



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Beatrice Fátima da Silveira Carvalho

**Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos no  
atendimento ambulatorial**

Rio de Janeiro

2023

Beatrice Fátima da Silveira Carvalho

**Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos no  
atendimento ambulatorial**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mario Dal Poz

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Simone Duarte de Gouvêa

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C331 Carvalho, Beatrice Fátima da Silveira

Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos no atendimento ambulatorial / Beatrice Fátima da Silveira Carvalho – 2023.  
88 f.

Orientador: Mario Dal Poz  
Coorientadora: Carla Simone Duarte de Gouvêa

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Comunicação. 2. Equipe de Assistência ao Paciente. 3. Serviços de Saúde para Idosos. 4. Assistência Ambulatorial. 5. Relações Profissional-Paciente. I. Dal Poz, Mario. II. Gouvêa, Carla Simone Duarte de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 316.77

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Beatrice Fátima da Silveira Carvalho

**Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos no  
atendimento ambulatorial**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Área de concentração: Política,  
Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 19 de setembro de 2023

Orientador: Prof. Dr. Mario Dal Poz  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Simone Duarte de Gouvêa  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Catalina Kiss  
Universidade Estácio de Sá

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Pereira da Silva  
Instituto Nacional do Câncer

Rio de Janeiro

2023

## **DEDICATÓRIA**

A todos os meus pacientes que ajudaram a construir a minha trajetória e me estimularam a estudar esse tema para aperfeiçoar os nossos encontros.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiro a Deus, por conduzir o meu caminho e ter me trazido até aqui.

Aos meus pais, pela minha formação e por terem entendido os momentos de ausência.

A Pingo, meu filho de quatro patas, que soube compreender do jeito dele, todas as vezes que não consegui ir passear com ele.

Aos meus orientadores, Mario Dal Poz e Carla Simone Duarte de Gouvêa, por terem acolhido o tema e aceitado o desafio.

À bibliotecária Gizele da Rocha Ribeiro pela ajuda na elaboração da estratégia de busca de dados nas bibliotecas nacionais e internacionais.

A Thais de Andrade Vidaurre Franco por ter me guiado nesse mestrado.

A Andréa Abdala Frank por ter me iniciado nos estudos sobre envelhecimento.

Aos meus colegas de trabalho pelo incentivo e inspiração.

Aos meus colegas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Rio de Janeiro (SBGG – RJ) – gestão – 2022-2025, especialmente a Sandra Rabello e Maria Angélica Sanchez.

Aos meus colegas da Secretaria de Estado de Saúde – Rio de Janeiro (SES – RJ) pela companhia e incentivo durante esse curso.

A Antônio Cláudio Goulart Duarte e Luiz Augusto Giordano pela experiência e inspiração dessa comunicação efetiva do outro lado da relação terapêutica.

## RESUMO

CARVALHO, Beatrice Fátima da Silveira. **Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos no atendimento ambulatorial**. 2023. 88 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança dos pacientes é importante levar em consideração a interação e a comunicação entre os responsáveis pelo cuidado e o paciente. É consenso que a equipe precisa envolver paciente e seus familiares no cuidado estimulando a melhoria da comunicação. A comunicação efetiva é um componente essencial na relação com os pacientes, permite que a equipe multidisciplinar gerencie os seus papéis e responsabilidades, definam expectativas para a prestação de cuidados efetivos e seguros e para a medição e a avaliação dos resultados. O Objetivo desse trabalho foi contribuir no estabelecimento de um modelo de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os idosos no âmbito ambulatorial, a partir de uma Revisão Integrativa da Literatura. O Método foi uma Revisão Integrativa da Literatura com pesquisas no Medline, *Lilacs*, *Web of Science* e Scopus. A formulação da pergunta de pesquisa foi orientada pela estratégia PICo. O período de buscas foi de janeiro de 2000 a dezembro de 2022. Resultados: setenta e sete por cento do total de artigos incluídos abordaram somente a população idosa e 23% abordavam técnicas para a população adulta que poderiam ser aplicadas pela população idosa. Oitenta por cento do total dos estudos discutiram técnicas de comunicação e 20% somente programas de treinamento que promoveram habilidades comunicacionais. Os artigos foram classificados em temas importantes para a atenção ao idoso: tomada de decisão compartilhada, adesão medicamentosa, abordagem lúdica e cuidados paliativos. Conclusão: a comunicação efetiva entre idosos e profissionais de saúde precisa ser centrada no paciente, assim ela pode facilitar a adesão ao tratamento, a formação de vínculos e a garantia da qualidade do cuidado e da segurança do paciente. É necessário que os gestores promovam treinamentos para aprimorar as habilidades comunicacionais dos profissionais.

Palavras-chave: comunicação efetiva; cuidado centrado; habilidades comunicacionais; qualidade do cuidado; segurança do paciente.

## ABSTRACT

CARVALHO, Beatrice Fátima da Silveira. **Effective communication between healthcare professionals and elderly patients in outpatient care**. 2023. 88 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

In order to guarantee quality healthcare and patient safety, it is important to take into account the interaction and communication between those responsible for care and the patient. There is consensus that promoting patient and family involvement in care encourages improved communication. Effective communication is an essential component in the relationship with patients, it allows the multidisciplinary team to manage their roles and responsibilities, set expectations for the provision of effective and safe care and for the measurement and evaluation of results. The aim of this study was to help establish a model for effective communication between healthcare professionals and the elderly in outpatient settings, based on an Integrative Literature Review. The method was an Integrative Literature Review with searches in Medline, Lilacs, Web of Science and Scopus. The formulation of the research question was guided by the PICO strategy. The search period was from January 2000 to December 2022. Results- Seventy-seven percent of the total number of articles included dealt only with the elderly population. Eighty percent of the total studies discussed communication techniques and 20% only training programs that promoted communication skills. The articles were classified into important themes for elderly care: shared decision-making, medication adherence, a playful approach and palliative care. Conclusion: Effective communication between the elderly and health professionals needs to be patient-centered, so that it promotes adherence to treatment, the formation of bonds and guarantees the quality of care and patient safety. It is necessary for managers to promote training to improve professionals' communication skills.

Keywords: effective communication; centered care; communication skills; Quality of care.

Patient safety.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Atributos da qualidade do cuidado de saúde - <i>Institute of Medicine</i> dos Estados Unidos (EUA) .....	15
Quadro 2 -	Estratégia de busca utilizada na base de dados MEDLINE - 2023 .....	26
Quadro 3 –	Estratégia de busca utilizada na base de dados Scopus - 2023 .....	27
Quadro 4 -	Estratégia de busca utilizada na base de dados <i>Web of Science</i> - 2023	28
Quadro 5 –	Estratégia de busca utilizada na base de dados LILACS - 2023.....	28
Figura 1 –	Fluxograma de identificação e seleção dos artigos – 2023 .....	31
Figura 2 –	Estratégias para melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos – 2023 .....	33
Quadro 6 –	Resultados .....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	<i>Adherence Estimator</i>
AG	Avaliação Geriátrica
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DRAW	<i>Drug Adherence Work up</i>
EA	Evento Adverso
EM	Entrevista motivacional
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Planejamento Antecipado de Cuidado
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SBAR	Situação, Histórico, Avaliação e Recomendação
PICo	<i>Population, interest phenomenon. context</i>

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1	<b>CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO</b> .....	13
1.1	<b>Comunicação Efetiva em Saúde</b> .....	13
1.2	<b>A Comunicação e a Qualidade dos Cuidados de Saúde</b> .....	14
1.3	<b>Comunicação no Atendimento ao Idoso</b> .....	19
1.4	<b>Estratégias de Comunicação Efetiva</b> .....	21
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	23
2.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	23
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	23
3	<b>MÉTODO</b> .....	24
3.1	<b>Primeira etapa - elaboração da pergunta norteadora</b> .....	24
3.2	<b>Segunda etapa - busca ou amostragem na literatura</b> .....	25
3.3	<b>Terceira etapa – seleção dos estudos</b> .....	29
3.4	<b>Quarta etapa – análise crítica dos estudos incluídos</b> .....	29
3.5	<b>Quinta e sexta etapas: discussão dos resultados e síntese do conhecimento</b> .....	30
4	<b>RESULTADOS</b> .....	31
4.1	<b>Estratégias Comunicacionais Amplas</b> .....	33
4.2	<b>Tomada de Decisão Compartilhada</b> .....	36
4.3	<b>Comunicação para a Adesão Medicamentosa</b> .....	38
4.4	<b>Abordagem Lúdica na Comunicação</b> .....	39
4.5	<b>Comunicação em Cuidados Paliativos</b> .....	40
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	43
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b> .....	48
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50
	<b>APÊNDICE – Resultados</b> .....	56

## INTRODUÇÃO

A área de saúde deve estar preparada para atender aos idosos, pois, no mundo todo, essa parcela da população cresce aceleradamente, o que decorre do declínio das taxas de mortalidade e fecundidade e aumento da expectativa de vida. (1) Melhorar a comunicação com esses pacientes, tem que ser um objetivo a ser alcançado por todos os serviços de saúde, promovendo a longevidade do ser humano, o envelhecimento saudável e o atendimento voltado para a manutenção e a adaptação de sua rotina. (2)

Para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança dos pacientes é importante levar em consideração a interação e a comunicação entre os responsáveis pelo cuidado e o paciente, em particular o idoso. É consenso que a promoção do envolvimento do paciente e da família na assistência estimula a melhoria da comunicação, trazendo benefícios para os pacientes, os profissionais e as organizações. O envolvimento do paciente é reconhecido como um fator de maior efetividade e segurança dos cuidados e de redução dos custos, tanto na fase do diagnóstico quanto do tratamento. O não envolvimento deveria ser entendido como um risco para o gerenciamento efetivo e seguro da doença. (3)

A comunicação efetiva é um componente essencial na relação com os pacientes, permite que a equipe multidisciplinar gerencie os seus papéis e responsabilidades, defina expectativas para a prestação de cuidados efetivos e seguros e para a medição e a avaliação dos resultados (2). Porém, muitas vezes, os profissionais de saúde encontram dificuldades em trocar informações e transmitir orientações aos pacientes e seus familiares.

Para ser efetiva a comunicação deve produzir um efeito real, positivo, ou seja, a mensagem transmitida por um emissor (*um profissional de saúde, por exemplo*) deve ser compreendida sem ruído pelo receptor (*um paciente, por exemplo*) e deve resultar na execução correta da atividade ou ação comunicada. (2)

Para que isto ocorra, devem ser oferecidas informações completas, sem ambiguidades, numa linguagem clara, estruturada e com técnicas corretas para a transferência dessas informações, para que sejam plenamente compreendidas pelo receptor. (4)

Problemas na comunicação entre a equipe de saúde e pessoas idosas podem ser mais frequentes, em função do processo de envelhecimento que leva a ocorrência de mais doenças crônicas, perdas funcionais e déficit cognitivo, gerando maior necessidade de acompanhamento, medicação, exames contínuos e um volume maior de informações a serem trocadas. A assistência ao idoso, em alguns casos, envolve a participação de cuidadores

informais, um membro da família ou da comunidade, e/ou cuidadores formais, um profissional treinado para prestar o cuidado. Os idosos possuem menos recursos sociais e financeiros, e o índice de analfabetismo costuma ser maior nessa faixa etária. (5, 6)

Estabelecer uma comunicação efetiva, visando o entendimento e a adesão do idoso às orientações, requer estratégias diferenciadas para melhor interação entre a equipe de saúde e esses pacientes, tarefa complexa e que precisa de planejamento (5). Sem isso, podem ocorrer falhas na comunicação durante os cuidados de saúde que são uma causa significativa para a ocorrência de eventos adversos (EA), aumento da morbidade e mortalidade do paciente, ou seja, são um grave problema para a segurança dos pacientes e um importante problema de saúde pública. (6)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2009, definiu a segurança do paciente como a redução de riscos desnecessários associados à assistência à saúde até um mínimo aceitável, enquanto os EA são dano(s) desnecessário(s) sofridos pelos pacientes em função da fragilidade nessa assistência. A má comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes é considerada um fator contribuinte. Um paciente idoso, por exemplo, ao não compreender o uso correto de seus medicamentos pode utilizá-los de forma errada, desencadeando um evento adverso, como uma queda, com potencial para vários tipos de danos. Envolver o paciente na prestação de cuidados confere maior transparência à comunicação, diminui a ocorrência de eventos adversos e de litígios por má prática. (3)

A educação/treinamento da equipe de saúde para aprimorar as suas habilidades comunicacionais, assim como a utilização de técnicas específicas de comunicação, são importantes estratégias para melhorar a comunicação entre os profissionais e entre eles e os pacientes. Um exemplo é a conferência familiar, reunião entre médicos e demais profissionais de saúde, familiares, cuidadores e o paciente, que deve sempre estar presente, salvo quando não desejar ou a sua condição de saúde não permitir. A conferência familiar tem como objetivo a coordenação dos cuidados e a discussão de mudanças no tratamento. (7) E o acrônimo Situação, Histórico, Avaliação e Recomendação (SBAR) é uma técnica que pode ser usada para facilitar a comunicação rápida e apropriada, com passos que auxiliam os profissionais de saúde a trocarem informações em situações urgentes, transições de cuidado, entre outras, de forma clara, objetiva e concisa. (8)

Embora se reconheça a importância de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes para garantir a qualidade e a segurança da assistência, uma questão ainda atormenta os profissionais que cuidam dos idosos no âmbito ambulatorial: “Como transmitir,

através de uma comunicação efetiva, orientações a esses pacientes e seus familiares nas consultas?”. (9)

Pergunta que eu me faço diariamente na minha prática profissional, em atendimento à população idosa, pois percebo a necessidade de melhorar a comunicação com esses pacientes para aumentar a compreensão das orientações, a adesão e o sucesso do tratamento.

Com esta Dissertação de Mestrado, tive como objetivo contribuir no estabelecimento de um modelo de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os idosos no âmbito ambulatorial. Para isso, busquei identificar e analisar estratégias de comunicação que promovam e melhorem a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos, através de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Deste modo, acredito que ofereço subsídios para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, e a adesão ao tratamento nos locais de atendimento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) e em todo o estado.

## 1 CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO

### 1.1 Comunicação Efetiva em Saúde

A comunicação é o processo em que informações, pensamentos e sentimentos são expressos através da linguagem verbal e não verbal, representa trocas de informações e compreensão entre as pessoas para transmitir fatos, pensamentos e valores. É fundamental para a interação entre as pessoas e se desenvolve de maneira verbal escrita, verbal falada ou não verbal. (10) A comunicação não verbal nas interações entre as pessoas, se caracteriza por sinais, como: movimentos do corpo, postura corporal, sinais vocais ou paralinguísticos, objetos e adornos utilizados, o momento em que as palavras são ditas, entre outros. A comunicação não verbal pode ser através de símbolos, imagens, gestos, como, por exemplo, os sinais de trânsito. (10)

A comunicação em saúde consiste em atividades de transmissão e captação de informações de forma interpessoal ou de massa, focadas na melhoria da saúde de indivíduos e populações. É importante estimular a participação ativa dos pacientes e dos seus familiares na conduta estabelecida pela equipe multidisciplinar. Nesse processo é importante saber escutar e captar a necessidade do paciente. É muito mais que uma simples transferência de mensagem por um emissor, pois é necessária a compreensão do que foi transmitido pelo receptor. Requer um olhar diferenciado e empático. (10)

Nesse contexto, para ser efetiva, a comunicação deve ser padronizada, abrangente, breve e oportuna. (11) A comunicação efetiva se fundamenta em uma linguagem clara, estruturada e com técnicas corretas para a transferência de informações. (4)

Pacientes e familiares formam um vínculo quando os profissionais de saúde transmitem compreensão e confiança e é fundamental que eles saibam que a sua participação no cuidado e na tomada de decisões é um direito do paciente. (9) Na psicologia clínica, a qualidade da relação terapêutica entre o psicólogo e o paciente é tida como uma explicação para o sucesso terapêutico. (5) Na consulta nutricional, área da minha prática profissional, principalmente com idosos, observo muitos pacientes que precisam emagrecer, mas não querem abandonar os seus alimentos preferidos. Uma abordagem nutricional restrita e que não leva em consideração os hábitos alimentares do paciente não alcançará um bom resultado. Quando o profissional dialoga com o paciente, escuta e troca informações, o paciente fica

mais satisfeito, se sente parte integrante do cuidado e adere com mais facilidade às orientações transmitidas.

Porém, existem empecilhos para a boa comunicação na assistência à saúde e a formação de vínculos com o paciente, sendo um deles o tempo de consulta, geralmente de cerca de 15 a 30 minutos. Este fator pode resultar na transmissão reduzida, inconsistente ou errada de informações bem como a sua omissão. Gestores tendem a esquecer que a falta de informações aumenta ainda mais a procura por serviços de saúde. (12)

Outros fatores que influenciam a boa comunicação na assistência em saúde são: a diversidade na formação profissional; o efeito da hierarquia; o número inadequado de profissionais; a complexidade do cuidado; e as limitações inerentes ao desempenho humano tais como fadiga, estresse, distrações e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas. (10)

A comunicação efetiva é uma ferramenta terapêutica indispensável para garantir a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, o que depende de comunicação clara e oportuna entre os profissionais de saúde e os pacientes. Envolver o paciente no cuidado esclarecendo as suas dúvidas pode evitar a ocorrência de uma série de eventos adversos. (4)

## 1.2 A Comunicação e a Qualidade dos Cuidados de Saúde

A comunicação efetiva está intrinsecamente relacionada à qualidade dos cuidados de saúde e, mais especificamente, tem sido estudada junto a uma de suas dimensões, a segurança. Existem várias definições para a qualidade do cuidado, nesse estudo foi considerada a definição do *Institute of Medicine* (IOM) norte-americano que a descreve como “o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”. (9:p.20)

A qualidade é um conceito complexo, melhor compreendido através de suas múltiplas dimensões ou atributos. Na literatura científica é possível encontrar diferentes propostas de classificação da qualidade do cuidado em dimensões, adotamos as do IOM (Quadro 1), quais sejam: a efetividade, a segurança, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. (9)



Quadro 1 - Atributos da qualidade do cuidado de saúde - *Institute of Medicine* dos Estados Unidos (EUA)

Atributos da Qualidade	Definição
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobre utilização, respectivamente).
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Cuidado centrado/Foco no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, o que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo perdas associadas ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Ministério da Saúde (9).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada em 2004 pela OMS, definiu um grupo de trabalho para desenvolver uma Classificação Internacional de Segurança do Paciente (em inglês, *International Classification for Patient Safety* - ICPS). O objetivo foi o de identificar termos importantes, definir e padronizar conceitos que possam ser utilizados por seus países membros, permitindo a comparação de suas informações. (13)

A ICPS definiu segurança do paciente como a redução de riscos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. (14) Em 2021, essa definição foi expandida para

Segurança do Paciente é um arcabouço de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes no cuidado de saúde, e que de forma coerente e sustentável, reduzem riscos, reduzem a ocorrência de dano evitável, tornam o erro menos provável e reduzem seu impacto quando ele ocorre. (13)

Um incidente relacionado à segurança do paciente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em um dano desnecessário ao paciente. Este dano pode estar relacionado à “estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. O dano pode, assim, ser físico, social ou psicológico”. (14:p. 61)

Esses danos surgem ou estão associados à prestação de cuidados de saúde. Por exemplo, a dificuldade de cicatrização e o aumento do tempo de recuperação do paciente após uma infecção pós-operatória na incisão cirúrgica.

A ICPS descreve 4 tipos de incidentes relacionados à segurança do paciente: a circunstância notificável, o *near miss*, o incidente sem dano e o evento adverso.

A circunstância notificável é uma situação com potencial significativo para o dano. Por exemplo: um técnico de enfermagem observa falhas na dispensação de medicamentos, como a troca de medicamentos enviados pela farmácia; ou, ao vistoriar um carrinho de parada, observa a falta de medicamentos essenciais.

O termo *near miss* é definido como ‘um incidente que não atingiu o paciente’. Por exemplo: uma enfermeira percebe que a medicação está errada no momento que vai administrar e não a administra. (14)

O evento sem dano é um evento que ocorreu a um paciente, mas não provocou dano. Por exemplo: uma enfermeira administra um remédio errado a um paciente, mas esse medicamento é similar ao prescrito e, portanto, o paciente não é prejudicado ou sofre danos. (14)

Conforme define a OMS, em 2009, o evento adverso é um incidente que provoca uma lesão/ dano desnecessário ao paciente, no contexto das definições da ICPS, o termo ‘desnecessário’ confere a todos os eventos adversos o caráter de serem evitáveis. Outros autores como Gallotti (15) e Duarte (16) definem o EA como danos não intencionais que resultam em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e /ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado de saúde prestado. Nesse contexto, eles podem ser considerados evitáveis ou não. O EA não evitável é, por exemplo, quando o paciente se submete a um exame radiológico com contraste e tem uma reação alérgica, embora ele tivesse informado já ter feito o exame outras vezes, conforme registro em prontuário, usou o contraste e não havia apresentado nenhuma reação. O EA evitável é, por exemplo, quando ocorre a administração de um medicamento diferente daquele prescrito, e o paciente apresenta uma sintomatologia adversa.

A ocorrência de eventos adversos geralmente prolonga o tempo de permanência no hospital ou resulta em uma incapacidade presente no momento da alta. (17) Um paciente idoso, por exemplo, que não compreende ao longo de sua consulta ambulatorial o uso correto de seus medicamentos, ou não recebe informações suficientes para auxiliá-lo na automedicação em casa, pode, ao usá-los de forma errada, desencadear um evento adverso, como uma queda, ocasionando fraturas ou mesmo o óbito.

A padronização proposta pela OMS também definiu o erro no cuidado de saúde, ou seja,

falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação ou omissão) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Os erros são, por definição, não intencionais. (3:p.63)

Um médico, por exemplo, ao prescrever um medicamento, pode errar o cálculo da dose. Porém, é importante ressaltar que a tradução do termo em inglês *medical error* para o português causa um certo equívoco, pois o erro deriva de fatores contribuintes sistêmicos. Portanto, usualmente esse termo é referido como ‘erro no cuidado de saúde’ ou ‘erro na assistência à saúde’.

A má comunicação entre os membros da equipe de saúde e com os pacientes pode ser um fator contribuinte para a ocorrência de um incidente relacionado à segurança do paciente. Os fatores de contribuição são circunstâncias, ações ou influências que dão origem ou desenvolvem um incidente ou aumentam o risco do incidente. Uma comunicação inadequada pode levar a uma série de incidentes no cuidado do paciente, contribuindo para erros e eventos adversos. (18)

Entre os idosos, um dos incidentes mais comuns de uma comunicação inadequada é a polifarmácia. Estudos comprovam que a polifarmácia e procedimentos errados na administração de medicamentos muitas vezes ocorrem por falhas na comunicação durante a interação médico – paciente nas consultas. Uma abordagem centrada no paciente, envolvendo conhecimento, experiência e atitude parece ser promissora para reduzir a polifarmácia. (7, 12, 13)

Quando se cuida de pacientes o foco tem que ser sempre em identificar os riscos para minimizar os acontecimentos indesejáveis. O risco é a probabilidade de um incidente relacionado à segurança do paciente acontecer, enquanto o perigo é uma circunstância que pode causar dano. (14) Por exemplo, um paciente que apresenta risco de disfagia (a dificuldade para engolir os alimentos), quando ingere um alimento com uma consistência errada está em perigo. Uma das causas desse tipo de falha no cuidado de saúde pode ser a comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente ou seu cuidador, porque a informação sobre a consistência adequada da alimentação não é fornecida, é insuficiente, ou não é compreendida pelo paciente, familiares e seus cuidadores.

As instituições de saúde devem estar alertas para a falta ou falhas na comunicação entre os profissionais e dos profissionais com os pacientes. (18) Desse modo, poderão estimular o desenvolvimento da cultura de segurança institucional, entendida como o produto

de valores individuais ou de um grupo, ações, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração saudável e segura.

Na busca por um atendimento de qualidade é importante pensar na segurança do paciente, através de atitudes baseadas nas melhores práticas visando os melhores resultados e minimizando os danos. É necessário identificar as falhas, elaborar protocolos de atendimento seguro com soluções discutidas por especialistas e baseadas em evidências científicas. Dentre outras iniciativas, a utilização de um sistema de notificação de EA de fácil uso é importante para se aprender com os erros e garantir cuidados de saúde mais seguros. É preciso desmistificar o preconceito ou o medo de se notificar um evento adverso, pois é importante conhecer o número e as circunstâncias de quedas, por exemplo, comuns em idosos, para verificar possíveis falhas e os ajustes necessários. Porém, muitos profissionais acostumados com uma cultura punitiva escondem o erro. (19) O próprio paciente e seus cuidadores podem relatar e identificar eventos adversos que afetam o seu cuidado, quando recebem informações para isso e estão, realmente, envolvidos no seu cuidado. Se um paciente é informado sobre possíveis intercorrências, como a possibilidade de sangramento após uma cirurgia ou o risco de quedas após anestesia, ele toma os devidos cuidados para que um evento adverso não ocorra, e o notifica à equipe de saúde imediatamente quando ocorre.

Conforme descrevem McNaughton et al. (20), o IOM afirma que o cuidado centrado no paciente é uma parceria entre profissionais, pacientes e suas famílias e que deve ser garantido aos pacientes a educação e o apoio de que precisam para tomar decisões para participar de seu próprio cuidado e do esforço da melhoria da qualidade. No entanto, há vários problemas na comunicação entre pacientes e equipe de saúde, por exemplo, parte significativa das informações fornecidas pelos profissionais são esquecidas imediatamente após as consultas, ou são lembradas de forma incorreta. A comunicação centrada no paciente deve estar baseada em três pilares:

(1) obter e entender as perspectivas do paciente (por exemplo, preocupações, ideias, expectativas, necessidades, sentimentos e funcionamento), (2) entender o paciente em seus contextos psicossociais e culturais exclusivos e (3) chegar a um entendimento compartilhado dos problemas do paciente e dos tratamentos que estão de acordo com os valores do paciente. (19:p.3)

Em resumo, o paciente precisa ser um membro ativo no processo saúde/doença /cuidado. Deve assumir a corresponsabilidade nesse processo, pois é ele que descreve o que está sentindo, resolve se vai ou não aderir ao tratamento e tem o direito de retirar as suas

dúvidas no momento de uma consulta ou internação. Ele tem o direito às informações sobre a sua saúde, os medicamentos que vai utilizar, os objetivos e os riscos do seu tratamento. A falta de informações ou a não compreensão das informações transmitidas podem levar a não adesão ao tratamento, insucesso terapêutico, retardo na administração de medicamentos e agravamento do quadro clínico. Um exemplo que vejo muito na minha prática profissional é o paciente portador de Parkinson que faz uso da levodopa e não é orientado a tomar a medicação distante de alimentos que são fontes de proteína. Pois, na luz intestinal, a levodopa compete com a proteína na absorção o que leva, muitas vezes, ao medicamento não ser absorvido. (12)

### **1.3 Comunicação no Atendimento ao Idoso**

No mundo todo, o número de idosos vem crescendo aceleradamente, tanto nos países mais avançados, como nos emergentes. Esse processo ocorre pelo declínio das taxas de mortalidade e fecundidade e aumento da expectativa de vida (1). No Brasil, o Estatuto do Idoso, normatizado na Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 (21), considera idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A previsão é a de que o nosso País alcance, em 2025, o sexto lugar em relação ao contingente desta parcela da população. (22)

O idoso tem mais doenças crônicas, apresenta inúmeras fragilidades e seus tratamentos costumam ser mais onerosos. De modo geral, esses pacientes consomem mais serviços de saúde e necessitam de acompanhamento, medicação e exames contínuos. Envelhecer, mesmo sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional ou déficit cognitivo. No atendimento ao idoso é importante interagir e se comunicar com o paciente e seus cuidadores informais, um membro da família ou da comunidade, e/ou seus cuidadores formais, um profissional treinado para prestar o cuidado. O cuidado ao paciente idoso é muito complexo e demanda uma série de orientações e, muitas vezes, ele ou o seu cuidador e/ou familiar, são obrigados a lidar com uma situação nova. (23)

Além dos aspectos relacionados ao processo de envelhecimento, existem outros ligados a fatores socioeconômicos particulares a essa faixa etária. De modo geral, nos países emergentes, os idosos possuem menos recursos sociais e financeiros. No Brasil, o índice de analfabetismo nessa população é três vezes maior comparada às faixas etárias mais jovens. Segundo Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua: Educação (24) é

de 18,1% para pessoas de 60 anos ou mais e de 6,1% para adultos. Portanto, quando se atende um paciente idoso, antes de estabelecer a comunicação, é preciso saber se já existe um comprometimento cognitivo, um déficit auditivo ou visual, assim como o seu grau de escolaridade.

Devido às suas particularidades, o cuidado ao idoso precisa ser diferenciado, deve ser prestado de maneira integrada e centrado na pessoa. (23) É importante que os profissionais utilizem recursos adequados nesse atendimento, realizem ações de acordo com esse perfil populacional, visando, assim, implementar uma assistência efetiva e segura. O que exige capacitação dos profissionais para que tenham uma visão diferenciada em relação a essa faixa etária, objetivando não apenas promover a longevidade do ser humano, mas proporcionar um envelhecimento saudável, com um atendimento voltado para a manutenção e a adaptação de sua rotina. (2) Ou seja, o cuidado ao idoso deve ser estruturado de uma forma diferente do que se faz com o adulto mais jovem. (23)

O envelhecimento da população está aliado a um maior consumo de serviços o que pressiona as organizações de saúde a introduzir novas técnicas terapêuticas que tenham mais impacto na satisfação do paciente e na adesão ao tratamento. Porém, paralelamente, deve aumentar também a consciência sobre a importância do fortalecimento das relações comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso, como um fator de melhoria das condições de saúde desse grupo etário. (5)

Essa comunicação efetiva deve estabelecer a formação de vínculos o que permite firmar um relacionamento entre o idoso e o profissional de saúde, pautado na confiança mútua e na busca por uma assistência que valorize a autonomia desse paciente. Isso é reforçado pelo fornecimento de orientações que os ajudem a prosseguir realizando os cuidados necessários para o estabelecimento de sua saúde (2). Ou seja, são necessárias estratégias diferenciadas e direcionadas às particularidades desta parcela da população. Lamela e Bastos (5) constataram que a comunicação tem fundamental importância no sucesso das intervenções e que o envolvimento dos pacientes no seu tratamento é mais relevante quanto maior for o incentivo dos profissionais de saúde para que isto ocorra. A capacidade do profissional de compreender o estilo de comunicação do paciente e adaptar o seu nível de integração com eles aumenta a eficácia e a qualidade dessa comunicação. Compreender o estilo de comunicação do idoso, as suas preferências, valores e crenças são importantes para a comunicação efetiva.

#### 1.4 Estratégias de Comunicação Efetiva

Para garantir que o cuidado seja seguro, realmente centrado nos pacientes, respeitoso e responsivo às suas peculiaridades, os valores dos pacientes devem orientar as decisões clínicas e deve ser priorizado o respeito às suas necessidades de informação, fato ainda mais importante quando se lida com idosos. (17) O empoderamento do paciente é um conceito aplicado aos cuidados prestados nos serviços de saúde. Para a OMS, quatro elementos são fundamentais nesse processo: a compreensão do paciente/ família sobre o seu papel; que eles adquiram conhecimento suficiente para ser capaz de se envolver com a sua saúde; as habilidades do paciente; e um ambiente facilitador. O empoderamento do paciente significa que ele entende o seu papel com base em informações que foram fornecidas pelo profissional de saúde dentro de um ambiente facilitador. (25)

Promover o empoderamento e o envolvimento dos pacientes, a melhoria das habilidades comunicacionais da equipe multidisciplinar e dos próprios pacientes requer comunicação efetiva, através da implementação de diferentes estratégias. A educação dos pacientes e profissionais é uma delas. O que tem resultado em ações de informação e de educação dos pacientes, familiares e profissionais de saúde (25) e em recomendações institucionais e normas no âmbito de políticas de saúde. (26, 27)

Outra estratégia é a utilização de técnicas para melhorar a comunicação entre a equipe de saúde e entre esta e os pacientes. Algumas estão direcionadas à comunicação entre os profissionais da equipe de saúde, outras voltam-se para a comunicação desta equipe e os pacientes. No escopo da sexta Meta Internacional de Segurança do Paciente – Comunicação Efetiva, é discutida a técnica do ‘ler de volta’ (Em inglês: *teach back*) cujo objetivo é a validação das informações emitidas. A técnica também pode ser utilizada na comunicação dos profissionais de saúde com os pacientes, por exemplo, quando um médico explica o que está prescrito na receita e pede para o paciente ler e demonstrar o que compreendeu, ou quando um enfermeiro orienta o cuidador e pede para ele explicar o que entendeu. Esse não é um teste de conhecimento do paciente, mas para saber se o profissional explicou bem ou não. (10, 28)

Outra técnica utilizada para orientar as informações a serem transmitidas entre os profissionais de saúde é o SBAR, um mnemônico em inglês, utilizado para auxiliar os profissionais de saúde a trocarem informações em situações urgentes, transições de cuidado, entre outras, de forma clara, objetiva e concisa. (8) O SBAR engloba quatro itens específicos; o primeiro a situação (*Situation*), o problema atual do paciente; a segunda um curto histórico

do contexto clínico (*Background*); a terceira, a avaliação da situação atual (*Assessment*); e a quarta as recomendações (*Recommendations*). Essa técnica é para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde.

A conferência familiar é muito utilizada no caso de idosos frágeis que não conseguem gerenciar os seus cuidados e necessitam de cuidadores formais ou informais. As conferências familiares são reuniões entre médicos, outros profissionais de saúde, familiares, cuidadores e, quando possível, o paciente. Tem o objetivo de coordenar os cuidados, explicar ou discutir mudanças no tratamento. É uma conversa estruturada integrando sequência de escuta ativa e conhecimento de opiniões e crenças do paciente e seus familiares. É uma técnica que melhora a comunicação entre médicos e pacientes, facilita e melhora a qualidade do cuidado, encoraja o envolvimento da família e do paciente no tratamento, pois a tomada de decisão é compartilhada. (7) Porém, há falhas nesse processo, quando, por exemplo, se transmite uma quantidade excessiva ou reduzida de informações ou há falta de comunicação e trabalho entre a equipe. (5, 7, 9, 27) A comunicação na conferência familiar, embora desafiadora, é uma ótima oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre o paciente e as suas necessidades. Mas faltam estudos de eficácia sobre a conferência familiar na atenção primária. (7)

A comunicação também é transmitida de forma escrita e é muito importante que as instituições de saúde e os profissionais que lidam diretamente com o paciente possuam ferramentas de comunicação escrita padronizadas. As orientações fornecidas aos pacientes e as recebidas deles devem ser registradas, para que todos os componentes da equipe tenham acesso e uniformizem a conduta.

Lamela e Bastos (5) enfatizaram a necessidade de mais estudos para a compreensão holística sobre a relação entre profissionais de saúde e idosos, auxiliando no desenvolvimento de técnicas interventivas para aprimorar esse relacionamento. Instruções sobre uma boa comunicação são vitais na atenção primária, pois isso minimiza problemas e facilita a adesão aos cuidados de saúde.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Contribuir no estabelecimento de um modelo de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os idosos no âmbito ambulatorial da SES – RJ, a partir de uma Revisão Integrativa da Literatura.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- a) identificar estratégias para a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes;
- b) identificar estratégias para a comunicação efetiva que possam ser utilizadas entre os profissionais de saúde e os idosos;
- c) elaborar recomendações de um modelo de comunicação, com estratégias que podem facilitar a comunicação e melhorar a qualidade e a segurança no atendimento ambulatorial de idosos nas unidades da SES-RJ.

### 3 MÉTODO

O método utilizado nesta pesquisa foi a Revisão Integrativa da Literatura que, conforme caracteriza Souza et al. (29:p.103), é uma

[...] ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

A Revisão Integrativa foi conduzida através de seis etapas: a) elaboração da pergunta norteadora; b) busca ou amostragem na literatura; c) seleção dos estudos; d) análise crítica dos estudos incluídos; e) discussão dos resultados; f) apresentação da revisão integrativa. (29)

#### 3.1 Primeira etapa - elaboração da pergunta norteadora

A formulação da pergunta de pesquisa foi orientada pela estratégia do acrônimo para *Population, Interest phenomenon, Context* (em português, População de interesse, Fenômeno de interesse e Contexto) (PICO) que é voltada para as pesquisas não clínicas, (29) sendo definida como: quais são as estratégias utilizadas para promover a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os idosos no ambiente ambulatorial?

Estruturada na estratégia PICO a pergunta norteadora é descrita conforme a seguir:

P – Idoso;

I - Estratégias para auxiliar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes;

Co – Atendimento ambulatorial.

### 3.2 Segunda etapa - busca ou amostragem na literatura

Na segunda etapa foram selecionadas as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via Pubmed; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scopus* e *Web of Science*. Inicialmente, na fase de elaboração do Projeto de Pesquisa, foi realizado um levantamento preliminar da literatura utilizando algumas palavras chaves e termos, que foram utilizadas para a elaboração final das estratégias de busca, que foram validadas e adaptadas em cada uma das bases de dados. Essa segunda fase da Revisão Integrativa contou com a participação e orientação de uma bibliotecária.

As estratégias de busca aplicadas em cada base de dado estão descritas nos Quadros 2, 3, 4 e 5, a seguir.

Quadro 2 - Estratégia de busca utilizada na base de dados MEDLINE - 2023

Search: (((("Ambulatory"[Title/Abstract] OR "ambulatory care"[Title/Abstract] OR "ambulatory care"[MeSH Terms]) AND "care ambulatory"[Title/Abstract]) OR "outpatient care"[Title/Abstract] OR "care outpatient"[Title/Abstract] OR "health services outpatient"[Title/Abstract] OR "outpatient health services"[Title/Abstract] OR "outpatient services"[Title/Abstract] OR "outpatient service"[Title/Abstract] OR "service outpatient"[Title/Abstract] OR "service outpatients"[Title/Abstract] OR "clinic visits"[Title/Abstract] OR "clinic visit"[Title/Abstract] OR "ambulatory care facilities"[Title/Abstract] OR "ambulatory care facility"[Title/Abstract] OR "facilities ambulatory care"[Title/Abstract] OR "outpatient clinics"[Title/Abstract] OR "outpatient clinic"[Title/Abstract] OR "clinic activities"[Title/Abstract] OR "clinic activity"[Title/Abstract] OR (("primaries"[All Fields] OR "Primary"[All Fields]) AND "health care"[Title/Abstract]) OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "primary healthcare"[Title/Abstract] OR "primary care"[Title/Abstract] OR "health center ambulatory"[Title/Abstract] OR "ambulatory health center"[Title/Abstract] OR "ambulatory health centers"[Title/Abstract] OR "ambulatory care facilities"[Title/Abstract] OR ("ambulatories"[All Fields] OR "Ambulatory"[All Fields]) AND "nonhospital"[Title/Abstract])) AND ("patients"[Title/Abstract] OR "patients"[MeSH Terms] OR "person-centered communication"[Title/Abstract] OR "patient-centered communication"[Title/Abstract] OR "patient communication"[Title/Abstract] OR "client"[Title/Abstract] OR "clients"[Title/Abstract] OR "patient"[Title/Abstract] OR "patient"[Title/Abstract] OR "Family"[MeSH Terms] OR "Family"[Title/Abstract] OR "families"[Title/Abstract] OR "family members"[Title/Abstract] OR "relatives"[Title/Abstract] OR "Caregivers"[Title/Abstract] OR "Caregivers"[MeSH Terms] OR "carers"[Title/Abstract] OR "carer"[Title/Abstract] OR "care givers"[Title/Abstract] OR "care giver"[Title/Abstract] OR "spouse care giver"[Title/Abstract] OR "spouse caregiver"[Title/Abstract] OR "spouse caregivers"[Title/Abstract] OR "family caregivers"[Title/Abstract] OR "family care giver"[Title/Abstract] OR "caregiver family"[Title/Abstract] OR "family caregiver"[Title/Abstract] OR "informal caregivers"[Title/Abstract] OR "caregivers informal"[Title/Abstract] OR "informal caregiver"[Title/Abstract]) AND ("health personnel"[Title/Abstract] OR "health personnel"[MeSH Terms] OR "health care providers"[Title/Abstract] OR "health care provider"[Title/Abstract] OR "provider health care"[Title/Abstract] OR "healthcare provider"[Title/Abstract] OR "healthcare providers"[Title/Abstract] OR "healthcare workers"[Title/Abstract] OR "healthcare worker"[Title/Abstract] OR "healthcare professionals"[Title/Abstract] OR "healthcare personnel"[Title/Abstract] OR "health personnel"[MeSH Terms] OR "health personnel"[Title/Abstract]) AND ("effective communication"[Title/Abstract] OR "assertive communication"[Title/Abstract] OR "communication"[Title/Abstract] OR "communication"[MeSH Terms] OR "nonverbal communication"[Title/Abstract] OR "nonverbal communication"[MeSH Terms] OR "health communication"[MeSH Terms] OR "health communication"[Title/Abstract]) AND ("strategies"[Title/Abstract] OR "techniques"[Title/Abstract] OR "Methods"[Title/Abstract] OR "training"[Title/Abstract] OR "training courses"[Title/Abstract] OR ("educational status"[MeSH Terms] OR "education"[MeSH Terms]) OR "mentoring"[MeSH Terms] OR "coaching"[Title/Abstract] OR "mentoring"[Title/Abstract] OR "tutoria"[Title/Abstract])) AND ((fha[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (2000/1/1:2022/12/31[pdat]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter]) AND (middleaged[Filter] OR aged[Filter] OR 80andover[Filter])) Filters: Abstract, Humans, English, Portuguese, Spanish, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, from 2000/1/1 - 2022/12/31

Legenda: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Fonte: A autora, 2023.

Quadro 3 - Estratégia de busca utilizada na base de dados Scopus - 2023

```
( TITLE-ABS-KEY ( ( ( strategies OR techniques OR methods OR training OR "training
courses" OR mentoring OR coaching OR education ) ) ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( ( (
"Effective communication" OR "assertive communication" OR communication OR "Nonverbal
Communication" OR "Health Communications" OR "Health Communication" ) ) ) ) AND (
TITLE-ABS-KEY ( ( ( "Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care
Provider" OR "Provider Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider"
OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR
"Health Care Professional" OR "Professional, Health Care" OR "Health Personnel" ) ) ) ) AND (
TITLE-ABS-KEY ( ( ( patients OR client OR clientes OR patient OR family OR families
OR "Family Members" OR relatives OR caregivers OR carers OR carer OR "Care Givers"
OR "Care Giver" OR "Spouse Caregivers" OR "Caregiver Spouse" OR "Caregivers Spouse"
OR spouse AND caregiver OR "Family Caregivers" OR caregiver, AND family OR
"Caregivers Family" OR "Family Caregiver" OR "Informal Caregivers" OR "Caregiver
Informal" OR "Caregivers Informal" OR "Informal Caregiver" ) ) ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY (
( ( ambulatory OR "Ambulatory Care" OR "Care Ambulatory" OR "Outpatient Care" OR
"Care Outpatient" OR "Health Services Outpatient" OR "Health Service Outpatient" OR
"Outpatient Health Service" OR "Service Outpatient Health" OR "Outpatient Health Services"
OR "Outpatient Services" OR "Outpatient Service" OR "Service Outpatient" OR "Services
Outpatient" OR "Services Outpatient Health" OR "Clinic Visits" OR "Clinic Visit" OR "Visit
Clinic" OR "Visits Clinic" OR "Ambulatory Care Facilities" OR "Ambulatory Care Facility"
OR "Facilities Ambulatory Care" OR "Facility, Ambulatory Care" OR "Outpatient Clinics" OR
"Outpatient Clinic" OR "Clinic Outpatient" OR "Clinics, Outpatient" OR "Clinic Activities"
OR "Activities Clinic" OR "Activity Clinic" OR "Clinic Activity" OR "Primary Health Care"
OR "Care Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR
"Healthcare Primary" OR "Primary Care" OR "Care Primary " OR "National Health Strategies"
) ) ) ) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2022 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2021 ) OR
LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2020 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2019 ) OR LIMIT-TO (
PUBYEAR , 2018 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2017 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2016 )
OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2015 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2014 ) OR LIMIT-TO (
PUBYEAR , 2013 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2012 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2011 )
OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2010 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2009 ) OR LIMIT-TO (
PUBYEAR , 2008 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2006 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2005 )
OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2004 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2003 ) OR LIMIT-TO (
PUBYEAR , 2001 ) )
```

Fonte: A autora, 2023.

Quadro 4 - Estratégia de busca utilizada na base de dados *Web of Science* - 2023

((strategies OR techniques OR methods OR training OR "training courses" OR mentoring OR coaching OR education)) (Tópico) and (("Effective communication" OR "assertive communication" OR communication OR "Nonverbal Communication" OR "Health Communications" OR "Health Communication")) (Tópico) and (("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care" OR "Health Personnel")) (Tópico) and ((Patients OR Client OR clientes OR patient OR Family OR Families OR "Family Members" OR Relatives OR Caregivers OR Carers OR Carer OR "Care Givers" OR "Care Giver" OR "Spouse Caregivers" OR "Caregiver Spouse" OR "Caregivers Spouse" OR Spouse Caregiver OR "Family Caregivers" OR Caregiver, Family OR "Caregivers Family" OR "Family Caregiver" OR "Informal Caregivers" OR "Caregiver Informal" OR "Caregivers Informal" OR "Informal Caregiver")) (Tópico) and ((ambulatory OR "Ambulatory Care" OR "Care Ambulatory" OR "Outpatient Care" OR "Care Outpatient" OR "Health Services Outpatient" OR "Health Service Outpatient" OR "Outpatient Health Service" OR "Service Outpatient Health" OR "Outpatient Health Services" OR "Outpatient Services" OR "Outpatient Service" OR "Service Outpatient" OR "Services Outpatient" OR "Services Outpatient Health" OR "Clinic Visits" OR "Clinic Visit" OR "Visit Clinic" OR "Visits Clinic" OR "Ambulatory Care Facilities" OR "Ambulatory Care Facility" OR "Facilities Ambulatory Care" OR "Facility, Ambulatory Care" OR "Outpatient Clinics" OR "Outpatient Clinic" OR "Clinic Outpatient" OR "Clinics, Outpatient" OR "Clinic Activities" OR "Activities Clinic" OR "Activity Clinic" OR "Clinic Activity" OR "Primary Health Care" OR "Care Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare Primary" OR "Primary Care" OR "Care Primary " OR "National Health Strategies" )) (Tópico) and Artigo or Artigo de revisão (Tipos de documento) and 2000 or 2001 or 2002 or 2003 or 2004 or 2005 or 2006 or 2007 or 2008 or 2009 or 2010 or 2011 or 2012 or 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2019 or 2018 or 2020 or 2021 or 2022 or 2023 (Anos da publicação) and Health Care Sciences Services or Primary Health Care or Nursing or Oncology or Pharmacology Pharmacy or Education Scientific Disciplines or Clinical Neurology or Geriatrics Gerontology or Gerontology or Psychiatry or Communication or Cardiac Cardiovascular Systems or Family Studies or Psychology Multidisciplinary or Psychology or Management or Critical Care Medicine or Psychology Social

Fonte: A autora, 2023.

Quadro 5 - Estratégia de busca utilizada na base de dados LILACS - 2023

(estratégia OR técnica OR método OR treinamento OR "Curso de Treinamento" OR capacitação OR intervenção OR tutoria OR "Estratégias de saúde") AND ab:("effective communication" OR "assertive communication" OR "Comunicação efetiva" OR "Comunicação eficaz" OR "Comunicação assertiva" OR comunicação OR "Comunicação em saúde" OR "Comunicação não Verbal") AND ("Pessoal de saúde" OR "Profissional de saúde") AND (pacientes OR família OR cuidadores OR paciente OR familiar OR cuidador) AND (ambulatório OR "Instituições de Assistência Ambulatorial" OR "Atenção Primária a Saúde" OR "Estratégias de Saúde Nacionais" OR "atenção primária" OR "atenção básica" OR "clínica da família" OR "estratégia de saúde da família") AND ( db:("LILACS" OR "BDENF" OR "coleccionaSUS" OR "BRISA" OR "PAHOIRIS" OR "SOF") AND la:("pt" OR "en" OR "es")) AND (year\_cluster:[2000 TO 2022])

Legenda: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Fonte: A autora, 2023.

O período de publicação dos artigos selecionados para as buscas foi janeiro de 2000 a dezembro de 2022, os resultados foram exportados para o gerenciador de referências

Zotero®, onde foram retiradas as duplicatas e exportada uma listagem com os artigos recuperados, para posterior seleção dos estudos.

### **3.3 Terceira etapa – seleção dos estudos**

Com base nos resultados das buscas, nessa terceira etapa foram identificados os artigos de interesse, a partir de critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, para posterior leitura do texto completo, e inclusão final na Revisão Integrativa.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados; indisponíveis; cartas; editoriais; resumos de congresso; publicação em anais de conferência; artigos de opinião; resenhas de livro; protocolos de estudo; estudos sem resumo; artigos que abordavam somente crianças, adolescentes ou gestantes; desenvolvidos no âmbito hospitalar ou em períodos de transição do cuidado (por exemplo, na alta); abordassem o uso de intérpretes; utilizassem estratégias de comunicação informatizadas; ou estratégias de comunicação somente entre a equipe de profissionais de saúde.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, espanhol e português; que incluíssem idosos e adultos; desenvolvidos em âmbito ambulatorial, atenção primária e/ ou clínicas de pacientes externos; e que abordassem o tema desta Dissertação.

A ‘pré-seleção’, a partir da leitura dos títulos e resumos dos artigos, e a seleção final, após a leitura dos textos completos dos estudos ‘pré-selecionados’, foram feitas por duas revisoras, de forma independente, e as dúvidas resolvidas por consenso.

### **3.4 Quarta etapa – análise crítica dos estudos incluídos**

As informações extraídas da leitura completa dos 35 artigos incluídos na Revisão foram registradas em um quadro (APÊNDICE) contendo dados sobre: autor(es), título, objetivo do artigo, estratégias apresentadas, forma de execução/ aplicação das estratégias, resultados do estudo, observações e recomendações dos autores. Não foi analisada a qualidade das publicações científicas incluídas nesta Revisão Integrativa.

### **3.5 Quinta e sexta etapas: discussão dos resultados e síntese do conhecimento**

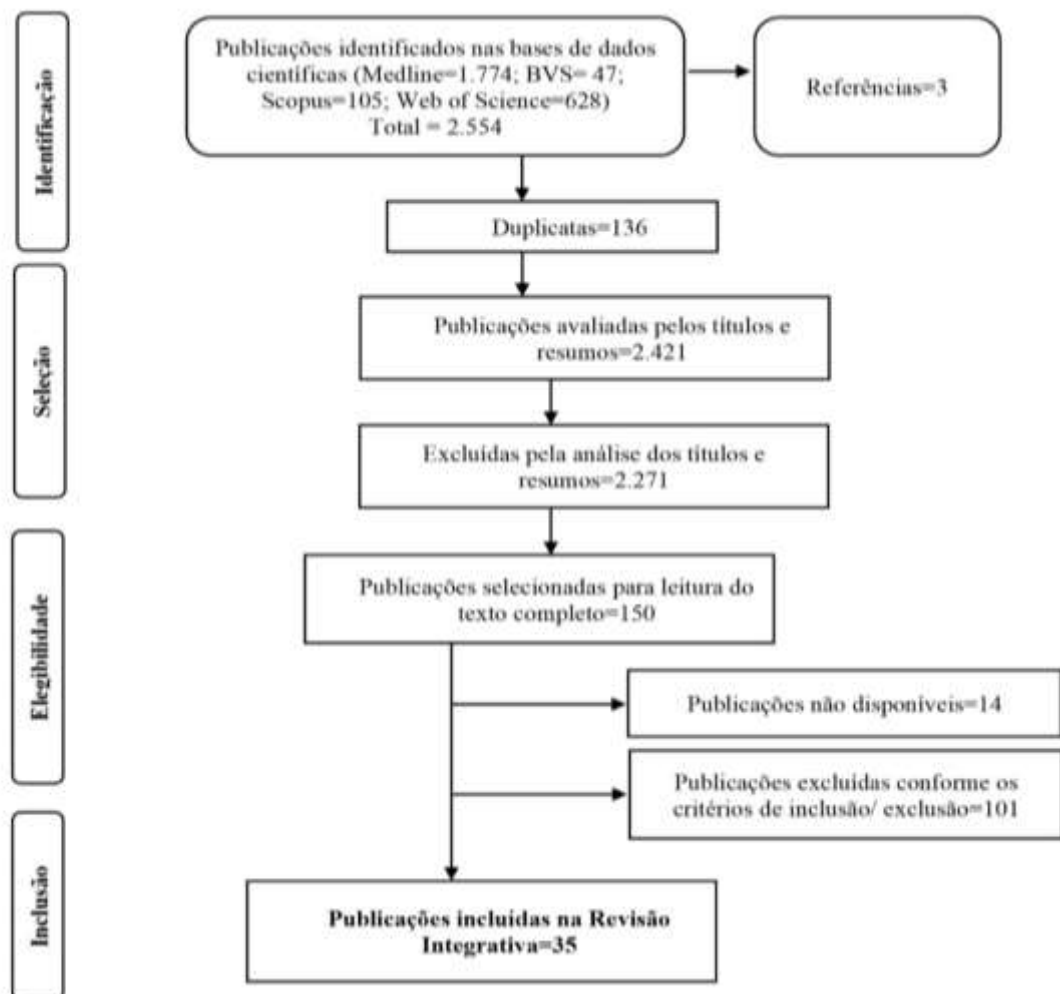
A quinta e sexta etapas dessa revisão integrativa estão apresentadas, a seguir, nos Capítulos Resultados e Discussão.



#### 4 RESULTADOS

O Fluxograma (Figura 1) apresenta os resultados do processo de identificação e seleção dos estudos incluídos nesta Revisão Integrativa. Após a busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS, Scielo, Scopus e *Web of Science*, e análise a partir dos critérios de inclusão e exclusão descritos na metodologia, 35 artigos compõem essa Revisão. No APÊNDICE, estão descritos os estudos: seus objetivos; as estratégias abordadas para melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos no atendimento ambulatorial; e aspectos sobre como essas estratégias são realizadas; e seus principais resultados, limitações e/ou potencialidades e recomendações dos autores.

Figura 1 – Fluxograma de identificação e seleção dos artigos - 2023



Legenda: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline); Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Fonte: A autora, 2023.

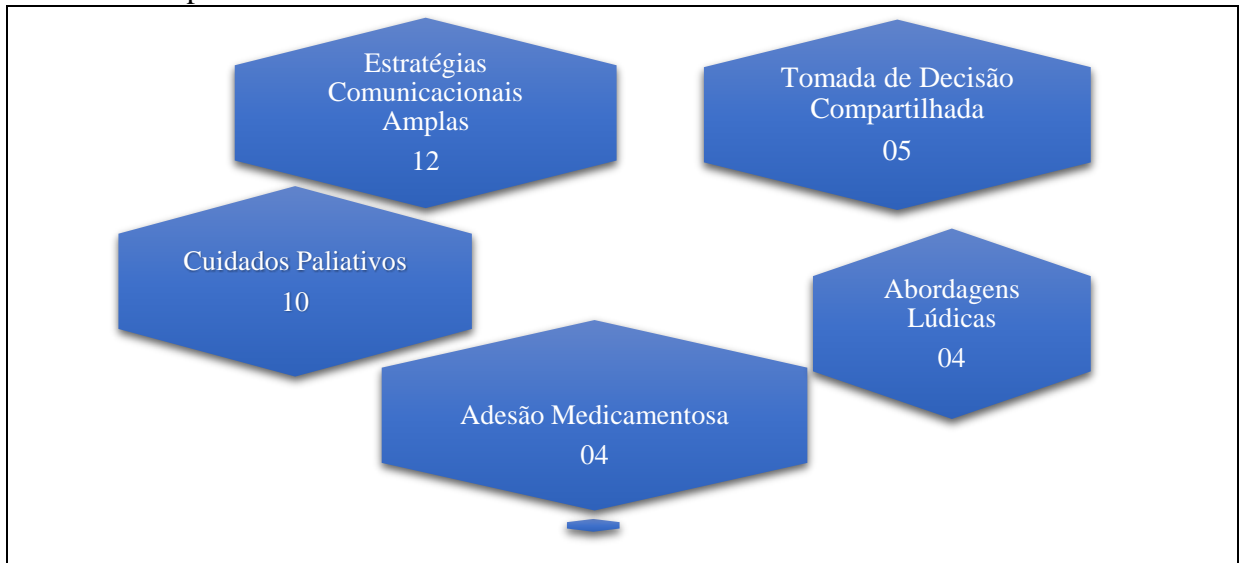
Do total de artigos incluídos na Revisão, 77% (=27) abordaram somente a população de idosos (30-52) e 23% (n=9) incluíram adultos e idosos, mas foram selecionados porque as estratégias estudadas foram consideradas inovadoras e passíveis de aplicação na população idosa. (53-61)

Oitenta por cento dos artigos incluídos (n=28) abordaram técnicas de comunicação (30-33, 35-43, 48-51, 54-57, 59-62) 20% (n=7) tiveram como foco mais específico programas de treinamentos, sendo cinco voltados somente para médicos (31-34, 53) e dois para médicos, enfermeiros e assistentes sociais. (52, 63)

Em relação à categoria profissional, 46% (n=16) abrangem apenas a comunicação entre médicos, pacientes e cuidadores. (31, 35-37, 42, 44-47, 49-51, 53, 58-59, 62) Oito por cento (n=3) abordam a comunicação entre farmacêuticos e pacientes. (30, 48, 61) Um artigo (3%) teve como foco apenas enfermeiros (54). Trinta e sete por cento (n=13), abordam a comunicação entre diferentes profissionais de saúde e os pacientes ou não especificam a categoria. (32-34, 37, 39-42, 52, 55-57, 63) E em dois artigos (6%) foram estudadas estratégias de comunicação de pacientes e/ou seus cuidadores. (32, 38)

Todos os artigos incluídos na Revisão abordaram estratégias para melhorar a comunicação efetiva, alguns, como esperado, mencionaram condições específicas relacionadas ao processo de envelhecimento, como o déficit visual, o diabetes tipo 2, a demência, a polifarmácia ou os cuidados paliativos. Buscando classificar os 35 artigos em grupos mais homogêneos, levou-se em consideração temas importantes para a atenção ao idoso, onde estratégias específicas facilitam a comunicação e a adesão dessa população ao tratamento. Os grupos são: 'Estratégias Comunicacionais Amplas'; 'Comunicação em Cuidados Paliativos'; 'Comunicação para a Adesão Medicamentosa'; 'Tomada de Decisão Compartilhada'; e 'Abordagem Lúdica na Comunicação' (Figura 2, a seguir).

Figura 2 – Estratégias para melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes idosos - 2023



Fonte: A autora, 2023.

#### 4.1 Estratégias Comunicacionais Amplas

Nesse grupo, foram incluídos 12 estudos (37, 38, 44-46, 49, 50, 53, 54, 58-60). São estudos que abordam estratégias comunicacionais abrangentes que promovem a comunicação efetiva e podem ser utilizadas por uma ampla gama de pacientes idosos e profissionais de saúde.

Heinrich e Karner (38) descreveram os métodos que os idosos utilizam para melhorar a compreensão sobre as informações apresentadas pelo profissional de saúde, tais como: preparar um plano de consulta; agendar a consulta em horários menos movimentados; anotar as dúvidas e levar para a consulta; não esquecer os óculos e aparelhos auditivos. A maioria dos idosos participantes do estudo relatou ter dificuldades em compreender as orientações que são fornecidas pelos profissionais de saúde citando como barreiras, o tempo reduzido da consulta, o uso de linguagem científica, a depressão e os problemas auditivos.

Em relação aos profissionais de saúde, Kaakinen et al. (49) identificaram os métodos adotados por enfermeiros para ampliar e melhorar a comunicação efetiva com idosos, tais como: o uso de formas variadas para educar o idoso; falar a verdade, mesmo que isso o assuste; a utilização de técnicas de comunicação não verbal e a adaptação de táticas verbais; a introdução de mudanças lentamente e uma de cada vez; e simplificação dos planos de

tratamento, sempre que possível. Os enfermeiros descreveram a ‘hiper vigilância’, ou um período de ‘atenção plena’, caracterizado como uma estrutura de pensamento crítico, um filtro onde os profissionais se sintonizam, coletam dados e ouvem os pacientes, dessa forma eles avaliam o idoso e o seu contexto de forma ampla, com um olhar voltado à complexidade desse paciente, e assim ampliam a comunicação e as informações compartilhadas.

Os residentes de medicina da família foram o público alvo do estudo de Soklaridis et al. (50), que buscaram oferecer estratégias a esses estudantes para reconhecerem e compreenderem interações problemáticas, fazer e responder perguntas difíceis, ampliando, assim, a efetividade da comunicação com seus pacientes. Situações que podem ocorrer por dificuldades do paciente, por uma situação mal entendida pelo profissional, ou devido a uma resposta imprecisa. Entre as dez dicas descritas pelos autores incluem-se: ter cuidado para não fazer suposições; ser sensível às suas próprias reações; usar declarações empáticas para fortalecer uma consulta; e usar perguntas/afirmações de sondagem abertas e sem julgamento.

Hashim (58), através de revisão da literatura, descreveu as habilidades básicas que os médicos devem ter para estabelecer a comunicação efetiva e centrada no paciente, dentre elas: não interromper o paciente e se engajar em uma escuta ativa focada; compreender a perspectiva do paciente sobre a doença e expressar empatia; após a revelação de um diagnóstico, explorar a resposta emocional do paciente; não sobrecarregar os pacientes com informações médicas, oferecer pequenos blocos de informação, usando ciclos repetidos de abordagem “pergunte, diga, pergunte”.

Mulder et al. (54) abordaram o modelo 5As, técnica comunicacional que descreve as principais etapas de apoio ao paciente para o autogerenciamento de doenças crônicas. Os 5As (Avaliar, Aconselhar, Acordar, Auxiliar, Ajustar) devem formar uma sequência integrada durante as consultas, para ser um instrumento que amplia o envolvimento e a comunicação com o paciente, objetivando a adesão ao tratamento. O estudo corrobora a importância de avaliações breves e padronizadas sobre os comportamentos de saúde e as crenças dos pacientes, a importância da comunicação centrada no paciente, em estreita colaboração com o paciente, compartilhando o controle do processo de cuidado com ele e respondendo às suas necessidades, valores e preferências.

Cocksedge e May (59) abordaram as percepções dos médicos de família sobre o momento em que iniciam a escuta do paciente e os momentos em que escolhem não escutar. O estudo propõe uma estratégia chamada ‘loop’ de escuta, ou, um fragmento de escuta ativa, em resposta a uma sugestão, uma dica do paciente, além da escuta necessária no início de uma consulta para ouvir a queixa apresentada pelo paciente e a sua história. São exemplos de dicas

dos pacientes indicando aos médicos de família que é importante ouvir o paciente: linguagem corporal e vestimenta, por exemplo sentar na beira da cadeira; comportamento, por exemplo, agitação; frequência de atendimento, por exemplo, alguém que se consulta uma vez por ano, aparece de repente 3 vezes em 15 dias; e o paciente que exige atenção “O meu marido está com câncer”. Nessa pesquisa, os médicos destacaram que o ‘loop’ pode ser ligado ou desligado. Quase todos relataram o ‘loop’ de escuta como uma prática regular nas suas consultas e listaram alguns fatores que podem limitar a escuta: as pressões do trabalho; o seu humor; o seu sentimento sobre o paciente; e o contexto do local da consulta.

A comunicação com pacientes portadores de afasia foi abordada no estudo de Morris et al. (60). Esses pacientes, seus acompanhantes e os médicos identificaram oito principais estratégias que contribuem para a comunicação efetiva e centrada no paciente, incluindo: dar ao paciente oportunidade de falar, evitar interromper o paciente, dar toda a atenção ao paciente e adaptar as informações apresentadas ao nível de compreensão do paciente. Os autores enfatizam a importância de os médicos perguntarem aos pacientes e familiares sobre as suas preferências de comunicação e incorporar as estratégias identificadas no seu estilo de comunicação. O estudo enfatiza ainda que, para maximizar a comunicação centrada no paciente e torná-la mais efetiva, os médicos precisam usar “estratégias específicas da deficiência”.

Rietkerk et al. (37) analisaram a utilização de uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) aplicada pelo médico e pela enfermeira como forma de proporcionar uma visão multidimensional do idoso. Nesse estudo, a AGA foi ampliada com instrumentos de medida de necessidades psicológicas, funcionais e sociais. Os profissionais que aplicaram o instrumento foram treinados com uma técnica de entrevista motivacional – um método para encorajar as pessoas a fazerem mudanças comportamentais para melhorar os resultados de saúde. A AGA permite aos profissionais um melhor conhecimento do idoso e com isso uma melhor abordagem, conhecendo as suas necessidades e prioridades. Foi uma abordagem multidimensional mais ampla do que o esperado, mas foi bem aceita pelos participantes.

Quatro estudos desse grupo tiveram como foco o treinamento/educação de médicos (44-46, 53) e buscaram educar esses profissionais na definição de uma “agenda” para as consultas, de forma que eles obtenham um panorama completo das preocupações do ponto de vista dos pacientes e definam questões clínicas prioritárias e quais podem ser discutidas em consultas posteriores. Os participantes obtiveram melhora na interação médico-paciente e começaram a explicar de forma mais fácil para os idosos compreenderem. Lam et al. (46) descreveram os resultados de um programa de pós-graduação em geriatria para médicos da

atenção primária, que tem como um de seus conteúdos o desenvolvimento de habilidades de comunicação para cuidado de pessoas idosas, avaliação geriátrica ampla e avaliação funcional de deficiência cognitiva, de linguagem, visual e auditiva. A grande maioria dos alunos relatou melhoras nas suas habilidades de comunicação com os pacientes idosos, eles modificaram a abordagem de atendimento ao idoso e participaram mais dos cuidados geriátricos. O que demonstra a importância da capacitação dos profissionais da atenção primária no atendimento ao idoso. Rzakiewicz et al. (45) e Włodarczyk et al. (44) aplicaram um programa educativo para médicos de família, que inclui *e-learning* ou material instrucional tradicional informatizado, chamado intervenção PRACTA, para ativar os pacientes idosos e para promover o envelhecimento ativo, respectivamente. A intervenção PRACTA tem o objetivo de demonstrar soluções práticas específicas e modelar as competências de comunicação e ativação de idosos. A ativação do paciente é definida como o conhecimento, a habilidade e a confiança que o paciente tem para gerenciar a sua saúde. Os dois estudos apresentaram baixa taxa de respostas dos serviços e dos médicos. Muitos médicos não deram continuidade alegando falta de tempo.

#### 4.2 Tomada de Decisão Compartilhada

A tomada de decisão compartilhada é um dos pilares do ‘cuidado centrado no paciente’, e se expressa em três eixos: a) a participação e o envolvimento do paciente; b) a relação entre o profissional de saúde e o paciente; c) o contexto em que os cuidados são prestados, onde o paciente é encorajado a decidir sobre o seu tratamento, de modo que o cuidado seja centrado nele (64). Nesse grupo, cinco artigos foram incluídos. (31, 34, 47, 62, 63)

O desenvolvimento e o uso de uma ferramenta para medir a tomada de decisão triádica entre geriatras, cuidadores informais (um familiar) e idosos com múltiplas comorbidades são descritos em Pel-Littel et al. (31) e Van de Pol et al. (62). O modelo proposto afirma que as decisões adequadas e informadas a pacientes idosos com doenças crônicas são facilitadas quando são baseadas nas metas e desejos do paciente. Ele é constituído por seis etapas: “conversas sobre escolhas”; “conversa sobre opções”; “conversa sobre decisões”; “preparação”; “conversa sobre metas”; e “avaliação”. O modelo obteve altos índices de

concordância em relação à importância e à viabilidade, mostrando-se um processo dinâmico e contínuo entre o profissional, o paciente e o familiar.

Goeman et al. (33) desenharam uma ferramenta de discussão para facilitar a ‘negociação de riscos’ com pacientes com demência em fase inicial, elaborada com a participação desses pacientes, seus cuidadores e profissionais de saúde. Cartões com imagens e texto em linguagem acessível abrangem os principais aspectos enfrentados por quem vive com demência, são de fácil compreensão e orientam as conversas. A aceitação da ferramenta foi alta, pacientes e cuidadores apontaram que ela deve ser utilizada de forma suave em conversas não confrontadoras. A estratégia permitiu que as pessoas idosas fizessem escolhas com base nas suas habilidades e não nos seus *déficits*, ajudando a promover o cuidado centrado na pessoa e a efetividade da comunicação.

Lawani et al. (63) estudaram a implementação e o efeito de um programa de treinamento na tomada de decisão compartilhada, que inclui atividades de *e-learning* e cinco ‘caixas de decisão’ sobre pessoas com distúrbios neurocognitivos. Nesse estudo, os profissionais de saúde participantes responderam uma pesquisa antes e após a intervenção. Entre os participantes que concluíram o curso até o final não foi observada nenhuma alteração no conhecimento sobre a demência, mas uma melhora importante no conhecimento sobre comunicação de riscos.

Sepucha et al. (47) estudaram a tomada de decisão compartilhada com idosos elegíveis ao rastreamento do câncer colorretal, através de uma intervenção com treinamento *online* e lembretes sobre o rastreamento para os médicos. Resultados indicaram que o treinamento teve impacto na motivação dos médicos em perguntar aos pacientes sobre as suas preferências e discutir o exame, além de explicar a sua importância para os pacientes elegíveis. O treinamento mostrou-se mais eficaz em melhorar a decisão compartilhada com pacientes mais velhos, do sexo masculino, sem pólipos anteriores e histórias familiares de câncer colorretal e sendo atendidos por médicos menos experientes.

### 4.3 Comunicação para a Adesão Medicamentosa

A Adesão Medicamentosa é uma questão importante em pacientes idosos, devido particularmente à polifarmácia<sup>1</sup>, condição que aumenta com a idade e, entre as suas principais consequências, incluem-se a não adesão aos diferentes fármacos e os eventos adversos (30). Nesse grupo, quatro artigos discutiram estratégias com impacto na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde para promover a adesão à terapia medicamentosa. (30, 34, 48, 61)

Lyra Jr et al. (30) avaliaram uma intervenção farmacêutica caracterizada, entre outros, por conversa com o farmacêutico pesquisador, previamente treinado na abordagem de aconselhamento Freire, estratégia usada para despertar a “consciência crítica” dos pacientes. Murray et al. (48) desenvolveram e avaliaram um programa multinível para melhorar a adesão à medicação e a qualidade de vida dos idosos com baixo letramento em saúde<sup>2</sup>. O farmacêutico identifica as barreiras para o uso adequado de medicamentos, treina os idosos para superarem essas barreiras e coordena as questões de uso de medicamentos com seus prestadores de cuidados primários. Moral et al. (34) avaliaram a eficácia da entrevista motivacional (EM), estilo de conversa para motivar os pacientes a mudarem seus comportamentos no interesse de sua saúde no tocante à adesão aos medicamentos. Witry et al. (61) descreveram as experiências de farmacêuticos e estudantes de farmácia ao usarem duas ferramentas, o *Adherence Estimator* (AE) e o *Drug Adherence Work up* (DRAW), desenhadas para ajudar os profissionais a identificar motivos específicos para a não adesão aos medicamentos.

Resultados dos estudos desse grupo indicam que a comunicação humanizada de caráter educativo (30), centrada no paciente (34) têm impacto na adesão aos medicamentos, reduzindo os efeitos colaterais e melhorando as condições de saúde dos pacientes. As duas ferramentas utilizadas por Witry et al. (61) se mostraram úteis para identificar a não adesão e para desenvolver diálogos com os pacientes, principalmente quando os profissionais adotaram um estilo de comunicação mais aberto, fugindo das perguntas fechadas, facilitando a comunicação entre pacientes e profissionais e melhores resultados.

---

<sup>1</sup> Polifarmácia: cinco ou mais medicamentos ou 12 ou mais doses diárias de fármacos, por um período não inferior a 6 meses (34).

<sup>2</sup> Letramento em saúde: capacidade dos indivíduos compreenderem e utilizarem informações sobre saúde para o seu próprio cuidado ou de terceiros.



#### 4.4 Abordagem Lúdica na Comunicação

O grupo de Abordagem Lúdica inclui dinâmicas prazerosas, jogos, exercícios em grupo e uma multiplicidade de recursos interativos que melhoram a comunicação e fortalecem o vínculo com o paciente. (65) O recurso lúdico aperfeiçoa a capacidade intelectual do paciente e melhora a socialização do indivíduo. Quatro artigos foram incluídos nesse grupo. (41, 55-57)

Dois artigos muito interessantes abordaram a utilização dos animais de estimação para melhorar a comunicação e a interação com os pacientes, incluindo os idosos. Hodgson et al. (57) avaliaram seis ferramentas de educação positiva para serem praticadas pelos pacientes com seus animais de estimação. Os autores relataram que as ferramentas melhoraram o relacionamento e a comunicação dos profissionais com os pacientes e fortaleceram a aliança terapêutica. Hodgson et al. (56) avaliaram se perguntar aos pacientes sobre os seus animais de estimação facilitaria a comunicação e melhoraria o vínculo com seus pacientes. Foi identificado que as discussões sobre animais de estimação estimularam a comunicação com os pacientes e auxiliaram a revelação de informações clinicamente relevantes.

Torres et al. (55) avaliaram a utilização de jogos educativos como instrumentos de comunicação, com o objetivo de levar o paciente, não só o idoso, a uma reflexão sobre o seu estilo de vida com o intuito de prevenção, promoção e controle. Para desenvolver os jogos os profissionais de saúde buscaram conhecer brevemente as características pessoais e sociais dos pacientes. Os jogos foram uma forma de aprendizagem para a equipe multiprofissional, além de aperfeiçoar a sua criatividade e incentivá-los a buscar novas alternativas no processo educativo. Os autores ressaltaram a importância da dinâmica do trabalho em grupo, melhorando e facilitando a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, além da troca de informações entre os usuários componentes do grupo. Os integrantes compartilharam experiências comuns, que auxiliaram no entendimento da doença, permitindo expressar dúvidas e expectativas facilitando o apoio mútuo.

Outra técnica foi avaliada por Grol et al. (41) indicada para melhorar a orientação aos pacientes em relação aos cuidados, sensibilizando os profissionais para as perspectivas dos pacientes. Os autores realizaram reuniões em grupo, chamadas 'reuniões espelho', dinâmica com idosos frágeis, sob a orientação de um moderador, com o intuito de abordar como os pacientes vivenciam os cuidados que recebem. Os profissionais de saúde envolvidos estão presentes apenas como ouvintes. Esse tipo de reunião necessita de profissionais envolvidos e

que estejam abertos para críticas e mudanças. O estudo concluiu que essas reuniões podem incluir idosos frágeis, eles valorizaram o espaço para contar as suas histórias, além de formar um vínculo com o profissional de saúde. Tanto os pacientes como os profissionais opinaram que o número mínimo de participantes deve ser quatro. Essa técnica fez com que os profissionais identificassem pontos de melhoria como: prestar mais atenção aos cuidadores, dar mais ênfase aos objetivos dos idosos e da família e melhorar a comunicação com os idosos e familiares. E também foram muito importantes para que eles compreendessem as dificuldades de comunicação.

#### **4.5 Comunicação em Cuidados Paliativos**

Cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, diante de doenças graves e progressivas, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer a identificação precoce, a avaliação e o tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Dez estudos foram classificados nesse grupo. (32, 35, 36, 39, 40, 42, 43, 51, 52, 62)

Reuniões em grupo foram técnicas empregadas por Lum et al. (40), Kogan et al. (42) e Bandini et al. (43) para abordar o planejamento antecipado de cuidados (PAC) e promover melhor comunicação entre os pacientes e os profissionais de saúde. O PAC é um processo de discussão entre a equipe profissional e os pacientes para orientar a tomada de decisão compartilhada objetivando o melhor cuidado em saúde, com base nos desejos dos pacientes e na boa técnica. É nesse processo comunicacional que o paciente, seu médico e a equipe que o acompanha irão decidir sobre cuidados no final da vida. Para o desenvolvimento das reuniões foi elaborado material de apoio para os profissionais facilitadores das reuniões (40), e utilizados os três primeiros passos da intervenção PREPARE for Your Care (<https://prepareforyourcare.org>): “decidir o que mais importa”, “escolher flexibilidade para a sua tomada de decisão” e “contar aos outros sobre seus desejos”. (42) De modo geral, os idosos e cuidadores se mostraram dispostos a participar das reuniões, se sentiram à vontade para discutir os temas abordados e aprenderam mais sobre eles. Muitos julgaram, inclusive, a reunião em grupo como melhor do que as consultas clínicas habituais para discutir o PAC. (40) Os profissionais de saúde também fizeram uma avaliação positiva sobre a abordagem de

cuidados paliativos e os grupos, principalmente pelo fato de conseguirem discutir assuntos que não conseguiam na consulta clínica. (43)

Cinco estudos abordaram técnicas de conversação para instrumentalizar seus profissionais nas discussões com pacientes sobre cuidados paliativos, buscando imprimir maior efetividade na comunicação. (32, 39, 51, 52, 62) Para instrumentalizar as conversas sobre PAC e a sua implementação na atenção primária, treinamentos e materiais de apoio foram desenvolvidos e fornecidos a profissionais de saúde. (51, 52) Embora o impacto no número de conversas sobre PAC tenha sido modesto, mais pessoas discutiram com seus médicos de família sobre hospitalizações e preferências de tratamento em determinadas circunstâncias; as diretivas antecipadas foram elaboradas com mais frequência; e a confiança no médico permaneceu a mesma ou foi maior após as conversas. (51) No estudo de Hafid et al. (52), houve diferenças na avaliação entre médicos e os outros profissionais sobre o programa de treinamento. Os médicos relataram alta autoconfiança para conduzir as conversas sobre PAC com os pacientes, enquanto a equipe de enfermagem e os assistentes sociais relataram hesitação, em virtude do escopo de suas práticas. Sugestões para aumentar a quantidade e a qualidade das conversas sobre PAC incluíram, conduzir conversas em várias consultas, aumentar a colaboração entre médicos e outros profissionais de saúde e fornecer aos pacientes recursos sobre PAC para melhorar o envolvimento nas conversas. (52)

Massmann et al. (39) estabeleceram uma estrutura ampla para facilitar as conversas sobre cuidados paliativos na atenção primária, com base em: critérios para identificação de pacientes apropriados para esse tipo de conversa: treinamento dos profissionais: e teste piloto da intervenção. A implementação dessa estrutura levou à identificação antecipada de indivíduos sensíveis a essas conversas e a sua aplicação no início da doença, os profissionais tiveram uma percepção positiva sobre as conversas.

Em dois artigos a opinião dos pacientes foi analisada em relação às conversas sobre cuidados paliativos. (32, 51) Pacientes idosos com mais de 75 anos e médicos da atenção primária foram consultados em relação às conversas sobre prognóstico de longo prazo, com o objetivo de se estabelecer uma linguagem mais apropriada. (51) Enquanto para alguns pacientes essas conversas geraram ansiedade, os profissionais descreveram se sentir confortáveis com elas. Os pacientes também se sentiram mais à vontade com a comunicação do prognóstico ao invés da expectativa de vida, e destacaram que, antes de discutir essas questões, os profissionais devem avaliar o interesse do paciente pelo tema. Huang et al. (32) desenvolveram e aplicaram uma intervenção voltada para pacientes com demência em estágio inicial e seus cuidadores, baseada no fornecimento de material impresso sobre cuidados

paliativos apresentado e discutido com a equipe de enfermagem, e em discussões entre esses pacientes e suas famílias (cuidadores informais) também orientadas por enfermeiros. Houve melhorias significativas em relação aos conhecimentos sobre a fase terminal da demência e os cuidados paliativos, sendo avaliado que o uso de imagens no material impresso foi um facilitador.

Gilmore et al. (36) usaram a Avaliação Geriátrica (AG) para avaliar a interação e a comunicação de oncologistas com pacientes em cuidados paliativos e variados níveis de fragilidade. Os estudos indicam que a aplicação da Avaliação Geriátrica facilita a comunicação desses médicos com os idosos e os ajuda a ultrapassar barreiras de comunicação. A AG é um exemplo de comunicação centrada no paciente o que é fundamental para ele atravessar a jornada do câncer.

## 5 DISCUSSÃO

A comunicação entre pacientes e profissionais de saúde só é efetiva se resultar na compreensão das orientações fornecidas, na adesão ao cuidado proposto e no alcance de melhores resultados. (58) A comunicação efetiva deve permitir que os idosos compreendam todos os aspectos do seu atendimento, deve estimular a sua parceria com os profissionais de saúde e promover a sua participação no cuidado.

A análise dos artigos incluídos e avaliados nessa Revisão Integrativa mostram que a efetividade da comunicação deve ter como base o cuidado centrado no paciente idoso e a melhoria da interação entre a equipe de saúde, pacientes e famílias, através do desenvolvimento e do uso da comunicação centrada no paciente. O que requer a mudança no processo de atendimento, com um olhar diferenciado, onde o paciente tem voz e decide junto com o profissional de saúde qual o melhor cuidado para ele. Um modelo que tem mais chances de adesão às orientações e ao tratamento, pois a decisão foi tomada junto com o paciente e, muitas vezes, como no caso dos idosos, com suas famílias e cuidadores.

Essa Revisão mostrou pontos importantes para o desenvolvimento da comunicação centrada no paciente como a escuta focada e a importância de ouvir o paciente e tomar decisões em conjunto com ele, e não por ele. A comunicação empática nos sensibiliza com o problema do outro e propõe um novo modelo de atendimento que busca a mudança do paradigma tradicional, onde a equipe de saúde, em particular o médico, decide o que é melhor para o paciente. A empatia é expressa quando se comunica compreensão, respeito e apoio pelas experiências e as emoções do paciente em relação à sua doença (58), ou seja, o paciente é o protagonista, é entendido como “indivíduo” e com emoções que não podem ser negligenciadas. É importante que os gestores em saúde se sensibilizem para treinarem os profissionais de saúde para essa técnica comunicacional. (64)

O idoso é um paciente multifacetado, com várias complexidades, o que justifica uma abordagem diferenciada. A comunicação centrada no paciente e empática é efetiva porque promove o vínculo entre o profissional de saúde e esse paciente, proporcionando um conhecimento mais amplo da sua saúde, seu contexto e suas preocupações, facilitando a adesão ao tratamento. Vários estudos incluídos nessa Revisão descrevem estratégias que facilitam a comunicação centrada no paciente, como a hiper vigilância, descrita por Kaakinen et al. (49), estrutura de pensamento crítico utilizada por enfermeiros, e o ‘loop de escuta’ abordado por médicos em Cocksedge e May (59). Processos que levam esses profissionais a

reconhecer pistas ou dicas que os pacientes dão durante as consultas, sobre as suas expectativas e problemas utilizando a comunicação verbal e não verbal, como a linguagem corporal. Tais processos podem ser utilizados na interação entre a equipe de saúde não só com idosos, mas em pacientes de outras faixas etárias. O uso de instrumentos como a Avaliação Geriátrica Ampla, que permite a avaliação multidimensional do idoso, abrangendo problemas físicos, emocionais, sociais, culturais e ambientais é vista como um facilitador da comunicação entre os profissionais e o paciente, em cuidados paliativos ou não, pois possibilita o melhor conhecimento dessa faixa etária, a minimização de barreiras comunicacionais e a identificação da melhor estratégia de comunicação a ser empregada. (36, 37) Tinetti apresentou o conceito dos 5 Ms geriátricos como os norteadores essenciais para uma Avaliação Geriátrica Ampla: 1- Mind (mente) abarcando cognição, distúrbios de humor, estados confusionais; 2- Medication (medicação) atenção a polifarmácia e seus efeitos colaterais; 3- Mobility (mobilidade) distúrbios de equilíbrio e marcha; 4- Multicomplexity (multicomplexidade) diabetes, hipertensão, artrose, osteoporose; e 5- Matter Most (o que mais importa ) o que de fato interessa e importa para o indivíduo alvo do cuidado. (66)

No entanto, só um estudo buscou ouvir a voz dos pacientes Heinrich e Karner (38), para compreender como os idosos tentam melhor apreender as orientações fornecidas pelos médicos durante as consultas.

A tomada de decisão compartilhada é uma estratégia fundamental para a adesão ao tratamento e o alcance de melhores desfechos. Nesse processo o profissional de saúde elucida as dúvidas do paciente e juntos planejam o melhor cuidado. A sua implementação não é uma prática comum, é uma abordagem personalizada em relação ao compartilhamento de informações e se caracteriza como uma comunicação individualizada. Os artigos avaliados buscaram descrever ferramentas para facilitar a abordagem e também avaliar a sua execução além do treinamento dos profissionais de saúde para essa abordagem, como Lawani et al. (63) e Sepucha et al. (47). Em 2021, Albuquerque e Antunes (64) definiram que a ajuda decisional e os apoios para a tomada de decisão compartilhada convergem para a autonomia e empoderamento do paciente, além da sua participação efetiva, como agente efetivo da decisão em saúde. É importante que os profissionais busquem cada vez mais esse objetivo.

Um aspecto interessante, observado no estudo de Jindal et al. (51), foi o fato dos médicos se sentirem confortáveis com as conversas para a tomada de decisão compartilhada com o paciente, demonstrando que esse processo pode ser estimulado e que ferramentas adequadas podem levar a equipe de saúde a se familiarizar com ele e a melhorar a interação com os pacientes, incluindo os idosos e suas famílias. É importante que as instituições

estimulem os seus profissionais a implantarem o Modelo de Tomada de Decisão Compartilhada, substituindo nos cuidados em saúde o modelo paternalista pelo consentimento informado. (64)

O cuidado paliativo é uma modalidade de atendimento onde se cuida de pacientes cujo tratamento está em um estágio onde a cura não é mais possível. Nesse atendimento é fundamental o cuidado centrado na pessoa e, acima de tudo, o respeito às suas preferências e decisões. Vários artigos abordaram a importância de uma abordagem paliativa definindo os cuidados de final de vida antes que a pessoa chegue nesse estado de finitude, inclusive definindo até com pessoas em fase inicial da demência. (31-33, 62) Um ponto importante abordado nesses artigos foi o fato de muitos idosos não quererem saber o desfecho da doença, alegando depressão ou ansiedade. No cuidado centrado no paciente você deve sempre respeitar os desejos do paciente. A comunicação efetiva é fundamental para esse envolvimento e empoderamento do paciente. Para alcançar essas habilidades comunicacionais é importante a educação dos profissionais para um melhor acolhimento aos pacientes.

A comunicação centrada no paciente, na fase inicial de algumas doenças, como na demência, mostrou-se importante porque à medida que a doença evolui, os idosos perdem o poder de tomada de decisões. Quanto mais cedo se conseguir definir os limites de final de vida com esses pacientes, cuidadores e familiares, usando estratégias comunicacionais regulares e contínuas, se reduz os conflitos de decisão e aumentam as chances de comunicação efetiva (31, 62). Na atenção primária, conhecimentos sobre cuidados paliativos e estratégias comunicacionais precisam ser oferecidos para que médicos e outros profissionais, possam conversar com os idosos sobre essas questões.

Outro aspecto importante e essencial, em particular para a segurança do paciente, é a adesão medicamentosa, pois a maneira correta de se usar a medicação é um grande nó no cuidado ao idoso. No Brasil, a adesão medicamentosa é baixa de uma maneira geral. Abreu et al. (67) avaliaram a relação entre fatores comportamentais e a adesão medicamentosa em idosos em atendimento ambulatorial. Nesse estudo, eles concluíram que fatores comportamentais apresentam associação com a adesão medicamentosa, os pacientes que acreditam que a terapêutica medicamentosa faz bem para a saúde tem mais adesão do que os que não lembram os nomes dos remédios e só tomam mediante a sintomas. A comunicação efetiva é uma ferramenta importante para mudar esses comportamentos. O idoso geralmente vem acompanhado de uma polifarmácia, a famosa “cestinha de medicamentos”. Na minha prática, observo muitos casos de não adesão por crenças comportamentais e por dificuldade

de compreender o que foi prescrito. É importante investir em treinamentos nessa abordagem especificamente.

Alguns artigos usaram a comunicação não verbal, através de imagens, símbolos e gravuras, tanto em materiais informativos usados nas conversas com os pacientes, quanto incluídos em material instrucional. (32, 33, 48) Um grupo de artigos muito interessante foi o que utilizou algum tipo de abordagem lúdica, como jogos, dinâmicas e atividades em grupo. Os grupos de pacientes facilitam a comunicação e a formação de vínculos entre os profissionais e os idosos, é uma dinâmica local onde ocorre muita troca de experiências e ajuda na adesão ao tratamento. Dois artigos bem interessantes utilizaram uma abordagem lúdica com animais de estimação para favorecer formação de vínculo e comunicação efetiva entre pacientes e profissionais de saúde. Seus resultados tiveram um grande índice de sucesso, pois boa parte dos idosos tem um animal de estimação e se interessam pelo assunto. (57)

Em sua maioria, os artigos incluídos nessa Revisão promoveram o treinamento dos profissionais de saúde para o uso das estratégias comunicacionais estudadas e avaliadas. Em sete estudos o foco principal foi a promoção de programas ou intervenções de treinamento em comunicação, em particular para médicos. No Brasil, a formação profissional em saúde não inclui, de modo geral, conhecimentos e habilidades para a troca de informações com os pacientes, em particular com os idosos. Bastos et al. (68) avaliaram a formação profissional e a habilidade de comunicação em notícias difíceis, e verificaram que a falta de preparo dos profissionais para a comunicação e suporte emocional aos pacientes gerava silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas de prognósticos adversos, gerando sérios prejuízos à relação terapêutica. Ressaltam ainda, a importância de os profissionais aprimorarem as suas habilidades comunicacionais para saber o que? e como falar? e os momentos certos de se calar. Essa é uma área onde investimentos devem ser feitos para capacitar os profissionais de saúde do nível ambulatorial para a comunicação efetiva e centrada na pessoa idosa. Porém, é necessário que esses programas considerem as particularidades das profissões, sua carga de trabalho e seus ambientes de trabalho, cabendo aos gestores estruturar cursos em diferentes modalidades, como *e-learning* ou presencial, e facilitar o ingresso e a permanência dos profissionais de saúde nesses regimes educacionais. Lawani et al. (63) indicam, também, que são necessárias abordagens educacionais para grupos menos qualificados ou com motivação educacional fraca.

Para garantir a efetividade da comunicação, os estudos incluídos nessa Revisão demonstraram a necessidade do aprimoramento do cuidado e da comunicação centrada na pessoa idosa. Poucos estudos focaram em doenças particulares a essa faixa etária, como a



afasia, decorrente de acidente vascular encefálico, abordada por Morris et al. (60). O processo de envelhecimento envolve alguma perda funcional ou déficit cognitivo além de doenças específicas como a hipertensão e o diabetes. A baixa escolaridade e/ou o baixo nível de letramento em saúde, impacta essa população, em particular a brasileira. (24) Conforme estudo de Lyra Jr. et al. (30), brasileiros com menor escolaridade têm aproximadamente cinco vezes mais chances de apresentar problemas de saúde. Considerando a população idosa, esses problemas também ocorrem com o cuidador ou familiar, pois muitos idosos cuidam de idosos. Por isso é tão importante que, quando se atende um paciente idoso, se procure saber antes ou durante o atendimento, se ele tem algum declínio cognitivo e o seu grau de escolaridade e letramento em saúde para o estabelecimento de uma comunicação efetiva.

Essa revisão também evidenciou aspectos que impactam negativamente na troca de informação e na formação de vínculos entre os idosos e os profissionais de saúde, como o tempo reduzido das consultas, que leva os médicos a ter que escolher o que abordar. (38) Em Hodgson et al. (56), por exemplo, um dos desafios mais frequentes para perguntar aos pacientes sobre animais de estimação foi a falta de tempo. Idosos têm como uma de suas estratégias, agendar a consulta em horários menos movimentados, pois assim acreditam que terão mais tempo para conversar com os médicos.(38) É necessário que o gestor tenha um olhar diferenciado para essa situação e chegue a um denominador comum entre a produtividade e a qualidade da atenção.

Essa Dissertação possui limitações dadas pelo seu desenho metodológico. As estratégias de busca foram bastante amplas e pouco específicas, no intuito de ampliar a coleta do máximo de literatura sobre o tema dessa pesquisa, mas não exaustiva em relação às bases científicas ou idiomas. Por outro lado, foram excluídos artigos que abordavam a avaliação do letramento em saúde dos pacientes, ou que utilizavam estratégias comunicacionais através de tecnologias informatizadas, e recomenda-se que futuros estudos incluam essas vertentes. Da mesma forma, sugere-se que mais pesquisas sobre comunicação efetiva e centrada no paciente dê voz ao idoso, o protagonista dos cuidados de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Essa Revisão Integrativa demonstra que a comunicação efetiva entre idosos e profissionais de saúde precisa ser centrada no paciente, assim ela promove a adesão ao tratamento, a formação de vínculos e a garantia da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.

Os resultados aqui apresentados oferecem vários subsídios para que os profissionais de saúde vislumbrem, sob o olhar do idoso, os erros e as barreiras de comunicação existentes no atendimento ambulatorial, e aponta diferentes estratégias que os gestores da área precisam implementar para superá-las. A seguir são recomendadas linhas de atuação que podem ser implementadas pela gestão estadual de saúde, para promover o cuidado e a comunicação efetiva, centrada nos pacientes idosos e suas famílias, no âmbito da atenção ambulatorial:

- a) fomentar e desenvolver programas de capacitação/ treinamentos específicos, direcionados a profissionais de saúde e o paciente idoso, famílias e cuidadores, para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades sobre comunicação efetiva e centrada no paciente;
- b) promover discussões e atuar em parceria com as Instituições de Ensino e Pesquisa para estudar mudanças necessárias nos currículos das profissões de saúde, para que passem a incorporar conhecimentos e habilidades para a comunicação efetiva e centrada no paciente idoso;
- c) promover discussões e estimular que mais pesquisas sejam realizadas na área da comunicação efetiva e centrada no paciente, em particular no paciente idoso;
- d) estimular e disseminar estratégias de comunicação, através de linguagem verbal e não verbal, que podem ser adotadas pelos idosos, seus familiares e cuidadores, e pelos profissionais de saúde, como a seguir:

### Estratégias com foco nos idosos:

- preparar um plano de consulta (anotando as dúvidas),
- caso utilizem, levar os óculos,
- caso utilizem, levar o aparelho auditivo,
- assumir um papel ativo nas discussões com o profissional de saúde,

- caso seja necessário, levar um familiar ou amigo para a consulta,
- pedir explicações de uma maneira clara utilizando palavras não técnicas,
- anotar perguntas e preocupações e levar essa lista para a consulta,
- desenvolver uma relação terapêutica com o profissional,
- marcar as consultas em horários menos movimentados,
- levar os últimos exames para as consultas com o profissional especializado,
- anotar os medicamentos que está utilizando e levar na consulta.

#### Recomendações para os profissionais de saúde:

- avaliar o desejo do paciente em relação ao conhecimento da sua doença e seu prognóstico,
- utilizar uma linguagem menos técnica,
- estabelecer uma relação terapêutica de confiança com o paciente,
- utilizar sempre linguagem verbal e não verbal, como imagens e ícones, para transmitir informações,
- utilizar a AGA como uma ferramenta de rotina para conhecer melhor o paciente,
- utilizar técnicas comunicacionais, como o 5As (Avaliar, Aconselhar, Acordar, Ajudar e Ajustar),
- utilizar jogos educativos para facilitar a aprendizagem,
- conversar sobre animais de estimação ou algum assunto que estimule os pacientes para facilitar a aprendizagem e a formação de vínculos.

## REFERÊNCIAS

1. Belchior CAF, Teixeira GP, Ribeiro WEM, Schramm SMO. Percepção dos vínculos afetivos estabelecidos em um grupo de pacientes idosos e profissionais da saúde. *Geriatr Gerontol Aging*. 2015;9(2):54–9.
2. Ramalho ELR, Silva MEA, Machado AN, Vaz EMC, Souza MHN, Collet N. Discursividade de agentes comunitários de saúde acerca do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na atenção primária. *REME Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1206.
3. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):27–34.
4. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40(spe):e20180337.
5. Lamela D, Bastos A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. *Psicol Soc*. 2012;24:684–90.
6. Homma M, Ishikawa H, Kiuchi T. Illness perceptions and negative responses from medical professionals in patients with fibromyalgia: Association with patient satisfaction and number of hospital visits. *Patient Educ Couns*. 2018;101(3):532–40.
7. Drewelow E, Ritzke M, Altiner A, Icks A, Montalbo J, Kalitzkus V, et al. Development of a shared decision-making intervention to improve drug safety and to reduce polypharmacy in frail elderly patients living at home. *PEC Innov*. 2022;1:100032.
8. Penaranda E, Diaz M, Noriega O, Shokar N. Evaluation of health literacy among Spanish-speaking primary care patients along the US-Mexico border. *South Med J*. 2012;105(7):334–8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de avaliação de tecnologias em saúde na atenção básica. Brasília (DF): MS; 2017. [acesso em 2023 Abr 13]. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/294ry>.
10. Barra M, Evensen GSH, Valeberg BT. Cues and clues predicting presence of symptoms of depression in stroke survivors. *J Clin Nurs*. 2017;26(3–4):546–56.
11. Weingart C, Herstich T, Baker P, Garrett ML, Bird M, Billock J, et al. Making good better: implementing a standardized handoff in pediatric transport. *Air Med J*. 2013;32(1):40–6.
12. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:3277–83.
13. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2019. 387 p.

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 (traduzido para português) [Internet]. [acesso em 2023 Set 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view>.
15. Gallotti RMD. Eventos adversos: o que são? Rev Assoc Médica Bras. 2004;50:114.
16. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015;68:144–54.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Documento de referência 42. [acesso em 2023 Abr 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>.
18. Costa DB da, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto Contexto - Enferm. [acesso em 2022 Nov 15];27. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?lang=pt>.
19. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2015;31(11):2313–30.
20. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. Patient Educ Couns. 2014;96(2):165–70.
21. Brasil. Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília (DF); 2003 [acesso em 2023 Set 7]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm).
22. Reis D, Dias J, Silva D, Moraes E. Implementation of care plans for elderlies in Belo Horizonte. Geriatr Gerontol Aging. 2013;7:99–107.
23. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23:1929–36.
24. Agência de Notícias. PNAD Educação 2019: Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio [Internet]. [acesso em 2023 Set 7]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio>.
25. The King's Fund. The NHS long-term plan explained [Internet]. [acesso em 2023 Set 8]. Disponível em: [https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-long-term-plan-explained?gclid=CjwKCAjw6eWnBhAKEiwADpnw9tJc3th4\\_vpJUSnzAQ2er4jfoiFHvGpghTZEedQKH1fuQxtO5NiO0SBoCWjoQAvD\\_BwE](https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-long-term-plan-explained?gclid=CjwKCAjw6eWnBhAKEiwADpnw9tJc3th4_vpJUSnzAQ2er4jfoiFHvGpghTZEedQKH1fuQxtO5NiO0SBoCWjoQAvD_BwE).
26. Lindblad S, Ernestam S, Van Citters AD, Lind C, Morgan TS, Nelson EC. Creating a culture of health: evolving healthcare systems and patient engagement. QJM. 2017 Mar;110(3):125-9.

27. Finkelstein J, Knight A, Marinopoulos S, Gibbons MC, Berger Z, Aboumatar H, et al. Habilitando o cuidado centrado no paciente por meio da tecnologia da informação em saúde. *Envid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2012;206:1-1531.
28. Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde. Use o método Teach-Back: Ferramenta no 5 [Internet]. [acesso em 2023 Set 8]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html>.
29. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein São Paulo*. 2010;8:102–6.
30. Lyra DPJ, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes FRE, Gonzalez MM, Pelá IR. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. *Patient Educ Couns*. 2007;68(2):186–92.
31. Pel-Littel RE, Buurman BM, van de Pol MH, Yilmaz NG, Tulner LR, Minkman MM, et al. Measuring triadic decision making in older patients with multiple chronic conditions: Observer OPTION(MCC). *Patient Educ Couns*. 2019;102(11):1969–76.
32. Huang HL, Lu WR, Liu CL, Chang HJ. Advance care planning information intervention for persons with mild dementia and their family caregivers: Impact on end-of-life care decision conflicts. *PloS One*. 2020;15(10):e0240684.
33. Goeman DP, Dickins M, Iliffe S, Pond D, O’Keefe F. Development of a discussion tool to enable well-being by providing choices for people with dementia: a qualitative study incorporating codesign and participatory action research. *BMJ Open*. 2017;7(11):e017672.
34. Moral RR, Torres LAP, Ortega LP, Larumbe MC, Villalobos AR, García JAF, et al. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Educ Couns*. 2015;98(8):977–83.
35. van der Plas AGM, Schellekens JEAP, Glaudemans JJ, Onwuteaka-Philipsen BD. The patient’s relationship with the General Practitioner before and after Advance Care Planning: pre/post-implementation study. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):558.
36. Gilmore N, Xu H, Kehoe L, Kleckner AS, Moorthi K, Lei L, et al. Evaluating the association of frailty with communication about aging-related concerns between older patients with advanced cancer and their oncologists. *Cancer*. 2022;128(5):1101–9.
37. Rietkerk W, Smit MF, Wynia K, Slaets JPJ, Zuidema SU, Gerritsen DL. Explaining experiences of community-dwelling older adults with a pro-active comprehensive geriatric assessment program - a thorough evaluation by interviews. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):12.
38. Heinrich C, Karner K. Ways to Optimize Understanding Health Related Information: The Patients’ Perspective. *Geriatr Nur (Lond)*. 2011;32(1):29–38.
39. Massmann J, Revier S, Ponto J. Implementing the Serious Illness Care Program in Primary Care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(4):291–9.

40. Lum HD, Jones J, Matlock DD, Glasgow RE, Lobo I, Levy CR, et al. Advance Care Planning Meets Group Medical Visits: The Feasibility of Promoting Conversations. *Ann Fam Med*. 2016;14(2):125–32.
41. Grol S, Molleman G, Schers H. Mirror meetings with frail older people and multidisciplinary primary care teams: Process and impact analysis. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2019;22(5):993–1002.
42. Kogan AC, Kraus K, Olsen B, Bandini JI, Ahluwalia SC. Clinician perspectives on group visits for advance care planning among caregivers and older adult patients with heart failure. *J Am Board Fam Med*. 2021;34(2):375–86.
43. Bandini JI, Kogan AC, Olsen B, Phillips J, Sudore RL, Bekelman DB, et al. Feasibility of Group Visits for Advance Care Planning Among Patients with Heart Failure and Their Caregivers. *J Am Board Fam Med JABFM*. 2021;34(1):171–80.
44. Wlodarczyk D, Chylińska J, Lazarewicz M, Rządkiwicz M, Jaworski M, Adamus M, et al. Enhancing Doctors' Competencies in Communication With and Activation of Older Patients: The Promoting Active Aging (PRACTA) Computer-Based Intervention Study. *J Med Internet Res*. 2017;19(2):e45.
45. Rządkiwicz M, Chylinska J, Jaworski M, Lazarewicz M, Adamus M, Haugan G, et al. Activation of older patients through PRACTA intervention for primary healthcare doctors: does the method matter? *Eur J Public Health*. 2017;27(6):998–1003.
46. Lam TP, Chow RWM, Lam KF, Lennox IM, Chan FHW, Tsoi SLT. Evaluation of the learning outcomes of a year-long postgraduate training course in community geriatrics for primary care doctors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(3):350–6.
47. Sepucha K, Han PKJ, Chang Y, Atlas SJ, Korsen N, Leavitt L, et al. Promoting Informed Decisions About Colorectal Cancer Screening in Older Adults (PRIMED Study): a Physician Cluster Randomized Trial. *J Gen Intern Med*. 2023;38(2):406–13.
48. Murray MD, Young JM, Morrow DG, Weiner M, Tu W, Hoke SC, et al. Methodology of an ongoing, randomized, controlled trial to improve drug use for elderly patients with chronic heart failure. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2004;2(1):53–65.
49. Kaakinen J, Shapiro E, Gayle BM. Strategies for working with elderly clients: a qualitative analysis of elderly client/nurse practitioner communication. *J Am Acad Nurse Pract*. 2001;13(7):325–9.
50. Soklaridis S, Hunter J, Ravitz P. Twelve tips for asking and responding to difficult questions during a challenging clinical encounter. *Med Teach*. 2014;36(9):769–74.
51. Jindal SK, Karamourtopoulos M, Jacobson AR, Pinheiro A, Smith AK, Hamel MB, et al. Strategies for discussing long-term prognosis when deciding on cancer screening for adults over age 75. *J Am Geriatr Soc*. 2022;70(6):1734–44.
52. Hafid A, Howard M, Guenter D, Elston D, Fikree S, Gallagher E, et al. Advance care planning conversations in primary care: a quality improvement project using the Serious Illness Care Program. *BMC Palliat CARE*. 2021;20(1).

53. Rodriguez HP, Anastario MP, Frankel RM, Odigie EG, Rogers WH, von Glahn T, et al. Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention. *BMC Med Educ*. 2008;8:3.
54. Mulder BC, van Belzen M, Lokhorst AM, van Woerkum CMJ. Quality assessment of practice nurse communication with type 2 diabetes patients. *Patient Educ Couns*. 2015;98(2):156–61.
55. Torres H de C, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(4):1039–47.
56. Hodgson K, Darling M, Freeman D, Monavvari A. Asking About Pets Enhances Patient Communication and Care: A Pilot Study. *Inquiry*. 2017;54.
57. Hodgson K, Darling M, Monavvari A, Freeman D. Patient Education Tools: Using Pets to Empower Patients' Self-care-A Pilot Study. *J Patient Exp*. 2020;7(1):105–9.
58. Hashim MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician*. 2017;95(1):29–34.
59. Cocksedge S, May C. The listening loop: a model of choice about cues within primary care consultations. *Med Educ*. 2005;39(10):999–1005.
60. Morris MA, Clayman ML, Peters KJ, Leppin AL, LeBlanc A. Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disabil Health J*. 2015;8(2):208–15.
61. Witry M, Doucette W, Zhang Y, Farris K. Multiple Adherence Tool Evaluation Study (MATES). *J Manag Care Spec Pharm*. 2014;20(7):734-40.
62. van de Pol MHJ, Fluit CRMG, Lagro J, Slaats YHP, Olde Rikkert MGM, Lagro-Janssen ALM. Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients. *Patient Educ Couns*. 2016;99(6):1069–77.
63. Lawani MA, Côté L, Coudert L, Morin M, Witteman HO, Caron D, et al. Professional training on shared decision making with older adults living with neurocognitive disorders: a mixed-methods implementation study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2020;20(1):189.
64. Albuquerque A, Antunes CMTB. Tomada de decisão compartilhada na saúde: aproximações e distanciamentos entre a ajuda decisional e os apoios de tomada de decisão. *Cad Ibero Am Direito Sanit Impr*. 2021;203–23.
65. Pinheiro SB, Gomes ML. Efeitos das atividades lúdicas no idoso com alteração do cognitivo leve: uma revisão sistemática. *Rev Pesqui Fisioter*. 2014;4(1):71.
66. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Blog Profissional SBGG-RJ [Internet]. [acesso em 2023 Set 7]. Disponível em: <https://sbggrj.org.br/blog-profissional/>.



67. Abreu KP, Kohlrausch ER, Lima MADS. Care of user with suicidal behavior: the view of Health Community Agents a qualitative study. *Online Braz J Nurs Online* [Internet]. 2008;7(3). [acesso em 2023 Abr 23]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1715/415>
68. Bastos BR, Fonseca ACG, Pereira AKS, Silva LCS. Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol*. 2016;263–6.
69. Mohile SG, Epstein RH, Hurria A, Heckler CE, Canin B, Culakova E, et al. A cluster – randomized clinical trial from the National Cancer Institute Community Oncology Research Program. *JAMA Oncol*. 2020;6(2):196-204.

## APÊNDICE – Resultados

Quadro 6 - Resultados

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Morris et al. (60)	Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: discrepancies between what patients want and what physicians do	Envolver pacientes com afasia e médicos na definição de comunicação centrada no paciente, na identificação de estratégias de comunicação, e avaliar o uso das estratégias identificadas durante as consultas.	Estratégias de comunicação observadas e apreciadas: 1. Falar devagar 2. Utilizar gestos 3. Dar tempo ao paciente para se comunicar 4. Utilizar recursos visuais 5. Usar contato visual e linguagem corporal que diga "estou ouvindo" 6. Utilizar o acompanhante, quando necessário 7. Anotar as palavras-chave 8. Usar perguntas fechadas	Médicos precisam ser treinados para perguntar aos pacientes e acompanhantes sobre as suas preferências de comunicação e depois incorporar essas estratégias no seu estilo de comunicação. Para maximizar a comunicação centrada no paciente, os médicos precisam não apenas usar estratégias de comunicação comumente usadas, mas também estratégias “específicas da deficiência”, como usar gestos e recursos visuais. Estratégias de comunicação como dar ao paciente uma oportunidade de falar, evitar interrompê-lo, dar atenção e adaptar as informações apresentadas são universais, e comumente ensinadas como parte do currículo de comunicação médico-paciente. Portanto, devem ser usadas com todos os pacientes, independentemente de suas habilidades/deficiências.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Lyra Jr. et al. (30)	Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients	Avaliar a influência de intervenções relacionadas à Atenção Farmacêutica e analisar as habilidades de comunicação de profissionais de saúde (médicos e farmacêuticos) durante a consulta e a terapia medicamentosa.	A intervenção consistiu em: aconselhamento sobre condições crônicas de saúde e mudanças no estilo de vida, identificação de sinais e sintomas causados pela medicação e incentivo para os pacientes participarem ativamente da terapia medicamentosa proposta. Os pacientes elegíveis foram agendados com o farmacêutico pesquisador uma vez por mês. O farmacêutico foi treinado na abordagem de aconselhamento de Freire. As intervenções, fundamentadas na abordagem do aconselhamento Freire, visavam a transformação pessoal e o despertar da “consciência crítica” dos pacientes, e foram divididas em: educação em saúde e terapia medicamentosa. A intervenção educativa consistiu em: aconselhamento sobre condições crônicas de saúde e mudanças no estilo de vida, identificação de sinais e sintomas causados pela medicação e incentivo aos pacientes a participarem ativamente da terapia medicamentosa proposta. A “conscientização” foi monitorada por meio de mudanças de atitude na terapia medicamentosa durante um ano de entrevistas.	Todos os pacientes tinham dúvidas sobre a medicação; 71% relataram que os médicos quase nunca os orientavam sobre a medicação prescrita; 54% mencionaram que os farmacêuticos dispensadores se esforçavam para esclarecer suas dúvidas, porém, o discurso técnico-científico tornava as explicações incompreensíveis; 96% afirmaram que o farmacêutico pesquisador estava sempre interessado em esclarecer suas dúvidas. Consultórios barulhentos não permitiam uma comunicação proveitosa, pois os idosos demonstram maior necessidade de informação e atenção. A comunicação humanizada, de caráter educativo, pautada no diálogo e na corresponsabilidade otimizou o uso de medicamentos, estimulou um papel ativo dos pacientes na identificação de problemas na terapia medicamentosa e levou a uma diminuição significativa deles. Os profissionais de saúde – médicos e farmacêuticos dispensadores – apresentaram diversas dificuldades no relacionamento com os pacientes, o que influenciou diretamente no tratamento e na medicação em uso. Por isso, é preciso reformular os currículos da Graduação brasileira e qualificar os provedores para garantir a saúde e o bem-estar da sociedade.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Pel-Littel et al. (31)  van de Pol et al. (62)	Measuring triadic decision making in older patients with multiple chronic conditions: Observer OPTION(MCC) (31); Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients (62).	Desenvolver uma ferramenta válida e confiável para medir a tomada de decisão triádica entre idosos com múltiplas condições crônicas, seus cuidadores informais e geriatras (31). Obter consenso sobre um modelo de tomada de decisão compartilhada considerando pacientes idosos frágeis com múltiplas morbidades (62).	O modelo foi elaborado através de um painel Delphi composto por pacientes e especialistas. É composto por: duas etapas preliminares: 'Preparação' e 'Conversa sobre metas': três etapas já usadas em modelos de tomada de decisão compartilhada, 'Conversa sobre escolhas'; 'Conversa sobre opções' e 'Conversa sobre decisões'; e uma última etapa adicional, 'Avaliação'. Esse é um modelo dinâmico, o que significa que a sequência pode diferir entre consultas e casos. As diferentes etapas ou estágios do modelo são fluidos e os participantes podem se mover para frente e para trás entre as etapas de maneira contínua iterativa. Um modelo dinâmico estimula um diálogo de aconselhamento contínuo entre paciente e profissional, e educa os profissionais para se envolverem em uma abordagem centrada na pessoa, ao invés de uma abordagem orientada para a doença, característica comum a outros modelos. Pois, no cuidado de pessoas idosas, envolver o paciente na formulação de seus valores e estabelecer metas são condições indispensáveis.	O modelo de tomada de decisão proposto obteve alta concordância em relação à importância e viabilidade. No atendimento a pacientes idosos com múltiplas morbidades, a tomada de decisão compartilhada ainda é incipiente. Muitos profissionais sentem-se sobrecarregados com a complexidade dos casos e não sabem como efetivar esse processo no cuidado ao idoso. O modelo desenvolvido ajuda os profissionais a apoiarem os pacientes no processo de fazer escolhas de cuidados. Ele oferece uma abordagem de diálogo contínuo e pode ser usado em consultas rotineiras. Tanto os pacientes quanto os profissionais mencionaram a necessidade de habilidades de comunicação em relação ao diálogo centrado na pessoa e à obtenção de valores e objetivos. Mais pesquisas precisam se concentrar na educação sobre esses fatores e na implementação do modelo na prática cotidiana.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Huang et al. (32)	Advance care planning information intervention for persons with mild dementia and their family caregivers: Impact on end-of-life care decision conflicts	Explorar os efeitos de uma intervenção informativa sobre planejamento antecipado de cuidados, centrada na família, entre pessoas com demência e seus cuidadores informais  Técnica e Enfermeiro	Antes do início da intervenção, foi realizado um pré-teste usando quatro questionários estruturados. A primeira parte da intervenção forneceu às pessoas com demência e cuidadores um manual sobre planejamento avançado do cuidado, intitulado <i>Be My Own Master: Talk about Advance care Planning for Dementia</i> . O manual inclui tanto texto como imagens, que demonstraram melhorar significativamente a compreensão e a tomada de decisões para pessoas com demência leve a moderada. A enfermeira explica o conteúdo do manual, que inclui descrições sobre os sintomas da demência em fase terminal e os procedimentos de suporte à vida, tais como RCP, ventilação mecânica, alimentação por sonda, perfusão intravenosa e antibióticos. O manual também fornece detalhes sobre os benefícios e riscos dos tratamentos, bem como o processo de estabelecimento dos cuidados paliativos e os regulamentos envolvidos. A segunda parte da intervenção envolveu estratégias centradas na família para o desenvolvimento dos cuidados paliativos e a enfermeira facilitou discussões abertas entre as pessoas com demência e seus cuidadores informais. Os dois foram encorajados a comunicar seus pensamentos e expectativas sobre os cuidados no final de vida e a descrever quaisquer incertezas sobre o processo. A enfermeira presta todos os esclarecimentos necessários. A intervenção durou aproximadamente 60 min. Quatro semanas após a conclusão do estudo, foi realizado um pós-teste utilizando os quatro questionários estruturados. A coleta de dados foi realizada por um auxiliar de pesquisa treinado.	A intervenção demonstrou uma melhora significativa no conhecimento sobre os tratamentos de demência em estágio terminal, conhecimento sobre planejamento antecipado de cuidados e sobre conflitos de decisão sobre cuidados no final de vida. O uso de manuais e imagens do ACP ajudou a orientar as pessoas com demência e seus cuidadores na compreensão dos sintomas de demência em estágio terminal, tratamentos médicos comuns de suporte à vida e planejamento antecipado dos cuidados. As pessoas com demência puderam expressar seus pensamentos e sentimentos em relação aos seus próprios cuidados no final de vida envolvendo tratamento de suporte à vida, o que levou a discussões e aquisição de novos conhecimentos entre as díades.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Goeman et al. (33)	Development of a discussion tool to enable well-being by providing choices for people with dementia: a qualitative study incorporating codesign and participatory action research	Criar uma ferramenta de discussão para facilitar a ‘negociação de riscos’ entre profissionais de saúde, pessoas com demência e cuidadores.	Foi utilizada uma metodologia de <i>codesign</i> e pesquisa de ação participativa, o que significa que participaram pessoas com demência, cuidadores, idosos saudáveis, enfermeiros e profissionais de uma organização de enfermagem comunitária (enfermeiros, gestores, assistentes sociais). A ferramenta desenvolvida (questionário) em meio eletrônico ou em papel, coleta informações sobre a pessoa com demência, estabelece quais atividades e questões são prioridades para eles, estabelece os problemas mais preocupantes para os idosos, profissionais de saúde e cuidadores e discute o risco na visão do paciente ou cuidador/familiar e profissionais. Doze cartões foram criados, para serem utilizados com a ferramenta, eles apresentam imagens e texto em linguagem acessível abrangem os principais aspectos enfrentados por quem vive com demência, incluindo instruções sobre saúde, alimentação, aparência e higiene, finanças, socialização e trabalho, atividades de lazer, tarefas domésticas, mobilidade, transporte, mudança comportamentos e planejamento para o futuro. Além disso, há um cartão final que convida os participantes a mencionarem quaisquer questões que não se enquadrem em nenhuma dessas categorias.	A ferramenta foi desenvolvida especificamente como um auxílio, para facilitar a comunicação entre pessoas com demência, cuidadores, familiares e profissionais de saúde para identificar preocupações a partir da perspectiva do paciente, cuidador, bem como desenvolver estratégias conjuntas para abordar quaisquer preocupações. Seu objetivo é permitir o bem-estar das pessoas com demência, proporcionando-lhes 'escolhas', ao mesmo tempo que alivia as preocupações dos cuidadores/família e profissionais de saúde. A ferramenta de discussão permite que as pessoas com demência façam escolhas, concentrando-se em suas habilidades ao invés de seus déficits e auxilia os profissionais de saúde a fornecer cuidados centrados na pessoa. Os cartões flash despertam preocupações e a ferramenta fornece uma variedade de estratégias para lidar com essas questões. Os participantes colocaram a necessidade da ferramenta não ser confrontadora e ser um modelo que pudesse ser aplicado em uma conversa de maneira mais leve.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Murray et al. (48)	Methodology of an ongoing, randomized, controlled trial to improve drug use for elderly patients with chronic heart failure	Desenvolver e avaliar um programa multinível para melhorar a adesão à medicação e os resultados de saúde para pacientes idosos com insuficiência cardíaca crônica (ICC) com baixo letramento em saúde.	A intervenção contém 3 componentes executados por um farmacêutico: educação verbal e escrita (folhetos com imagens/ícones e textos), para melhorar a compreensão dos pacientes sobre os seus medicamentos e incentivar a adesão à medicação; monitoramento, buscando eliminar barreiras à adesão e acompanhar o uso dos medicamentos; comunicação com outros prestadores de cuidados, para assegurar que os pacientes tenham um tratamento baseado em diretrizes recentes e recebam as doses de medicamentos suficientes, reduzir o número de medicamentos desnecessários e relatar efeitos colaterais e eventos adversos. Os pacientes que participaram recebem 9 meses da intervenção e 3 meses de acompanhamento. O farmacêutico foi treinado em técnicas de comunicação com idosos, diretrizes para o tratamento de ICC, princípios da assistência farmacêutica a idosos, farmacoterapia da ICC, estratégias para melhorar a adesão à medicação e uso de panfletos para pacientes baseados em ícones/imagens.	A intervenção foi projetada para superar a comunicação deficiente entre pacientes e profissionais, crenças incompatíveis e falta de monitoramento dos medicamentos, bem como dificuldades de compreensão e memória que são exacerbadas por limites cognitivos e de alfabetização entre os adultos mais velhos. Os folhetos, com imagens e texto, foram projetados para aproveitar os pontos fortes dos idosos (por exemplo, conhecimento) e minimizar os pontos fracos (por exemplo, capacidade de memória). O tema desses materiais envolve um coração e um jogo de bingo, que foi escolhido porque muitos idosos adultos mais velhos gostam desse jogo.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Moral et al. (34)	Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care	Avaliar a eficácia da entrevista motivacional (EM) na melhora da adesão medicamentosa em pacientes idosos em polifarmácia (5 ou mais medicamentos ou 12 ou mais doses diárias por um período não inferior a 6 meses).	A EM é um método de aconselhamento que envolve aumentar a motivação do paciente para mudar o comportamento por meio de quatro princípios orientadores, representados pela sigla em inglês, RULE: Resistir ao reflexo de correção; compreender as motivações do paciente; ouvir com empatia; e capacitar o paciente (RCOC, em português). A realização da EM não envolve apenas a aplicação de uma série de técnicas, mas também visa criar um espírito de colaboração e evocar um senso de recursos pessoais, respeitando a autonomia e a liberdade de escolha do paciente. O exame e a resolução da ambivalência em relação à adesão ao tratamento é o foco principal desse aconselhamento não diretivo, e os profissionais foram treinados para serem intencionalmente diretivos na busca desse objetivo. A intervenção foi de apoiar, com o objetivo de aumentar a motivação intrínseca do paciente para que a mudança pudesse surgir de dentro, em vez de ser imposta de fora. Os participantes do grupo experimental seguiram as seguintes etapas: (1) Avaliação da ambivalência; (2) Exploração das ideias e preocupações Witry dos pacientes sobre sua falta de adesão; (3) Aplicação de habilidades específicas de entrevista para reenquadrar e promover a autoeficácia (usar empatia, desenvolver discrepâncias, evitar discussões, confrontar barreiras e problemas, apoiar o paciente e outros). Antes da intervenção, todos os profissionais de saúde participaram de um <i>workshop</i> de 15 horas sobre segurança do paciente e adesão a medicação (AM). Os participantes do grupo experimental participaram de um <i>workshop</i> adicional de 20 horas sobre EM.	No campo da mudança comportamental, ainda existe controvérsia sobre a utilidade do aconselhamento e educação em contraste com abordagens mais intensivas, centradas no paciente, como EM. Resultados deste estudo fornecem evidências para apoiar a utilidade de ambas as abordagens na promoção da adesão à medicação em pacientes idosos que estão em polifarmácia. Nesse estudo a EM mostrou um efeito significativo na melhoria da adesão a medicação em comparação com a intervenção usual de fornecer informações e conselhos ao paciente. A probabilidade de sucesso das intervenções de EM aumenta com o número de encontros com o paciente e um período de acompanhamento mais longo. A entrevista motivacional é um método centrado no paciente que pode ser usado por médicos e enfermeiros para melhorar a adesão à medicação na atenção primária.



Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Kaakinen et al. (49)	Strategies for working with elderly clients: a qualitative analysis of elderly client/nurse practitioner communication	Descrever a comunicação entre os profissionais de enfermagem e os clientes idosos.	<p>Um estudo qualitativo que utilizou um grupo de discussão composto por 6 médicos de família e entrevistas aprofundadas com 6 médicos de família que prestam cuidados a clientes idosos em variados contextos.</p> <p>Os enfermeiros descreveram uma estrutura de pensamento crítico, denominada hipervigilância que utilizaram antes e depois uma interação com o paciente idoso</p>	<p>Participaram deste estudo profissionais de enfermagem que já atuavam há 18 meses e 14 anos, do sexo feminino com idades entre 30 e 60 anos. As suas populações de clientes incluíam 20% a 100% de idosos, com idades entre 60 à 90 anos de uma variedade de contextos socioeconômicos. O método do grupo de discussão foi selecionado. Foram realizadas 6 entrevistas, todos os dados colhidos foram gravados em cassete e transcritos para a codificação. Foi utilizada uma abordagem interpretativa/ crítica para analisar os dados. analisados os temas: envolvimento do cliente, crenças de saúde, táticas de obtenção de conformidade, educação do cliente, sistemas de apoio, competências de comunicação, hipervigilância. Foram identificadas estratégias de comunicação específicas que aumentam a probabilidade de cumprimento ou adesão ao tratamento com os idosos.</p>

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
van der Plas et al. (35)	The patient's relationship with the General Practitioner before and after Advance Care Planning: pre/post-implementation study	Examinar a associação entre ter uma conversa sobre Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) e o paciente sentir que o médico de família o conhece e estabelecer uma relação de confiança.	O objetivo da intervenção foi a implementação do PAC no atendimento de rotina do médico de família aos idosos. A intervenção envolve um processo de duas etapas no qual o médico de família trabalha em conjunto com a enfermeira de atendimento domiciliar ou com a enfermeira da clínica para implementar o PAC. Os profissionais de saúde receberam, entre outros, um treinamento, um manual e material de apoio para conversação. Os profissionais decidiram quais pacientes convidariam para uma discussão sobre o ACP. Além disso, as conversas também poderiam ser iniciadas pelos próprios pacientes. Os pacientes tinham uma primeira conversa com uma enfermeira de atendimento domiciliar ou com a enfermeira da clínica. As conversas subsequentes são com o médico de família. A orientação para a equipe foi a de ter uma conversa sobre PAC por semana para adquirir experiência. O número de conversas por paciente não foi determinado com antecedência.	Os resultados no número de conversas sobre PAC e diretivas antecipadas foram modestos, mas positivos; as conversas sobre PAC foram oferecidas ou iniciadas em 26% dos pacientes idosos cadastrados nas organizações participantes. O PAC foi implementado como um cuidado de rotina. Entre os entrevistados que participaram do pré e pós-teste, mais pessoas conversaram com seu médico de família sobre hospitalizações, internação em e preferências de tratamento em determinadas circunstâncias após a implementação do PAC, em comparação com antes da intervenção. As Diretivas Antecipadas foram elaboradas com mais frequência após a implementação, em comparação com o que ocorria antes. As pessoas que tiveram uma conversa sobre PAC, a confiança no médico permaneceu a mesma ou foi maior após a. Uma redução de confiança foi menos provável nos pacientes que tiveram uma conversa sobre cuidado paliativo. Embora não tenha sido observadas evidências de confiança como pré-requisito para conversas sobre PAC, houve maiores chances de uma relação médico-paciente inalterada ou melhor após essas conversas. Se o relacionamento pode melhorar com essas conversas, esse é um importante benefício adicional de tê-las. A literatura científica atual está se afastando das Diretivas Antecipadas como ponto focal no planejamento dos cuidados no final de vida e passando a enfatizar a importância do processo de comunicação.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Jindal et al. (51)	Strategies for discussing long-term prognosis when deciding on cancer screening for adults over age 75	Conhecer as perspectivas dos médicos da atenção primária e dos idosos com mais de 75 anos sobre a discussão sobre prognóstico de longo prazo (10 anos) e a possível linguagem para essas conversas.	Foram realizadas entrevistas individuais qualitativas com adultos de 76 a 89 anos, grupos focais e entrevistas individuais com os profissionais de cuidado paliativo. Foi feita uma análise temática das respostas dos participantes a perguntas abertas sobre a discussão do prognóstico a longo prazo.	As opiniões foram variadas entre profissionais e pacientes. Para alguns pacientes ter essas informações, foi útil e para outros pacientes gerou ansiedade, foi relatado também que era difícil ter o controle da morte. Os profissionais descreveram se sentir confortáveis com essas conversas. Os pacientes recomendaram que as discussões de prognóstico a longo prazo sejam ancoradas nas decisões clínicas, que sejam fornecidas informações sobre a utilidade do que está sendo informada e que o interesse do paciente no prognóstico seja avaliado antes dessas informações serem fornecidas. Com base nas informações dos pacientes desenvolveram scripts breves para orientarem essas conversas.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Gilmore et al. (36)	Evaluating the association of frailty with communication about aging-related concerns between older patients with advanced cancer and their oncologists	Avaliar se: 1) as associações entre as fragilidades dos pacientes e o número e a qualidade das conversas sobre preocupações relacionadas ao envelhecimento entre pacientes e seus oncologistas; e 2) o efeito moderador da intervenção de avaliação geriátrica (AG) na comunicação oncologista-paciente-considerando os vários níveis de fragilidade dos pacientes (36).	A avaliação geriátrica padronizada avalia 8 domínios - estado funcional, desempenho físico, comorbidade, polifarmácia, cognição, nutrição, saúde psicológica e suporte social. Profissionais treinados avaliaram o desempenho e as medidas cognitivas. Um resumo da AG impressa era fornecida para cada paciente. O resumo e as recomendações foram fornecidos aos oncologistas, eles também receberam um breve treinamento sobre AG e foram informados de que tinham autonomia para decidir se e como desejavam usar a AG para seus pacientes. Para o grupo controle, recebendo cuidados habituais, os oncologistas foram alertados apenas se os pacientes tivessem pontuações anormais em depressão e testes cognitivos.	A intervenção da AG melhorou significativamente o número e a qualidade da comunicação com todos os pacientes independentes do grau de fragilidade. Os pacientes mais frágeis tiveram mais conversas sobre o aspecto do envelhecimento com os oncologistas. A comunicação eficaz e centrada no paciente é fundamental para ele atravessar a jornada do câncer. Fornecer uma intervenção de AG para os oncologistas facilita as conversas sobre fragilidades e ajuda os médicos a ultrapassarem as barreiras de comunicação. A intervenção é viável de ser realizada e não requer treinamento específico. O termo fragilidade é visto com uma conotação negativa de terminalidade.
Mohile et al. (69)	Communication With Older Patients With Cancer Using Geriatric Assessment: A Cluster-Randomized Clinical Trial From the National Cancer Institute Community Oncology Research Program.	Determinar se o fornecimento de um roteiro de o AG e de recomendações sobre a AG aos oncologistas pode melhorar a comunicação sobre preocupações relacionadas ao envelhecimento (Mohile et al.) (69).		Estudos futuros para avaliar a compreensão dos pacientes sobre conversas relacionadas ao envelhecimento podem demonstrar o papel que o número e a qualidade dessas co que sejam nversas podem ter na promoção da comunicação centrada no paciente em adultos mais velhos com câncer avançado. Estudos futuros devem avaliar se as conversas sobre deficiências específicas são facilitadas pela intervenção de AG ou pelos cuidados habituais.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Mulder et al. (54)	Quality assessment of practice nurse communication with type 2 diabetes patients	O objetivo do estudo foi utilizar o modelo 5As como um instrumento para avaliar a qualidade da comunicação entre enfermeiros e pacientes com diabetes tipo 2	5As: modelo que descreve as principais etapas de apoio ao autogerenciamento de doenças crônicas; é um método recomendado para treinar profissionais de saúde, e implementar ou avaliar o aconselhamento para a mudança de comportamento nos cuidados primários. Os 5As devem formar uma sequência integrada; devem estar inter-relacionados e interativos na e entre as consultas. 1. Avaliar: os conhecimentos, crenças e comportamentos do paciente; 2. Aconselhar: a mudança de comportamento; 3. Acordar ( <i>Agree</i> ): definir metas; 4. Ajudar: antecipar barreiras à mudança de comportamento e identificar estratégias para as ultrapassar, incluindo a garantia de apoio social e ambiental; 5. Ajustar ( <i>arrange</i> ): acompanhamento	Observou-se grande variação na utilização de cada A. As categorias Avaliar e Ajustar foram aplicadas na quase totalidade das consultas, Aconselhar foi o segundo A mais utilizado, seguido por Acordar e Ajudar. Também foram identificadas múltiplas questões que podem dificultar o apoio efetivo ao autogerenciamento, tal como descrito no modelo dos 5As. A avaliação indica lacunas estruturais no apoio ao autogerenciamento da doença. A comunicação dos enfermeiros se beneficiaria muito com a utilização de instrumentos breves e padronizados, que podem formar a base para aconselhamento e apoio. Pesquisas futuras devem basear cada A nas teorias que explicam a sua eficácia, associando assim métodos de comunicação a princípios de mudança e manutenção de comportamentos

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Rietkerk et al. (37)	Explaining experiences of community-dwelling older adults with a pro-active comprehensive geriatric assessment program - a thorough evaluation by interviews	Explorar e explicar experiências de idosos que participaram de um programa proativo ambulatorial de Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA), o Sage-atAge program, oferecido a idosos residentes em casa (65+) por sete clínicas gerais em uma área rural no norte da Holanda.	A AGA consistia em uma consulta com uma enfermeira geriátrica ou médico de cuidados a idosos com foco em múltiplos domínios (físico, funcional, psicológico, social e de vida). Por protocolo, o profissional foi orientado a ampliar a avaliação com instrumentos de medida de necessidades psicológicas, sociais ou funcionais, por exemplo, quando foram expressas queixas cognitivas ou sentimentos depressivos. Avaliações de farmacêuticos e dentistas também foram oferecidas. Consulta com fisioterapeuta, nutricionista ou psicólogo também podem ser adicionadas quando considerado necessário. A consulta teve como objetivo revelar e formular metas com o idoso para atingir ou preservar o bem-estar. Os profissionais de saúde envolvidos foram treinados no uso de entrevista motivacional - um método para encorajar as pessoas a fazer mudanças comportamentais para melhorar os resultados de saúde. Após a AGA, recomendações por escrito são oferecidas aos idosos e seus médicos da atenção primária.	A maioria dos participantes estava satisfeita com os aspectos comunicacionais do programa, embora apenas alguns deles expressaram benefícios reais do programa. As experiências dos participantes podem ser agrupadas em seis temas: (1) Todos os participantes expressaram a necessidade de uma visão holística que foi abordada no programa, (2) o escopo da AGA foi mais amplo do que o esperado ou pouco claro, (3) o programa não foi solicitado, mas a iniciativa foi valorizada, (4) os participantes descreveram um senso de apropriação do programa muito baixo, (5) o momento da implementação do programa foi difícil e (6), os participantes e os cuidadores tiveram uma visão diferente sobre o que considerar como um problema. Essas experiências podem ser explicadas por três componentes do programa: o grau de (falta de) integração do programa com os cuidados habituais, o método de triagem proativo e a abordagem multidomínio mais ampla do que o esperado, mas apreciada. Um programa de avaliação ambulatorial geriátrica enquadra-se no cuidado centrado na pessoa, pois é capaz de atender à necessidade de uma visão holística do idoso. Além disso, com sua abordagem proativa, é capaz de fornecer ajuda inesperada a alguns dos participantes. Porém, mais atenção precisa ser dada ao momento de integração dos idosos nesse tipo de AGA. A falta de seguimento e a não integração aos cuidados de saúde integrais minimizam seu impacto.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Torres et al. (55)	A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos	Descrever e discutir uma estratégia educativa desenvolvida em ambulatório de especialidade, cujo objetivo é estimular o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiano relacionado à sua patologia, no caso específico diabetes mellitus, caracterizando-se como um instrumento de educação em saúde sob uma perspectiva de promoção, prevenção e controle.	Jogos educativos em grupos operativos, que consistem em uma técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa comum, a fim de alcançá-lo. Esse grupo pode ser enriquecido com o uso de jogos educativos que são instrumentos, por excelência, de comunicação, expressão e aprendizado. A composição dos grupos operativos articulou-se com as etapas preliminares, que incluíram as seguintes estratégias pedagógicas: 1. Curso de Sensibilização e Orientação em Diabetes Mellitus, oferecido no primeiro semestre de cada ano ao diabético e seus familiares, inscritos espontaneamente no programa; 2. Consulta individual: o processo educativo, iniciado com o curso, teve continuidade na consulta individual com a equipe multiprofissional; 3. Funcionamento do grupo operativo: foram formados 12 grupos a partir daqueles que passaram pela consulta individual. Cada grupo realizou cinco encontros por mês, e cada encontro contou em média com a participação de 10 a 12 pessoas, coordenados por um enfermeiro, com a participação de um endocrinologista, um nutricionista, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, e tendo como convidado um professor de educação física. Foram realizados cinco encontros	A dinâmica de grupo estimulou a relação interpessoal entre os diabéticos e os profissionais de saúde, facilitou a discussão entre pessoas com os mesmos objetivos, possibilitando a troca de informações. Os integrantes compartilharam experiências comuns, que auxiliaram no entendimento da doença, permitindo-lhes expressar dúvidas e expectativas e possibilitando o apoio mútuo. Os jogos foram uma técnica de aprendizagem, que contribuiu com a formação técnica da equipe multiprofissional, de forma a aperfeiçoar sua criatividade e incentivá-la a buscar novas alternativas no processo educativo. Os profissionais que elaboraram o material didático e trabalharam com os jogos educativos identificaram vantagens no seu uso. Uma delas é a de ter sido criado um ambiente prazeroso de aprendizado, necessário à maximização de potenciais que facilitam a dinamização do conhecimento. Uma limitação detectada durante o processo educativo se refere ao precário aprimoramento técnico-científico dos profissionais que participaram. Há também a ausência de alguns participantes nas reuniões e dificuldades na interação dos profissionais com os participantes, em alguns momentos do processo. Por outro lado, foram observados alguns limites, como, por exemplo: os profissionais que aplicaram os jogos perceberam que estes não podem ser utilizados para mais de 12 participantes, pois o excesso de pessoas dificulta o aprendizado; o tempo da brincadeira não deve

			<p>semanais com duração média de duas horas, divididos em quatro momentos, de vinte a quarenta minutos cada: (1) medida dos dados antropométricos, glicemia capilar e aferição dos sinais vitais; (2) uso da técnica de jogos no início das reuniões, para relaxar as tensões dos participantes; (3) exposição do conteúdo programático sobre a doença, também por meio de jogos; (4) encaminhamento para consulta médica dos indivíduos com hiperglicemia; 4. Jogo - material educativo de comunicação e aprendizagem, para desenvolver os jogos, os profissionais de saúde buscaram conhecer previamente as características pessoais e sociais dos diabéticos que frequentavam o serviço. Jogos utilizados: Tira-Dúvidas, Coração Partido, Roleta das Complicações, Relógio do Cotidiano, Certo X Errado e Por Quê, Do Que Gosto e do Que Não Gosto, Semáforo da Dieta, Expressões do Dia, Dado Colorido, Barquinho.</p>	<p>ultrapassar mais do que cinquenta minutos, pois torna-se cansativo e desinteressante; não deve ser aplicado novamente para o mesmo público-alvo, devendo ser formuladas novas perguntas. Os jogos utilizados em ações educativas sempre necessitarão de ajustes e adaptações às necessidades de cada situação, principalmente se trabalhados com grupos diferenciados, como os do presente estudo.</p>
--	--	--	--	---



Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Hodgson et al. (57)	Patient Education Tools: Using Pets to Empower Patients' Self-care-A Pilot Study	Avaliar o uso de ferramentas de educação de pacientes usando animais de estimação de modo a impactar positivamente os determinantes sociais da saúde	Foram usadas 6 ferramentas de educação positiva a serem usadas com a participação de animais de estimação. Elas foram desenvolvidas por: um médico de família, um veterinário, um educador médico, um redator médico e um designer gráfico, São elas: 1- Mosaico familiar com animais de estimação, genograma familiar; 2- Atividades divertidas com animais de estimação focadas em soluções; 3- Exercícios calmantes com animais de estimação, foco na atenção plena; 4- Hábitos saudáveis com animais de estimação, centrados no relacionamento para mudança de comportamento; 5- Celebrando as conexões com os animais de estimação, estabelecer laços; 6- Mais saúde e segurança com os animais de estimação, comunicação no círculo de cuidado.	Os donos de animais de estimação usaram as ferramentas de educação do paciente, muitas vezes compartilhando-as com familiares e amigos. Durante os 6 meses do estudo, eles tiveram duas vezes mais chances de compartilhar com seu círculo social do que com os profissionais da atenção primária (PAP). As ferramentas compartilhadas com mais frequência permitiram planejar e programar uma rotina feliz com seus animais de estimação e transformaram atividades calmas centradas nos animais em exercícios de atenção plena. As ferramentas melhoraram o relacionamento e fortaleceram a aliança terapêutica. Setenta por cento dos PAP usaram 'hábitos saudáveis com animais de estimação para incentivar a atividade física. Sessenta por cento compartilharam 'exercícios calmantes com animais de estimação', que promovem a atenção plena, e 'celebrando conexões com animais de estimação', que fortalecem as relações sociais. Todas as outras ferramentas de educação do paciente foram usadas por aproximadamente 30% dos PAP. O tamanho da amostra não foi adequadamente alimentado para suportar uma análise estatística extensa. É necessária uma investigação mais aprofundada com uma amostra maior e uma análise mais abrangente, estabelecer protocolo com pares paciente- profissional.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Hodgson et al. (56)	Asking About Pets Enhances Patient Communication and Care: A Pilot Study	Avaliar se perguntar aos pacientes pelos seus animais de estimação propiciaria melhor obtenção da história ambiental/social e melhoraria a comunicação/cuidado do paciente.	Após uma intervenção educacional, os profissionais da atenção primária se comprometeram a perguntar aos pacientes sobre seus animais de estimação. Os profissionais foram instruídos individualmente e em grupo sobre a relevância clínica dos animais de estimação na família. As pesquisas iniciais e finais mediram a conscientização sobre animais de estimação nas famílias dos pacientes, a avaliação dos determinantes de saúde, o impacto no relacionamento com os pacientes e a assistência ao paciente.	Dois terços dos participantes identificaram efeitos positivos na prática e no relacionamento com os pacientes. Eles puderam aproveitar os benefícios dos animais de estimação para a saúde e reduzir o risco de zoonose. Perguntar sobre animais de estimação durante as entrevistas com os pacientes influenciou tanto a qualidade da comunicação com os pacientes quanto as abordagens disponíveis para o atendimento. Perguntar sobre animais de estimação é uma maneira universalmente aplicável, universalmente aceita e apropriada para abrir a comunicação com os pacientes. Todos os participantes tinham pacientes com animais de estimação e todos os pacientes responderam sem objeções. Perguntar sobre animais de estimação foi relevante para todas as práticas de cuidados primários, embora não para todos os pacientes. Era inofensivo para quem não tinha animais de estimação e encorajava os donos de animais a falar sobre suas vidas diárias. Perguntar sobre animais de estimação aumentou significativamente o conhecimento dos provedores sobre seus pacientes e como eles viviam. Os participantes ganharam uma compreensão importante da atividade física, capital social e moradia dos pacientes. Perguntar aos pacientes sobre animais de estimação na família revelou informações clinicamente relevantes, melhorou a comunicação e fortaleceu a aliança terapêutica. O desafio identificado com mais frequência para perguntar aos pacientes sobre animais de estimação é a falta de tempo.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Soklaridis et al. (50)	Twelve tips for asking and responding to difficult questions during a challenging clinical encounter	Fornecer estratégias para o reconhecimento e a compreensão de interações problemáticas, e sugestões sobre como os estagiários de medicina de família podem usar esses entendimentos para se comunicar com mais eficiência com os pacientes.	As 'doze dicas' foram desenvolvidas com base em um estudo sobre o ensino de habilidades de comunicação com estagiários de medicina da família. O estudo incluiu e exposição controlada a pacientes padronizados que apresentavam condições clínicas comuns, mas difíceis, como emoções fortes (ansiedade e/ou raiva), estilos interpessoais desafiadores (exigentes ou agressivos) ou circunstâncias traumáticas (suicídio ou doença terminal). Os encontros foram gravados em vídeo e seguidos de observação, feedback e treinamento com psiquiatras-treinadores experientes uma vez por semana durante quatro semanas, com duração de 30 minutos. As dicas foram derivadas de análise temática de um subconjunto das sessões de <i>coaching</i> transcritas e de revisão da literatura, e são: Tema 1. Dicas sobre princípios orientadores. Dica 1. Tenha cuidado para não fazer suposições. Dica 2. Seja sensível às suas próprias reações. Dica 3. Seja reflexivo, não reativo. Dica 4. Pergunte a si mesmo: "Por que (essa apresentação está ocorrendo) agora? Dica 5. Entenda por que os pacientes fazem perguntas pessoais. Tema 2. Dicas sobre comportamento de comunicação. Dica 6. Use suas observações de comportamento para verbal e não verbal para orientar as perguntas.	A dificuldade de comunicação médico – paciente pode surgir pelos problemas do paciente, uma circunstância mal-entendida do profissional de saúde ou resposta imprecisa a um problema e/ou a interação entre o profissional de saúde e o paciente. Essas dicas e comportamentos comunicacionais oferecem aos estudantes estratégias práticas para melhorar sua capacidade de fazer e responder a perguntas difíceis.

			<p>Dica 7. Use substantivos próprios, especialmente os nomes de pessoas importantes.</p> <p>Dica 8. Use declarações empáticas para fortalecer uma consulta.</p> <p>Dica 9. Use perguntas/afirmações de sondagem abertas e sem julgamento.</p> <p>Dica 10. Explique a justificativa para perguntas delicadas e peça permissão para abordar esses tópicos.</p> <p>Dica 11. Tenha consciência do impacto de sua linguagem.</p> <p>Dica 12. Use a validação e a reflexão para ajudar os pacientes a alcançarem e a manter uma zona de excitação emocional ideal.</p>	
--	--	--	--	--

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Heinrich e Karner (38)	Ways to Optimize Understanding Health Related Information: The Patients' Perspective	Descrever os métodos que os idosos utilizam para melhorar a compreensão sobre os ensinamentos apresentados pelos seus profissionais de saúde.	<p>O estudo coletou informações dos pacientes através de grupos focais, compreendendo que a perspectiva do paciente constitui a base para o desenvolvimento, implementação e avaliação de projetos de educação para pacientes idosos que vivem na comunidade. Técnicas usadas pelos idosos para compreender melhor as informações e instruções dadas pelos profissionais:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assumir um papel ativo nas discussões com o profissional;</li> <li>2. Anotar perguntas e preocupações e levar a lista para a consulta;</li> <li>3. Trazer um familiar ou amigo para a consulta;</li> <li>4. Pedir esclarecimentos adicionais ao farmacêutico sobre Medicamentos;</li> <li>5. Pedir explicações claras utilizando palavras não técnicas;</li> <li>6. Trazer óculos e aparelhos auditivos funcionais para cada encontro, se necessário;</li> <li>7. Desenvolver uma forte relação terapêutica com o profissional;</li> <li>8. Ter um plano antes de cada consulta;</li> <li>9. Levar os prontuários para a primeira consulta profissionais especializados;</li> <li>10. Marcar as consultas em horários menos movimentados.</li> </ol>	<p>A maioria dos participantes declarou ter alguma dificuldade em compreender as informações que lhes são dadas pelos profissionais de saúde. Barreiras apontadas pelos participantes no processo de comunicação com os profissionais de saúde: falta de tempo com enfermeiros e médicos; uso de linguagem científica; se sentirem deprimidos; problemas de audição. Esta informação é congruente com os 6 passos que melhoram a compreensão dos pacientes com letramento (literacia) em saúde limitado: desacelerar e dedicar tempo aos pacientes; usar linguagem simples; ser respeitoso e atencioso; limitar a quantidade de informação fornecida em cada consulta; pedir aos pacientes que repitam a informação que precisam saber; e usar imagens para melhorar a compreensão.</p>

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Massmann et al. (39)	Implementing the Serious Illness Care Program in Primary Care	Oferecer um arcabouço para facilitar conversas sobre cuidados a doenças graves, sobre as preferências de cuidado, em uma clínica de atenção primária.	A implementação do projeto consistiu em: 1 - identificação dos critérios do paciente para desencadear uma conversa sobre cuidados a doenças graves; 2 – treinamento dos profissionais e da equipe em relação a essas conversas; 3 – teste piloto da mudança da prática. Um facilitador treinado em conversas sobre cuidados a doenças graves conduziu o treinamento da equipe, que incluiu um guia de conversação.	Os resultados mostraram que o estabelecimento de critérios de rastreio para identificar os pacientes apropriados para esse tipo de conversa reduziu a avaliação subjetiva do paciente e do profissional sobre a prontidão para a conversa e facilitou as conversas no início da doença. As percepções dos profissionais sobre as conversas após a implementação foram positivas. Uma limitação foi a incapacidade de acessar todos os critérios de rastreio através do prontuário eletrônico. Devido ao pequeno número de conversas iniciadas havia poucos dados disponíveis. A implementação dessas conversas levou à identificação antecipada de indivíduos gravemente enfermos que podem se beneficiar. Apesar do tempo limitado na clínica, os provedores introduziram a conversa, abrindo a porta para conversas futuras.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Cocksedge e May (59)	The listening loop: a model of choice about cues within primary care consultation	Explorar as percepções dos médicos de família sobre iniciar a escuta e escolher não escutar durante as interações com os pacientes.	<p>A partir de entrevistas semiestruturadas e gravadas em áudio, com médicos de família, emergiu uma metáfora de escolha da escuta, o 'loop de escuta'. Esse 'loop' pode ser definido como um período de escuta do médico, geralmente separado da fase de ouvir a história inicial do paciente. O 'loop' é um fragmento de escuta ativa, em resposta a uma sugestão, uma dica do paciente, além da escuta necessária no início de uma consulta para ouvir a queixa apresentada pelo paciente. São exemplos de dicas de pacientes indicando aos médicos de família que é necessário ouvir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Linguagem corporal e vestimenta, por exemplo, sentar na beirada da cadeira, aparência geral;</li> <li>2. Maneira e comportamento, por exemplo, pressão ao falar, agitação;</li> <li>3. Frequência de atendimento, por exemplo, 'alguém que vem uma vez por ano aparece de repente 3 vezes em quinze dias, com algo trivial';</li> <li>4. O paciente que pergunta: 'Isso pode estar relacionado ao estresse, doutor?';</li> <li>5. A pessoa que faz um aparte ao sair da consulta;</li> <li>6. A pessoa que não quer dar detalhes sobre certos sintomas;</li> <li>7. O paciente que exige atenção: 'Acho que meu marido está com câncer'.</li> </ol>	<p>Aprender a ouvir é uma habilidade essencial. Ouvir no início da interação com o paciente é parte integrante dos modelos de consulta, para trazer à tona as queixas e história dos pacientes. Quase todos os entrevistados relataram o loop de escuta como sendo uma ocorrência regular em sua prática. A possibilidade de mais de 1 loop em uma interação também foi observada. Os poucos médicos que não identificaram loops de escuta em seu trabalho sentiram que ouviram no início da consulta, enquanto ouviam a história. Depois disso, eles geralmente faziam perguntas diretas e controlavam a interação. Houve um reconhecimento geral nos relatos dos médicos de que o loop pode ser 'ligado ou desligado' (ou seja, pode-se fazer a escolha de ouvir, ou de não ouvir o paciente) e que tal escolha é razoável dependendo das circunstâncias. Exemplos de fatores que limitam a escuta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pressões de trabalho, por exemplo, colegas ausentes 'Temos 2 médicos a menos';</li> <li>2. Humor do médico, por exemplo, 'depende de que tipo de dia eu tive';</li> <li>3. Sentimentos do médico sobre o paciente, por exemplo, simpatia ou sexo: 'Se eu acho o paciente simpático';</li> <li>4. 'Um paciente do sexo masculino veio me ver cujas primeiras palavras foram 'eu não sabia que eles faziam médicos como você', e imediatamente as barreiras subiram e eu me senti muito, muito desconfortável';</li> <li>5. Contexto, por exemplo, o paciente para o médico na rua ou no jardim.</li> </ol>

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Lum et al. (40)	Advance Care Planning Meets Group Medical Visits: The Feasibility of Promoting Conversations	Descreve o estudo piloto da consulta de grupo para o planejamento antecipado de cuidados (PAC), a “ <i>Conversation Group Medical Visit</i> ”.	A “ <i>Conversation Group Medical Visit</i> ” visa envolver pacientes na discussão sobre os conceitos de planejamento de cuidados antecipados; apoiar ações de planejamento; escolher tomadores de decisão substitutos; decidir sobre preferências durante doenças graves; discutir preferências com os tomadores de decisão e profissionais de saúde; e documentar as diretivas antecipadas no prontuário. As consultas em grupo envolvem 2 sessões de 2 horas cada, com 1 mês de intervalo, facilitadas por um geriatra e um assistente social. Os facilitadores visam apoiar uma discussão interativa que oferece oportunidades para os pacientes aprenderem com as experiências e perspectivas dos outros. Para apoiar o papel dos facilitadores, foi desenvolvido um “Guia de Comunicação dos Facilitadores”.	Os idosos estavam dispostos a participar das consultas, consideraram-no útil e estavam dispostos a compartilhar valores pessoais e desafios relacionados ao planejamento de cuidados. A maioria avaliou a conversa em grupo como melhor do que as consultas clínicas habituais para discutir o planejamento antecipado dos cuidados. Os idosos que estavam em grupos com 4 ou 5 participantes pareciam menos empenhados na discussão do que os dos grupos com 7 ou 9 idosos, o que sugere que o tamanho do grupo pode ter um efeito importante. Estudos futuros devem programar mais 2 ou 3 pacientes, dada a ocorrência frequente de cancelamentos de última hora. Os principais fatores que promovem a implementação desta abordagem incluem forte interesse da equipe em melhorar o planejamento antecipado de cuidados, recursos disponíveis para realizar consultas de grupo (por exemplo, espaço para reuniões, pessoal treinado e materiais educativos sobre planejamento de cuidados antecipados).



Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Grol et al. (41)	Mirror meetings with frail older people and multidisciplinary primary care teams: Process and impact analysis	Explorar a viabilidade de realizar reunião-espelho (mirror meeting [MM], em inglês) com pacientes idosos frágeis e a equipe multiprofissional em um ambiente de atenção primária.	Reunião-espelho é uma reunião de um grupo de pacientes, sob a orientação de um moderador independente, em que a questão central é a forma como os pacientes vivenciam os cuidados que recebem. Os profissionais de saúde envolvidos estão presentes apenas como ouvintes. O objetivo da reunião é melhorar a orientação dos pacientes em relação aos cuidados, sensibilizando os profissionais para as perspectivas dos pacientes. O sucesso de uma reunião-espelho depende do envolvimento dos profissionais e exige que estes estejam empenhados e tenham uma atitude aberta para quererem aprender com o <i>feedback</i> dos pacientes. Os profissionais recebem assim uma "imagem em espelho" dos seus próprios pacientes.	As reuniões-espelho com idosos frágeis foram consideradas viáveis. Os idosos valorizaram o fato de poderem contar as suas histórias, as MM tornaram mais tangível o apoio dos profissionais de saúde. As interações entre os pacientes foram escassas durante as MMs. Tanto os pacientes como os profissionais opinaram que o número mínimo de participantes deve ser quatro. Os profissionais de saúde preferiram assistir a uma MM a ler um relatório sobre as experiências dos pacientes. A lista de tópicos da MM nem sempre se alinhava com os objetivos das equipes e os profissionais sentiram que o moderador não tinha uma ligação suficiente com os pacientes e a comunidade. A MM fez com que os profissionais identificassem pontos específicos de melhoria, incluindo prestar mais atenção aos cuidadores, dar mais ênfase aos objetivos do idoso e melhorar a comunicação com os pacientes e os seus cuidadores.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Kogan et al. (42)	Clinician perspectives on group visits for advance care planning among caregivers and older adult patients with heart failure (42).	Compreender as percepções de médicos e enfermeiros sobre as consultas em grupo para o Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) de idosos com insuficiência cardíaca.	Consulta de grupo de 1,5 hora de duração, conduzida por facilitador especificamente treinado e com formação em psicologia ou serviços de saúde. O foco principal foi ajudar os participantes a pensar e esclarecer seus valores e preferências de cuidados de saúde por meio de discussões em grupo estruturadas e exercícios interativos. Foi utilizada a intervenção PREPARE for Your Care ( <a href="https://prepareforyourcare.org">https://prepareforyourcare.org</a> ). As consultas se concentraram nos 3 primeiros passos do PREPARE: “decidir o que mais importa”, “escolher flexibilidade para a sua tomada de decisão” e “contar aos outros sobre seus desejos”. Quando havia tempo, os 2 últimos passos do PREPARE eram abordados. A discussão sobre cada passo durou entre 15 e 25 minutos.	Resultados sugerem que a consulta em grupo é uma abordagem viável e aceitável para envolver os idosos com insuficiência cardíaca e seus cuidadores. A maioria dos idosos e cuidadores que participaram ‘concordaram’ ou ‘concordaram fortemente’ que se sentiram à vontade para discutir os tópicos, compreenderam a informação apresentada e que a consulta de grupo os ajudou a aprender sobre o PAC (43). Os clínicos tiveram uma opinião positiva sobre as consultas em grupo e as viram como uma oportunidade para conversarem sobre aspectos que não tratam durante as consultas clínicas, bem como para educar sobre PAC no contexto da trajetória de uma doença. Também acharam que certos pacientes podem ser melhores candidatos para as consultas em grupo (42). Os dois estudos foram realizados num único local. Em Bandini et al. (43) há poucos dados sobre as razões pelas quais alguns pacientes recusaram participar; os pacientes eram majoritariamente brancos, e os cuidadores predominantemente mulheres; existindo possibilidade de viés de seleção. Apesar dos esforços para incluir médicos e ‘profissionais de prática avançada’ de várias especialidades, os resultados podem ser limitados pela exclusão de outras especialidades e profissionais de saúde, como enfermeiros e assistentes sociais (42).
Bandini et al. (43)	Feasibility of Group Visits for Advance Care Planning Among Patients with Heart Failure and Their Caregivers (43)			

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Técnicas</b>				
Hashim (58)	Patient-Centered Communication: Basic Skills	Descrever as habilidades básicas da comunicação centrada no paciente.	<p>Artigo fornece uma visão geral das técnicas de comunicação centradas no paciente para médicos, e uma sequência para consulta médica que incorpora elementos centrados no paciente, com base na revisão da literatura.</p> <p>Técnicas de comunicação:  Obtenção da agenda do paciente com perguntas abertas, especialmente no início da consulta, não interromper o paciente com uma escuta ativa e focada; Compreender a perspectiva do paciente sobre a doença e expressar empatia; Expressar empatia; Antes de se revelar um diagnóstico, deve se avaliar o conhecimento prévio do paciente e suas preferências quanto a profundidade das informações desejadas e, após, os médicos devem explorar a relação dos pacientes; Tomada de decisão compartilhada, a comunicação centrada no paciente prepara para a consideração dos prós e os contras nas diferentes opções de tratamento, inclusive a ausência de tratamento.</p>	<p>As habilidades de comunicação necessárias para o cuidado centrado no paciente incluem esclarecer a agenda do paciente com perguntas abertas, especialmente no início; não interromper o paciente; e engajar-se em uma escuta ativa focada. Compreender a perspectiva do paciente sobre a doença e expressar empatia são características-chave da comunicação centrada no paciente. Compreender a perspectiva do paciente envolve explorar seus sentimentos, ideias, preocupações e experiências em relação ao impacto da doença, bem como o que o paciente espera do médico. A empatia pode ser expressa ao nomear o sentimento; comunicar compreensão, respeito e apoio; e explorar a experiência e as emoções da doença do paciente. Antes de revelar um novo diagnóstico, o conhecimento prévio do paciente e as preferências para a profundidade da informação desejada devem ser avaliados. Depois de revelar um diagnóstico, os médicos devem explorar a resposta emocional do paciente. A tomada de decisão compartilhada capacita os pacientes, convidando-os a considerar os prós e os contras de diferentes opções de tratamento, incluindo nenhum tratamento. Em vez de sobrecarregar o paciente com informações médicas, pequenos blocos de dados devem ser fornecidos usando ciclos repetidos da abordagem “pergunte-diga-pergunte”. Programas de treinamento em comunicação centrada no paciente capacitam profissionais de saúde para melhorarem as suas habilidades de comunicação. A comunicação centrada não melhora o Estado de Saúde ou o comportamento dos pacientes, melhoram a confiança nos médicos.</p>

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Treinamentos</b>				
Rodriguez et al. (53)	Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention	Avaliar o efeito de um treinamento em comunicação para ensinar médicos a habilidade de “definição de uma agenda” como meio de iniciar e conduzir consultas de pacientes.	A intervenção de treinamento em comunicação constituiu em um workshop noturno de 3 horas e duas teleconferências de 45 minutos realizadas 3 a 7 semanas após o workshop. O programa noturno ofereceu habilidades de “definição de agenda” como meio de iniciar e conduzir consultas. O programa de 3 horas consistia em 3 segmentos: 1. apresentação didática, 2. vídeos de consultas seguidos de discussão em grupo e 3. exercícios em pequenos grupos, incluindo dramatizações de casos clínicos com <i>feedback</i> para o “ator” clínico (participante da intervenção) e discussão em grupo. O conceito “definição de agenda” serviu de base para o workshop foi adaptado do hábito n-1 do modelo dos Quatro hábitos. O objetivo é envolver os médicos na prática de iniciar as consultas com os pacientes, obtendo o conjunto completo de preocupações do ponto de vista do paciente e usando essas informações para priorizar e negociar quais questões clínicas devem ser tratadas de forma mais adequada e quais devem ser adiadas para uma consulta posterior.	Houve melhora estatisticamente significativa na capacidade dos médicos de “explicar as coisas de uma maneira que fosse fácil de entender” e uma melhoria marginalmente significativa na qualidade geral das interações médico – paciente em comparação com os médicos do grupo controle. As mudanças nas experiências dos pacientes com o acesso organizacional, a coordenação do atendimento e as interações com as equipes dos consultórios não diferiram de acordo com o grupo experimental. Avaliar a importância de treinamentos mais longos.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Treinamentos</b>				
Lawani et al. (63)	Professional training on shared decision making with older adults living with neurocognitive disorders: a mixed-methods implementation study	Estudou a implementação e o efeito de um programa de treinamento sobre tomada de decisão compartilhada (TDC), que inclui atividades de <i>e-learning</i> e cinco 'caixas de decisão' sobre pessoas com distúrbios cognitivos.	Participaram do treinamento médicos, enfermeiros e assistentes sociais, de clínicas de saúde da família e cuidados domiciliares. Os profissionais se inscreveram para o treinamento como uma atividade de desenvolvimento profissional contínuo e responderam a uma pesquisa online antes e após o treinamento para avaliar o seu conhecimento e a intenção de adotar a tomada de decisão compartilhada. O treinamento incluiu (1) uma atividade de <i>e-learning</i> autoinstrucional sobre TDC, com duração de 1 h; e (2) cinco 'caixas de decisão' para apoiar a TDC no local de atendimento. A atividade de <i>e-learning</i> incluía quatro módulos de treinamento sucessivos que visavam a 1) explicar a TDC e sua implementação na prática diária; 2) descrever estratégias para determinar os valores e as preferências dos pacientes; 3) descrever estratégias para comunicar probabilidades aos pacientes; e 4) explicar como incorporar a TDC em encontros clínicos com os pacientes.	Foi registrado o acesso dos profissionais de saúde a cada componente do treinamento, além de entrevistas telefônicas com uma amostra intencional de casos extremos. Metade havia concluído o treinamento e outra metade não. O treinamento permitiu que os profissionais de saúde aprimorassem os seus conhecimentos sobre comunicação de riscos. Uma grande parte dos participantes que se comprometeram com o treinamento não participaram. O treinamento permitiu que os profissionais de saúde aprimorassem os seus conhecimentos sobre comunicação de riscos. Em uma próxima etapa, se planeja modificar o programa e implementá-lo em um grupo maior. São necessários mais estudos que se concentre na adoção real da tomada de decisão compartilhada após a implementação do treinamento profissional.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Treinamentos</b>				
Wlodarczyk et al. (44)	Enhancing Doctors' Competencies in Communication With and Activation of Older Patients: The Promoting Active Aging (PRACTA) Computer-Based Intervention Study	Examinar os efeitos de uma intervenção educativa (PRACTA), com base em computador, para os médicos de família para promover o envelhecimento ativo.	A intervenção educativa PRACTA foi dividida em duas formas: e-learnig e um artigo instrucional em pdf. O e-learning foi concebido como um jogo que permite demonstrar soluções práticas específicas e modelar as competências de comunicação e ativação dos idosos. O artigo continha um resumo do conteúdo do e-learning. Os médicos foram distribuídos em 3 grupos de estudo: e-learning; artigo em pdf (grupo comparativo); e controle (sem intervenção). O objetivo foi examinar os efeitos de curto prazo da intervenção educacional PRACTA em relação às seguintes variáveis :1- A percepção dos médicos de família sobre a expectativa dos idosos em relação às consultas, 2 - o comportamento comunicacional autoavaliado pelos médicos de família, 3 - a percepção dos médicos de família sobre a atitude em relação ao tratamento e saúde dos pacientes idosos.	Os dois métodos de intervenção foram adequados, mas em áreas diferentes e em condições diferentes. A intervenção com artigos em PDF foi mais eficaz na reflexão dos médicos sobre as limitações das suas capacidades de comunicação. A intervenção em e-learning foi mais eficaz na alteração da sua percepção sobre a atitude proativa dos idosos, principalmente entre os médicos de família que trabalham em clínicas privadas. Não atingiu todos os efeitos desejados da intervenção PRACTA. Baixa adesão dos diretores dos centros de atenção primária. Muitos médicos não deram continuidade alegando falta de tempo. É necessária mais investigação para verificar a consistência do conteúdo de ambas as formas de intervenção, assim como a relação entre as variáveis estudadas e o seu impacto nos efeitos alcançados com a intervenção.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Treinamentos</b>				
Rzadkiewicz et al. (45)	Activation of older patients through PRACTA intervention for primary healthcare doctors: does the method matter?	Ativar os doentes idosos através de uma intervenção educativa para os médicos.	Intervenção educativa PRACTA, para melhorar as habilidades de comunicação dos médicos de família quando trabalham com adultos com mais de 50 anos. Dois grupos independentes de pacientes foram abordados consecutivamente nas salas de espera: um antes da intervenção; e outro após a intervenção PRACTA para seus médicos. A primeira parte do questionário foi preenchida antes da consulta e a segunda parte após a consulta. Os critérios de inclusão dos pacientes eram: ter mais de 50 anos, capacidade de preencher os questionários de forma independente, ser indicado por um médico de família recrutado para o estudo e assinar o acordo de participação.	A análise revelou o efeito da aprendizagem dos médicos através de e-learning, e em menor grau o efeito de aprendizagem através do artigo, nas atitudes dos pacientes em relação ao tratamento e à saúde e no seu autogerenciamento. Baixa taxa de respostas dos serviços e dos médicos. É necessária uma abordagem educacional para grupos menos qualificados ou com motivação educacional fraca. O grupo analisado não pode ser considerado representativo.

Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Treinamentos</b>				
Lam et al. (46)	Evaluation of the learning outcomes of a year-long postgraduate training course in community geriatrics for primary care doctors.	Este artigo descreve os resultados da Pós-Graduação em Geriatria Comunitária para médicos da atenção primária, incluindo o impacto nas habilidades clínicas e no atendimento ao paciente, as características dos graduados antes e depois do curso e a longo prazo após a formatura.	Pós-Graduação em Geriatria Comunitária para médicos da atenção primária. Programa de meio período de 1 ano desenvolvido pela Unidade de Medicina de Família da Universidade de Hong Kong, em conjunto com a Sociedade Geriátrica de Hong Kong. Sendo uma iniciativa local para potencializar a formação geriátrica do seu público-alvo, o PDCG inclui as componentes de apanço clínico (20 sessões de ensino clínico geriátrico e 5 sessões de reabilitação e serviços comunitários de saúde), workshops interativos, manual de ensino à distância desenvolvido localmente, trabalhos escritos e exames, bem como um exame clínico. O Currículo é desenhado para oferecer aos alunos conhecimento teórico e atualizado sobre problemas comuns de idosos e serviços locais; treinamento prático em habilidades de diagnóstico e gerenciamento de problemas comuns de idosos. Um de seus conteúdos corresponde ao desenvolvimento de habilidades de comunicação para cuidado de pessoas idosas, avaliação geriátrica abrangente e avaliação funcional de deficiência cognitiva, de linguagem, visual e auditiva.	95,9% dos alunos relataram melhora em suas habilidades de comunicação com pacientes idosos; 95,9% modificaram sua abordagem de atendimento ao paciente idoso; e 82,7% participaram mais dos cuidados geriátricos. Os resultados mostram que o curso é eficaz em melhorar a confiança, atitude e habilidades dos graduados em cuidar de pacientes idosos com distúrbios geriátricos comuns. Há mudanças significativas nas características da prática dos egressos após a realização do curso, incluindo o aumento do número de idosos atendidos e maior confiança em fazer encaminhamentos. No entanto, também é notado que uma proporção relativamente grande de graduados encontrou problemas de coordenação com os serviços sociais e na realização de visitas domiciliares de idosos



Quadro 6 - Resultados (continuação)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Treinamentos</b>				
Sepucha et al. (47)	Promoting Informed Decisions About Colorectal Cancer Screening in Older Adults (PRIMED Study): a Physician Cluster Randomized Trial	Promover a tomada de decisão compartilhada (TDC) quanto ao rastreamento do câncer colorretal em idosos	Treinamento sobre habilidades para a tomada de decisão compartilhada e lembrete eletrônico sobre o rastreamento do câncer colorretal em idosos. Os médicos do grupo da intervenção concluíram um curso on-line de 2 horas sobre habilidades para a tomada de decisão compartilhada e receberam um lembrete eletrônico sobre os pacientes elegíveis para o rastreamento pouco antes da consulta. O grupo de comparação recebeu apenas lembretes. O treinamento online incluiu estudos de caso e exercícios interativos para simular conversas com pacientes idosos sobre testes de rastreio. O curso incorporou recursos que demonstraram melhorar a eficácia da educação médica continuada. Os participantes também receberam recursos para usar ao longo do estudo, incluindo uma planilha de educação voltada para o paciente. Eles também tinham a possibilidade de enviar seus casos e obter <i>feedback</i> dos investigadores do estudo e uma oportunidade de concluir uma interação adicional simulada com o paciente por telefone para praticar habilidades. Cinco boletins informativos por e-mail foram enviados aos médicos do braço de intervenção (cerca de um por trimestre) resumindo os pontos-chaves dos casos desafiadores que foram enviados pelos médicos participantes.	Os médicos do grupo de intervenção estavam mais propensos a perguntar aos pacientes sobre suas preferências e discutir exames com base na análise das fezes. A intervenção pareceu particularmente eficaz em melhorar a decisão compartilhada com pacientes mais velhos, do sexo masculino, sem pólipos anteriores ou história familiar de câncer colorretal e atendidos por médicos com menos anos de experiência. Não houve diferença significativa no nível de conhecimento dos pacientes ou satisfação com a consulta entre os 2 grupos de pesquisa. A maioria dos pacientes em ambos os grupos relatou que a triagem foi discutida durante a visita. Em geral a pontuação baixa no item decisão compartilhada também pode ser devida às conversas muito breves, já que a maioria relatou menos de 5 minutos discutindo o rastreamento. Pode ser necessário envolver outros membros da equipe de cuidados ou usar ferramentas como auxílios à decisão do paciente para obter melhores resultados. O treinamento e os lembretes testados foram úteis, mas não suficientes; ainda há espaço substancial para melhorias na implementação da decisão compartilhada.

Quadro 6 - Resultados (conclusão)

Referências	Título do artigo	Objetivos do estudo		Principais resultados das técnicas / treinamentos; observações / recomendações
<b>Treinamentos</b>				
Hafid et al. (52)	Advance care planning conversations in primary care: a quality improvement project using the Serious Illness Care Program	Implementar o planejamento antecipado de cuidados (PAC) por meio de sessões de treinamento adaptadas do Programa de Cuidados a Doenças Graves (PCDG) e entender as percepções do profissional de atenção primária sobre a implementação do PAC na prática.	Durante 3 meses médicos, equipe de enfermagem e assistentes sociais foram convidados para três sessões de treinamento. Esse treinamento teve como base o Serious Illness Care Program (SICP), intervenção de comunicação desenvolvida para identificar pacientes oncológicos com alto risco de morte no próximo ano e para treinar oncologistas em conversas sobre PAC, usando um programa estruturado o Serious Illness Conversation Guide (SICG). O que inclui discussões em grupo sobre os princípios da comunicação em doenças graves, seguidas de conversas simuladas com pacientes padronizados usando e recebimento de observação em tempo real e <i>feedback</i> dos treinadores. Após a conclusão, os participantes foram solicitados a preencher pesquisas de autoavaliação pré e pós-treinamento usando respostas da escala Likert (1 = Nada habilidoso, 5 = Extremamente habilidoso) para avaliar sua percepção de suas habilidades.	No geral, os participantes avaliaram as oficinas de treinamento como altamente eficazes para melhorar suas habilidades e confiança em ter conversas sobre PAC na atenção primária. Também se observou alta confiança e disposição em realizar o PAC, mas baixas taxas de conclusão, o que combina com outras pesquisas. Isso pode ser atribuído aos desafios logísticos levantados pelos médicos, como agendas clínicas lotadas, que podem resultar em taxas de conversação PAC mais baixas, apesar da alta confiança. Nossas descobertas de que agendas clínicas lotadas são percebidas como uma barreira para os médicos complementam a literatura existente sobre a implementação do PAC.

Fonte: A autora, 2023.