, a oralidade refere-se à habilidade do surdo de se expressar oralmente, através do desenvolvimento da emissão sonora das palavras e das distinções físicas entre os movimentos articulatórios labiais, resultante, muitas vezes, de sessões de fonoaudiologia associadas a leitura labial (Toffolo, 2014).

Algumas pessoas surdas usam a leitura labial e a oralidade como estratégias para facilitar a comunicação com as pessoas ouvintes. Médicos podem falar de maneira mais articulada e lenta como técnica, com o objetivo de ajudar a leitura labial de seus pacientes surdos, porém é relevante destacar que manter uma comunicação de qualidade com o uso da leitura labial é extremamente difícil, pois apenas uma parte da fala é legível nos lábios e que o restante seja entendido por adivinhação (Toffolo, 2014; Abou-Abdallah; Lamyman, 2021).

Ademais, no cenário da pandemia de Covid-19, o uso de máscaras contribui para o aumento da dificuldade de se fazer a leitura labial, o que deixa essa habilidade quase impraticável uma vez que impede a visualização dos lábios e expressões faciais.

1.3 Uso de intérpretes

Teoricamente, uma solução óbvia para revolver o problema de comunicação entre a equipe de saúde e o paciente surdo seria a contratação de profissionais intérpretes para atuar nas consultas em hospitais e unidades de atendimento do SUS, o que também diminuiria a necessidade de um acompanhante (Pereira *et al.*, 2020).

Entretanto, na prática essa medida não seria tão fácil de implementar nem tão eficiente. Primeiramente, devido ao elevado custo para contratar intérpretes para todos os locais de atendimento dentro de um sistema que demonstra carência orçamentária em pontos mais urgentes. Em segundo lugar, a presença de uma terceira pessoa, mesmo que seja desconhecida, pode gerar constrangimento ao paciente, em especial nas especialidades que necessitem expor a intimidade física ou mental, como nas consultas psiquiátricas e ginecológicas (Gomes *et al.*, 2017). Também, há possibilidade de transmissão parcial de dados importantes acerca do estado de saúde

dos pacientes, o que prejudica a autonomia deles na tomada de condutas (Nóbrega; Munguba; Pontes, 2017). Assim, infere-se que a presença do intérprete facilita a comunicação durante a consulta, mas não é garantia de satisfação do atendimento (Gomes *et al.*, 2017).

2. Implicações

As barreiras comunicativas entre médicos e pessoas surdas que buscam os serviços de saúde podem comprometer o cuidado, devido as dificuldades de entendimento entre ambas as partes e, assim, configurar falha no atendimento humanizado e inclusivo. A falta de uma comunicação efetiva torna-se mais preocupante quando prejudica o diagnóstico dos problemas de saúde e o tratamento do paciente (Nóbrega; Munguba; Pontes, 2017).

Na literatura, é possível encontrar estudos que dissertaram sobre as percepções dos surdos sobre o processo de comunicação durante o atendimento nos serviços de saúde, visando expor os pensamentos e opiniões desse grupo de usuários. Dois desses trabalhos são resumidos nos parágrafos seguintes.

No estudo de Cardoso, Rodrigues e Bachion (2006), foram entrevistadas 11 pessoas com surdez severa para as quais foram feitas perguntas sobre algumas questões, tais como: entendimento, necessidade de intermediação e sentimentos. Na categoria entendimento, houve queixas a respeito dos profissionais com relação à velocidade de fala, exposição da boca, escrita ilegível e uso de termos técnicos desconhecidos pelos surdos, os quais, muitas vezes, não têm domínio total da língua portuguesa escrita. Com relação à necessidade de intermediação, os entrevistados ressaltaram a dependência de familiares ou amigos para acompanhá-los nas consultas, principalmente quando não tinham condições financeiras de contratar um intérprete ou estes estavam indisponíveis. Por último, em relação aos sentimentos, foi mencionado que o pouco diálogo e interação gera nos pacientes diversos sentimentos de medo, como o de ir ao médico desacompanhado, de ser enganado, de tomar remédios errados e o sofrimento por serem discriminados por não terem o seu direito a saúde garantido.

De forma semelhante, na pesquisa de Pires e Almeida (2016), 26 surdos foram indagados acerca do vínculo entre as pessoas surdas e os

profissionais da saúde com o objetivo de investigar e verificar as percepções do grupo quanto ao acolhimento existente nos serviços de saúde. Os resultados também mostraram relatos de um misto de sentimentos negativos por parte dos entrevistados como tristeza e raiva por não serem compreendidos, igualmente decepção pela falta de interesse demonstrada pelos profissionais e direcionamento das perguntas ao acompanhante, finalizando suas análises com o sentimento dos surdos pós consulta, que no geral saem com dúvidas e medo do atendimento.

Por outro lado, outros estudos investigaram o sentimento dos médicos diante do paciente surdo nas consultas. Estes trabalhos concordam que os sentimentos que prevalecem nos médicos são incerteza e desconforto, possivelmente, resultante do predominante desconhecimento de Libras e dificuldade de conduzir o atendimento (Gomes *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2020).

Portanto, a comunicação tem se mostrado como um dos principais entraves na relação entre médicos e surdos, com implicações negativas para ambos os lados.

3. Sugestões para mudança

A partir das informações elencadas, este tópico apresenta algumas sugestões para mediar a comunicação entre médicos e as pessoas surdas objetivando enfrentar os entraves que se apresentam dificultando a comunicação entre médicos e as pessoas surdas. A finalidade é melhorar a comunicação entre o paciente surdo e o profissional da medicina, e assim tornar o atendimento mais eficiente e eficaz nos serviços de saúde oferecidos.

Várias estratégias podem ser empregadas nas consultas. Cabe ao profissional, juntamente com o paciente escolherem a melhor que se adapte aquela situação, visando facilitar a compreensão e o acesso ao cuidado. Uma vez que os médicos estejam capacitados nessas habilidades, promoverão uma interação mais efetiva. Nesse sentido, é fundamental conhecer essas estratégias, bem como as limitações para seu uso (Nóbrega; Munguba; Pontes, 2017).

A primeira estratégia refere-se ao uso de Libras pelo médico. O ideal seria que todos adquirissem algum conhecimento da língua, ainda dentro da formação acadêmica. Porém, mesmo aqueles que não cursaram

a disciplina podem buscar cursos disponíveis de forma presencial e online para se capacitarem. Outra alternativa é o uso de tecnologias assistivas, como o aplicativo Hand Talk que faz conversões de voz e textos do português para Libras.

Nas situações em que o paciente consegue fazer a leitura labial, é importante que o profissional colabore por evitar esconder seu rosto e lábios com as mãos, cabelos e máscaras cirúrgicas, deve ainda olhar diretamente para o usuário enquanto fala. Além disso, utilizar linguagem simples ao prescrever as receitas e escrever de maneira legível ou digitá-las (Cardoso; Rodrigues; Bachion, 2006).

Quanto à presença do profissional intérprete de língua de sinais nas consultas, para os surdos que desejarem a sua intermediação na comunicação com o médico, pode ser proposto um agendamento prévio do serviço de modo a organizar sua disponibilidade, cujas despesas fossem custeadas pelo Governo (Nóbrega; Munguba; Pontes, 2017).

4. Algumas considerações finais

Como bem foi apresentado nesse capítulo, apesar de a população que sofre de surdez ser teoricamente amparada legalmente no Brasil, no que tange ao acesso igualitário aos serviços de saúde, como a seguir, destacaremos o decreto: o decreto nº 5.626 de 2005, que trata no acesso as políticas públicas. Assim como a definição das libras como componente curricular nos cursos de ensino superior. No entanto, os estudos demonstraram que ainda há barreiras para a efetivação comunicativa entre médicos e pacientes surdos, a exemplo do fato de o componente curricular de libras ser somente optativo em cursos de medicina e também da superficialidade no aprendizado da língua. Dessa forma, é visto que esse distanciamento comunicativo acaba trazendo consequências previstas, sobretudo a prevalência de sentimentos negativos durante as consultas médicas, tais quais: medo, incerteza e insegurança, bem explicitado no estudo de Cardoso, Rodrigues e Bachion (2006), junto ao estudo de Pires e Almeida (2016). Assim, ressalta-se a importância desse capítulo em esclarecer os impasses para plena comunicação entre a comunidade médica e os pacientes surdos, bem como a proposta de intervenção da problemática propondo melhorias nas categorias de aprendizado de libras, leitura labial e o amplo uso de intérpretes nas unidades de saúde de todo o Brasil.

Referências

ABOU-ABDALLAH, M.; LAMYMAN, A. Exploring communication difficulties with deaf patients. **Clinical Medicine** 2021, v. 21, n. 4, p. 380-3, 2021.

BRASIL. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. **Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm. Acesso em: 04 julho 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 12 de jun. 2022.

CARDOSO, A. H. A.; RODRIGUES, K. G.; BACHION, M. M. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 14, n. 4, 2006

GOMES, L. F. *et al.* Conhecimento de Libras pelos médicos do Distrito Federal e atendimento ao paciente surdo. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 41, n. 4, p. 551-6, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico Brasileiro, 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,-2,-3,128&ind=4648>. Acesso em: 28 maio 2022.

NÓBREGA, J. D.; MUNGUBA, M. C.; PONTES, R. J. S. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Rev. Bras. Prom. Saúde**. v. 30, n. 3, p. 1-10, 2017.

PEREIRA, A. A. C. *et al.* “Meu Sonho É Ser Compreendido”: Uma Análise da Interação Médico-Paciente Surdo durante Assistência à Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v. 44, n. 4, p. 1-9, 2020.

PIRES, H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 5, n. 1, p. 68-77, 2016.

SILVA, F. I. *et al.* **Aprendendo Língua Brasileira de Sinais como segunda língua**. Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina. Santa Catarina, 2007. Disponível em: <https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Aprendendo-Lingua-Brasileira-deSinais-como-segunda-lingua.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

TOFFOLO, A. R. R. **A leitura na surdez profunda**: A influência da oralidade e da leitura labial e estratégias predominantes. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Deafness and hearing loss, 2021**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>. Acesso em: 28 maio 2022.

COMUNICAÇÃO DE MEDIDAS PALIATIVAS EM PACIENTES TERMINAIS

Kallaiho Kevin Dantas Naimayer

Leonardo Machado Sampaio

Léo Vitor Araújo Martins

Murilo dos Santos Souza

Tales Roberto Figueiredo Amorim Rodrigues

Patricia Regina Bastos Neder

Os cuidados paliativos configuram uma abordagem que promove a qualidade de vida de pessoas e seus familiares que enfrentam juntos os problemas associados com doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial, emocional e espiritual (Milani; Silva, 2021).

As medidas paliativas começaram na antiguidade e, durante as Cruzadas na Idade Média, era comum encontrar “hospices” pelo caminho, que abrigavam doentes, famintos, mulheres em trabalho de parto, órfãos, pobres e “leprosos”. Era muito mais uma forma de cuidado, acolhimento, proteção e alívio do sofrimento do que de cura propriamente dita (Gomes; Othero, 2013).

Oficialmente, os cuidados paliativos surgiram como prática na área da saúde na década de 1960 no Reino Unido com a médica, enfermeira e assistente de saúde Cicely Saunders, que dedicou sua vida ao trabalho para alívio do sofrimento humano. Em 1967, fundou o St. Christophers Hospice em Londres, primeiro serviço a oferecer um cuidado integral aos pacientes, controlando sintomas, aliviando suas dores e sofrimentos, não apenas físicos como também psicológicos (Gomes; Othero, 2013).

Os avanços tecnológicos e científicos da era pós-Revolução Industrial mudaram o padrão de desenvolvimento humano, aumentando as expectativas de vida e, conseqüentemente, elevando a proporção da população com idade superior à aposentadoria. Esse envelhecimento populacional, aliado aos avanços tecnológicos e científicos, levou ao aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e, por conseguinte, ao aumento da demanda por Cuidados Paliativos (CP). A partir disso, observa-se que apesar do aumento da *expectativa de vida*, ela não necessariamente está associada à *qualidade de vida*. Tendo isso em vista, vê-se a importância das medidas paliativas como instrumento de auxílio para equiparar esses dois conceitos (Chaves, *et al.*, 2021).

Dentro desse espectro, visualiza-se que além das medidas paliativas, a comunicação dessas torna-se igualmente necessária para a manutenção do bem estar e o sucesso do acompanhamento do paciente. Nesse âmbito, conscientizar o paciente sobre o agravamento do seu quadro não deve simbolizar um sinal de desinvestimento, mas, sim, uma oportunidade para se refletir e discutir situações inacabadas e rever prioridades de vida, atribuindo a ela um novo sentido. Ainda assim, comunicar o diagnóstico de uma doença incurável é uma tarefa a ser realizada de forma processual, pois suscita fantasias diversas e o medo da morte. Dentro desse processo comunicativo, tem-se que muitas vezes o paciente opta por não saber sobre seu estado terminal. Nesse caso, a equipe multiprofissional deve informar a um familiar sobre esse caso, de modo a conscientizar a família sobre o momento enfrentado por esse ente querido (Borges; Junior, 2014).

Diante da possibilidade da morte, surge o medo da dor física, da solidão e do abandono. Portanto, para a eficácia dos cuidados paliativos, a relação médico/paciente deve ser pautada na delicadeza, cuidado, empatia e compaixão, mostrando ao paciente que ele não está sozinho nesse momento de sua vida. Isso almeja que o indivíduo passe seus últimos momentos sem sofrimento físico ou mental (Borges; Junior, 2014).

Por fim, visualiza-se que uma comunicação ideal é aquela em que a equipe de saúde conhece os temores, anseios e problemas do paciente, sua cultura, religiosidade e espiritualidade, oferecendo medidas de apoio para esse enfermo. Ademais, o apoio à família é de suma importância, haja vista que essas pessoas enfrentam a dor de ver uma pessoa próxima passar pelo processo da morte, além de enfrentarem futuramente, o processo do luto (Borges; Junior, 2014).

Desse modo, fica claro que debater e argumentar sobre a comunicação dos cuidados paliativos em pacientes terminais é fundamental para demonstrar a relevância desse procedimento na integralidade humana.

Nesse aspecto, foi decidido falar sobre os cuidados paliativos em crianças, pacientes oncológicos e idosos, uma vez que envolve contextos mais completos e a comunicação deve ser extremamente mais delicada.

Como foi visto anteriormente, a comunicação é de suma importância para o bom funcionamento das medidas paliativas. Todavia, sabe-se que esse procedimento se dá de formas diferentes conforme a idade ou enfermidade que cada paciente enfrenta. A partir disso, buscou-se enumerar diversas situações e exemplificações sobre como o diálogo se faz presente no contexto dos cuidados paliativos. Entre as muitas temáticas observadas, algumas receberam grande destaque. Nessa perspectiva, observou-se a necessidade de selecionar as mais importantes, uma vez que a diversidade de assuntos a serem discutidos são enormes. Sendo assim, foram selecionadas 3 temáticas com enorme relevância para o tema estabelecido: Comunicação dos cuidados paliativos em crianças, Comunicação dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos e Comunicação de cuidados paliativos em idosos.

1. Comunicação dos cuidados paliativos em crianças

A comunicação eficaz entre pacientes, cuidadores e profissionais de saúde faz com que as crianças se preparem adequadamente para seus tratamentos e futuro, enquanto a falta de informação torna as crianças ansiosas e desconfiadas de seus pais e de seus cuidadores. Apesar dos benefícios potenciais da comunicação, contar às crianças sobre seu estado de saúde crítico é difícil para famílias e para os médicos (Yamaji *et al.*, 2021).

Além disso, cuidar e comunicar a uma criança que encara constantemente a possibilidade de fim da vida é uma experiência complexa e multidimensional que normalmente tem um efeito profundo em todas as áreas – emocional, psicológica, física e financeira – da vida familiar. Evoca ansiedade e luto, e os pais temem pelo sofrimento físico, dependência e vulnerabilidade de seus filhos. As crianças com câncer, por exemplo, enfrentam ameaças à saúde e algumas delas vivenciam o câncer como uma experiência estressante e traumática (Yamaji *et al.*, 2021).

Há também o aspecto familiar, o qual principalmente os pais têm sentimento de perda que é um fator de destaque para aqueles que lidam com um filho em situação de fim de vida, e isso leva a uma luta entre querer mantê-lo e deixá-lo ir. Os pais também sofrem estresse significativo quando forçados a tomar decisões sobre opções de tratamento (Manor-Binyamini; Schreiber-Divor, 2022).

Durante a fase do fim da vida da criança, os pais vivenciam tanto a esperança quanto a desesperança. A esperança pode aliviar o medo de perder um filho e ajudar a manter um relacionamento harmonioso entre pais e filhos. Em alguns casos, à medida que a condição da criança piora, a esperança também pode ajudar na transição para uma morte mais tranquila. A capacidade dos pais de se adaptarem aos desafios de enfrentar essa situação influenciará muito a maneira pela qual uma criança morrerá (Manor-Binyamini,; Schreiber-Divor, 2022).

Dessa forma, a comunicação entre equipe de saúde e os pais deve dar toda a dimensão da situação do paciente pediátrico mesmo que o quadro da criança seja o pior possível. Ademais, há a necessidade de se fazer uma abordagem acolhedora por parte do profissional ao mostrar empatia e reconhecimento do momento difícil vivido pelos pais, uma vez que o modo como o profissional da saúde comunica aos pais sobre o estado do seu filho influencia na postura dos pais ao se relacionar com seu filho a partir daquela notícia e também como eles se comunicam com seus filhos.

2. Comunicação dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos

Como destacado por Sangali; Pinto; Ribeiro, a assistência ao portador de câncer em estado terminal significa lidar com a morte desse paciente, sendo assim, essa é uma situação que recebe destaque maior por parte dos profissionais da saúde. A comunicação do diagnóstico de câncer em fase terminal a esse paciente e seus familiares é extremamente delicada e necessita de um preparo por parte desses profissionais, principalmente o médico responsável por esse paciente.

Os médicos que atendem pacientes com câncer avançado devem comunicar precocemente as questões relacionadas aos cuidados paliativos (CP) e ao fim da vida. Componentes importantes incluem, por exemplo,

falar sobre objetivos de cuidados, planejamento antecipado de cuidados, elucidar valores pessoais, preparar para o futuro ou envolver cuidadores (Harnischfeger *et al.*, 2022).

Sangali; Pinto; Ribeiro, também destacam que a presença de um familiar ou cuidador nesse momento é fundamental, uma vez que proporciona apoio e confiança ao paciente, porém esse acompanhante passa por sentimentos que podem precisar de atenção, visto que a certeza da perda de um ente querido é sem dúvida desesperadora.

Seguindo o raciocínio anterior, a comunicação precoce sobre essas questões traz uma série de benefícios para pacientes, cuidadores e sistema de saúde, uma vez que está associada ao controle dos sintomas, aumento da qualidade de vida, aceitação de sua doença incurável, morte e diminuição da sobrecarga dos cuidadores (Harnischfeger *et al.*, 2022).

Além disso, os próprios pacientes preferem uma comunicação clara, honesta, precoce e consideram isso essencial para seus cuidados pessoais ao fim da vida. A comunicação adequada permite que eles participem mais ativamente das decisões de tratamento e definam suas próprias prioridades individuais e se preparem para a morte. Também possibilita o acesso a serviços especializados de CP, o que é essencial no que diz respeito às altas necessidades de CP dos pacientes oncológicos (Harnischfeger *et al.*, 2022).

Portanto, verifica-se que a comunicação das medidas paliativas nos pacientes terminais oncológicos é de extrema importância para a amenização do sofrimento perante a morte, isto é, uma melhora da qualidade de vida no fim de sua integralidade.

3. Comunicação de cuidados paliativos em idosos

No Brasil, o envelhecimento da população é uma realidade e, apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, as doenças crônicas degenerativas continuam sem resultados de melhora (Santos, 2021, p. 2). Nota-se então, um quadro abrangente, no qual não houve um crescimento simétrico significativo entre o envelhecer e o adoecer em relação a desenvoltura da qualidade de vida; dessa forma, os cuidados paliativos, junto com com sua comunicação, representam uma alternativa de assistência inovadora que retira do foco a cura e dá a perspectiva de um cuidado baseado na prevenção de agravos e controle de sintomas.

No que tange a sua aplicabilidade com os idosos, é indiscutível que esse processo é fundamental, baseando-se sobretudo na humanização e resgatando um cuidado mais atento e humano. Porém, faz-se necessário um comprometimento das relações humanas que viabilizem a sensibilidade, responsabilidade e a solidariedade. Nesse aspecto, a comunicação é um dos pilares fundamentais, segundo Santos (2021), essa serve de elo entre as relações interpessoais podendo ser de forma verbal ou não verbal e repercutindo na empatia e em um ambiente inclusivo; para isso, o profissional deve desenvolver uma relação interpessoal usando-se da escuta, do esclarecimento de dúvidas e do ensino somente desse modo propondo uma atenção mais consistente e precisa ao paciente que enfrenta adversidades no apogeu de sua vida.

Acerca dos CP com idoso, sabe-se da importância da participação da família, consoante a Santos (2021), o momento da velhice é um marco na vida, por ele ser a fase em que ocorrem mudanças de ordem funcional e cognitiva, e a partir disso é notória demanda familiar para permitir uma facilidade no processo mental e emocional do idoso no momento da comunicação por parte do membro da equipe multifatorial; ademais, há necessidade de interação e sintonia do profissional da saúde, que tanto deve estar apto para lidar com a pluralidade das situações que se apresentam, quanto para intervir de forma primorosa, a ponto de preservar o paciente em toda sua integralidade.

Outrossim, sabe-se que de modo geral a comunicação de cuidados paliativos não é um processo fácil, os sentimentos de medo e insegurança despertados no paciente gerando uma sobrecarga emocional a qual pode ser potencializada pelo momento de sua vida, na qual esse sente-se mais vulnerável pelo sentimento de impotência proporcionado pela idade; sendo assim, as capacidades da equipe multiprofissional são necessárias no manejo da conversa e no consolo do paciente e seus acompanhantes, os quais perpassam por novas dinâmicas e vivências como referenciado em Queiroz (2018).

Assim sendo, foi postulada medidas a serem seguidas para viabilizar o melhoramento e dinamização dos métodos de comunicação em pacientes idosos. Segundo Santos (2021), essa baseia-se em 4 etapas: primeiramente a orientação, que é o início da relação interpessoal, e o momento decisório para adesão e continuidade ao tratamento, por isso é necessário uma comunicação esclarecedora para permitir a formação de um

vínculo; secundariamente, tem-se a identificação, na qual será apresentada a equipe médica e será estabelecido o primeiro contato, sendo preciso dar espaço e voz ao paciente para esse expor seus anseios e expectativas; o terceiro aspecto seria a exploração, na qual serão respondidas as inquietações e necessidades, buscando elaborar estratégias para dar forças ao paciente; por último há a resolução, na qual os problemas de dependência foram trabalhados e identificados, e o paciente tornou-se forte e independente, nessa etapa todos os profissionais devem trabalhar em conjunto para potencializar os pontos fortes do paciente e minimizar as suas debilidades. dessa forma, permitindo uma desenvoltura mais dinâmica e primorosa das relações entre os profissionais e o paciente a partir da comunicação e melhorando a responsividade dos CP.

Por outro lado, percebe-se que tais habilidades ainda apresentam muitas falhas e dificuldades de serem aplicadas no cotidiano hospitalar, mesmo que tenham sua importância comprovada. Observou-se, nos relatos, que os participantes mencionaram a falta de preparo da equipe da terapia intensiva, no tocante aos cuidados paliativos, sendo este fato desencadeador de conflitos. Em outros momentos, foi possível perceber a dificuldade de consenso nas ações da equipe multiprofissional, quando da realização de procedimentos que possivelmente não trariam benefício à pessoa idosa já em cuidados paliativos (Queiroz, 2021, p. 7). Percebe-se então um despreparo profissional o qual representa um dano inimaginável para o paciente e sua família, os quais ficam a mercê da alienação e são prejudicados no que tange a informações que impactam diretamente nas suas vidas e no seu tratamento e aplicação dos CP.

Por fim, percebe-se a necessidade de programas de capacitação para os profissionais permanentes para mudança desse paradigma e implementação de uma assistência e cuidado eficiente para a população (Santos, 2021, p. 7).

A comunicação de medidas paliativas em pacientes terminais perpassa por diversos aspectos, sendo crucial a preparação e cautela dos profissionais da saúde no momento de tal ação. Os médicos são os principais responsáveis por essa árdua tarefa e devem estar preparados tecnicamente e humanamente, pois nesse momento tanto familiares quanto o paciente recebem uma carga emocional enorme, que podem gerar reações inimagináveis, dentre elas o desespero, choro, inconformismo, tristeza e outros sentimentos.

Nessa perspectiva, de acordo com as fontes encontradas a esfera de discussão é diversa, uma vez que muitas patologias são incuráveis e fatais, além de cada indivíduo ter um contexto pessoal específico. Nesse sentido, estabelecer um padrão de comunicação de má notícia se torna algo inviável, isso é observado pelos inúmeros contextos observáveis, assim a flexibilidade e a adaptação a cada situação e pessoa deve ser desenvolvida à medida que o profissional identifica o meio emocional e social que rodeiam o paciente enfermo.

Ademais, foi concluído também que os familiares, acompanhantes e cuidadores, apesar de tentarem passar forças ao paciente em estado terminal, muitas vezes não conseguem, haja vista que o choque com tal notícia é extremamente complexo de absorver. Com isso, essas pessoas também podem sofrer com os mesmos sentimentos dos pacientes, por isso precisam de apoio e atenção, assim como os enfermos diagnosticados.

Por fim, conclui-se que é fundamental que as instituições de ensino superior e de residência promovam o ensino de maneira adequada para se comunicar más notícias a pacientes e familiares, principalmente aqueles em estado terminal, pois envolve o fim da vida destes, situação essa extremamente sensível para todos em envolvidos nesse contexto.

Referências

BINYAMINI, I. M; DIVON, M. S. Ouvindo os pais de crianças com câncer – entre a vida e seu fim. **Journal of Patient Experience**. v. 9, n. 1-7. 2022.

BORGES, M. M; SANTOS JUNIOR, R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. **Rev. bras. educ. med.** v. 38, n. 2, 2014.

CHAVES, J. H. B. *et al.* (2021). Cuidados paliativos: conhecimento de pacientes oncológicos e seus cuidadores. **Rev. Bioét.** v. 29, n. 3. Brasília jul./set. 2021.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos: estudos avançados. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. v.30 n.88, 2016.

HARNISCHFEGER, N; *et al.* Abordagem de cuidados paliativos e questões de fim de vida em pacientes com câncer avançado: uma revisão sistemática de intervenções de comunicação para médicos não especializados em cuidados paliativos. **BMJ Open**. 2022.

MILANI, L; SILVA, M. M. (2021). A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Rev Fund Care. Online.** 2021 jan./dez. ; 13:434-442.

QUEIROZ, T. A; *et al.* Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 27, n. 1, 2018.

SANGALI A. C.; PINTO M. H.; RIBEIRO, R. C. H. M. Compreensão da família do paciente oncológico sobre cuidados paliativos. **Arq Ciênc Saúde.** 2014.

SANTOS, L. S.; OLIVEIRA C. B. A.; LEMOS, A. C. M. Cuidados paliativos: a comunicação como ferramenta no tratamento de pacientes idosos oncológicos. **Research, Society and Development.** v. 10, n. 11, 2021.

YAMAJI, N. *et al.* Ferramentas de comunicação usadas na comunicação do câncer com crianças: um protocolo de revisão de escopo. **BMJ Open.** 2022.

COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AOS PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Ingrid Jade Muniz Wanderley

Luma Maria Favacho Bordalo

Maria Eduarda Dantas Da Veiga

Thiago Fonseca De Azevedo

Patrícia Regina Bastos Neder

Durante seus anos de formação e de prática profissional, os médicos precisam desenvolver habilidades que os auxiliem na frequente, porém difícil tarefa, de comunicar diagnósticos difíceis aos seus pacientes, especialmente porque quando estes recebem esse tipo de informação, suas vidas podem mudar completamente. Entretanto, a comunicação de um diagnóstico difícil por um profissional capacitado consegue fornecer suporte e traçar novas estratégias de tratamento e de melhoria da qualidade de vida tanto dos pacientes quanto das pessoas que convivem com ele, considerando seus aspectos físicos, psicológicos e culturais (Sastre *et al.*, 2011; Mack *et al.*, 2014).

O diagnóstico de distúrbios psiquiátricos apresenta complexidades tanto no seu processo de formulação quanto na própria comunicação. Enquanto a raiz da densidade de conhecimento e perícia necessários para tais diagnósticos reside na natureza eminentemente clínica do campo e sua existência e desenvolvimento relativamente recentes, a comunicação de tais achados configura aspecto igualmente desafiador da prática clínica em saúde mental. Isso se deve tanto ao estigma presente no imaginário coletivo em relação às desordens psiquiátricas quanto à sua natureza potencialmente debilitante e limitadora da qualidade de vida e autonomia dos pacientes (Krystal; State, 2014; Pan American Health Organization, 2019).

Especialmente difícil é a comunicação do diagnóstico de distúrbios do neurodesenvolvimento, dentre os quais o Transtorno do Espectro Autista (TEA) se apresenta como representante de alta prevalência na população mundial, do qual 0,05% desta são indivíduos portadores. A desordem é caracterizada por déficits na comunicação e socialização, bem como a presença de estereotípias e padrões repetitivos de comportamento, entre outras manifestações, e sua etiologia é complexa e multifatorial, não sendo totalmente compreendida e incluindo predisposição genética e fatores ambientais (Siklos; Kerns, 2007; Gaspar de Alba; Bodfish, 2011; Augustyn *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a comunicação do diagnóstico de TEA aos pais ou responsáveis de uma criança portadora revela-se tarefa particularmente difícil, visto que tal evento tem repercussões de grande magnitude na vida e no cotidiano dos integrantes da família em questão. Sentimento de perda, choque, ansiedade e angústia por parte dos pais são comuns, além da maior propensão ao desenvolvimento de problemas de saúde física e emocional, devido à complexidade inerente a criar uma criança com TEA, associada a preocupações com o futuro desta e quebras de expectativa. Assim, torna-se de suma importância a qualidade do repasse da conclusão diagnóstica aos pais – enquanto momento de importantes implicações para estes – refletida na observação dos diversos fatores relacionados à satisfação (ou insatisfação) dos pais com esta experiência, presentes nas relações estabelecidas antes, durante e depois da sessão de retorno (Fernández-Alcántara *et al.*, 2016; Aguiar; Pondé, 2020; Mccrimmon; Gray, 2020).

Nesse sentido, o presente capítulo visa tratar a respeito da comunicação do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista aos pais e responsáveis das crianças com TEA pela equipe médica, uma vez que este é um momento de vulnerabilidade da família que exige delicadeza, cautela e empatia a fim de guiar os pais durante o processo de entendimento acerca dos cuidados necessários direcionados a esses indivíduos. Por isso, o presente estudo busca instrumentos para potencializar essa comunicabilidade, cuja necessidade aumenta progressivamente, auxiliando os profissionais da saúde durante a comunicação do diagnóstico de TEA para que seja possível oferecer orientação e amparo às famílias e às crianças.

1. Comunicação médico-responsáveis durante o processo diagnóstico

O diagnóstico do TEA é essencialmente clínico, visto que não existem marcadores biológicos que o confirmem. Portanto, o processo consiste de avaliação médica, preferivelmente na forma de entrevista com os responsáveis do paciente, possivelmente necessitando de realização de teste neuropsicológico. Assim, mediante critérios estabelecidos no CID-10 e DSM-5, é possível confirmar ou refutar o diagnóstico (Silva *et al.*, 2009).

Entretanto, tal processo pode ser demorado, ou mesmo de início tardio, resultando em frustrações por parte dos responsáveis. Em primeira análise, uma duração total para o processo entre 2 e 12 meses é estimada como ideal; de forma semelhante, diagnósticos precoces, ainda na primeira infância, são preferíveis. Outro aspecto importante é o envolvimento de uma equipe multidisciplinar no processo, fator que parece levar a maior satisfação pela família (McCrinmon; Gray, 2020).

Uma queixa comum dos acompanhantes de pacientes diagnosticados com TEA é a falta de transparência acerca da natureza do processo. Tais ocorrências, contrárias ao atual paradigma de medicina centrada na pessoa, geram questionamentos por parte dos familiares sobre a confiabilidade do diagnóstico, além de sentimentos de desamparo. Uma maior colaboração entre profissionais envolvidos no referido esforço determina-se como potencial melhoria (Osborne; Reed, 2008).

Ademais, fator relevante é o diagnóstico errôneo de outros transtornos em casos de TEA. Após tais acontecimentos, é frequente a perda de confiança e maiores questionamentos por parte dos responsáveis, idiosincrasia que confere a estes casos a necessidade de abordagem diferenciada. Por fim, a sensibilidade na identificação de preocupações parentais durante consultas pode influenciar diretamente na identificação precoce de casos de TEA, o que reforça a necessidade de uma boa relação médico-paciente (Martinez *et al.*, 2018).

Dessa forma, o processo diagnóstico do TEA configura-se como ponto crucial para o exercício de uma boa comunicação com o paciente e acompanhantes, desde seu planejamento até seu retorno, de forma a garantir a transparência necessária para eliminar eventuais dúvidas e mitigar as possíveis inseguranças da família em questão acerca daquele.

2. Clareza na explicação do Transtorno do Espectro Autista (TEA), suas particularidades e orientações pertinentes

Receber o diagnóstico de TEA gera um impacto significativo não só na vida de um indivíduo, mas também em todo o seu ciclo familiar. Assim, uma experiência positiva durante o diagnóstico é essencial para promover melhores níveis de aceitação, especialmente entre os responsáveis pelos infantes, e para reunir estratégias de suporte efetivas ao paciente (Woolley *et al.*, 1989). Por isso, uma confirmação diagnóstica fornecida pelos profissionais de saúde que consiga informar acerca da condição do TEA com clareza, objetividade, levando em consideração as particularidades do indivíduo e evitando o uso de conceitos vagos do transtorno perante a família está intimamente associada a altos níveis de satisfação com o processo diagnóstico. Além disso, estudos também mencionam que o curto intervalo de tempo entre a percepção inicial de manifestações do TEA e o recebimento do diagnóstico pela família é crucial para a experiência satisfatória durante esse processo (Howlin; Moore, 1997).

Nesse sentido, é essencial que a qualidade da informação dada durante o diagnóstico inclua fatores como: esclarecimento de preocupações iniciais dos familiares em relação aos seus filhos, a importância dos diferentes profissionais de saúde durante o diagnóstico e o suporte pós-diagnóstico, natureza do transtorno, possíveis comportamentos que podem ser apresentados pelo paciente em suas fases da vida e como lidar com eles da melhor maneira possível (Crane *et al.*, 2015). Para isso, faz-se necessária a disponibilidade de um tempo de qualidade para o fornecimento das informações, o bom estado mental dos pais e/ou responsáveis legais das crianças, um local adequado para a conversa, além da preparação e do estudo pelo profissional de saúde acerca do caso do paciente, juntamente à priorização do detalhamento das informações, a fim de fornecê-las da maneira mais esclarecedora possível.

Um estudo de 2018 realizado na Alemanha a partir de um questionário fornecido a cerca de 600 pais e/ou responsáveis legais de crianças com TEA apresentou que 38.5% dos que responderam o questionário estavam satisfeitos com o processo diagnóstico, 38% estavam insatisfeitos e 23.4% não estavam nem insatisfeitos nem satisfeitos com o processo diagnóstico (Hofer *et al.*, 2018). Esses dados levam a um cenário alarmante: a satisfação com o processo diagnóstico não envolve nem metade das pessoas entrevistadas, o que coloca em xeque a maneira com que está sendo realizada a comunicação entre médico e família nesse processo.

Portanto, dado o aumento da incidência do TEA nas últimas duas décadas, apresentado pela 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, é notável que integrantes da equipe de saúde que realizam o acompanhamento de crianças com suspeita de TEA precisam cada vez mais fornecer informações de qualidade durante o processo de diagnóstico aos pais, visto que a maneira com que isso é realizado pode ter impactos muito duradouros no suporte e na maneira com que a família reage ao transtorno em relação às crianças.

3. Espaço para as dúvidas e receptividade a opiniões e questionamentos pelos responsáveis acerca do diagnóstico

O rastreamento do transtorno na primeira infância e a identificação precoce dos sinais de risco é fundamental para um bom desenvolvimento social da criança com TEA. São robustas as evidências científicas indicando que quanto antes o tratamento for iniciado, melhores são os resultados em termos de desenvolvimento cognitivo e linguagem (Fuller *et al.*, 2020), o que aumenta as chances de um melhor prognóstico. Contudo, para que o tratamento e acompanhamento multiprofissional ocorra de forma eficiente, é necessário o apoio familiar, o qual só será alcançado a partir do conforto emocional pós-diagnóstico e do esclarecimento de dúvidas sobre o mesmo.

Sendo assim, receber a notícia pode ser devastador, causando medo, tristeza e ansiedade, pois os pais reagem ao processo de perda do futuro que imaginaram para o filho. Em estudo realizado no Reino Unido, 84% dos pais classificaram o processo diagnóstico como muito estressante em função, principalmente, dos sentimentos negativos envolvidos e da confusão com os relatórios e com a quantidade substancial de novas informações que foram obrigados a processar (Crane *et al.*, 2016).

Com o intuito de amenizar tais reações, cabe ao médico ser receptivo e compreensivo ao receber dúvidas acerca do diagnóstico de TEA. Logo, a responsabilidade e conduta ética do profissional que se propõe a fazer parte de relações de cuidado com pessoas diagnosticadas com TEA se configura como uma dinâmica relacional que envolve o “se aproximar” dessa pessoa e de seus familiares (Freitas *et al.*, 2021).

O apoio familiar para o pleno desenvolvimento da pessoa autista é imprescindível, visto que indivíduos com TEA apresentam altas taxas

de problemas emocionais e de comportamento (Shafiq; Pringsheim, 2018), sendo necessário, em razão de limitações da idade ou do prejuízo desenvolvimental que acarretam em dificuldades de fornecer informações suficientes para embasar a avaliação de comorbidades emocionais/comportamentais, o uso de questionários respondidos por cuidadores ou responsáveis (Pandolfi; Magyar; Dill, 2012).

Desse modo, compreende-se que os familiares, como cuidadores, devem ser cuidados pela equipe médica com o mesmo empenho com o qual trata-se da criança com TEA, uma vez que toda a família irá vivenciar o momento do diagnóstico e o processo do cuidar para o resto da vida, por meio do entendimento de uma relação médico-paciente que satisfaça todas as dúvidas e angústias vivenciadas, embasando-se no Método Clínico Centrado na Pessoa (Aguiar *et al.*, 2020).

Referências

Krystal, J. H.; State, M. W. (2014). **Psychiatric Disorders: Diagnosis to Therapy**. *Cell*, 157(1), 201–214.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) (2019). **Mental health problems are the leading cause of disability worldwide, say experts at paho directing council side event**. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=72565&lang=en. Acesso em: 20 jun. 2022.

SIKLOS, S.; KERNS, K. A. (2007). **Assessing the diagnostic experiences of a small sample of parents of children with autism spectrum disorders**. *Research in developmental disabilities*, 28(1), 9–22.

GASPAR DE ALBA, M. J.; BODFISH, J. W. (2011). **Addressing parental concerns at the initial diagnosis of an autism spectrum disorder**. *Research in autism spectrum disorders*, 5(1), 633–639.

AUGUSTYN, M.; PATTERSON, M. C.; BRIDGEMOHAN.; TORCHIA, M. M (2017). **Autism Spectrum Disorder: Terminology, Epidemiology, and Pathogenesis**. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-terminology-epidemiology-and-pathogenesis>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M.; GARCÍA-CARO, M. P.; PÉREZ-MARFIL, M. N.; HUESO-MONTORO, C.; LAYNEZ-RUBIO, C.; CRUZ-QUINTANA, F. (2016). **Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD)**. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 312–321.

AGUIAR, M. C. M.; PONDÉ, M. P. (2020). Autism: impact of the diagnosis in the parents. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online]. 2020, v. 69, n. 3. Acesso em: jun.2021.

O MÉDICO E A COMUNICAÇÃO COM PESSOAS PORTADORAS DE HIV/AIDS

Adriana de Jesus Viana Veiga

Alexandre Martins Velasco

Pablo Rodrigues Nunes de Souza

Vivian de Lima Brabo

Patricia Regina Bastos Neder

O vírus da Imunodeficiência Humana (VIH, *HIV - Human Immunodeficiency Virus*) é o agente patológico responsável pelo declínio da resposta imunológica, dada à infecção de linfócitos T CD4+, macrófagos e células dendríticas. A partir disso, a imunidade celular decresce, de modo a aumentar a suscetibilidade do portador a infecções oportunistas, neoplasias e doenças neurológicas (Abbas; Lichtman; Pillai, 2019; Jawetz; Melnick; Adelberg, 2000).

Os primeiros casos desta patogenia foram encontrados na África e nos Estados Unidos até que se tornasse uma epidemia de grande amplitude, responsável pelo desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, *AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome*), a qual causa a deterioração progressiva do sistema imune, por volta do decênio de 1980. Esse período em que maior atenção começou a ser direcionada ao HIV foi marcado por desinformação acerca da patologia, o que instaurou um âmbito de medo e preconceito, que perdura até o panorama atual (Forattini, 1993; Guimarães; Ferraz, 2002).

Em vista disso, o contágio representa socialmente mais do que uma ameaça à integridade corporal do indivíduo, mas uma iminente estigmatização. Mesmo que as reações ao diagnóstico sejam diversas, predominam os sentimentos de perplexidade, medo da morte, incerteza, estresse e depressão; progressivamente, a “morte social” e a “morte civil” são inseridas no cotidiano do portador do vírus em decorrência do estigma,

o qual solidifica o imaginário da impossibilidade da vida sexual e afetiva e os empecilhos a planos e sonhos (Guimarães; Ferraz, 2002).

Tais circunstâncias justificam a rede de cuidado necessária à pessoa diagnosticada com o vírus HIV. De fato, um dos principais objetivos nessa rede é estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o sujeito portador. Além disso, é fundamental que haja a compreensão do portador acerca da infecção, transmissibilidade, adesão ao tratamento e enfrentamento da discriminação e, para isso, urge o uso de uma linguagem acessível e o estabelecimento de diálogo (Neto *et al.*, 2021).

Ainda, o controle da epidemia de HIV exige que a testagem de qualquer pessoa sexualmente ativa seja incentivada sem que haja discriminação (Brasil, 2018). Além da forma congênita e do aleitamento materno, as principais vias de transmissão do HIV são por relações sexuais desprotegidas e por compartilhamento de seringas contaminadas (Simon; Ho; Abdool-Karim, 2006).

Dada a delicadeza do quadro em seus âmbitos sociais, econômicos, fisiológicos e psicológicos, há um desgaste psicológico muito importante dos diagnosticados, trazendo a necessidade de uma abordagem ampla por parte dos profissionais de saúde. Abordagem essa que mitigue o prejuízo psicológico causado pelo status de soropositivo (Gomes *et al.*, 2021).

Assim, é vital o debate acerca dos papéis que o profissional de saúde possui na comunicação com o diagnosticado soropositivo, já que há necessidade de uma abordagem específica com ênfase em clareza e objetividade comunicativa para transmissão da informação com o máximo de empatia e preparo por parte da equipe médica (Santos *et al.*, 2021). Neste manuscrito o principal objetivo é esclarecer a importância da relação médico-paciente na comunicação com a pessoa vivendo com HIV/AIDS.

1. Cenário regional

O panorama brasileiro da epidemia de HIV tem mostrado queda no número de infecções. No ano passado, foram notificados 29.917 casos de HIV/AIDS no Brasil contra 37.731 em 2019, o que representa uma queda de 20,7% (Brasil, 2021).

Em 2019, o quarto estado com maior número de notificações e o segundo em número de mortes por HIV era o Pará, com uma média de

três óbitos por dia. Em 14 anos, mais de sete mil pessoas morreram por complicações da AIDS no estado (Brasil, 2021).

Em relação às capitais brasileiras, a situação de Belém é particularmente preocupante. A cidade paraense é a capital que lidera o número de transmissões verticais. Na cidade, ao menos 14 mil indivíduos convivem com o vírus do HIV, sendo a população mais afetada a que constitui a faixa etária entre 15 e 29 anos, e os bairros com maior número de notificações, Pedreira, Guamá e Sacramento. De 2019 a 2021, foram registrados 3.700 novas infecções por HIV e 44% dessas pessoas eram compostas por jovens. Estima-se que haja 17 óbitos por 100 mil habitantes na cidade por complicações da AIDS. O índice de mortalidade por HIV está atualmente em 37,4%, o que coloca, coloca Belém como a segunda capital na qual mais morrem pessoas em função das complicações da AIDS (Brasil, 2021).

Esse cenário revela que é fundamental discutir a doença nacional e regionalmente, visto que não apenas o Brasil apresenta altos índices de infecção, mas Belém demonstra graves taxas de mortalidade que poderiam ser revertidas com o tratamento adequado (Brasil, 2021; Gomes *et al.*, 2021).

2. Protocolos e Guidelines

A partir do princípio de que o HIV proporciona uma experiência de marginalização, a qual impacta psicologicamente a vida dos pacientes tanto no nível cognitivo quanto no emocional, é válido considerar que a comunicação associada a esse contexto pode ser entendida como uma notícia difícil (Correia, 2018). Esta denominação implica em informação dada ao paciente ou a sua família que altera negativamente na vida destes (Eggly *et al.*, 2006).

Nesse panorama, o protocolo SPIKES surge como um guia de considerável relevância nas habilidades comunicativas, inclusive para pacientes que vivem com o HIV, organizado em 6 passos. O primeiro, “setting up”, se refere-se à preparação do profissional e do ambiente. O segundo, “perception”, verifica a consciência do paciente em relação a sua realidade. O terceiro, “invitation”, procura entender o quanto o sujeito deseja saber sobre tal realidade. No quarto, “knowledge”, transmite-se a informação, com frases introdutórias e indicativas, sem palavras técnicas em excesso e checando a compreensão do paciente. O quinto passo, “emotions”, é para responder empaticamente à reação do paciente. O sexto,

“Strategy and summary” revela o plano terapêutico e as expectativas (Baile *et al.*, 2000).

Entretanto, para além do momento do diagnóstico, é preciso haver referências acerca da conduta comunicativa dos profissionais da saúde no que se refere ao manejo clínico de portadores do vírus da Aids. Dito isso, no Brasil, o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (Brasil, 2018) aponta que, dentre a cascata de cuidado contínuo do HIV, a atuação comunicativa faz-se fundamental em 3 etapas: vinculação, retenção e adesão ao tratamento. A vinculação para haver acolhimento, orientação e encaminhamento de recém-diagnosticados até seu primeiro atendimento no serviço de atenção; a retenção para o acompanhamento regular e efetivo e a adesão, por sua vez, para a aceitação e integração do esquema terapêutico.

O documento ainda dá enfoque na comunicação relacionada, sobretudo, ao componente da adesão, de modo que fornece sugestões de abordagem que facilitam a cooperação do indivíduo, atingida a partir da identificação de dificuldades e do conhecimento do cotidiano do paciente, por exemplo. Além disso, o protocolo brasileiro enfatiza a necessidade do diálogo com orientações nutricionais articuladas a programas de exercícios físicos (Brasil, 2018).

No guideline voltado à saúde pública proposto pela Organização Mundial de Saúde (Who, 2021), a comunicabilidade é salientada no tópico sobre o início da terapia antirretroviral, no qual discute que, antes do tratamento, os profissionais de saúde devem iniciar uma discussão detalhada sobre a disposição e prontidão do indivíduo para iniciar a terapia, a escolha do regime de medicamentos, dosagem, agendamento, prováveis benefícios, possíveis efeitos adversos e visitas necessárias de acompanhamento e monitoramento. Faz-se um adendo em relação aos pacientes pediátricos, pois o diálogo deve envolver diretamente o cuidador e incluir uma discussão sobre a divulgação de seu status de HIV. Contudo, não há menção de meios para conduzir esse diálogo.

Já em outro guideline, também elaborado pela Organização Mundial da Saúde, voltado para o cuidado de jovens que vivem com o HIV, disserta-se mais sobre intervenções psicossociais, tais como: aconselhamento centrado na pessoa; informações em meios digitais, sessões com jovens e seus cuidadores e atividades com interação entre pares (Who, 2021). Apesar do conteúdo avaliado, cabe ressaltar o insipiente aporte de documentos

voltados exclusivamente para a esfera da comunicação do paciente, de modo que, geralmente, o tópico é restrito a apenas uma breve seção em materiais voltados ao manejo clínico como um todo; em algumas literaturas, ainda, a pauta sobre o contato verbal e não verbal entre equipe de saúde e paciente não é discutida, como pode ser observado no guideline da Korea Society for Aids (2021) e no guideline italiano (Antinori *et al*, 2017).

3. Comunicação do diagnóstico, tratamento e prognóstico

É sabido que é um direito inalienável receber informações sobre sua condição clínica, tratamento, prognóstico, respeitando seu nível de compreensão (Conselho Federal de Medicina, 2018). Esses direitos são ainda mais vitais na preservação da dignidade e da saúde quando referenciada uma doença como o HIV, que é de gravidade social e patológica. A comunicação entre paciente e médico precisa ser certa, de forma a abarcar toda a demanda de cuidado que o caso requer, isto é, passar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico de forma clara e eficaz (Cremonese *et al.*, 2021).

Entende-se que a comunicação possui diversas dimensões. Entre elas, destacam-se não só a verbal, mas a cinésica (forma como nos expressamos pela linguagem do corpo), a proxêmica (distância que mantemos das pessoas) e a táctica (maneira de tocar as pessoas). A intercomunicação dessas dimensões cria um canal que pode entregar de maneira adequada a informação, por mais difícil ou delicada que seja. O bom uso do toque, em suas propriedades e local adequados conforta, assim como desenvolver uma linguagem corporal empática (Silva, 2012).

Nesse contexto, a comunicação do diagnóstico deve ocorrer o quanto antes e respeitando a idade e a compreensão do paciente. Ela precisa ser, por vezes, de forma processual, sempre em contato com uma equipe multiprofissional atenta a idade do paciente, seu gênero e seu grau de fragilidade social ou física, já que não existe forma universal de comunicar - a técnica deve ser adaptada ao conteúdo e ao ouvinte (Silva, 2012). Assim como é importante o desenvolvimento de uma cinésica que evite a linguagem corporal de afastamento e que adote uma postura aberta e disponível a partir de linguagem clara, já que são fatores importantes para a adesão ao tratamento (Santos *et al.*, 2021; Carvalho, 2021).

A comunicação do tratamento perpassa pela comunicação de como tomar, porque tomar e pelas consequências de não tomar os medicamentos.

Assim como, também, da prevenção e como evitar a disseminação da doença. Esses fatores todos tornam o diálogo sobre o tratamento de HIV profundamente complexo (Santos *et al.*, 2021). Essa constelação de fatores deve ser debatida de forma múltipla, uma vez que o esquema terapêutico, os efeitos adversos e as possibilidades de não conseguir tomar o remédio são muito relevantes para o soropositivo. Logo, a comunicação acerca do tratamento deve ser eficaz e empática com o paciente, de forma a abarcar a natureza da adesão ao tratamento medicamentoso, que é dinâmico e multifatorial, sob responsabilidade do paciente. Além disso, as responsabilidades sociais, familiares e pessoais também precisam ficar claras, já que são fatores fundamentais da adesão ao tratamento (Carvalho, 2019).

A comunicação do prognóstico clínico do HIV é um tema de debate, já que é uma doença permeada por mitos e preconceitos. A clareza na comunicação eficiente é fundamental, já que os prognósticos para o HIV com e sem tratamento são completamente diferentes, logo o pronto diagnóstico e tratamento evitam a piora do quadro. A clara comunicação do prognóstico é associada de forma clara com a adesão ao tratamento, com o cumprimento das demandas de saúde, respeito aos desejos do paciente e com o uso inteligente dos recursos de saúde (Van Der Velden, 2020).

Dessa forma, conclui-se que o diálogo e a relação médico-paciente são as melhores ferramentas para mitigar os males causados pelo HIV, permitindo que o usuário usufrua das tecnologias e das informações disponíveis para o seu cuidado integral (Silva, 2012). Assim, a análise do perfil do paciente, do seu contexto e de sua melhor forma de compreensão estão entre os fatores mais importantes para a eficiente comunicabilidade (Carvalho, 2021).

4. Comunicação com família e parceiros

As redes socioafetivas da pessoa vivendo com HIV são de suma importância não só para o estabelecimento da saúde mental do indivíduo, mas também para o sucesso terapêutico. A família e os amigos possuem papéis centrais na prevenção contra o vírus e na aderência do indivíduo diagnosticado (Neto *et al.*, 2021).

A percepção do risco para o HIV está diretamente relacionada aos vínculos e à comunicação estabelecidos num processo contínuo e permanente de interação. As redes sociais de um indivíduo influenciam

consideravelmente a sua vivência e sua percepção dos riscos de contágio por HIV (Santos, 2021; Gomes *et al.*, 2021).

A família pode, ainda, atuar de modo a tranquilizar o indivíduo no momento do diagnóstico, sendo sua rede de apoio. Contudo, os simbolismos que a cultura atribui à doença podem afetar os pensamentos e comportamentos da família, com relação à pessoa vivendo com AIDS, passando a discriminá-lo e a excluí-lo do grupo familiar por isso, o que pode afetar negativamente a saúde mental daquele indivíduo, no atraso ou na recusa pelo tratamento (Silva, 2015).

O momento do diagnóstico costuma ser bastante difícil e permeado por pensamentos negativos, inclusive suicidas. A discriminação e o preconceito são bastante palpáveis no cotidiano desse grupo a partir de seu diagnóstico. Além disso, há também a dificuldade em aceitar o diagnóstico em decorrência do receio da discriminação pela sociedade (amigos, família e parceria) (Pereira *et al.*, 2022).

A comunicação acerca de ser soropositivo para a sociedade coloca o indivíduo em uma situação de extrema vulnerabilidade aos estigmas sociais ainda não inteiramente extintos. A família é apontada como fonte de principal apoio cotidiano para o enfrentamento da doença, pois constitui o primeiro espaço de convivência social ao qual um indivíduo é submetido, atuando de maneira determinante nas demais relações. Os amigos também funcionam como importante fonte de apoio para o enfrentamento dessa patologia, contudo após a infecção pelo HIV, ocorrem mudanças nos ciclos de amizade, marcadas principalmente pela inclusão de pessoas que também vivem com HIV (Andrade, 2021).

O receio de sofrer preconceito e discriminação por ser -soropositivo, seja de familiares, parentes, amigos ou colegas, nos diferentes contextos sociais, reflete nas relações que constituem a rede social das pessoas vivendo com HIV e Aids, repercutindo em mudanças na estrutura e dinâmica das redes, que podem influenciar no cotidiano de vida dessas pessoas (Andrade, 2021).

5. Deficiência da formação para comunicar situações difíceis

A comunicação de notícias difíceis está pautada em uma comunicação que gera mudanças danosas para o indivíduo (José *et al.*,

2020). Trata-se de uma situação crítica e complexa, vivenciada por toda equipe multiprofissional e pelo paciente. Isso porque o adoecimento é um processo extremamente doloroso, como ocorre no diagnóstico do câncer, e gera um desconforto, tristeza e insegurança quanto à vida. Entretanto, no contexto do diagnóstico de HIV, além dessas características, o adoecimento, o diagnóstico e a sua comunicação estão permeados de estereótipos, preconceitos e ignorância (Antunes, 2014).

É nessa perspectiva que a boa comunicação entre os profissionais e os pacientes é essencial para o cuidado e a adesão ao tratamento. Dessa forma, a comunicação deve ultrapassar a linguagem verbal e interconectar com a linguagem não verbal, de modo a abranger um contato interpessoal.

Frente a essa questão, o treinamento de habilidades de comunicação torna-se necessário. Todavia, as evidências confirmam que há um número significativo de pacientes e familiares que não recebem a comunicação como deveriam (Kissane *et al.*, 2012). Essa dificuldade em comunicar notícias difíceis está alicerçada na ausência e/ou na precária oferta de programas de treinamento dessas habilidades. Sendo uma habilidade que ultrapassa a técnica e que está voltada para uma característica comportamental, seu treinamento é a chave na busca de uma comunicação adequada, que rompa as barreiras entre o paciente e o profissional. O treinamento de habilidades é, de acordo com as publicações científicas, o principal meio de aprendizagem na área da saúde (Silva, 2012).

No campo da pediatria, o diagnóstico de HIV é uma comunicação ainda mais difícil, haja vista a condição permanente e estigmatizante, sendo de grande valia um preparo de familiares e profissionais no esforço para minimizar as consequências dessa comunicação, na qual é notória as falhas processuais. Por conta disso, intervenções e protocolos são essenciais.

“Comunicação do diagnóstico de HIV na infância: guia para profissionais que atendem crianças” é uma ferramenta orientativa que contém informações baseadas em evidências científicas, seu conteúdo está estruturado nos elementos do processo comunicativo e oferece ao profissional subsídios (pontos a serem considerados nas situações vivenciadas pela equipe, pela família e pela criança) no acompanhamento da comunicação da infecção pelo HIV na infância (Zalon, 2021).

Embora seja importante a habilidade de se comunicar, a inclusão do tema no ensino superior em saúde e nos programas de educação continuada

de muitas instituições hospitalares, de acordo com estudo realizados em instituições hospitalares de São Paulo, os profissionais de saúde valorizam a comunicação interpessoal, todavia não conseguem articular estratégias.

Portanto, para ultrapassar essas barreiras é preciso inserir o tema nas instituições de ensino para que os profissionais possam conduzir adequadamente situações relacionadas a comunicação de más notícias, com maiores investimentos em educação e treinamento (Bastos, 2017).

Referências

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. **Imunologia Celular e Molecular**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

ANTINORI, A. *et al.*. Italian guidelines for the use of antiretroviral agents and the diagnostic-clinical management of HIV-1 infected persons: Update 2016. **New Microbiol.** v. 40, n. 1, p.86-98. 2017.

ANTUNES, L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. **Psicol. teor. prat.** v. 16, n .3, p. 43-57, dez. 2014.

BAILE, W. K. *et al.* SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist.** v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

BASTOS, B.R. *et al.* Formação dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 62, n. 3, p.263-266, set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de HIV/AIDS. **Boletim epidemiológico**. Brasília, v. 12, n. 2, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: MS, 2018. p.1-409.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de ética médica**. Resolução nº 2.217/2018. Brasília: Tablóide, 2018.

CORREIA, M. G. **Cura do HIV - Barreiras e Perspectivas futuras**. 2018. Tese (Dissertação de mestrado). Almada, Portugal: Instituto Universitário Egas Moniz.

OS ASPECTOS RELACIONADOS À COMUNICAÇÃO NA TELEMEDICINA

Cássio Kenzo Câmara Yamada

Lucas Rafael Pires de Carvalho

Gabriel Dias Corrêa

Sabrina Barbosa Cardoso

Eduardo Oliveira Braga

O conceito de comunicação é tornar comum, compartilhar, trocar opiniões, associar, conferenciar. Nesse sentido, o ato de comunicar implica receber e repassar mensagens, ou seja, emissão e recebimento de informações. Para isso, além da comunicação oral, existe a comunicação visual e textual. Em relação a medicina, a boa comunicação entre o médico e o paciente repercute positivamente no relacionamento, na qualidade e aderência ao tratamento, na diminuição das queixas e dos erros, além de melhorar o vínculo e possibilitar uma maior relação de confiança.

Nesse panorama, atualmente, a evolução tecnológica permitiu a comunicação entre médicos e pacientes a longas distâncias. Dessa maneira, insere-se a comunicação transmitida virtualmente pela fala - identificada pelo áudio -, pela figura - capturada em vídeo - e ainda pela transmissão textual a partir de consultas interativas propiciadas pela tecnologia (como celular, computador e internet). Assim, o uso da tecnologia de telecomunicação, como ligações telefônicas, mensagens ou videochamadas é uma ferramenta disruptiva no campo médico que vem ganhando espaço tendo em vista o benefício propiciado aos pacientes.

Outrossim, conceitos como telemedicina e telessaúde estão cada vez mais presentes no cotidiano da área da saúde por proporcionarem o teleatendimento. De acordo com o CFM, a telemedicina consiste no “exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação,

pesquisa, prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde”. Em relação à telessaúde, entende-se como um conjunto de serviços interativos em saúde à distância, de caráter multiprofissional, fornecidos através de tecnologias digitais de informação e comunicação. Portanto, o termo telessaúde é amplo e abrange outros profissionais da saúde, enquanto telemedicina é específico para a medicina.

No contexto médico, a comunicação virtual está inserida, por exemplo, durante consultas remotas (teleconsultas), uma modalidade de teleatendimento médico, que consiste em atendimentos auxiliados pela tecnologia com médico e pacientes localizados em diferentes espaços geográficos. Ressalta-se que a teleconsulta não é apenas uma chamada de vídeo tradicional, pois existe a troca de informações pessoais e confidenciais, por isso precisa ser feita por meio de uma plataforma segura e dentro das regras da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Por fim, apesar de apresentar relevância para a saúde, ainda existem muitos limites e desafios para a comunicação na telemedicina. Entre eles pode-se citar barreiras legais, como a legislação, que atualmente está em constante construção e alteração, com fim de permitir o livre exercício da telemedicina pelos profissionais médicos brasileiros e ainda barreiras de infraestrutura para realização dos atendimentos de forma eficaz.

Assim, ressalta-se a importância do debate sobre a comunicação entre médico e pacientes quando realizada por meio de dispositivos de telecomunicação, visto que, devido à distância, surgem dificuldades para a comunicação verbal e não verbal que devem ser ultrapassadas tendo em vista um atendimento de qualidade e de confiança.

1. Legislação relacionada a telemedicina

A Lei Nº 13.989, de 15 de Abril de 2020, autorizou o uso da telemedicina enquanto durasse a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Entretanto, em 4 de Maio de 2020, um projeto de Lei criado pela deputada Adriana Ventura revogou essa legislação e introduziu alterações na Lei nº 8.080/90 - a Lei Orgânica da Saúde - para autorizar e definir a prática da Telessaúde em todo o território nacional.

Atualmente, a resolução do CFM Nº 2.314, de 20 de Abril de 2022, é o documento que regulamenta o exercício da telemedicina, incluindo as

teleconsultas via videoconferência, permitindo a realização do seu exercício no território nacional.

Além disso, existe a Lei de Proteção Geral de Dados (LGPD) que entrou em vigor em 18 de setembro de 2020 e estabelece diretrizes importantes e obrigatórias para a coleta, processamento e armazenamento de dados pessoais. Portanto, essa legislação oferece suporte a proteção de dados e privacidade dos brasileiros frente a casos de uso indevido, comercialização e vazamento de dados. Em relação, a telemedicina a LGPD permite a maior segurança dos dados dos pacientes os quais são considerados propriedade do próprio paciente e passíveis de divulgação somente com a autorização deste.

2. Aplicações importantes da telemedicina

a) Pandemia

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de pandemia mundial devido à intensa proliferação do vírus SARS-Cov-2. Nesse contexto, o isolamento social foi uma das medidas preventivas adotadas por diversos países para evitar o contágio em massa. Tendo isso em vista e considerando a área da saúde, a telecomunicação tornou-se uma importante ferramenta ao ser capaz de suprir as demandas por assistência médica e, ao mesmo tempo, proteger a integridade física dos pacientes e dos profissionais de saúde ao evitar um possível contágio. Como exemplo de aplicação dessa ferramenta, foi intensamente difundida a realização a distância de: consultas médicas (teleconsulta), monitoramento de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes (telemonitoramento), telerradiologia e serviços de apoio ao diagnóstico (telediagnóstico).

b) Realização de consultas em áreas geograficamente remotas

A telecomunicação tem a importante função social na medicina de proporcionar a democratização do acesso aos serviços de saúde na medida em que integra regiões remotas. Isso é de grande relevância pelo fato de a presença de profissionais médicos especializados não ser disseminada de forma homogênea no país, sendo concentrada em áreas urbanas, hospitais e centros de referência. Nessa perspectiva, a resolução do CFM acima citada permite a realização de teleconsulta para cobertura assistencial em áreas

geograficamente remotas, desde que existam as condições físicas e técnicas recomendadas e profissional de saúde. c) Acompanhamento de doenças crônicas

Uma pesquisa realizada pelo Departamento de Saúde do Reino Unido (National Health Service - NHS) mostrou que o telemonitoramento em doenças crônicas, principalmente de idosos, ajuda a reduzir em 20% o número de admissões hospitalares e, caso seja admitido, o tempo de internação diminui em 14% e a taxa de mortalidade, em 40%. O NHS aponta benefícios no tratamento de doenças cardiovasculares, pressão alta, diabetes, HIV, estágio final da doença renal, asma e obesidade. Além disso, ressalta como vantagens do uso dessa tecnologia a melhor adesão medicamentosa e melhores resultados clínicos - como controle da pressão arterial -, e dietéticos.

3. Aspectos da comunicação em consultas a distância

A literatura que aborda a comunicação entre médico e paciente demonstra que o paciente, o meio em que a consulta é realizada e as características contextuais influenciam o comportamento dos encontros médicos, os quais, por sua vez, são importantes determinantes para os resultados na saúde. Assim, é fato que a telemedicina causa mudanças na comunicação entre médicos e pacientes que depende do meio em que esse atendimento ocorre, seja por videochamadas interativas, telefone, mensagens, etc.

Em consultas realizadas à distância, a relação entre o médico e o paciente será construída inicialmente de forma virtual, caso não tenha existido uma consulta inicial presencial. Dessa forma, é válido abordar as repercussões dessa prática.

Ademais, é importante ressaltar que existem vantagens inerentes às consultas virtuais. Isso ocorre pois a maioria dos atendimentos remotos ocorrem dentro da casa dos pacientes. Este fato pode trazer informações importantes para o médico a partir da observação do ambiente domiciliar ou ainda promover uma participação mais ativa e um maior empoderamento da família no cuidado com o seu ente querido.

4. Comunicação verbal

No contexto do atendimento “online”, a comunicação verbal não é prejudicada se não houver interferências ligadas a limitações técnicas para transmissão das informações sonoras tanto do paciente quanto do médico, como: boa conexão com internet e dispositivos eletrônicos com suporte de microfone e áudio adequados.

Segundo pesquisa (Miller, 2002), em relação à comunicação verbal, durante uma consulta típica médicos gastam mais tempo repassando informações (35%) e buscando informações (23%), seguido de conversas positivas (15%) - ou seja, relacionada a sentimentos positivos -, construção da confiança (11%), conversa social (6%) e conversas negativas (1%). Em contrapartida, pacientes passam a maior parte do tempo fornecendo informações (47%), fazendo perguntas (7%), conversas positivas (19%) e negativas (8%) e conversas sociais (13%).

A maior satisfação do paciente frente à comunicação está no recebimento de informações, respostas positivas, mais conversas sociais, maior construção de confiança e orientação de comportamento. A satisfação também tende a se associar às respostas não verbais (proximidade entre o médico e o paciente e maior contato visual). Já os pacientes insatisfeitos relatam muita busca de informação e conversas técnicas demais, sendo esses fatores influenciados pelo tom de voz utilizado pelo médico (Miller, 2002).

5. Comunicação não verbal

Segundo o médico Chao Lung Wen, professor associado e chefe da disciplina de telemedicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), é aconselhável que a consulta realizada à distância seja o mais parecida possível com o modelo presencial convencional. Dessa forma, o especialista aconselha que as câmeras tanto do paciente quanto do médico fiquem abertas a fim de garantir que aspectos da comunicação não verbal do paciente não sejam perdidos.

A comunicação não verbal inclui voz e tom de voz, contato visual, postura, expressões faciais, proximidade, toque, atividades (uso do computador ou escrita). Essa forma de comunicação é importante tanto para o paciente, que busca, por exemplo, identificar a partir da observação do médico pistas sobre informações não reveladas (como piora ou severidade

de um prognóstico), quanto para o médico, que deve avaliar as reações do paciente frente às informações repassadas, aceitação do paciente ao seu diagnóstico ou ainda identificar informações omitidas (Miller, 2002). Ou seja, mesmo o silêncio traz significados e pode transmitir várias mensagens em determinados contextos.

Os tipos de sinais não verbais são: as ações ou movimentos do corpo, a postura corporal (cinésica), os sinais vocais ou paralinguísticos, o uso do espaço pelos comunicadores (proxêmica), os objetos e adornos utilizados, o tipo de corpo (características físicas) e o momento em que as palavras são ditas. Em casos de conflitos entre a linguagem verbal e não verbal, a mensagem não verbal prevalecerá. Para a prestação da assistência ao paciente, são necessárias as demonstrações de carinho e atenção: ouvir, expressar um olhar atencioso, tocar e confortá-lo. Tais ações apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e auto-estima de uma pessoa.

Portanto, em consultas remotas há prejuízo na comunicação não verbal na medida em que o contato físico é impossibilitado, impedindo a realização do exame físico e do fornecimento de respostas baseadas no toque e proximidade. Em busca de transpor essa dificuldade, é importante que o médico tente manter o contato visual olhando para a tela do dispositivo, evitando olhar para os lados e atentando-se, além das informações verbalizadas, à comunicação não verbal que o paciente emite através do vídeo. Além disso, deve-se atentar também ao ambiente domiciliar do paciente para obter a vantagem de identificar informações relevantes para o tratamento e conduta, como a presença de familiares, organização e autonomia do paciente.

6. Relação médico-paciente

Em uma consulta típica, o tipo de relacionamento estabelecido durante a consulta guia a forma que a comunicação acontece. Em situações de emergência, por exemplo, ocorre uma interação ativa-passiva, em que o médico controla todas as decisões e assume um papel dominante na relação. Por outro lado, podem ocorrer também cenários de comunicação em que o médico guia o paciente, e é esperado que este concorde e siga suas instruções. Por fim, como alternativa para uma maior contribuição do paciente e para o aumento da aderência ao tratamento e suprimento de necessidades, o médico pode estabelecer uma relação de cooperação mútua, permitindo um maior controle do paciente sobre as decisões e avaliação de

suas preferências (Miller, 2002). Este último tipo de relacionamento atende melhor o cenário de consultas remotas.

Na telemedicina, a relação médico-paciente (RMP) é baseada na comunicação, tendo em vista que é a partir das primeiras conversas que o paciente vai discernir se está confortável o suficiente para informar sobre os problemas de saúde que o levaram à consulta. Por isso deve fornecer-se credibilidade e segurança ao paciente, através de uma escuta qualificada e de acolhimento, já que a tecnologia tem como objetivo a aproximação do médico com o paciente. Ademais, o médico precisa comunicar com clareza sobre os limites inerentes ao uso da telemedicina, visto a impossibilidade de realização do exame físico. Dessa forma, o paciente sente-se mais seguro e familiarizado com o profissional, fazendo com que colabore e siga corretamente as condutas.

No entanto, essa relação de confiança pode ser prejudicada com o uso de tecnologias, pois os pacientes estão cada vez mais cercados de informações, muitas das quais são “fake news” que desvalorizam o profissional da saúde. Tal situação leva à confrontação e/ou autossuficiência do paciente, o que é um risco para a RMP. Para o paciente, a falta de sinais visuais pode enfraquecer a confiança para com seus médicos. Enquanto que para os médicos, a falta de imagens, da percepção da linguagem não verbal e a comunicação virtual dificultam o diagnóstico, podendo ter como consequência uma desumanização do contato entre os indivíduos. Portanto, cabe ao médico, a partir de suas habilidades sociais e comunicativas verbais e não verbais, transmitir empatia e responsabilidade.

Por outro lado, há pesquisas que indicam um alto índice de satisfação no uso da telemedicina. São frequentes os relatos de doentes os quais expressam que seus médicos os ouvem e olham para eles por mais tempo em teleconsultas em relação às consultas presenciais, bem como a comunicação entre eles tornou-se rotina. Tal fato reforçou os vínculos humanos, humanizando o atendimento em sua longitudinalidade.

7. Barreiras para a comunicação efetiva no teleatendimento

Entre as dificuldades para a comunicação durante as consultas remotas, uma grande variável é a falta de estrutura física adequada ou de acesso à internet devido à infraestrutura inapropriada. Isso ocorre porque

uma consulta em tempo real necessita de comunicação ininterrupta entre o paciente e o médico, e para isso é importante existir uma velocidade adequada da internet e componentes de “hardware” adequados para que as informações audiovisuais possam ser transmitidas. Pesquisas demonstraram que uma baixa qualidade de vídeo resulta em menor engajamento e redução da satisfação do paciente prejudicando a comunicação e consequentemente a relação médico-paciente (Bokolo, 2021).

Outrossim, a segurança dos dados do paciente e sua privacidade também representam desafios. Assim, o paciente precisa dar seu consentimento para a utilização de sua imagem audiovisual e o médico precisa ter cautela no armazenamento dessas informações e respeitar as regras da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Ademais, existe a impossibilidade de realizar de exames físicos devido às consultas serem virtuais. Dessa forma, todas as intervenções realizadas, assim como os diagnósticos, decisões de tratamentos e recomendações estão baseados em resultados de exames laboratoriais, anamnese, prontuários e documentos transmitidos através de sistemas de telecomunicação.

Ainda, há a resistência e falta de aceitação dos médicos e dos pacientes a mudanças e dificuldade na utilização das tecnologias informacionais, principalmente por pessoas idosas. Isso ocorre pois a telemedicina é uma ferramenta disruptiva no campo de atendimento à saúde, por isso a adesão dos profissionais a essa tecnologia exige que os médicos aprendam uma nova abordagem de consulta. Essa aceitação depende da percepção de segurança e efetividade pelo médico, além da habilidade com a utilização da tecnologia. O mesmo ocorre em relação ao paciente, que deve ter conhecimento sobre como utilizar as plataformas e softwares digitais, além de confiar que será atendido de forma adequada.

Por fim, o estabelecimento de uma relação médico-paciente eficaz, capaz de convencer o paciente a aderir ao tratamento adequado, é um ponto muito importante para as consultas a distância.

Pode-se concluir, por este estudo, que a comunicação à distância, proporcionada pelos avanços tecnológicos na área da tecnologia da informação, possui ampla aplicabilidade na área da saúde, especialmente na medicina. Nesse contexto, destaca-se a utilização da telemedicina como uma ferramenta vantajosa, capaz de viabilizar, por exemplo, a integração

e a prestação de assistência médica a regiões fisicamente remotas, em momentos de isolamento social ou ainda no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, por meio da oferta de serviços como teleconsultas, telemonitoramentos e telediagnósticos.

A comunicação nesse tipo de consulta médica é transmitida virtualmente por meio do áudio e vídeo, os quais capturam, respectivamente, a comunicação verbal e não verbal do paciente. Assim, a primeira não é prejudicada se não houver interferências ligadas a limitações técnicas. Entretanto, há prejuízo na comunicação não verbal na medida em que o contato físico é impossibilitado e outros sinais não verbais, como gesticulações, podem ser perdidos. Para a prestação da assistência ao paciente, é necessária a demonstração de carinho e atenção: ouvir, expressar um olhar atencioso, tocar e confortar. Dessa forma, a adaptação de uma consulta tradicional para a virtual impõe um grande desafio a ser transposto pelo profissional, e, por isso, aconselha-se que ela seja o mais parecida possível com o modelo presencial convencional, para que aspectos importantes da comunicação não sejam perdidos.

Quanto à relação médico-paciente, aspecto essencial para uma efetiva comunicação, indica-se o estabelecimento de cooperação mútua, permitindo um maior controle do paciente sobre as decisões e avaliação de suas preferências. Por outro lado, é importante ressaltar que existem vantagens inerentes às consultas virtuais, pois a maioria dos atendimentos remotos ocorrem dentro da casa dos pacientes, permitindo que o médico obtenha importantes informações pela observação do ambiente domiciliar ou ainda possibilitando a promoção de uma participação mais ativa e um maior empoderamento familiar no cuidado ao paciente.

Em relação aos desafios, a telecomunicação impõe mudanças na interação entre o médico e o paciente, tornando esta dependente do meio virtual pelo qual o atendimento ocorre e, por conseguinte, sujeita a fatores vinculados àquele, como conexão de rede, áudio e imagem, os quais são cruciais para o não comprometimento da comunicação e eficácia do compartilhamento de informações. Somado a isso, tem-se a insegurança do paciente frente à privacidade de seus dados, a impossibilidade da realização de exames físicos, a dificuldade na utilização das tecnologias informacionais por médicos e pacientes e as constantes mudanças na legislação, que se configuram como barreiras para a comunicação efetiva e para a criação de uma boa relação médico-paciente no teleatendimento.

Desse modo, visando transpor as dificuldades supracitadas, é crucial que os profissionais envolvidos no fluxo de dados – desde recepção, atendimento médico, realização dos exames, até o armazenamento dos dados pós-consulta – sejam treinados de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), assim como a pessoa a ser atendida deve ser informada sobre as providências tomadas para a garantia da não exposição de seus dados, gerando, desta forma, segurança quanto a sua privacidade. No que tange ao acesso da população aos recursos de telecomunicação, uma medida a ser realizada para possibilitá-lo é a criação de pontos de atendimento remoto, nos quais há a disponibilidade de internet, áudio e imagem para a realização de consultas com médicos que estão em uma localidade distante. Por fim, ao perceber que em determinado caso clínico a telecomunicação é insuficiente para a realização de um atendimento eficiente e a consulta presencial é indispensável, o médico deve esclarecer ao paciente tal necessidade, para, assim, este ser avaliado da melhor maneira possível e ter uma atenção integral à sua saúde.

Referências

BOKOLO, A. J. Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic. **Ir J Med Sci.** 2021; 190(1): 1-10. doi:10.1007/s11845-020-02299-z.

CAMPOS, A. C. N. *et al.* **Administração hospitalar humanizada**: os desafios no atendimento ao cliente. Fatec jornalista omar fagundes de oliveira bragança paulista/sp. Brasil. 23/24 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução CFM nº2.314/2022. Brasília. Seção I, p. 227. **Diário Oficial da União**. 5 de Maio de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de2022397602852>. Acesso em: 30 jul. 2022.

FERREIRA, D. Teleconsultas: ir ao hospital sem sair de casa implicações na relação médico-doente. **Revista de sociedade portuguesa de medicina interna**. DOI: 10.24950/rspmi/Opiniao/1/2018. v. 25, n. 1, jan/mar 2018.

LEITE, S. C. M. C. *et al.* A relação médico-paciente frente à telemedicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**. REAS/EJCH | v. 13(2) | e5694. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5694>. 2021

MILLER, E. A. "Telemedicine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation." **Journal of telemedicine and telecare**. v. 8,6 (2002): 311-8. DOI: 10.1258/135763302320939185

PROJETO DE LEI N° DE 2020 (Da Sra. Adriana Ventura e outros). Documento eletrônico assinado por Adriana Ventura (NOVO/SP), através do ponto SDR_56333, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC**. 2012 jan./fev.; 14(1):164-170.

SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. **Cad. Saúde Pública** 2022; 38(4):PT252221. DOI: 10.1590/0102-311XPT252221

SOUZA, R. Q. *et al.* A aplicabilidade da telemedicina e os seus reflexos na relação médico-paciente: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde. REAS** . v. 15(1). DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9573.2022>

CREMONESE, L.; PADOIN, S. M. M.; DE PAULA, C. C. Communication of HIV diagnosis in proper time: scoping review. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, n. 1, p.01-53, out. 2021.

DE ANDRADE, S. L. E. *et al.* Structure of social networks of people living with HIV and AIDS. **Rev Esc Enferm USP**. v. 56, n. 1, p. 05-25, 2022.

EGGLY, S. *et al.* Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. **J Clin Oncol**. v. 24, n. 4, p. 716-719, 2006.

FORATTINI, O. P. AIDS e sua origem. **Rev Saúde Públ**. v. 27, n. 3, p. 153-154, 1993.

GOMES, A. C. *et al.* Nível de estresse entre jovens vivendo com HIV em tratamento: estudo descritivo-exploratório. **Online. Braz. J. Nurs.**, v. 20, n. 01, p. 05-65, ago. 2021.

GUIMARÃES, R.; FERRAZ, A. F. A interfase AIDS, estigma e identidade – algumas considerações. **REME rev. min. enferm**. v. 6, n. 1/2, p. 77-85, 2002.

JAWETZ, E.; MELNICK, J. L.; ADELBERG, E. A. **Microbiologia médica**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

JOSÉ, S. A. P. *et al.* The communication of difficult news about the approach applied to oncology: a bibliometric review. **Res. Soc. Dev.** v. 9, n. 9. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php /rsd/article/view/7570>. Acesso em: 28 ago. 2022.

KISSANE, D. W. *et al.* Communication skills training for oncology professionals. **J. Clin. Oncol.** v. 30, n. 11, p. 1242, 2012.

KOREAN SOCIETY FOR AIDS. The 2018 clinical guidelines for the diagnosis and treatment of HIV/AIDS in HIV-Infected Koreans. **Infect Chemother.** v. 51, n. 1, p. 77-88, 2019. Disponível em: <http://doi: http://doi:10.3947/ic.2019.51.1.77> . Acesso em: 23 ago. 2022.

NETO, L. F. S. *et al.* Protocolo brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 30, n.1, 2021.

PEREIRA, C. R. *et al.* Estratégia de linkagem e vulnerabilidades nas barreiras ao tratamento de HIV/Aids para homens que fazem sexo com homens. **Ciênc. Saúde Colet. online.** v. 27, n. 4, p. 1535-1546, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.08192021>. Acesso em: 30 ago. 2022.

SANTOS, E. E. P. *et al.* Comunicação do diagnóstico de infecção pelo HIV: experiência de jovens. **Rev. Bioet.** v. 29, n. 4, p. 867–879, dez. 2021.

SILVA, A. N. *et al.* The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. **Ciênc. saúde colet.**, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.17932013>. Acesso em: 17 ago. 2022.

SILVA, M. J. P. Comunicação de más notícias. **Mundo saúde (Impr.)**. v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.

SIMON V.; HO, D. D.; ABDOOL-KARIM, Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. **Lancet.** v. 368, n. 9534, p. 489-504, 2006.

VAN DER VELDEN, N. C. A. *et al.* The effect of prognostic communication on patient outcomes in palliative cancer care: a systematic review. **Cure. Treat. Options in Oncol.** v. 21, n. 40, abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consolidated guidelines on

HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Internet]. Geneva: **World health organization**; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>. Acesso em: 23 ago. 2022.

_____. Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. **Geneva: World Health Organization**; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341052>. Acesso em: 23 ago. 2022.

ZANON, B. P.; PAULA, C. C.; RIBEIRO, A. C.; PARDOIN, S. M. M. Content validation to support the monitoring of disclosure of HIV diagnosis in childhood. **Rev Bras Enferm.** v. 75, n. 2, 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0027>.

Sobre os Autores

Organização:

Patrícia Regina Bastos Neder: graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (1995), especialização em Educação e Informática (1999), Mestre do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará (agosto / 2007). Doutora do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará (abril / 2015). Atualmente é Professora Adjunta II, na Universidade do Estado do Pará. Sua dissertação de mestrado foi sob o tema “Análise da adesão ao tratamento de pacientes com LES”. E a tese de doutorado sob o tema “Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo comparativo entre modelos de intervenção para a adesão ao tratamento”. Atua como psicoterapeuta da análise do comportamento.

Link do currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8922509826589120>

Colaboradores:

Eduardo Oliveira Braga: possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1976), tendo realizado INTERNATO e RESIDÊNCIA MÉDICA no Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ, RJ. Especializado em oftalmologia pela PUC, RJ e UERJ. Mestrado em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Pará (2009). Atualmente é professor Assistente da Universidade do Estado do Pará. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Oftalmologia.

Link do currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1648050372513067>

Vanja da Cunha Bezerra: possui formação interdisciplinar, com mestrado em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Pará - UEPA, com o tema, Convergências/divergências de Saberes – Desvelando concepções de ciência e saúde – doença emergentes no curso de medicina da UEPA (2001-2006). Especialista em abordagens metodológicas e técnicas de pesquisa no campo das ciências sociais pela Universidade Federal do Pará UFPA / Universidade de Campinas UNICAMP. Especialista em gestão / Desenvolvimento de pessoas para o SUS – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará - UFPA. Docente do

Departamento de Filosofia e Ciências Sociais Aplicadas da Universidade do Estado do Pará – UEPA.

Link do currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/0501470123975617>

