

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA BOLETIM MÉDICO AOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Anthony Toyokyty YOSHIDA¹, Isabella Di Dea MORELLI², Jaime José Bastos da SILVA³, Marina Avanzi de Oliveira CLAUSEN⁴, Natalia Mazetto ROCHA⁵, Arlete Aparecida MARÇAL⁶, Caroline Lourenço de ALMEIDA⁷, Daniel Augusto da SILVA⁸, Shirlene PAVELQUEIRES⁹

¹anthony_yoshida2007@hotmail.com, ²isadmorelli@gmail.com, ³jaime.bsilva22@gmail.com, ⁴marinavanzi@hotmail.com, ⁵nataliamazetto@hotmail.com, ⁶aapmarcal@yahoo.com.br, ⁷caroline_lat@hotmail.com, ⁸daniel.augusto@unifesp.br, ⁹shirpavelqueires@gmail.com

RESUMO: Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo validação de conteúdo por meio da aplicação da técnica Delphi, durante o período de 20 de Abril à 20 de Novembro de 2021. A validação de tal instrumento tem como objetivo avaliar a comunicação e humanização frente a familiares de pacientes e relação médico familiar, durante o boletim médico, no contexto da Unidade de Terapia Intensiva. Os dados coletados foram analisados utilizando análise estatística descritiva, conforme orientações da Técnica Delphi, de forma que a conformidade de 70% nas respostas foi considerada o nível mínimo de consenso a ser obtido para concretizar a validação.

PALAVRAS CHAVE: Comunicação; Unidade de Terapia Intensiva; Compartilhamento das Informações; Boletim Informativo.

ABSTRACT: This is a descriptive study, with a quantitative and qualitative approach, of methodological development, of the content validation type through the application of the Delphi technique, during the period from April 20th to November 20th, 2021. The validation of such an instrument aims to assess communication and humanization in front of family members of patients and family physician relationship, during the medical report, in the context of the Intensive Care Unit. The collected data were analyzed using descriptive statistical analysis, according to the guidelines of the Delphi Technique, so that a 70% compliance in the responses was considered the minimum level of consensus to be obtained to carry out the validation.

KEYWORDS: Communication; Intensive Care Unit; Information Sharing; Newsletter.

INTRODUÇÃO

O processo de comunicação é caracterizado por uma dinâmica de troca de mensagens que são enviadas e recebidas e que vão influenciar o fator comportamental dos indivíduos envolvidos em distintos prazos (STEFANELLI, 1993).

E mesmo com o desenvolvimento junto a história do homem, elementos não estruturados da linguagem ainda são correntes na atual forma como a sociedade se comunica, sendo os símbolos e gesticulações integrantes de tal conjunto mais primitivo, porém não menos válido no processo comunicativo (ROSEMBERG, 2008).

Partindo então de tais conceitos, a comunicação torna-se uma importante ferramenta de trabalho para o profissional médico tendo em vista seu papel mediador nos encontros e na construção da relação médico - paciente - família. E como todo o processo comunicativo, a aplicação de tal recurso integra elementos fundamentais, onde a ineficácia e/ou alteração em quaisquer um dos mesmos pode afetar negativamente a interação entre o profissional e os sujeitos. Assim sendo, os elementos emissor, receptor, mensagem e ambiente compõem o conjunto que tornarão a comunicação eficaz, ou seja, de possível compreensão, em ponto que a emissão da mensagem seja feita com clareza, sem lacunas ou margens para desentendimento, aspectos fundamentais em um ambiente hospitalar (CORIOLANO-MARINUS, 2014).

Integrando ainda tal processo de comunicação relacional, tem-se o fator humanização, onde é cabível referenciar a Portaria 1.820/2019, que, no seu Artigo 4º, determina que

Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (...).

Isto é, para que haja o suprimento das necessidades de saúde, do sofrimento individual e das diferentes percepções de dor, a humanização se faz substancial, assim como as mensagens expressas pelos sujeitos, seja paciente ou familiar, acolhidas e asseguradas em condições terapêuticas profissionais e humanizadas. Tais sendo possíveis através da linguagem a qual se adequa a determinada situação. Sem estes, ocorre a desumanização recíproca (BERTACHINI, 2012).

E ainda que haja orientações para a realização da comunicação entre médico e sujeitos, constata-se que não há uma forma ideal para efetivá-la, mas sim a busca por diversas formas de transpor as barreiras existentes. É certo que a comunicação sofre bloqueios, e tais podem estar presentes no ambiente, no receptor ou mesmo no emissor, podendo ser ainda de ordem pessoal, física ou semântica. Quando presentes, a comunicação é lesada, e a mensagem pode chegar de forma distorcida até o receptor. E considerando que a prática do comunicar não é restringida a palavras, pois conteúdos e

sentimentos podem ser frequentemente transmitidos por entonação de voz, gestos, expressões faciais, estas sempre estarão carregadas de traços que indicam o estado mental dos indivíduos envolvidos e vão propiciar alterações no processo de comunicação (GELLERTH, 2014).

As mais diversas emoções e a intensidade as quais estão presentes entre os envolvidos, como medo, raiva, angústia, tristeza, e que são praticamente inerentes ao ambiente de UTI, e aliadas ao ambiente com excesso de tecnicidade e muitas vezes posicionamento reducionista ao que diz respeito a vida humana, produzem o bloqueio na comunicação eficaz, pois as tensões aumentam, prejudicando o processo o troca de informações, além de agravar uma dificuldade natural do ser humano, que é a de saber ouvir com clareza. (GELLERTH, 2014)

Á vista disso se faz necessário que haja uma melhora na forma a qual o processo de comunicação é realizado, através do acompanhamento da mensagem, a forma como ela chegou até o receptor, a retroação do mesmo, a simplificação da linguagem em caso do desentendimento, o desenvolvimento da boa escuta, a confiança mútua, e essencialmente a empatia, devendo ser exercida na rotina do profissional médico. (GELLERTH, 2014).

OBJETIVO

Validar um instrumento previamente construído para avaliação da comunicação e humanização frente a familiares de pacientes e relação médico familiar, durante o boletim médico, no contexto da Unidade de Terapia Intensiva.

REVISÃO DA LITERATURA

Compreende-se por família pessoas que contenham ligações de afeto e amor, sendo elas de sangue ou não, formando junto ao paciente uma unidade, que tem grandes influências sobre sua recuperação. Em momentos de injúria, o familiar sente-se inseguro e vulnerável frente a um ambiente desconhecido. Comumente os mesmos não detêm conhecimento técnico sobre a saúde de seu ente, o que justifica a necessidade de receber atenção e trato humanizado, com necessidade de ter seus medos e expectativas – sejam positivas ou não – explanadas pelo profissional médico (FERREIRA; MENDES.; 2013). Em um estudo, realizado através de um complexo de urgência e emergência do SUS, tido como referência na América Latina, relatam-se casos de médicos que admitiam fugir da função de comunicar óbitos e más notícias. Tal acontecimento é decorrente de sentimentos negativos, como medo de piorar o sofrimento da família ou sensação de desconforto pela comunicação em si. O artigo encerra refletindo que informações técnicas não são mais suficientes para tratar com humanização um familiar (SOUZA et al.; 2019). Historicamente o tema morte sofreu diversas alterações em relação ao que representava e a forma como era versada pela humanidade. Por sofrer grande influência de fatores sociais e culturais, hoje em dia a transmissão e manejo sobre a mesma, para os familiares tornou-se responsabilidade do profissional médico. (ARIÈS, 2014). Outro estudo em um hospital público de Porto Alegre, relata que os médicos do serviço demonstraram consciência da importância do acolhimento e da humanização necessária, descrita

na Política Nacional de Humanização do SUS. Conclui-se, tanto por médicos quanto familiares, que essas ferramentas eram aplicadas durante as visitas aos parentes dentro da UTI do hospital em questão. Foi referido também que os familiares se sentiam mais compreendidos e apoiados nesse momento difícil quando toda a equipe participava desse acolhimento, sendo fundamental para isso a implementação de uma comunicação clara, franca e total sobre o quadro de saúde, as possibilidades de tratamento e as expectativas da equipe e da família. (LUIZ; CAREGNATO; COSTA.; 2017). Diante dos fatos constatados, elenca-se a questão de como o médico pode acolher, atender, compreender e criar um vínculo com a família, tendo que o profissional da saúde está lidando com más notícias e situações críticas todos os dias. Revela-se a empatia como um fator importante na relação médico-paciente-família, onde tenta-se compreender o sofrimento do outro, sem trazê-lo para si, considerando o quanto aquela notícia ou informação representa para aquela família e quanto um atendimento acolhedor pode diminuir o sofrimento do momento vivido (SANTOS; SILVA.; 2006).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo validação de conteúdo, por meio da aplicação da técnica Delphi, realizado no período de 20 de Abril à 20 de Novembro de 2021

Num primeiro momento foi construído um instrumento para avaliação da relação médico paciente no contexto da Unidade de Terapia Intensiva. Esse instrumento foi construído através de revisão de literatura de livros de semiologia médica e artigos científicos.

A segunda etapa refere-se à validação de conteúdo do instrumento elaborado, com uso do método Delphi. Adotar-se-á o índice de 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido pelos juízes na validação do instrumento.

A etapa de validação do instrumento ocorrerá por meio do método Delphi, de forma que os participantes, denominados juízes, devem ser peritos ou possuidores de conhecimento acerca do fenômeno a que se pretende estudar, e que apresentem disponibilidade de motivação para participação das distintas etapas do estudo (SPINOLA, 1984).

A amostra será de caráter aleatório e intencional. Os possíveis participantes selecionados serão convidados a participar deste estudo, como juízes, de modo que se pretende a participação de 8 profissionais de saúde, que atuarão na avaliação do instrumento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Característica	Nível	n (%)
Sexo	Masculino	4 (50)
	Feminino	4 (50)
Idade	Entre 20 e 30	1 (12,5)
	Entre 30 e 40	3 (37,5)
	Entre 40 e 50	3 (37,5)

	Acima de 50	1 (12,5)
Formação	Médico/a	5 (62,5)
	Enfermeiro/a	3 (37,5)
Especialidade médica	Clínica médica	1 (20)
	Neurologia	1 (20)
	Medicina de emergência	1 (20)
	Anestesiologia	1 (20)
	Cirurgia geral	1 (20)
Área de atuação	Assistencial	8 (100)
	Docência	5 (62,5)
	Gerencial	4 (50)
Participação prévia em processo de validação de instrumentos	Sim	2 (25)
	Não	6 (75)

Tabela 1. Caracterização dos juízes. Assis, SP, Brasil, 2021.

Itens	Critérios (número de pessoas)				IVC
	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	
Aspecto do profissional: limpo, organizado, uso de roupas conservadoras, crachá de identificação e roupa ou avental branco	5	3	0	0	1
Cumprimento e identificação da família: perguntou-lhes o nome, aperto de mão, questionou relação da pessoa com o paciente	5	3	0	0	1
Comportamento do médico de acordo com as reações dos familiares devido à grande carga emocional: demonstração de frustração (permaneceu calmo, tranquilo, e não confrontou a família); Nos períodos de	6	2	0	0	1

silencio (foi atencioso e respeitoso, encorajando assim o familiar a continuar quando se sentir disposto); Em caso de choro: sondou com gentileza o motivo e respondeu com empatia					
Próximo ao término da consulta informou que o tempo estava finalizando-se para que pudessem elucidar quaisquer dúvidas remanescentes	5	2	0	1	0,875
Comportamento do médico durante a consulta: agiu de maneira cortês; demonstrou empatia; tranquilizou o familiar	5	3	0	0	1
Se paciente incapaz de decisão: verificou quem representa os desejos (representante legal) do paciente em caso incapacidade de decisão; encorajou o representante legal a tomar os desejos do paciente	6	2	0	0	1
Perante a família: buscou compreender como se sentem nessas	6	2	0	0	1

circunstâncias; indagou sobre os impactos do adoecimento na família; mostrou-se apto a acolher, ouvir e evocar as preocupações e dúvidas dos familiares; aplicou-se a assistência culturalmente competente					
Informar ao representante legal: diagnóstico, evolução, estado geral, prognóstico, riscos, objetivos do tratamento	6	2	0	0	1
Quanto as informações passadas: se foi objetivo, claro, preocupou-se em estabelecer vocabulário de fácil entendimento, demonstrou conhecimento sobre os dados do prontuário, inspirou confiança acerca dos dados comunicados	6	2	0	0	1
Sobre o controle de postura: gestual, contato visual e tom de voz adequados	6	2	0	0	1
Características do ambiente: tranquilo, confortável, limpo, distância adequada entre médico e familiares, sem barreiras físicas	6	2	0	0	1

Confidencialidade e privacidade durante a conversa: ambiente privado, sem presença de outros pacientes ou profissionais; a beira leito com biombo ou divisória aos demais letos; em corredor	6	2	1	1	1
--	---	---	---	---	---

Tabela 2. Índice de Validade de Conteúdo (IVC) no julgamento dos especialistas sobre os itens que compõem o instrumento. Assis, SP, Brasil, 2021.

Itens	Primeira versão do instrumento	Sugestões de especialistas
Aspecto do profissional	Limpo, organizado, uso de roupas conservadoras, crachá de identificação e roupa ou avental branco	Ao invés de avental/jaleco utilizar roupa privativa por ser de setor fechado; utilizar crachá de identificação fora do setor por risco de meio de contaminação
Cumprimento e identificação da família	Perguntou-lhes o nome, aperto de mão, questionou relação da pessoa com o paciente	Considerar a pandemia e o risco de contaminação, evitando apertos de mão
Comportamento do médico de acordo com as reações dos familiares devido à grande carga emocional	Demonstração de frustração (permaneceu calmo, tranquilo, e não confrontou a família); nos períodos de silêncio (foi atencioso e respeitoso, encorajando assim o familiar a continuar quando se sentir disposto); em caso de choro: sondou com gentileza o motivo e respondeu com empatia	-
Próximo ao término da consulta	Informou que o tempo estava finalizando-se para que pudessem elucidar quaisquer dúvidas remanescentes	Em UTI não é utilizado o termo consulta médico, avalia-se o paciente constantemente
Comportamento do médico durante a consulta	Agiu de maneira cortês; demonstrou empatia; tranquilizou o familiar	Alterar o tema consulta para avaliação
Se paciente incapaz de decisão	Verificou quem representa os desejos (representante legal) do paciente em caso incapacidade de decisão;	-

	encorajou o representante legal a tomar os desejos do paciente	
Perante a família	Buscou compreender como se sentem nessas circunstâncias; indagou sobre os impactos do adoecimento na família; mostrou-se apto a acolher, ouvir e evocar as preocupações e dúvidas dos familiares; aplicou-se a assistência culturalmente competente	-
Informar ao representante legal	Diagnóstico, evolução, estado geral, prognóstico, riscos, objetivos do tratamento	-
Quanto as informações passadas	Se foi objetivo, claro, preocupou-se em estabelecer vocabulário de fácil entendimento, demonstrou conhecimento sobre os dados do prontuário, inspirou confiança acerca dos dados comunicados	-
Sobre o controle de postura	Gestual, contato visual e tom de voz adequados	-
Características do ambiente	Tranquilo, confortável, limpo, distância adequada entre médico e familiares, sem barreiras físicas	-
Confidencialidade e privacidade durante a conversa	Ambiente privado, sem presença de outros pacientes ou profissionais; a beira leito com biombo ou divisória aos demais letos; em corredor	Identificar se a conversa foi com o paciente internado ou com o familiar, pois seriam em locais diferentes de acordo com a circunstância.

Tabela 3. Sugestões dos especialistas para modificações no texto do instrumento. Assis, SP, Brasil, 2021.

Tendo todo o complexo hospitalar como potencial gerador de sobrecarga emocional tanto para o profissional médico quanto para familiares, é possível afirmar que em evidência a Unidade de Terapia Intensiva é o ambiente onde há uma soma de características e elementos estressores, tanto em sua constituição física quanto em consequências inerentes a rotina das emergências médica. (RODRIGUES, 2012).

Assim sendo, o ambiente, frequentemente, se configura como cenário para uma série de manifestações emocionais de familiares de pacientes que experimentam diferentes estágios de adaptação durante o processo de internação, se fazendo necessária abordagens empáticas que partem

de uma escuta ativa e ultrapassam a elucidação do casoclínico, como a permissão para extravasar suas emoções, propiciar uma melhor percepção sob a evolução do paciente, deixar que os familiares enfrentem seus sentimentos, racionais ou não, os encorajando de forma a promover a continuação do discurso através de elementos verbais e não verbais, mantendo-se sempre à disposição para solucionar problemas e novas dúvidas que venham a surgir. (MENDES, 2009; UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, 2017).

O médico deve mostrar-se educado na fala e nas ações. Mantendo-se compreensivo e tolerante independente da postura do receptor, que pode estar agradecido ou insatisfeito com sua atuação. O paciente não deve ser hostilizado nem mesmo em situações de fala agressiva. O médico deve manter-se com bondade e neutralidade. (BICKLEY, 2015)

“Ao lado da competência científica, ou seja, o conhecimento da ciência médica, o profissional precisa ter algumas características que são fundamentais, destacando-se o interesse por seus semelhantes, respeito pela pessoa humana, espírito de solidariedade, capacidade de compreender o sofrimento alheio (empatia) e vontade de ajudar (compaixão).” (PORTO, 2014, P.27)

É importante que o médico considere a situação e sentimentos do familiar, assim como estar disposto a ouvir, interrompendo-o apenas quando houver real necessidade. “A resposta empática pode ser por palavras, gestos ou atitudes: colocar a mão sobre o braço do paciente, oferecer um lenço se ele estiver chorando ou apenas dizer a ele que compreende seu sofrimento.” (PORTO, 2014, P.48)

“O efeito tranquilizador provém do ato de torná-lo mais confiante e de que os problemas dele foram plenamente compreendidos e estão sendo solucionados. ” (BICKLEY, 2015, P.93).

Segundo PORTO (2014), esclarecer o diagnóstico, prognóstico e estado real do paciente é a melhor forma de diminuir a angústia do familiar.

CONCLUSÃO

Este trabalho consiste na construção e validação de um instrumento, usando o método Delphi, para ser aplicado na avaliação da relação médico x família/responsável dos pacientes internados em UTIs, durante a passagem do boletim médico. Foi obtido IVC (Índice de Validação de Conteúdo) superior à 0,7 em todos os itens avaliados, concluindo a validação do instrumento. Ele poderá ser utilizado por instituições, equipes de saúde, estudantes, entre outros, e por meio dele ser mensurados e os preceitos básicos empregados para excelência nesta relação, vem sendo aplicados pelo profissional médico, e se, por conseguinte, os benefícios desta prática adequada vem sendo alcançados. Será útil ainda na análise de impactos e consequências desencadeadas pelo modo como esta relação se dá.

BIBLIOGRAFIA

BATES, L. S. B. Propedêutica Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2015

- BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 36(3):507-520, 2012.
- BICKLEY, Lynn S; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica; tradução Maria de Fátima Azevedo. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em 21 jul. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. Resolução nº 2.217/2018. Artigo 34, quinto capítulo.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. Resolução nº 2.217/2018. Artigo 22, quarto capítulo quarto.
- GELLERTH, K. As Barreiras na Comunicação Organizacional. ESIC, São Paulo, 2014.
- PORTO, C. C. Semiologia médica. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- PORTO, C. C. (2015) A aparência do médico... E do estudante de medicina*. *Revista Médica Minas Gerais*, 605-606. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774712>>. Acesso em 27 jul. 2021.

