

UFRRJ

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO

**TECNOLOGIAS LEVES NA COMUNICAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE: A PERSPECTIVA DE MÉDICAS
RESIDENTES EM UM HOSPITAL FEDERAL DO RIO DE
JANEIRO**

THYANNE DE LIMA SANTOS

2025



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**TECNOLOGIAS LEVES NA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A
PERSPECTIVA DE MÉDICAS RESIDENTES EM UM HOSPITAL
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

THYANNE DE LIMA SANTOS

Sob a orientação da professora
Dr^a Lilian Maria Borges

Projeto de dissertação submetido como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre**, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia.

Seropédica, RJ
Agosto de 2025

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237t Santos, Thyanne de Lima Santos, 1983-
Tecnologias leves na comunicação médico-paciente: a
perspectiva de médicas residentes em um hospital
federal do Rio de Janeiro / Thyanne de Lima Santos
Santos. - Seropédica, 2025.
116 f.

Orientadora: Lilian Maria Borges.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, PPGPSI, 2025.

1. Psicologia Hospitalar. 2. Relação Médico
Paciente. 3. Habilidades Sociais. 4. Humanização da
Assistência. 5. Hospital Federal. I. Borges, Lilian
Maria, 1971-, orient. II Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro. PPGPSI III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

THYANNE DE LIMA SANTOS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de concentração Psicologia.

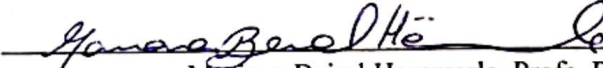
DISSERTAÇÃO APROVADA EM 29/08/2025

Documento assinado digitalmente
 LILIAN MARIA BORGES
Data: 29/08/2025 14:43:55-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Lilian Maria Borges. Profa. Dra. UFRRJ (Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 ANA CLAUDIA DE AZEVEDO PEIXOTO
Data: 15/09/2025 17:22:21-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Ana Claudia De Azevedo Peixoto. Profa. Dra. UFRRJ


Mariana Beiral Hammerle. Profa. Dra. ~~UFRRJ~~ UNIRIO

Documento assinado digitalmente
 HUGO BRAZ MARQUES
Data: 10/09/2025 14:16:44-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Hugo Braz Marques. Prof. Dr. HFI

Documento assinado digitalmente
 LUCIANA PEREIRA DA SILVA
Data: 15/09/2025 18:10:49-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Luciana Pereira Da Silva. Profa. Dra. HFI

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pacientes, que me fazem enxergar diariamente que o cuidado precisa ser cada vez mais fino e afinado, direcionado de maneira altera a cada ser humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amparo em todo o processo, pelo requinte de cuidado e generosidade comigo.

A minha família que esteve ao meu lado me acalmando e motivando.

A minha filha, Angie, pela paciência e resiliência em permanecer junto.

A equipe de Psicologia do HFI, Luciana e Maria, que me acolheram e me nutriram de ensinamentos para que eu pudesse chegar até aqui.

A minha orientadora, Lilian, pela compaixão e direcionamento.

A minha raiva que sempre é motivadora de produção criativa e esperançosa na mudança.

À CAPES, pelo financiamento da pesquisa. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

SANTOS, Thyanne de Lima, Tecnologias leves na comunicação médico-paciente: a perspectiva de médicas residentes em um hospital federal do Rio de Janeiro. 2025. 116p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2025.

As habilidades de comunicação, compreensão empática e acolhimento constituem fatores essenciais para a integralidade do cuidado e para a qualidade da atenção oferecida pelos profissionais aos usuários dos serviços de saúde. Esta pesquisa objetivou compreender a percepção de residentes médicas acerca dos desafios da comunicação no cotidiano hospitalar, bem como investigar seus repertórios de habilidades interpessoais no atendimento a pacientes e seus acompanhantes. Para tanto, foi desenvolvido um estudo de caso múltiplo com duas médicas inseridas no programa de residência de um hospital da rede federal situado no município do Rio de Janeiro. Foram aplicados questionários autoadministrados, bem como foram realizados dois encontros individuais com cada uma das participantes, relativos à entrevista semiestruturada e à discussão de dois casos clínicos, em busca de conhecer suas percepções, saberes e práticas acerca dos processos de comunicação no contexto institucional. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin e organizados em três eixos temáticos: comunicação com usuários/familiares, incluindo importância atribuída e desafios percebidos; habilidades interpessoais na prática hospitalar, incluindo formação/capacitação e autoavaliação do próprio repertório; e comunicação de más notícias, incluindo impactos nas profissionais e reações dos pacientes. Encontrou-se categorias referentes a desafios relacionados à gestão (abuso de hierarquias, assédio moral), aos serviços (pressão por produtividade, sobrecarga de atividades e tempo limitado), aos usuários (resistências, baixa escolaridade, crenças religiosas) e às próprias profissionais (despreparo técnico, exaustão emocional, dosagem do vínculo). As residentes haviam tido pouco contato com o tema da comunicação médico-paciente na formação inicial, mas avaliaram de modo positivo suas habilidades sociais e comunicativas, apontando algumas dificuldades sobretudo em relação a clareza na realização de orientações e a regulação emocional. Na comunicação de más notícias, obteve-se categorias relacionadas ao impacto de comunicar a notícia difícil nas médicas (autoidentificação, autoculpabilização, empatia e desconforto frente a juventude de alguns usuários) e ao manejo de reações dos pacientes e familiares (raiva, questionamentos e imprevisibilidade emocional). Espera-se que os dados gerados por estudos como este possam subsidiar ações de educação profissional capazes de colaborar para uma maior humanização dos serviços no âmbito hospitalar, ampliando o alcance das tecnologias leves no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, Relação Médico-Paciente, Habilidades Sociais, Humanização da Assistência, Hospital Federal.

ABSTRACT

SANTOS, Thyanne de Lima, Soft Technologies in Doctor-Patient Communication: The Perspective of Medical Residents. 2025. 116p. Dissertation (Master's in Psychology). Institute of Psychology, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2025.

Communication skills, empathic understanding, and welcoming attitudes are essential factors for comprehensive care and the quality of care provided by professionals to healthcare users. This research aimed to understand medical residents' perceptions of the challenges of communication in daily hospital life, as well as to investigate their repertoire of interpersonal skills when caring for patients and their caregivers. To this end, a multiple case study was conducted with two female physicians enrolled in the residency program at a federal hospital in the city of Rio de Janeiro. Self-administered questionnaires were applied, and two individual meetings were held with each participant, involving semi-structured interviews and discussions of two clinical cases. The aim was to gain insight into their perceptions, knowledge, and practices regarding communication processes in the institutional context. The data were subjected to Bardin Content Analysis and organized into three thematic areas: communication with patients/families, including the importance attributed and perceived challenges; interpersonal skills in hospital practice, including training/qualification and self-assessment of one's own repertoire; and delivering bad news, including its impact on professionals and patient reactions. Categories were identified based on challenges related to management (abuse of hierarchies, moral harassment), services (pressure for productivity, work overload, and limited time), patients (resistance, low educational level, religious beliefs), and the professionals themselves (technical unpreparedness, emotional exhaustion, and lack of bonding). The residents had little exposure to doctor-patient communication during their initial training, but they evaluated their social and communication skills positively, noting some difficulties, particularly regarding clarity in providing guidance and emotional regulation. Regarding the delivery of bad news, categories related to the impact of breaking difficult news on doctors (self-identification, self-blame, empathy, and discomfort with the youth of some patients) and the management of patient and family reactions (anger, questioning, and emotional unpredictability) were identified. It is hoped that the data generated by studies like this can inform professional education initiatives capable of contributing to the greater humanization of hospital services, expanding the reach of soft technologies in healthcare.

Keywords: Hospital Psychology, Doctor-Patient Relationship, Social Skills, Humanization of Care, Federal Hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Análise Categorical

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

APSI – Área da Psicologia

CC – Construção de Categorias

CEP – Conselho de Ética e Pesquisa

CP – Condições de Produção

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

CTU – Contrato Temporário da União

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENARE – Exame Nacional de Residência

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MEC – Ministério da Educação

PNH – Política Nacional de Humanização

R1 – Residente de Primeiro Ano

R2 – Residente de Segundo Ano

R3 – Residente de Terceiro Ano

SUS – Sistema Único de Saúde

SPIKES – Setting up; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy e Summary

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UC – Unidades de Contexto

UR – Unidades de Registro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5.
1. INTRODUÇÃO	8.
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12.
2.1 As tecnologias leves na produção do cuidado em saúde.....	12.
2.2 A comunicação como tecnologia leve: importância e benefícios na área da saúde	14.
2.3 As habilidades interpessoais nos cuidados em saúde	17.
2.4 A comunicação médico-paciente e suas implicações práticas	22.
2.5 Comunicação de más notícias: desafio para a formação e práticas médicas	26.
3. MÉTODO.....	30.
3.1 Participantes.....	31.
3.2 Contexto de Coleta de Dados.....	32.
3.3 Instrumentos.....	34.
3.4 Cuidados Éticos.....	36.
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados.....	37.
3.6 Análise de Dados.....	39.
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41.
4.1 Apresentação das participantes.....	41.
4.2 A comunicação médico-paciente/família: percepções e vivências.....	42.
4.3 Desafios na comunicação do médico com usuários e familiares.....	44.

4.4 Habilidades interpessoais na atuação hospitalar.....	63.
4.5 Comunicação de más notícias.....	70.
4.6 Avaliação de processo da pesquisa.....	78.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81.
-------------------------------------	------------

REFERÊNCIAS.....	83.
-------------------------	------------

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93.
---	-----

APÊNDICE B - Termo de Autorização de Gravação de Imagem e Voz	97.
---	-----

APÊNDICE C - Formulário para Manifestação de Interesse de Participação na Pesquisa...	99.
---	-----

APÊNDICE D - Questionário para Levantamento de Dados Socioprofissionais	100.
---	------

APÊNDICE E - Questionário para Autoavaliação de Habilidades Sociais	101.
---	------

APÊNDICE F - Roteiro de Entrevistas	105.
---	------

APÊNDICE G - Roteiro Para Discussão de Caso Clínico	106.
---	------

APÊNDICE H - Formulário para Avaliação de Participação na Pesquisa	108.
--	------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Passos da coleta de dados conforme planejamento.....	39.
Quadro 2 — Categorias relacionadas a percepção das participantes acerca dos desafios e dificuldades na comunicação médico-paciente/familiares.....	44.
Quadro 3 — Itens com menores avaliações no formulário de autoavaliação de habilidades interpessoais e categorias associadas.....	65.
Quadro 4 — Aspectos melhor avaliados pelas residentes no formulário de autoavaliação de habilidades sociais.....	66.
Quadro 5 — Efeito da comunicação de más-notícias.....	72.
Quadro 6 — Avaliação das participantes na pesquisa.....	80.

APRESENTAÇÃO

Meu contato com a Psicologia Hospitalar teve início em 2016, quando assumi a função de estagiária em um Hospital Federal situado no Rio de Janeiro, vinculado ao Ministério da Saúde. Ao longo de dois anos, pude aprender sobre a prática profissional nesta instituição, até concluir a graduação em 2018, ano em que novos Contratos Temporários da União (CTU) foram abertos para a unidade hospitalar e pude retornar como psicóloga.

Após o início das atividades, como parte do corpo de *staffs* do hospital, busquei pela especialização em Psicologia Hospitalar, visando ampliar meu arsenal de conhecimentos teóricos e técnicos. Além deste objetivo, também busquei esta especialização para contribuir, de forma mais efetiva, aos inúmeros desafios encontrados no cotidiano dos atendimentos.

Nesse novo momento de formação profissional, ampliei o meu olhar, interesse e curiosidade pelas “*soft skills*”, conhecidas como habilidades inter-relacionais ou “tecnologias leves” no campo da saúde. O estudo desta temática no curso de especialização, aliado à minha prática clínica no ambiente hospitalar, fomentou em mim a observação e o estímulo de ações para o desenvolvimento de tais habilidades na equipe multiprofissional. Desta forma pude aprofundar meus questionamentos e reflexões a respeito.

Como integrante do Serviço de Psicologia, senti-me motivada para prosseguir meus estudos no mestrado, onde busquei crescimento pessoal e teórico, também pretendendo colaborar para a construção de novos saberes acerca das tecnologias leves.

As *soft skills* ou tecnologias leves (serão tratadas como sinônimos nesta dissertação) são ferramentas que se mostram relevantes para a produção de um cuidado humanizado e compassivo frente às dores humanas. Interessei-me em saber como elas afetam o desenvolvimento e a eficácia do trabalho realizado na instituição hospitalar, bem como de que maneira o psicólogo pode contribuir para a aquisição e o fortalecimento de ações desta natureza no repertório técnico dos demais profissionais da saúde.

O Serviço de Psicologia do hospital em questão, tem uma proposta de suporte aos residentes que favorece o vínculo destes com o referido serviço, como um continente de amparo para diversas dificuldades no enfrentamento do “se fazer médico”. A cada turma de novos profissionais, o propósito é que recebam e levem um pouco mais quanto ao que

entende-se como humanização da assistência hospitalar. O relato, via Instagram, da filha de um paciente exemplifica a construção do cuidado que preza pela humanização da atenção:

Vocês fizeram de tudo que estava ao alcance de vocês pra dar o máximo de conforto pro meu pai e vi ali que vocês fizeram tudo não só por serem bons profissionais, mas também por amor! Nunca pensei em viver aqueles momentos que vivi! Momentos tristes, dolorosos e muito intensos, mas seria pior se não fossem com vocês. Obrigada pelo apoio! **Obrigada por saberem falar** e agir nos momentos certos! (...) **Obrigada pelo cuidado** comigo! Obrigada **por realizar um pedido** do meu pai e **obrigada pelas palavras** tão sábias!

Queria poder te dar um abraço forte de gratidão! E tentar de alguma forma agradecer a todos, mas por mais que eu pense não conseguirei fazer nada pra retribuir o quanto você, a L, o G, a equipe de enfermagem e a dr L foram especiais na minha vida e na dele! Obrigada! Obrigada mesmo! Esse hospital fez toda a diferença nesse processo! Obrigada! Para sempre lembrarei de vocês na minha vida (ênfases nossas)!

A minha atuação nas enfermarias junto às equipes multiprofissionais, principalmente aos médicos, aproximou-me dos residentes e tornou possível a observação de seus comportamentos frente a momentos desafiadores da interação com pacientes e familiares, com vistas, por exemplo, à comunicação de más notícias e a esclarecimentos quanto às etapas de tratamento.

No convívio com os médicos residentes, observei dificuldades para um melhor exercício da comunicação, o que, muitas vezes, ocorre mais em decorrência de déficits em habilidades sociais do que de questões contextuais, como limitação de tempo e espaço físico. Desse modo, a comunicação, o manejo e o cuidado são frequentemente “atropelados”, deixando o paciente sem a compreensão adequada do que foi dito e/ou em extremo desconforto. Enquanto psicóloga, o meu papel também está em mediar essas relações, colaborando para promover o cuidado tanto para profissionais quanto para usuários.

Acredito que, no âmbito hospitalar, o profissional de psicologia atenta-se às subjetividades, escuta ativa e percepção treinada. É capaz de identificar em qual momento e sobre quais aspectos suas intervenções podem contribuir para garantir uma melhor performance da equipe multiprofissional, favorecendo a qualidade do serviço prestado.

Em consultas conjuntas com os médicos residentes, pude constatar que a mediação de psicóloga/os na comunicação facilita a assertividade destes profissionais e a compreensão dos pacientes sobre o que é dito. Nessas ocasiões, seja em comunicação individual ou em conferência familiar, tanto os residentes quanto os familiares/pacientes se mostram mais seguros para perguntar, responder e expressar emoções. Na checagem da

compreensão do que se pretendeu comunicar, que é uma ação de praxe do psicólogo nesta tarefa mediadora, também percebo que o entendimento e a colaboração se dão de melhor forma com o apoio deste profissional.

A minha atuação psicológica junto aos residentes no cotidiano institucional busca auxiliá-los através do ensino e da modelação, quando, no atendimento conjunto, contribuindo com falas e comportamentos que complementam a ação educativa. É possível através da prática conjunta, potencializar a qualidade da comunicação e favorecer a ampliação ou fortalecimento de repertórios no que concerne às tecnologias leves.

Assim, as dificuldades por mim observadas nos padrões de comunicação entre médicos e pacientes/familiares no cotidiano de trabalho serviram de motivação para a proposição e desenvolvimento desta pesquisa frente ao desejo de melhor conhecer essa realidade com base em observações, entrevistas e análises qualitativas. Essa dissertação objetiva também, favorecer o planejamento e a implementação de intervenções adaptadas ao contexto hospitalar, voltadas ao desenvolvimento de habilidades inter-relacionais em residentes.

1. INTRODUÇÃO

Nas avaliações dos serviços de saúde brasileiros, as habilidades de comunicação, compreensão empática e acolhimento dos profissionais frequentemente aparecem como fator crítico para a qualificação da atenção recebida pelas pessoas atendidas. As conjunturas psicossociais experienciadas pelos usuários influenciam as condições de saúde e os processos de adoecimento. No entanto, os aspectos psicossociais são muitas vezes desconsiderados nos planos assistenciais e na conduta de membros das equipes de saúde, dificultando respostas claras e efetivas (Brasil, 2001).

É oportuno nos apoiarmos nas considerações de Franco e Merhy (2013), sobre a produção do cuidado em saúde. Segundo os autores, o cuidado comumente se vale de um “trabalho morto”, centrado nas chamadas “tecnologias duras” relativas a exames, diagnósticos e tratamentos. Em contraponto, um “trabalho vivo em ato”, como defendem os autores, deve ter uma composição técnica centrada nas chamadas “tecnologias leves”. Estas se referem a um conjunto de habilidades relacionais, de acolhimento e produção de desejo empregadas como tecnologias de cuidado. Com base nisso, podemos considerar que um trabalho “morto” negligencia a dimensão humana.

A humanização surge como um objetivo desafiante para o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (Brasil, 2001). O tema na pauta e agenda do evento apresentou um novo desafio-problema: quais práticas sustentariam a renovação do SUS e poderiam ser apontadas como humanizadas? Um atendimento de qualidade no hospital, conforme esclareceu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 2001, deveria atender a três dimensões: *“a humanização do atendimento ao usuário; a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde, e o atendimento da instituição hospitalar em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas”* (Brasil, 2001, p. 50).

Para além do ambiente hospitalar, em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH). Como uma política transversal, visa efetivar os princípios do SUS no cotidiano de todas as práticas de atenção e gestão, de modo a produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar (Brasil, 2003). Nas diretrizes da PNH, o acolhimento constitui uma das referências ético-estético-políticas, o qual é assim descrito:

Refere-se a um compromisso coletivo em cultivar os vínculos de maneira responsável, reconhecendo e incluindo diferenças, estimulando a coprodução de autonomia e a valorização da vida em todos os encontros

produzidos nos serviços de saúde. É claro que acolher refere-se à maneira como recebemos as pessoas nos serviços e como incluimos suas demandas e necessidades. Mas antes e além disso, acolher diz respeito ao modo de relação, de produzir encontros (Brasil, 2011. p. 56).

Ao tomar a tarefa de humanizar práticas de gestão e cuidado, o SUS afirma a humanização como um valor do cuidado. Defende uma nova ética, que reconhece os diferentes interesses, desejos e necessidades das pessoas, de forma a incluí-las, atribuindo corresponsabilidade. Para tanto, estimula a existência de relações mais democráticas e colaborativas, com planos comuns e processos de negociação regidos pelo diálogo (Brasil, 2011).

No âmbito dos esforços para humanização no SUS, os profissionais de saúde - compreendidos como todos que trabalham na instituição de saúde, do porteiro ao cirurgião - são colocados em evidência em termos de seus direitos, deveres, atuação, formação e capacitação. As estratégias de humanização são defendidas como estratégias de gestão do processo de trabalho e do sistema de saúde. Profissionais aptos para a atenção à saúde humanizada são profissionais que têm espaço para se implicarem ativamente na avaliação e gestão dos serviços onde trabalham; que dispõem de recursos para atender às suas demandas de trabalho; e que são respeitados enquanto trabalhadores e pessoas, recebendo também uma escuta ativa (Brasil, 2001).

Como um valor complementar aos aspectos técnicos e científicos da saúde, a humanização não se implementa apenas a partir da disposição dos profissionais, mas sobretudo a partir da participação dos usuários e do controle social através da comunidade organizada. Também inclui a aplicação de critérios e métodos sistemáticos que permitam, para todos os envolvidos, uma avaliação crítica, participativa e constante (Brasil, 2001).

Por conseguinte, a qualidade dos atendimentos em saúde não pode ser tomada somente pela avaliação de competências técnicas, mas também, e com igual importância, precisa levar em conta as interações de profissionais com os usuários e entre si (Brasil, 2001). De fato, espera-se que o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico na área da saúde seja acompanhado de uma boa qualidade no que se refere aos aspectos relacionais, de acolhimento e comunicação. Como ressalta Sato (2024), as trocas entre as pessoas não devem ser automatizadas, posto que desenvolver conexão demanda doação e empatia, sobretudo quando importa compor vínculos.

Compreende-se que as tecnologias leves podem ser aprendidas ou aperfeiçoadas e, assim, tornar mais efetivo o cuidado para todos os sujeitos envolvidos. O pressuposto é de

que a formação de trabalhadores da saúde não depende apenas do domínio técnico-científico, de modo que professores e estudantes podem “*aprender e ensinar aspectos para além das técnicas, aspectos como se importar e se colocar no lugar do outro*” (Fortuna *et al.*, 2011, p. 1697).

Mudanças na rotina hospitalar requerem esforços que podem se ancorar nas percepções e necessidades dos atores sociais envolvidos. Em diálogo, os profissionais da saúde, podem ser motivados e auxiliados na melhoria de sua performance e na compreensão da subjetividade dos pacientes frente ao adoecimento, para além das necessidades de intervenções técnicas no corpo.

Por conseguinte, considera-se a comunicação como um elemento chave para a relação médico-paciente-família e suas falhas um dos principais tópicos de insatisfação dos pacientes. Acredita-se que diagnosticar as dificuldades de médicos residentes favorece a construção de propostas de qualificação em serviço capazes de atenuar problemas na área.

Esta dissertação busca ajudar a compreender como o uso das habilidades sociais-interpessoais de comunicação e escuta ativa podem influenciar positivamente a qualidade da assistência médica hospitalar, colaborando para o exercício do cuidado na acepção verdadeira do termo. Em linhas gerais, a expectativa é que, na integração entre pesquisa e prática, os conhecimentos gerados colaborem para o fortalecimento das iniciativas de humanização dos serviços. Segundo Frutuoso *et al.* (2020):

Tomar o desafiador papel do SUS como formador em saúde e a perspectiva de considerar a pesquisa como princípio educativo na direção formativa/interventiva, nos permite, então, ampliar o sentido das investigações em saúde para além da instrumentalidade e colocá-las em uma permanente reflexão quanto aos seus enunciados, criando novos problemas e práticas de investigação (p. 11).

Reforça-se, portanto, a necessidade de formação e apoio para os profissionais, a partir da avaliação crítica do que seria um melhor fazer nas ações de cuidado. Desse modo, por meio de um processo de escuta a médicas residentes acerca de suas expectativas e dificuldades, objetivou-se conhecer aspectos que favoreçam a proposição de estratégias de formação em serviço voltadas para o manejo de emoções e o desenvolvimento de habilidades inter-relacionais com vistas a melhorar a qualidade do atendimento hospitalar.

Caponero (2015) enfatiza a necessidade de se considerar o médico como instrumento terapêutico para que se avalie os efeitos - ainda pouco estudados - das suas

habilidades de comunicação, sobretudo quando se trata de atendimento a pacientes fragilizados não só pela doença, mas também pelo medo e outras emoções.

O objetivo geral do estudo consistiu em investigar os repertórios de habilidades interpessoais de profissionais médicas em processo de residência em um hospital público frente às demandas e aos desafios por elas percebidos na comunicação com os usuários e seus acompanhantes no cotidiano institucional. Os objetivos específicos traçados foram os seguintes: (1) identificar desafios vivenciados na comunicação profissional-paciente mediante o relato de médicas residentes e (2) analisar os fatores relacionados a estes desafios; e, conhecer concepções e práticas das residentes participantes no que concerne às habilidades interpessoais que considerem necessárias para uma adequada comunicação com usuários e familiares por elas atendidos.

O foco de investigação recaiu sobre médicas, em período de residência, Residentes são profissionais com funções primordiais no contexto hospitalar, responsáveis por lidar direta e cotidianamente com pacientes e familiares na busca por diagnosticar agravos e por indicar e promover diferentes tipos de tratamento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As tecnologias leves na produção do cuidado em saúde

Os modelos assistenciais em saúde, segundo Merhy e Franco (2003), são organizados segundo um arranjo de saberes, e empregam processos e tecnologias em modos de agir e de produzir cuidado. Nesse sentido, entende-se que a assistência aos pacientes requer o adequado uso de recursos tecnológicos, para a obtenção dos resultados terapêuticos desejados, a recuperação clínica ou o controle de agravos à saúde.

De acordo com Merhy (2014d), as tecnologias incluem *“certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana”* (p. 44-45). Para esse autor, as tecnologias podem ser classificadas como duras, leve-duras ou leves. Quando há predominância do uso de ferramentas e procedimentos técnico-científicos, denominam-se tecnologias duras, quando se referem a saberes institucionalizados e estruturados, tecnologias leve-duras. E quando se utilizam habilidades relacionais implicadas na gestão, produção e no ato do cuidado, tecnologias leves.

Em linhas gerais, as tecnologias duras são aquelas apresentadas a partir dos equipamentos necessários aos exames e diagnósticos médicos, enquanto as leves dizem respeito às tecnologias voltadas às práticas relacionais utilizadas por cada técnico e especialista, como acolhimento, vínculo e autonomização (Minayo, 2011). Sobre as tecnologias leves, Silva *et al.* (2008) afirmam:

Elas são capazes de propiciar o acolhimento necessário para que cliente e profissional de saúde possam se beneficiar deste momento. Considerando a complexidade do ser humano, o sujeito é contextualizado, estando seu estado de saúde dependente das condições ambientais, biológicas, psicológicas, do seu estilo de vida e das instituições em que se opera o cuidado. (Silva *et al.*, 2008, p. 292)

Cabe salientar que as tecnologias duras são a expressão de um *“trabalho morto”*, isto é, que não está implicado temporalmente na produção do cuidado e procedimentos. Há um contraponto com as tecnologias leves, como um *“trabalho vivo em ato”*, este que ocorre de maneira relacional e presente na produção de saúde. Para Merhy (2014d, p. 48), as tecnologias duras não possuem um sentido em si mesmas, *“pois quem torna portadoras dessa intencionalidade racional-instrumental é o trabalho vivo em ato com seu modo tecnológico (seu modelo de produção) de agir e como expressão de certas relações sociais*

e não outras”. É por isso que as tecnologias leves e sua articulação com as demais tecnologias devem ser consideradas, como advoga o autor, um eixo analítico central dos processos de trabalho em saúde.

No âmbito das unidades de saúde, são requeridos diversos tipos de tecnologias para o atendimento às necessidades e demandas apresentadas pelos pacientes que procuram pelos técnicos e especialistas que atuam nesses ambientes. Nesse sentido, o cuidado é produzido no intercâmbio entre tecnologias duras e leves. Se faz necessário considerar os aspectos relacionais da atuação do técnico/especialista, não só quando entra em contato direto com o paciente, mas também quando procede a utilização e leitura das imagens de um equipamento durante um exame ou mostra maestria com instrumentos cirúrgicos. Esse cuidado vivo, subjetivo, que revela a singularidade de cada técnico e especialista pode ser um importante motor na relação com os pacientes que recebem suas intervenções.

Na dinâmica que se dá entre a escuta e a fala, podem surgir novas compreensões sobre o processo de adoecimento do paciente. Voltar a atenção para a compreensão ampliada, favorece um olhar integral e o entendimento do que levou o paciente, naquele momento, à busca das intervenções oferecidas na unidade. Merhy e Franco (2003) afirmam que um trabalho relacional “[...] *reconhece que aquele usuário além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser olhado*” (p. 319). Quando isto ocorre, promove-se o cuidado ampliado ao indivíduo.

Para Merhy (2014b), a promoção de saúde e a cura das doenças não são o principal objeto do campo da saúde, mas sim o processo de cuidar, através do qual esses objetivos se tornam passíveis de serem atingidos. Partindo desse pressuposto, cabe considerar que a lógica da produção do cuidado deve ser sempre a mais “viva” possível, não operando totalmente como trabalho morto.

Nesse sentido, a análise das configurações tecnológicas dos processos produtivos em saúde pode desvelar dinâmicas de captura entre o trabalho vivo e o trabalho morto, mostrando o caráter mais geral da produção do cuidado em um dado contexto (Merhy, 2014d). No caso da relação médico-paciente, isso pode significar analisar se os procedimentos e o jargão técnico estão acima da escuta, da troca recíproca e da promoção de autonomia, por exemplo.

2.2 A comunicação como tecnologia leve: importância e benefícios na área da saúde

A comunicação constitui uma tecnologia que pode ser classificada de maneira leve-dura ou leve. Isto é, pode ser apoiada por protocolos e por um saber estruturado ou se apoiar principalmente no encontro de subjetividades e nas habilidades relacionais dos profissionais de saúde. A comunicação não tem sentido sem que sua dimensão leve, viva e humanizada esteja em evidência e, sendo intrínseca ao ser humano, permeia todas as suas ações, clarificando aquilo que deseja ser transmitido. Perdicaris e Silva (2008) lembram que a comunicação não deve ser um processo automático, mas que deve ser considerada enquanto técnica:

Tempo oportuno, percepção rápida, senso crítico, compreensão fácil, utilidade imediata são atributos indispensáveis em qualquer contexto, e, num meio pragmático e hostil como o da doença, não há espaço para a falta de qualidade na argumentação ou na contra-argumentação desenvolvida no diálogo dos envolvidos (Perdicaris; Silva, 2008. p. 407).

Pode-se definir a comunicação como a tecnologia das trocas entre indivíduos em que as mensagens emitidas e recebidas são partilhadas por seu significado, compreensão, percepção, ideias e propósito (Andrade; Costa; Lopes, 2013).

Trata-se, pois, de um aspecto fundamental para intermediar as relações humanas, promover a sustentabilidade e a consolidação da autonomia, diante das perspectivas individuais, e traduz-se como um elemento diagnóstico e terapêutico, capaz de identificar demandas assistenciais e acolher terapêuticamente, proporcionando fortes vínculos (Andrade *et al.*, 2013, p. 2524)

Aprofundando a noção da comunicação como uma importante tecnologia no trabalho em saúde, compreende-se que as trocas envolvidas no ato de comunicar dão o tom das relações possíveis no “*espaço relacional trabalhador-usuário*”. Teixeira (1996) afirma que parte importante da insatisfação dos pacientes gira em torno das ações inter-relacionais dos técnicos e especialistas, no que se refere aos seus déficits em habilidades de comunicação.

Nas atitudes em relação à comunicação, verifica-se com certa frequência que os técnicos de saúde não encorajam facilmente os utentes a fazerem perguntas, o que pode resultar em dificuldades de obtenção de toda a informação pertinente relacionada com o motivo de consulta, por exemplo, e esse não encorajamento pode relacionar-se com dificuldade em escutar. (Teixeira, 1996, p 136)

De acordo com Sato (2024, p. 15), uma das melhores definições para este tipo de comunicação consiste em “*manter a humanidade mesmo em condições adversas, sendo um*

modo de focar a atenção no nosso interlocutor, independentemente do grau de animosidade presente naquele momento”. A clareza quanto à observação dos sentimentos e necessidades do outro é uma das características da Comunicação Não Violenta, que promove a empatia e o desejo pela colaboração no processo de produção da saúde (Rosenberg, 2006).

Sato (2024, p.16-18) apresenta quatro pilares para uma Comunicação Não Violenta em saúde, que seriam: (1) Observação: *“desenvolver a capacidade de observar uma situação sem julgamento”*; (2) Sentimentos: *“perceber como nos sentimos em relação a situação”*; (3) Necessidades: *“reconhecer quais as necessidades que competem a nós, que estão conectadas de alguma forma aos próprios sentimentos”*; e (4) Pedidos: *“expressar os pedidos em ações concretas para realizá-los”*.

Já Rosenberg (2006) aponta para a compaixão como mobilizadora importante da comunicação. Para o autor, o bloqueio da compaixão implica no uso de uma *“comunicação alienante da vida”*, que fere as pessoas envolvidas através de julgamentos moralizadores, comparações e exigências que desresponsabilizam os sujeitos por seus próprios sentimentos e ações. Nessa direção, Arantes (2024, p. 110) ressalta que, no cuidado de uma pessoa doente, é necessário o desenvolvimento de uma *“comunicação compassiva”* e destaca alguns passos que auxiliam no resgate do sentimento de compaixão, que, segundo ela, é inerente aos seres humanos: (1) *“Ter consciência de quem somos e do que sentimos”*; (2) *“criar um espaço de conexão”*; e (3) *“assumir internamente o compromisso de ajudar.”*

Caponero (2015, p. 87) situa a escuta no centro da comunicação, já que *“só assim percebemos como nosso interlocutor enquadra o mundo, quais são seus recursos comunicativos e seus referenciais semânticos”*. O autor aponta três etapas para um processo eficaz de comunicação: expressão, esclarecimento e validação da mensagem. Assim, considerando o alto impacto da comunicação em momentos-chave, afirma:

A comunicação efetiva deve contar com expressão (transmissão da informação), esclarecimento (compreensão de raciocínio, ideia, postura, gesto ou comportamento) ou validação do entendimento de algo (verificar se a compreensão está correta e se nos fizemos entender) (Caponero, 2015, p. 80)

Andrade *et al.* (2013) também ressaltam a importância da escuta no processo comunicacional, pois torna possível ao profissional melhor auxiliar o paciente em suas questões emocionais e estimular o engajamento em seus tratamentos.

Vale salientar que uma das principais habilidades de comunicação necessária aos profissionais da saúde é a escuta, que deve ser atenta e reflexiva, para que o profissional possa identificar as reais necessidades dos pacientes. Mostrar-se disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira eficaz de ajudá-lo emocional e espiritualmente (p. 2527).

De acordo com Sato (2024) *“a comunicação de forma clara, simples e adulta nos possibilita diálogos leves, e o respeito pela individualidade do nosso interlocutor”* (p. 19). É importante mencionar que a boa comunicação atende ao interesse do paciente de saber sobre a sua situação, bem como o interesse dos profissionais de garantir a adesão ao tratamento, já que a adesão é promovida também pela satisfação com o atendimento e pela compreensão do que ocorre, o que favorece a tomada de responsabilidade (Caponero, 2015). Nesse sentido, Teixeira (1996) argumenta que níveis baixos de adesão podem ser prevenidos pela utilização de estratégias adequadas de comunicação.

A comunicação pode ter um duplo desempenho, tanto de acolhimento quanto de intensificação do sofrimento e, para Caponero (2015), esse aspecto deve ser considerado em todas as intervenções do médico como tão importantes quanto os demais recursos terapêuticos. Podemos ilustrar isso com a afirmação de Arantes (2024, p. 108) de que *“para expor a realidade é preciso muita atenção e cuidado, porque a verdade é remédio e, sendo remédio, tem dose e hora para “ser tomada”*.

Sato (2024) aponta para a exigência como um fator desagregador da comunicação, já que parte de uma inabilidade para expressar nossos pedidos. Nisso, a comunicação não-verbal e a forma como se comunica a mensagem são também aspectos importantes do processo. Uma fala considerada neutra ou acolhedora não atinge seu objetivo se dita de uma maneira desatenta, fora do momento, ou se não for acompanhada de uma postura de amparo. Quanto a isso, Kignel (2005) lembra que a fala e a percepção do outro são atividades conscientes tanto quanto se mover.

Nesse sentido, o desenvolvimento de uma conversa entre médico e doente, ou familiares, faz parte de uma delicada relação, cujo registro inicial pode desencadear uma série de relações balanceadas, pela mistura de medos, ansiedades, ignorância, raiva ou alívio. São “juros” cobrados por vidas não vividas ou por mortes não desejadas (Perdicaris; Silva, 2008. p. 403).

A competência comunicativa envolve um conhecimento mais geral de mensagens verbais e não-verbais envolvidas e uma mensagem que precisa ser transmitida, buscando a compreensão de ambas as partes e partindo de autoconhecimento e respeito mútuos

(Caponero, 2015). A importância da habilidade em comunicação pode se sobrepor ao saber técnico, de forma que só há valor no conhecimento quando este é compartilhado. Desse modo, o conhecimento técnico que adquirimos pode se tornar infrutífero quando não conseguimos compartilhar de maneira clara e objetiva, contribuindo para a sociedade (Sato, 2024).

Vale salientar que a má comunicação não vem somente de uma inabilidade, do uso das tecnologias duras e leve-duras, como procedimentos e no domínio de saberes estruturados, mas também de uma postura de pouca ou nenhuma responsabilização pelo cuidado, que, segundo Merhy (2014b, p. 121), faz com que os usuários se sintam *“inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”*. Kignel (2005, p. 49), cita José Gil (1997), afirmando que *“diante do corpo de alguém queremos ver suas vivências, e que esta visão iria para além do visual ou da imagem que o outro apresenta, um tipo de contato que comunica, ou, como Gil afirma, “mistura substâncias”, implicando conhecimento e afeto.”*

2.3 As habilidades interpessoais nos cuidados em saúde

A assistência em unidades de saúde envolve ações de cuidado consideradas a partir do conceito ampliado de saúde em atenção ao paradigma biopsicossocial. Conforme afirmam Formozo *et al.* (2012), o cuidado é tanto técnico como relacional. Assim, partindo do princípio de que o trabalho em saúde não deve se restringir aos procedimentos operacionais, os autores defendem que *“os atores envolvidos precisam interagir entre si, visando o engajamento necessário para a concretização do verdadeiro ato de cuidar”* (p. 125). Uma limitação do trabalho a ações meramente técnicas, ainda que competentes e terapeuticamente bem-sucedidas, pode ter como consequência um afastamento entre o profissional e a pessoa assistida.

Nessa perspectiva, defende-se a necessidade de que profissionais que atuam em unidades de saúde quaisquer, incluindo as hospitalares, desenvolvam distintas classes de comportamentos sociais que possibilitam a resolução de demandas interpessoais, as quais têm potencial para ajudar no acolhimento do paciente, melhorando a relação terapêutica.

Para Del Prette e Del Prette (2017, p. 24), as habilidades sociais referem-se *“[...] a um constructo descritivo (1) dos comportamentos sociais valorizados em determinada cultura, (2) com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e*

comunidade e (3) que podem contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais”.

Tomando por base à avaliação de resultados e objetivos, considera-se que as habilidades sociais contribuem para a construção da competência social, que é definida, pelos mesmos autores, como “[...] *um constructo avaliativo (1) do desempenho de um indivíduo (pensamentos, sentimentos e ações) em uma tarefa interpessoal (2) que atende aos objetivos do indivíduo e às demandas da situação e cultura, (3) produzindo resultados positivos conforme critérios instrumentais e éticos*” (Del Prette; Del Prette, 2017, p. 37).

Duas habilidades sociais importantes são a empatia e a assertividade. Considera-se aqui a empatia como a capacidade de reconhecer, de maneira não mediada pela palavra ou por processos cognitivos mais complexos, os sentimentos, emoções e ações de outras pessoas, com base nos sinais da linguagem corporal do outro e no mecanismo de espelho comum a todos os seres humanos (Grosseman; Dohms, 2020; Rodrigues, 2015). A assertividade, por sua vez, consiste na habilidade de expressar verbalmente sentimentos com honestidade, de maneira direta e adequada ao contexto, apresentando comportamentos que condizem com o que é dito, de maneira ativa e propositiva de soluções (Caballo, 2008).

Como características da empatia estão os comportamentos e atitudes que envolvem posturas como a manutenção de contato visual, a escuta ativa, a tomada de perspectiva, a expressão de compreensão, a disposição para o apoio e o compartilhamento de sentimentos. Em relação à assertividade, consideram-se a defesa dos próprios direitos e dos de outrem, a manifestação de opiniões, seja por meio da concordância ou discordância, a capacidade de questionamento, a realização e a recusa de pedidos, o manejo das críticas e a comunicação com aqueles que exercem papéis de autoridade.

Quanto às habilidades sociais de comunicação, os comportamentos desejados envolvem aspectos verbais e não verbais, sendo elementos importantes a capacidade de fazer e responder perguntas, bem como de pedir e oferecer feedback. (Del Prette; Del Prette, 2017). Entre as habilidades mais básicas, os autores citam “*observar e descrever comportamentos, relatar interações, fazer e responder perguntas, elogiar*” (p. 31).

No contexto da interação profissional-paciente, Caponero (2015) destaca alguns aspectos que favorecem a comunicação. São eles: a manutenção de um olhar otimista, porém não evitativo de sentimentos negativos; o manejo assertivo e tolerante da agressividade do paciente; uma comunicação cuja mensagem seja clara e acessível,

frisando o que é mais importante; o respeito às diferenças; o pedido de feedback na forma de perguntas como “pode explicar o que você entendeu?”, “como é isso para você?”; o uso do silêncio como ferramenta de ampliação da escuta; e a demonstração clara de interesse pelo que o outro tem a dizer.

A comunicação adequada, de acordo com Da Silva (2005, p. 14), “*é aquela que tenta diminuir conflitos, maus entendidos, e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes*”. Vale ressaltar ainda a importância de que a comunicação em saúde seja regida pelos princípios da bioética - beneficência, autonomia, justiça e não maleficência - em prol da criação ou fortalecimento de vínculos de confiança (Rosa *et al.*, 2018). Pereira (2014, p. 137) afirma que “*esta relação tem como principal consequência positiva o acolhimento do paciente de forma mais humana, fazendo este se sentir mais protegido e amparado em seu momento de vulnerabilidade*”.

A função da comunicação é, sobretudo, fazer com que o outro entenda. Portanto, enquanto o paciente não compreender, a comunicação não terá sido efetivada. Nesse sentido, Pereira (2020, p. 129) enfatiza ser “*necessário que o profissional saiba traduzir o conhecimento técnico de sua especialidade para uma linguagem mais acessível, visto que, muitas vezes, o paciente não terá o conhecimento para entender este tipo de linguagem científica*”. Segundo Colares (2014), a utilização de palavras claras e simples no momento de explicar as questões referentes ao diagnóstico, ao prognóstico ou às ações terapêuticas e a confirmação da compreensão do paciente são de extrema importância para o bom andamento do tratamento, ajudando a atenuar a mobilização emocional.

Para Sato (2024, p. 25), as ferramentas essenciais para que haja uma “imersão diagnóstica” são a *empatia e a personalização do cuidado, que direciona o olhar não apenas para os sintomas proeminentes, mas para as circunstâncias que, em conjunto, levaram ao adoecimento*. Assim, como esclarece Silva *et al.* (2008, p. 296), “*quando [o paciente] descobre que as suas dúvidas e problemas são discutidos e que deixam de lhe causar certo grau de sofrimento, insegurança ou ansiedade, sente-se motivado e confiante na sua própria capacidade de restabelecimento físico e emocional*”.

A comunicação clara e objetiva com o paciente pode ter um papel catalisador na sua colaboração no cuidado. Como denotado por Pereira (2020, p. 122), “*a relação desenvolvida entre o terapeuta e o paciente possui uma importância vital na melhora do engajamento com a terapia, especialmente considerando as situações de vulnerabilidade catalisadas pela doença*”. Rosa *et al.* (2018) defendem que os objetivos da comunicação

entre profissionais e pacientes deveriam ser “a criação de um bom relacionamento interpessoal, a troca de informações e a inclusão do paciente na tomada de decisão” (p. 219). Dessa forma evitando-se que o maior desconforto destes últimos continue a ser a desatenção aos seus sentimentos e que haja falhas nos processos de comunicação, tais como as seguintes:

(...) declarações contraditórias, mudanças bruscas de assunto, tangenciamento do assunto principal, frases incompletas, interpretações errôneas a uma dada informação, dentre outros mal-entendidos [que] podem alterar o sentido da informação, causando prejuízo não apenas na compreensão do paciente, mas também no seu comportamento diante da sua saúde (Rosa, *et al.*, 2018, p 216).

Considera-se, então, que os problemas de compreensão não se originam nos pacientes, mas que são devidos, em grande parte, a uma inadequação no processo interativo com médicos e demais profissionais da saúde. A falta de escuta por parte dos profissionais costuma ser queixa frequente dos pacientes, quando é expressa a ideia de distanciamento e falta de interesse dos profissionais. Sato (2024) aponta que “a famosa frase “o médico nem olhou na minha cara” denota que temos uma superficialidade perigosa nos atendimentos em saúde, derivada de uma percepção arcaica do papel deste profissional” (p. 26).

As causas de uma pobre comunicação em saúde podem ser várias, dentre elas uma formação limitada para a comunicação na trajetória acadêmica desses profissionais (Rosa *et al.*, 2018). Straub (2005) aponta três fatores relacionados a isso: a carência de habilidades sociais dos profissionais, ainda que desempenhem suas funções com técnica e precisão; a falta de treinamento adequado em comunicação nos cursos de formação; e as atitudes e crenças dos profissionais quanto ao próprio papel e do paciente durante as consultas.

Os problemas de comunicação podem gerar consequências sobre os comportamentos dos pacientes relacionados à adesão e engajamento nos tratamentos, bem como na procura de cuidados (Trindade, 1996). Como afirma Pereira (2020, p. 129), “a falha de comunicação entre profissional e paciente pode acarretar uma série de problemas, desde desconforto durante as sessões por um sentimento de inferioridade por não entender o que é dito, até a não adesão ao tratamento”.

Ademais, a ausência de comunicação ou uma comunicação ineficaz alimenta as fantasias do paciente sobre o adoecimento, favorecendo distorções cognitivas. Os erros

cognitivos são pensamentos automáticos que ocorrem apesar de evidências contrárias e podem ser reforçados por diversas circunstâncias, levando à má compreensão do que ocorre. Como esclarece Beck (2022, p. 159), “[...] *esses pensamentos que são disfuncionais – isto é, aqueles que distorcem a realidade, são emocionalmente angustiantes e/ou interferem na capacidade do paciente atingir seus objetivos*”.

Desse modo, a inabilidade no comunicar pode minar as esperanças do paciente, agindo diretamente sobre a motivação de um melhor viver, interferindo em questões emocionais e, conseqüentemente, na adesão aos planos terapêuticos. Por conseguinte, encontrar oportunidades de melhoria na qualificação dos profissionais de saúde, no tocante a formas mais habilidosas de comunicar, fortalece a eficácia do cuidado, bem como favorece a adesão do paciente ao seu plano terapêutico (Teixeira, 1996).

Entende-se necessário o estudo das habilidades de comunicação de profissionais na atenção à saúde, para que se possam formular estratégias e iniciativas de formação continuada. Treinamentos em serviço qualificam melhor compreensão e intervenção conjunta na terapêutica singular de cada caso.

As diretrizes de acolhimento convidam a equipe de saúde a um novo papel diante do trabalho, utilizando ferramentas para a escuta e a resolução de problemas dos usuários (Marques; Lima, 2004). No encontro comunicativo, busca-se promover a compreensão da experiência que o outro vive e, dessa forma, estimular um crescimento mútuo, humano, que favoreça a transformação da realidade vivenciada (Da Silva, 2005).

O psicólogo pode dar contribuição importante ao “*promover uma visão integrada da relação mente-corpo e reconhecer as implicações orgânicas no estado emocional dos pacientes*” (Tonetto; Gomes, 2007, p. 45). Também pode evidenciar que alterações emocionais influenciam em um estado deletério da saúde, em estímulos de desregulação homeostática.

As várias conexões entre áreas corticais e centros subcorticais correlacionam-se com as experiências clínicas em que pensamentos e imagens conscientes podem influenciar estados fisiológicos e vice-versa, isto é, estados fisiológicos inconscientes, podem influenciar pensamentos e imagens conscientes. Essas interações são coerentes com o modelo sistêmico: que significados produzidos em qualquer nível, consciente (cortical) ou inconsciente (subcortical), podem influenciar o cérebro como um todo (Kignel, 2005, p.42).

Para além da mediação e auxílio na comunicação profissional-paciente, a prática profissional da própria pesquisadora em instituição de saúde tem demonstrado que a

psicologia pode atuar de forma educativa à posteriori, sinalizando ao profissional as oportunidades de melhoria e até dando exemplos de condutas mais empáticas, humanas e assertivas através de *role playing*. Segundo Beck (2022), é uma técnica de dramatização que favorece o desenvolvimento de respostas adaptativas, sendo útil na aprendizagem e prática das habilidades sociais.

2.4 A comunicação médico-paciente e suas implicações práticas

No “*espaço relacional trabalhador-usuário*”, o médico e o paciente se interseccionam e todas as intervenções ocorrem em ato. Nesta relação, destaca-se o papel do médico na produção do cuidado. O sentido que se coloca no espaço relacional é de produzir o encontro entre as necessidades do usuário de um serviço de saúde, seu mundo, suas complexidades e desejos, e as formas como os processos produtivos em saúde lançam mão de tecnologias para capturar essas necessidades e torná-las objeto de intervenção (Merhy, 2014e).

O profissional da saúde precisa se adaptar a essa nova realidade, pois não há como apenas cuidar da patologia em si. Muitos fatores irão implicar na condução correta do tratamento, como: condições sociais; com quem o paciente mora; se há alguém para auxiliá-lo na administração de medicamentos e na dosagem e horários corretos; se ele consegue ir sozinho ao hospital ou clínica para o acompanhamento e retorno das consultas; se há acessibilidade para o seu trajeto; se há meio de transporte adequado; se há casas de acolhimento, caso o paciente precise se hospedar em outra cidade; se há auxílio da assistência social hospitalar; se há condições sanitárias adequadas para que após a alta hospitalar ele possa continuar com os cuidados em casa. As condições psicológicas do paciente e familiares [bem como as financeiras] também são determinantes para o sucesso do tratamento (Sato, 2024, p. 28-29)

Sendo a manutenção ou a recuperação da saúde o interesse do usuário, o encontro com ele é o próprio sentido da relação que se estabelece na produção da saúde e que pode tornar mais visíveis as intencionalidades dos agentes de saúde que ali estiverem implicados. Quando se é realizado um trabalho vivo em ato, é permitida a expressão dos componentes mais importantes das tecnologias leves, como o acolhimento, o vínculo, e a autonomização (Merhy, 2014d). Cabe ao médico operar as tecnologias leves, “*expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais entre outros*” (Merhy, 2014e, p. 98). Nisso, cabe

ênfatizar que quando as tecnologias leves estão em evidência, as tecnologias duras tornam-se quase “secundárias”, pois as primeiras não dependem destas últimas para operar.

Segundo Merhy (2014e), o médico é um operador de “valises” tecnológicas, “caixas de ferramentas”. Estas valises são “*o conjunto de saberes que se dispõe para a ação da produção dos atos de saúde*” (Merhy, 2014b, p. 118). Em suas palavras:

[...] uma vinculada a sua mão e na qual cabem, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; **outra está na sua cabeça** e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; **e finalmente, uma outra presente no espaço relacional trabalhador-usuário** e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato (Merhy, 2014e, p. 94).

Quanto mais ampla a composição dessa caixa de ferramentas que é construída na formação do profissional médico, maiores as chances de entender e intervir da melhor maneira sobre a questão de saúde apresentada. Comentando essa formação, Merhy (2014a) afirma que:

A nossa imaginação tem de ir além dos recursos estruturais e pensar nos modos como os dispomos para “produzir” os nossos médicos. Precisamos olhar para o modo como governamos os processos de ensino-aprendizagem e todas as variáveis que implicam na composição, como, por exemplo, as maneiras como os docentes se vinculam às práticas de ensino, suas adesões às necessidades dos alunos, os seus modos de agir na produção dos serviços, entre outros (Merhy, 2014a, p. 136).

Essa reflexão ênfatiza a importância dos profissionais não se prenderem somente às técnicas. Segundo Caponero (2015), é na capacidade de compreender a si mesmo como instrumento terapêutico e de compreender o outro como detentor de demanda singular que se exigem técnicas singulares, para produção de saúde.

O técnico/especialista comumente foca na primeira queixa do paciente, ignorando o conjunto de hábitos pessoais e questões relativas às suas idiossincrasias. Estas contribuem para o adoecimento e alimentam fantasias e distorções cognitivas, reforçadas a partir da má compreensão do que lhe ocorre. Matê e Matê (2023) afirmam que os médicos não são formados para ver na experiência de seus pacientes a origem de seus mal-estares e, por isso, não são preparados para perguntar sobre isso. A falta de uma curiosidade gentil, por vezes deixa passar informações que são a resposta sutil para um cuidado mais eficaz.

Quando fazemos as perguntas certas, é como se oferecêssemos chaves para que novas portas se abram no coração e na mente de outra pessoa. Para isso, precisamos desenvolver a capacidade de perguntar, de nos interessarmos de verdade pelo o que a pessoa está falando (Arantes, 2024. p.112).

É importante considerar que há momentos-chaves na comunicação, podendo ser destacados os seguintes: (1) a primeira aproximação; (2) a inclusão do usuário no seu próprio processo de adoecimento e nas decisões sobre a produção do seu cuidado; e (3) o diagnóstico e a comunicação de más-notícias. O primeiro momento se refere à disposição do médico diante da comunicação, ao seu domínio da comunicação como tecnologia e às escolhas feitas no acolhimento à demanda do usuário.

É recomendável que a comunicação se inicie num momento psíquico e físico oportuno para o usuário, em que o mesmo possa estar confortável, alocando o paciente no centro do cuidado, como propõe Sato (2024). Deve-se considerar que um paciente emocionalmente fragilizado não absorverá todas as informações do mesmo modo, por isso as informações comunicadas devem ser entregues de maneira clara, objetiva e compreensiva, bem como deve ser seletiva e gradual, priorizando o que é mais importante (Caponero, 2015).

Caponero (2015) enfatiza ainda a necessidade de um “*plano comum*” de referências entre médico e paciente. Uma outra recomendação é que as mensagens sejam repetidas ao menos duas vezes. O autor recupera a dimensão terapêutica da comunicação ao frisar que todo ato de comunicação vindo do trabalhador da saúde deve ter efetividade terapêutica.

Conceitua-se comunicação terapêutica como a habilidade do profissional de utilizar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a enfrentar seus problemas, conviver com os outros, ajustar-se ao que não pode ser mudado e superar os bloqueios à autorrealização (Caponero, 2015. p. 58).

Perdicaris e Silva (2008) destacam o papel do “*terapeuta-comunicador*” não apenas como um sujeito que transmite informações quanto ao processo saúde-doença, mas também como aquele que estabelece e faz a mediação das intenções envolvidas nos discursos em jogo. E, para Kignel (2005, p. 57), o significado de comunicar é “*fazer contatos; trocar substâncias e tocar nas pessoas com as nossas palavras.*” Os autores não veem a comunicação como um processo intelectual, e sim como a única maneira de compartilhamento de sentimentos. Por isso, a postura do comunicador se faz tão importante na produção da qualidade do cuidado. Conhecendo os atravessamentos

multifatoriais das interações humanas, esse mediador pode lançar mão de diferentes elementos essenciais em uma comunicação efetiva.

A inclusão do usuário nas discussões acerca do seu próprio processo de adoecimento e nas decisões sobre a produção do seu cuidado é um ponto mais difuso, que, embora seja enquadrado como um “momento” da comunicação, estende-se por todo o processo de cuidado. Trata-se de buscar, com a comunicação, atravessar desafios emocionais e técnicos que afetam a autonomia dos usuários e sua participação na produção do seu cuidado.

Enfatizar que o paciente não é sua doença traz a consideração que este deve ser informado e permanecer ciente que suas necessidades e desejos serão respeitados, de que ele tem voz ativa em seu tratamento e que está em uma relação horizontal com o médico, de que juntos irão decidir o que é mais adequado para a conduta a ser seguida (Sato, 2024, p.31).

Desse modo, o foco da comunicação está na garantia de que o usuário possua o máximo de informações possíveis para que possa decidir com autonomia e integralidade. Também em como pacientes e familiares podem dialogar entre si, em busca de uma compreensão mútua (Caponero, 2015).

Mesmo compreendendo que a capacidade de cada ser humano de receber informações deve ser considerada na comunicação, bem como suas limitações pessoais, não significa que mentiras ou omissões “*bem-intencionadas*” devam fazer parte do processo do cuidado. Estes problemas ameaçam a confiança, elemento central na relação médico-paciente (Perdicaris; Silva, 2008). Maté e Maté (2023) alertam contra as soluções simples que implicam menos do sujeito, do seu tempo e da sua energia emocional, bloqueando o contato com os sentimentos que não estão explícitos.

A formação profissional de várias gerações de médicos é significativamente impactada pelo paradigma que entende o bom médico como um profissional austero e distante, que não confunde os sentimentos com a técnica (Sato, 2024). Isso não se separa de valores que incidem sobre nossa sociedade como um todo:

A maioria de nós cresceu usando uma linguagem que, em vez de nos encorajar a perceber o que estamos sentindo e o que precisamos, nos estimula a rotular, comparar, exigir e proferir julgamentos. Acredito que a comunicação alienante da vida se baseia em concepções sobre a natureza humana que exerceram influência durante vários séculos. Tais visões dão ênfase a nossa maldade e nossa deficiência inatas, bem como a necessidade de educar para controlar nossa natureza inerentemente indesejável. É comum que esse tipo de educação nos faça questionar se há algo errado com os sentimentos e as necessidades que possamos estar

vivenciando. Aprendemos desde cedo a isolar o que se passa dentro de nós... A comunicação alienante da vida tanto se origina de sociedades baseadas na hierarquia ou dominação quanto sustenta essas sociedades. (Rosenberg, 2006, p.49)

É comum que pacientes assumam uma postura desconfiada diante dos médicos, por isso, na relação médico-paciente a construção de uma base de respeito e confiança mútua favorece a adesão aos tratamentos. Quando a confiança é estabelecida, outros assuntos menos pertinentes aos objetivos mais estruturados da comunicação podem surgir, e, embora possam ter importância, é necessário que se estabeleçam as prioridades devido ao tempo. Isto exige que os médicos deixem clara sua disponibilidade para outros momentos futuros de troca, reduzindo a ansiedade nas consultas (Caponero, 2015).

2.5 Comunicação de más notícias: desafio para a formação e prática médicas

No que concerne ao diagnóstico e à comunicação de más-notícias, o despreparo de profissionais médicos para a comunicação se torna mais evidente nestes momentos-chave, que são uma parte importante e rotineira da prática hospitalar (Caponero, 2015). Não é incomum que os profissionais de saúde tenham conflitos internos quanto às más notícias que precisarão dar, sobretudo quando se implicam afetivamente com os pacientes (Arantes, 2024). Desse modo, vale destacar algumas reflexões sobre o diagnóstico e a comunicação de más-notícias na atuação médica, buscando delinear os aspectos terapêuticos da comunicação.

O diagnóstico de câncer pode ser recebido de forma devastadora não só pelo paciente, como também por sua família. No enfrentamento de uma crise, quando não recebe assistência, um sujeito pode lançar mão de métodos não adaptados, organizando-se internamente de maneira que favoreça ou agrave disfunções psicológicas (Ferreira-Santos, 2013). A notícia vem, muitas vezes, como um grande desastre na vida das pessoas, tirando-as de seu eixo emocional e da rotina conhecida.

Ferreira-Santos (2013, p. 60) ressalta que podem ocorrer fatores simultâneos ao processo de adoecimento. Estes fatores podem ser agravantes das crises: *“a morte do cônjuge ou do filho, a separação ou o divórcio, a morte de membro da família, a prisão, o surgimento de uma enfermidade física, a internação hospitalar, o desemprego [...] a emancipação de adolescentes, o casamento, o nascimento de filhos, a aposentadoria”*. A insegurança também pode se instalar a partir da necessidade do afastamento do emprego, do medo das modificações nas relações, na identidade pessoal, mudanças físicas e

fisiológicas. O “estar doente”, considerado como uma forma de crise, detém um conjunto de processos perturbadores e desestruturantes. (Cardoso, 2015).

A necessidade de adaptação e reestruturação do paciente “grita” diante do cenário que foi transformado pelo surgimento da doença. Uma crise normalmente tem o período de duração definido pela temporalidade do adoecimento. No entanto, ela pode se estabelecer de maneira prolongada, aumentando suas chances de cronificar e se tornar incompatível com a vida (Ferreira-Santos, 2013).

A descoberta de estar fora de possibilidades curativas pode gerar uma crise em diversos âmbitos da vida do paciente. Emoções como tristeza e raiva surgem de forma a expressar a sua indignação frente a comunicação de má notícia. A busca pelos seus elos de segurança, a percepção de que o curso de sua vida poderia ter acontecido de forma diferente, desequilibra o paciente frente ao presente e o tempo que lhe resta para tentar organizar algum futuro. É, nesse sentido, que a atuação do profissional, como operador das tecnologias leves e do acolhimento, pode entrar em cena.

É importante destacar que as decisões quanto ao que deve ou não ser comunicado, quem deve comunicar, e as demais decisões quanto ao momento e forma da comunicação têm de obedecer a princípios éticos, humanísticos e hierárquicos (Perdicaris; Silva, 2008). Algumas recomendações de Caponero (2015) são relevantes para a comunicação nesse momento: a evitação de um tom de tristeza ao falar da situação, com uso de um tom mais leve; a atenção à linguagem não-verbal e sua relação possível com as expectativas do paciente; e a demonstração de proximidade e disponibilidade, utilizando-se de estratégias como se sentar em uma cadeira ao lado do leito. Estas estratégias buscam fazer com que o paciente/usuário se sinta contido, “*não no sentido de restrição, mas no de continência, suporte, respaldo, acolhimento*” (p. 70).

Segundo Kignel (2005) há algo não consciente do corpo que está num espaço interno, preenchido por vivências que não se dão além da consciência, mas que também não se expressam verbalmente. Logo esta proximidade e atenção centrada no paciente durante o ato de comunicar é o que favorece ao técnico/especialista uma melhor percepção em níveis sensoriais e emocionais quanto aquilo que o paciente “*não consegue dizer*”.

Perdicaris e Silva (2008) ainda recomendam que, nos momentos de proximidade, por mais curtos que sejam, o profissional mantenha uma postura atenta. É importante fazer contato visual, ouvir as frases do paciente até o fim, sinalizar concordância e entendimento com a cabeça, e tocar de maneira acolhedora quando necessário.

A tensão e o medo gerados pela expectativa do paciente no contato com os processos difíceis em saúde, principalmente a realização e entrega de exames, pode levar a conclusões precipitadas. Por vezes, as conclusões se tornam catastróficas e são confirmadas nos gestos do profissional médico, onde a comunicação realmente começa (Caponero, 2015). Utilizar a comunicação não-verbal, substituindo a verbal em alguns momentos, envolve a capacidade de reconhecer e demonstrar emoções, permitindo que o profissional possa mediar a qualidade e o tom da comunicação (Perdicaris; Silva, 2008).

Alinhamo-nos com a proposição de Kignel de que a comunicação seja compreendida a partir de três modalidades: percepção, emoção e movimento. Todas devem estar, idealmente, em equilíbrio dinâmico, sendo que qualquer perturbação desse equilíbrio ou fixação em uma dessas modalidades pode representar um empobrecimento da capacidade de comunicação.

Caponero (2015) enfatiza que, embora seja parte da ação do médico oferecer o diagnóstico verdadeiro (o que representa a operação bem-sucedida de tecnologias duras e leve-duras), deve-se priorizar a operação da tecnologia leve da comunicação para “*expressar esse diagnóstico como um desafio e não como uma sentença*” (p. 12). Assim, o contato com o sofrimento deve ser seguido “*da busca construtiva e partilhada do lado positivo da situação*” (p. 41). Para o autor, a manutenção do bom-humor na tríade equipe-paciente-família, que se torna parte da relação terapêutica, apresenta-se como uma demanda de humanização da experiência da dor.

Entretanto, a manutenção de uma postura “leve” e otimista na comunicação não deve significar mentir sobre a real situação do paciente, nem tampouco ignorar o sofrimento real que se coloca em cena, dando a impressão de uma comunicação descompromissada e indiferente. Arantes (2024) adverte para as possíveis confusões entre bom-humor e ironia, entendendo que esta última pode implicar numa imaturidade diante de situações sérias. Perdicaris e Silva (2008) consideram que uma postura de leveza depende de uma compreensão da natureza humanista do fazer profissional, que ainda está longe da formação universitária de muitos médicos.

Caponero (2015) chama de “*complexo tanatolítico*” os sentimentos que podem tomar a atuação de médicos que se veem como operadores de “sentenças” de vida-morte e não necessariamente de cuidado. Este fenômeno pode levar a uma evitação ou rejeição do engajamento com o processo da morte e do morrer quando ele se faz presente na produção do cuidado.

Há também o risco de que, na comunicação de más notícias, o profissional seja confundido com as notícias ruins e se torne alvo da raiva ou de agressões. Nesse momento, a dimensão leve-dura da comunicação, como *técnica*, deve ser deixada de lado em prol de sua dimensão leve, subjetiva, viva e operante em ato, já que é o contato humano que está em questão e não mais a qualidade ou objetividade das informações.

Porém, sem a proximidade com o outro não podemos ajudar. É como querer resgatar alguém que se afoga sem se molhar. É preciso ter comprometimento pessoal e um grau de envolvimento profissional e pessoal. É evidente que também sofremos com as perdas. O segredo está em renascer... Aprender com cada um para ajudar o próximo, crescendo também como pessoa. É doloroso, mas gratificante (Caponero, 2015. p. 61).

Pode-se levantar, também, a importância da responsabilidade do profissional da saúde como exemplo e influência, enquanto mediador dos processos biopsicossociais. Este deve ser promotor de saúde capaz de reconhecer a si mesmo como implicado também na própria saúde, da mesma forma que o usuário (Perdicaris; Silva, 2008).

Sato (2024) aponta para a necessidade de o profissional de saúde trabalhar individualmente a sua relação com a morte a fim de evitar projeções e contratransferências na comunicação com pacientes e familiares, quando este se tornar um assunto. E, por último, apoiamo-nos ainda em Kignel (2005) para lembrar que a nossa consciência dos estados mentais dos outros é proporcional à nossa consciência de nós mesmos.

3. MÉTODO

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, na modalidade de estudo de caso múltiplo, com aprofundamento na vivência de duas médicas residentes, tendo por foco suas percepções e práticas quanto a comunicação com usuários e familiares destes no contexto assistencial de um hospital federal.

A pesquisa qualitativa é entendida como uma abordagem que se volta aos fatos sociais de maneira a explicar e interpretar suas dinâmicas, ou seja, buscando os sentidos das relações e fenômenos, tarefa esta que não pode ser cumprida com o uso puro e simples de variáveis (De Sousa; Dos Santos, 2020). De acordo com Yin (2016), a pesquisa qualitativa possui cinco características principais, a listar: (1) o estudo das interações sociais na vida real, sem a intervenção de um controle experimental; (2) a valorização das perspectivas dos sujeitos de pesquisa, já que estas fazem parte da objetividade da própria pesquisa; (3) a valorização do contexto e da contemporaneidade na elaboração da pesquisa, entendendo este como determinante para o que ocorre no campo; (4) a elaboração dos acontecimentos em um campo na forma de explicações e conceitos; e (5) uma ampla variedade de fontes de evidências, que são trianguladas.

Como um dos tipos de investigação qualitativa, o estudo de caso é um método que permite explorar questões complexas e obter uma compreensão ampla e detalhada do fenômeno em estudo. Baseia-se na análise em profundidade das especificidades do indivíduo, grupo ou organização em seu contexto real (Gil, 2008; Marconi; Lakatos, 2022). Yin (2001) afirma que um estudo de caso incorporado analisa um conjunto através de suas subunidades lógicas, e tem como vantagem uma maior adesão à questão de pesquisa, evitando desvios de rota.

Dentre as características principais das pesquisas qualitativas de estudo de caso estão a busca de profundidade e o esforço de contextualização, com consideração do ambiente, relações e circunstâncias que se mostram importantes para a compreensão do fenômeno em questão. Para tanto, faz-se necessário o uso de variadas fontes de dados, incluindo entrevistas, registros observacionais e análise de documentos. Yin (2001, p. 27) explica que *“o estudo de caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que normalmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e série sistemática de entrevistas”*.

3.1 Participantes

Para colaboração nesta pesquisa, foram convidado(a)s a participar o(a)s 80 médico(a)s vinculado(a)s ao programa de residência médica em funcionamento em onze clínicas de um hospital de nível terciário da Rede Pública Federal, situado no município do Rio de Janeiro. Como critérios de inclusão, os profissionais deveriam ter completado ao menos três meses desde o início da residência e concordar com a gravação em áudio de seus relatos.

Frente ao convite para integrar a pesquisa, dezesseis médicos, atuantes em seis das onze clínicas, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), afirmando o interesse de participação, o que correspondia a 20% do corpo de médicos residentes no período da coleta de dados. Destes, dez residentes (13%) preencheram, de modo individual e *online*, os questionários disponibilizados para levantamento de dados socioprofissionais.

Vale esclarecer que, originalmente, pretendia-se a reunião destes voluntários para a realização de dois encontros grupais, no modelo de Grupo Focal. Entretanto, embora os convites para as sessões grupais tenham sido enviados e reiterados mais de uma vez e os horários da realização dos encontros tenham sido organizados segundo a declaração de disponibilidade dos próprios respondentes, apenas duas residentes compareceram para as atividades previstas. Desse modo, os roteiros de grupo focal e de discussão de casos clínicos foram adaptados e utilizados como condutores de entrevistas individuais, que foram aprofundadas com vista à realização de estudo de caso múltiplo.

Portanto, as duas residentes, de 26 e 34 anos de idade, que estiveram presentes em todas as fases programadas da coleta de dados foram as participantes da pesquisa, sendo nomeadas, de modo fictício, respectivamente como Leila e Lúcia. Estas atuavam nas enfermarias de internação do hospital, em clínicas distintas, estando uma delas no primeiro ano de residência (R1) e a outra no segundo ano (R2).¹

3.2 Contexto de Coleta de Dados

¹ Para garantir os requisitos éticos da pesquisa com seres humanos, na comunicação dos resultados do estudo foram omitidas informações que podiam levar a identificação das residentes, bem como das clínicas em que atuam na unidade hospitalar em questão.

A pesquisa teve como campo de obtenção de dados um hospital pertencente à Rede de Atenção Especializada à Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um hospital público federal, que oferece cirurgias nas seguintes especialidades: Geral/Bariátrica, Urologia, Ginecologia, Coloproctologia, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia, Bucomaxilo, Otorrino e Dermatologia. Era habilitado ainda como Hospital Geral para Cirurgias Oncológicas. O hospital possuía algumas especialidades clínicas que davam apoio às especialidades cirúrgicas, a saber: Clínica Médica, Dermatologia, Infectologia, Pneumologia e Psiquiatria, além dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social (Brasil, 2010).

Com referência ao número de leitos, o hospital é considerado de médio porte. Sua capacidade no momento da pesquisa, é de 125 leitos distribuídos por 48 enfermarias, localizadas em três andares do edifício, incluindo ainda 10 leitos do Centro de Tratamento Intensivo (CTI). A operacionalidade destes leitos é variável, sendo que a média de leitos operacionais gira em torno de 110 vagas. O bloco cirúrgico dispõe de cinco salas para cirurgias de grande porte. Além dessas, ainda conta com duas salas cirúrgicas ambulatoriais, com movimentação relevante nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Plástica, Vascular, Oftalmologia, Ginecologia e Urologia.

A população assistida na instituição é proveniente de todo o Estado do Rio de Janeiro e, em alguns casos, de outros estados da federação. O acesso à assistência segue a Política Nacional de Regulação de Leitos e Vagas, composta por três dimensões: a Regulação do Acesso à Assistência, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação de Sistemas de Saúde (Brasil, 2008).

A Área da Psicologia (APSI)² do hospital teve início oficial em 2017 e englobava quatro serviços especializados: Psico-Oncologia, IST/Aids, Enfermarias/CTI e Ambulatório Geral. A equipe é composta por duas psicólogas estatutárias e uma sob regime de trabalho de Contrato Temporário da União (CTU), além de contar com o apoio de estagiário(a)s. Suas ações ocorrem nos ambulatórios e nas enfermarias, tendo como público-alvo o(a)s pacientes, seus familiares e as equipes de saúde circulantes em todos os setores da unidade hospitalar.

² A denominação APSI é uma nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde para compor os organogramas das unidades hospitalares. As Áreas compõem a primeira instância de cada grupo de especialidades, como Área da Fisioterapia, Área da Enfermagem, Área da Cirurgia Geral, Área da Clínica Médica. Cada Área engloba suas sub-especialidades, denominadas Serviços.

O programa de residência do hospital conta com oitenta médicos, distribuídos e organizados por áreas de especialização e tempo de ingresso no programa. Na grade de ensino-aprendizagem, os residentes em Clínica Médica, Coloproctologia, Cirurgia Vascular e Endoscopia, ao longo de dois anos, cumprem suas exigências em enfermarias e ambulatorios. No primeiro ano, os residentes (R1) realizam os atendimentos ambulatoriais de acordo com a clínica de sua escolha e, no segundo ano, eles (R2) realizam suas práticas no ambulatório em outra especialidade. Ainda no segundo ano de residência, é necessário que o médico, obrigatoriamente, atue durante um tempo pré-determinado no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), na emergência e na especialidade em que pretende cursar uma nova residência, como, por exemplo, a Clínica Médica.

Para os residentes que cumprem grade de aprendizagem de três anos, as especialidades envolvem Cirurgia Geral, Anestesiologia, Cirurgia Plástica, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Traumatologia e Urologia. No primeiro ano (R1), realizam atendimentos em enfermarias destinadas aos cuidados de pacientes em pré-operatório. No pós-operatório, os cuidados aos pacientes ficam a cargo dos residentes de segundo e terceiro ano (R2 e R3, respectivamente), que são responsáveis pela realização do procedimento cirúrgico. Os ambulatorios ficam sob a responsabilidade dos residentes de segundo ano (R2), sendo voltado para os pacientes de pós-operatório. Como R3, em seu terceiro ano, o médico passa mais tempo em aprendizagem no centro cirúrgico, quando organiza o serviço, mapeia as cirurgias que serão realizadas e suas prioridades e oferece monitoria aos médicos do primeiro ano (R1). Entretanto, durante todo o tempo de residência, no momento dos procedimentos, devem estar presentes no centro cirúrgico um R3, um R2 e um R1, junto com os médicos Staffs de referência.

Vale esclarecer que o processo seletivo para as residências - multi e uniprofissionais - ocorre uma vez por ano e se dá através do Exame Nacional de Residência (Enare), coordenado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), estatal vinculada ao Ministério da Educação (MEC), que faz atualmente a gestão de 40 hospitais universitários federais (MEC, 2020). No sistema de classificação do Enare, o candidato utiliza a nota alcançada na especialidade escolhida após as provas para indicar o local onde pretendia atuar (ENARE, 2023)

3.3 Instrumentos

Os dados da pesquisa foram coletados mediante a utilização de questionários e de roteiros para condução de entrevista e discussão de casos clínicos. Cada um destes instrumentos encontra-se descrito a seguir.

3.3.1 *Formulário para manifestação de interesse de participação na pesquisa (APÊNDICE A)*

O formulário foi elaborado e entregue por ocasião do convite aos residentes para participação na pesquisa, de modo impresso, e o preenchimento ocorreu de forma individual. O instrumento era composto por cinco questões e oito campos editáveis, que garantiam que os interessados atendessem aos critérios de participação, além de fornecer as informações de contato (e-mail e telefone) para que fossem enviados outros instrumentos utilizados na coleta de dados.

3.3.2 *Questionário para levantamento de dados socioprofissionais (APÊNDICE B).*

O questionário, elaborado para as finalidades da pesquisa, foi aplicado, via *Google Forms*, como instrumento inicial de coleta de dados mediante a disponibilização de um *link* para acesso virtual. Contava com doze perguntas e vinte e três campos editáveis que visavam reunir informações sociodemográficas dos participantes (nome, idade, identidade de gênero e étnico-racial) e informações profissionais, como tempo de residência, clínica principal onde atuavam, universidade de origem e experiência em treinamentos anteriores à pesquisa. Também foi solicitado que o respondente sinalizasse a melhor data e horário para os encontros grupais, com objetivo de otimização do tempo e organização das próximas etapas da pesquisa.

3.3.3 *Questionário para autoavaliação de habilidades sociais (APÊNDICE C)*

O questionário foi construído para que se obtivesse a autoavaliação de cada participante quanto às suas habilidades interpessoais na interação com usuários e familiares. Inicialmente, foram apresentadas duas questões para respostas a respeito do tempo de residência e especialidade. A questão para autoavaliação de habilidades relacionadas às tecnologias leves no que tange às competências de comunicação e outras habilidades interpessoais era composta por 25 itens a serem avaliados em escala *Likert* de 5 pontos, indo de muito ruim a muito bom, tendo 125 campos editáveis. Havia ainda uma

questão aberta para que o respondente mencionasse que outras competências sociais ele entendia serem importantes para a atuação em âmbito hospitalar, com um campo editável. O questionário teve sua aplicação de forma individual e autoadministrada, via *Google Forms*, em momento prévio ao primeiro encontro, com o objetivo de otimização do processo e garantia de que as respostas não fossem influenciadas pelas questões e observações a serem realizadas na fase seguinte da coleta de dados.

3.3.4 Roteiro de entrevista (APÊNDICE D)

A entrevista semiestruturada teve como objetivo o levantamento de narrativas dos participantes sobre as dificuldades e desafios percebidos, no cotidiano da assistência, frente às necessidades de comunicação com usuários e familiares. Para isto, foi desenvolvido previamente um roteiro para guiar a condução do encontro em consonância com os objetivos da pesquisa, que contou com sete questões norteadoras. O roteiro buscava reunir informações sobre entendimentos e experiências quanto às temáticas em foco e privilegiou perguntas abertas que abrangessem a formação e experiências - atuais e prévias – no que concerne a comunicação médico-paciente no exercício profissional.

3.3.5 Roteiro para discussão de caso clínico (APÊNDICE E)

O roteiro continha vinhetas de dois casos clínicos fictícios, elaborados com base nas experiências da pesquisadora, que abordavam temáticas referentes a situações de comunicação de notícias difíceis, de baixa adesão aos tratamentos e de resistência aos cuidados médicos. As vinhetas eram seguidas por questões elaboradas para favorecer o levantamento de percepções e modos de manejo diante de situações práticas que podem constituir desafios para a comunicação em saúde.

CASO 1 - Ana é uma paciente de 21 anos, que vem sendo acompanhada no ambulatório da ginecologia para avaliação de um cisto no ovário. Após alguns exames de imagem, foi identificada uma massa sugestiva de implante carcinomatoso. Ana é internada, após alguns dias, para realização de biópsia e novos exames de imagem. Ela é uma jovem carismática e muito gentil com toda a equipe. Durante a anamnese, confessou ao seu médico sobre o medo do resultado dos exames “ser o pior” e não poder ter filhos, pois estava noiva e era um sonho construir uma família. Concluído o processo de avaliação, foi identificado um tumor de células epiteliais do tipo *bordeline*.

CASO 2 - Jorge é um paciente de 50 anos e vem sendo acompanhado no ambulatório da clínica médica. Apresenta perda ponderal importante em poucos meses, desorientação, febre, sensação geral de indisposição, perda de apetite,

dores musculares, erupção cutânea e dor de garganta. Seu médico foi cuidadoso nos exames e o diagnóstico foi de citomegalovírus, com comorbidade para HIV. Jorge refere que já sabia do diagnóstico de HIV, mas que não o aceitava e muito menos o uso da medicação. Diz que é religioso e que acredita que será curado através de suas crenças. Relata ainda que seus familiares não sabem de sua condição e recusa a orientação de seu médico a uma internação hospitalar para melhores cuidados.

3.3.6 Formulário para avaliação da participação na pesquisa (APÊNDICE F)

O questionário foi construído para que, em momento posterior ao término dos encontros, se obtivesse o *feedback* de cada participante quanto ao nível de satisfação em relação a sua participação na pesquisa. Foi composto por três questões relacionadas a (1) percepção de ganhos em aprendizagem e auto-observação, com um campo editável cada, (2) sugestão para novos estudos e ações relativas às tecnologias leves, com um campo editável, e (3) nível de satisfação com a participação na pesquisa, com quatro campos editáveis. O questionário foi respondido individualmente por meio do *Google Forms*.

3.4 Cuidados Éticos

Primeiramente, foi obtida a anuência da direção do hospital e apoio da coordenação do serviço de psicologia para a condução da investigação. Feito isso, o projeto de pesquisa foi enviado, via Plataforma Brasil, para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, sendo aprovado pelo Parecer no. 7.267.517. Somente após obtida a devida aprovação é que foram iniciados os procedimentos de levantamento de dados.

No convite para colaboração na pesquisa, os médicos residentes receberam as informações pertinentes, além de serem esclarecidos de que a participação deveria ser voluntária e de que poderiam desistir a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Caso concordassem em integrar o estudo, deveriam assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G). Foi esclarecido que, nos casos de mobilização emocional, receberiam o devido acolhimento e as intervenções necessárias por parte da pesquisadora, que se mostrou aberta a dar continuidade ao suporte emocional ou a discussão dos temas abordados após o encerramento da coleta de dados. Além de assentirem em colaborar com o estudo mediante a assinatura do TCLE, também foi apresentado aos potenciais participantes um Termo de Autorização de Gravação de Imagem e Voz (APÊNDICE H).

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Em dias de reuniões clínicas e nos serviços ambulatoriais, o convite para colaboração na pesquisa foi feito presencialmente a todos os residentes que atendiam ao perfil desejado. Materiais de divulgação com chamada para participação na pesquisa também foram afixados em local direcionado a informações nos elevadores do Hospital, bem como foram encaminhados por mensagens de texto através dos grupos de comunicação digital das clínicas.

Neste período, foi feito um levantamento de interesse de participação na pesquisa mediante a entrega de um formulário (impresso e em versão eletrônica) que continha campos para a obtenção das seguintes informações: nome, tempo de residência em meses, período atual da residência, clínica de atuação e contatos (*e-mail* e telefone celular). Desse modo, o endereço de e-mail e/ou o *Whatsapp* de cada um dos residentes interessados em colaborar no estudo foram utilizados para que recebessem informações mais detalhadas sobre a pesquisa, juntamente com o questionário socioprofissional em sua versão eletrônica.

O TCLE foi entregue para os participantes e assinado presencialmente em cópia impressa, com uma apresentação adicional da proposta da pesquisa, conforme suas dúvidas e interesses. O questionário para autoavaliação de habilidades interpessoais foi aplicado de modo individual e autoadministrado, via *Google Forms*, em momento prévio ao início das entrevistas, com vistas a obter a autopercepção dos residentes quanto à adequação ou déficits em suas habilidades empáticas, assertivas e de comunicação. O instrumento foi enviado aos participantes por *e-mail* e/ou *Whatsapp*, sendo utilizado neste mesmo meio, texto para explicação de como preencher o formulário.

Entrevistas individuais foram realizadas com duas médicas, do primeiro e do segundo ano de residência, no período de 06/02 a 25/03 de 2025, e foram orientadas pelo roteiro previamente elaborado, tendo por objetivo levantar e discutir as dificuldades, expectativas e experiências - acadêmica e profissionais - de cada residente sobre a comunicação médico-paciente/família, sobretudo a comunicação de más-notícias e a “tradução” da linguagem técnica. As entrevistas e discussões foram realizadas pela pesquisadora com a participação de membros da equipe (*Staff* e Estagiárias) de Psicologia do hospital. Três membros assumiram papéis para garantir o bom andamento das entrevistas, sendo que uma estagiária ficou responsável pela gravação das entrevistas, permanecendo diante do equipamento de modo a garantir que toda entrevista seria captada;

a segunda estagiária participou como membro observador, realizando anotações sobre comportamentos e comunicações não verbais; e uma psicóloga do *staff* participou na posição de co-terapeuta, auxiliando em intervenções necessárias diante da mobilização emocional das residentes, bem como nos *feedbacks* realizados na etapa de discussão de casos clínicos.

Com cada residente, foram realizados dois encontros, sendo um para a realização da entrevista e outro para a discussão de casos clínicos, que tiveram duração aproximada de 90 minutos e ocorreram em horários combinados segundo a disponibilidade das participantes e diálogo com os profissionais responsáveis pelo programa de residência. As vinhetas dos casos fictícios foram entregues impressas em folha A4, contando com campos editáveis para que as residentes anotassem suas observações ao longo do encontro.

A investigação do tema em estudo, portanto, foi concluída nesta segunda sessão. Ao final desse encontro, as participantes mostraram-se engajadas e interessadas nas discussões dos casos, haja vista que, nesse momento, a pesquisadora apresentou suas considerações sobre o manejo dos casos clínicos e ofereceu uma devolutiva às residentes. A pesquisadora buscou ampliar a compreensão acerca da percepção das residentes no que concerne a boas práticas de comunicação e aos desafios encontrados para isso nas atividades diárias. Ademais, estimulou o alcance de propostas de intervenção.

Todas as sessões foram realizadas no Centro de Estudos do Hospital - dado que esse é um espaço que garante privacidade - e foram gravadas em áudio. As transcrições das gravações foram realizadas após o término de cada encontro através de aplicativo de transcrição automática de áudio para texto, com conferência humana posterior para garantir a qualidade e fidedignidade da coleta.

Em resumo, os passos descritos no Quadro 1 foram adotados, na sequência exposta, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, para o alcance dos objetivos que foram traçados.

Quadro 1 – Passos da coleta de dados conforme planejamento

Passos	DESCRIÇÃO
Preparação	- Agendamento de participação da pesquisadora em reuniões clínicas para apresentação do projeto de pesquisa e convite aos residentes - Criação de convite para a participação na pesquisa, em chamada visual, pelo Serviço de Comunicação do hospital, que foi implantado nas áreas de trabalho dos computadores e fixados impressos nos elevadores - Apresentação do projeto de pesquisa e convite de participação aos residentes durante reuniões clínicas - Busca nos ambulatórios, com esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e convite aos residentes que não foram alcançados nas reuniões clínicas - Agendamento de local, definição de dias e horários para os encontros destinados a coleta de dados, organização de recursos tecnológicos e materiais
Levantamento de dados de modo online	- Aplicação de questionário para levantamento de dados socioprofissionais e das datas e horários para os encontros com a pesquisadora - Aplicação do questionário para autoavaliação de habilidades interpessoais
Encontros presenciais	- Realização de entrevista semiestruturada - Encontro para discussão dos casos clínicos - Avaliação dos encontros e feedback
Finalização	- Transcrição das gravações dos encontros

Fonte: Elaboração própria.

3.6 Análise de Dados

Para a avaliação do material produzido na execução das entrevistas e na discussão de casos clínicos, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin. Este método de análise de dados pode ser conceituado de diversas formas, considerando a vertente teórica e a intencionalidade do autor. Pode ser entendido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações ou como um conjunto de procedimentos que visa, a partir de um texto, produzir inferências válidas sobre seus emissores, a mensagem contida ou a audiência da mensagem (De Sousa; Dos Santos, 2020). Bardin (1977, p. 42) sintetiza os aspectos consensuais dessa técnica como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por sistematização de descrição do conteúdo, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção e recepção das mensagens*”.

O método de Análise de Conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (1977) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira etapa, relativa a pré-análise, realiza-se às

operações preparatórias para a análise propriamente dita, ou seja, o material é organizado para seu uso na pesquisa, processo que também é dividido em quatro etapas: leitura flutuante, escolha dos documentos, reformulações de objetivos e hipóteses, formulação de indicadores (De Oliveira, 2008; De Sousa; Dos Santos, 2020).

A segunda etapa implica na “*exploração do material ou codificação*”, que consiste no processo através do qual os “*dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes ao conteúdo expresso*” (De Oliveira, 2008. p. 572). Aqui, as hipóteses e os referenciais teóricos adotados orientam uma classificação em categorias, agrupando, desmembrando e analisando as diferentes unidades do conteúdo em questão (De Sousa; Dos Santos, 2020).

A terceira etapa diz respeito ao tratamento dos resultados e inclui inferência e interpretação. “*Busca-se, nesta etapa, colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexas como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos etc*” (De Oliveira, 2008. p. 572). Ou seja, fala-se de uma interpretação obtida através do tratamento dos dados, analisando reflexivamente as mensagens e seus significados (De Sousa & Dos Santos, 2020).

Oliveira (2008) apresenta uma proposta de sistematização da técnica de análise de conteúdo temático-categorial como contribuição para uma prática de pesquisa qualitativa metodologicamente orientada. Esta autora descreve a Análise de Conteúdo como um instrumento científico de múltiplas aplicações, que deve atender a regras precisas de análise para que se garanta o rigor científico, tendo a variação de seus procedimentos de acordo com os objetivos da pesquisa. Para ela, é de suma importância que o(a) pesquisador(a) se aproprie de todas as fases de sua aplicação, compreendendo-as através de um estudo aprofundado, para então orientar sua ação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos principais das residentes que integraram o estudo, obtidos nos encontros individuais tanto para realização da entrevista como para a discussão de casos fictícios, foram integrados e analisados em conjunto de acordo com os seguintes eixos temáticos: (1) Comunicação com usuários/familiares, incluindo importância atribuída e desafios percebidos; (2) Habilidades interpessoais na prática hospitalar, incluindo formação/capacitação, autoavaliação do próprio repertório (presenças e déficits) e clareza na comunicação; e (3) comunicação de más notícias, incluindo impactos nas profissionais e reações dos pacientes. De modo adicional, foram consideradas suas avaliações acerca da experiência na pesquisa.

Após uma breve apresentação das residentes, suas narrativas serão descritas conforme foram organizadas e categorizadas a partir das convergências e divergências observadas em suas percepções e experiências no âmbito da comunicação em saúde. As informações serão complementadas pelos dados do questionário de autoavaliação de habilidades sociais.

4.1 Apresentação das participantes

Uma descrição inicial de características sociodemográficas e do perfil de formação e atuação profissional das médicas residentes participantes desta pesquisa se faz necessária para contextualização dos dados coletados. Tratam-se de duas mulheres adultas, nomeadas, de modo fictício, como Leila e Lucia, que estavam, respectivamente, no primeiro (R1) e no segundo ano (R2) de residência médica no hospital público onde foi desenvolvida a pesquisa.

Leila (R1) é uma mulher cis e branca, de 26 anos de idade, que atuava como residente há 10 meses em uma das clínicas do referido hospital. Havia se formado numa universidade pública federal e afirmou que, durante a graduação, não recebeu treinamento acerca da comunicação médico-paciente. Na clínica em que atuava, ela fazia acompanhamento de casos e vivenciava, frequentemente, situações que requerem comunicação direta com os pacientes, incluindo comunicação de más notícias.

Lucia (R2) é uma mulher cis e branca, de 34 anos de idade, que atuava como residente há 24 meses, estando no final do 2º ano do programa de residência. Formou-se numa universidade estadual e, no decorrer da graduação, declarou ter tido contato com

conteúdos teóricos sobre a comunicação médico-paciente, sendo as práticas correspondentes viabilizadas somente durante a residência. Atuava em uma clínica do hospital, onde não estava diretamente ligada à assistência e acompanhamento dos casos, realizando principalmente procedimentos técnico-instrumentais. Desse modo, comparativamente à Leila, vivenciava comumente menos situações que exigiam comunicação com os pacientes, sobretudo relativas ao anúncio de notícias difíceis.

Tendo em vista a rotina de funcionamento do setor em que estavam realizando a residência médica, Leila estava diante de mais situações que demandam lançar mão das tecnologias leves em saúde, ao passo que as práticas habituais de Lucia tendiam a mobilizar mais tecnologias leve-duras e duras.

4.2 A comunicação médico-paciente/família: percepções e vivências

4.2.1 Importância da comunicação na relação médico-paciente/família

Nas falas das residentes, o valor atribuído à comunicação entre profissionais médicos e os pacientes por eles assistidos apareceu de dois modos principais: com foco na “facilitação do fluxo de trabalho” e com foco na “dimensão relacional”, priorizando o estabelecimento de vínculos.

Na perspectiva da comunicação enquanto facilitadora do fluxo de trabalho, a “orientação” dada pelo profissional ao paciente no que concerne à sua saúde/doença e aos processos de cuidado disponibilizados foi vista como um elemento essencial para viabilizar o andamento adequado do trabalho realizado pela equipe multiprofissional, conforme exemplificado na fala de Lucia.

Eu acho que quando o paciente tem uma plena orientação, uma plena consciência da doença dele, do que ele tem, do que ele precisa fazer para melhorar, do tratamento, eu acho que quando é bem orientado, facilita muito o serviço de Saúde e o Fluxo (Lucia, R2, entrevista individual).

No segundo encontro, Leila destacou o momento comunicativo possibilitado pelo encontro do médico com as pessoas atendidas como parte essencial do cuidado, considerando ser este o momento em que usualmente o paciente adquire melhor discernimento da sua situação clínica. Segundo ela, nessa oportunidade, a fala do médico ajuda a clarear as ideias do paciente e a organizar suas percepções e sentimentos sobre o seu adoecimento, de acordo com o que lhe é informado. Destacou ser este um momento,

em geral, aguardado pelos usuários e nem sempre reconhecido devidamente em sua importância pelos médicos.

[...] que é tão importante quanto você examinar o paciente, quando fazer um exame e, enfim, para o paciente aquele momento ali é o mais importante do dia [...] Então, às vezes a gente não dá a devida importância, de que aquele momento ali é o momento que o paciente está esperando o dia inteiro, para receber uma notícia ou contar para um familiar (Leila, R1, discussão de casos clínicos).

Por outro lado, a perspectiva centrada na dimensão vincular e relacional da comunicação mostra-se mais implicada com ideias e iniciativas de construção de confiança e de oferta de amparo no processo de cuidado, como evidenciado na fala de Leila.

É importante também porque a gente acaba desenvolvendo uma relação melhor com o paciente, com os familiares, principalmente uma relação de confiança. Quando você não consegue se comunicar bem com a família, a família não desenvolve uma confiança em você, no seu trabalho, naquilo que você está fazendo, então sempre gera essa sensação de que a família estaria sozinha. Entendeu? Quando a gente consegue realizar uma boa comunicação, às vezes até um vínculo, né? Tem pacientes que a gente acaba realizando um vínculo melhor. (Leila, R1, entrevista individual).

A primeira categoria denota uma visão unilateral da comunicação médico-paciente, em que o profissional é posto no lugar de emissor principal, restando ao usuário a condição de receptor passivo de informações e orientações, as quais se espera que ele esteja pronto a compreender e seguir. Essa abordagem, ao dificultar uma interação mais ativa e a partilha de saberes, pode ser prejudicial à personalização e, conseqüente, qualidade do cuidado (Defante *et al.*, 2024).

Embora essa perspectiva esteja alinhada ao reconhecimento da importância de uma boa comunicação médico-paciente e da iniciativa em manter o usuário devidamente orientado, ela ainda possui um enfoque técnico-instrumental. Este enfoque sinaliza uma sobreposição da exigência de produtividade à dimensão humana no ambiente hospitalar, posto que visa, primeiramente, o cumprimento da oferta de informações. Aciona, assim, o lado mais “duro” do seu caráter de tecnologia leve-dura.

Na segunda categoria, a ação de comunicar se torna uma ferramenta promissora ao médico no alcance de uma maior aproximação das necessidades e singularidades dos usuários e obtenção de uma melhor aceitação e envolvimento destes no cuidado. Contempla ainda a oferta de suporte e acolhimento, com fortalecimento do elo entre pacientes, familiares e profissionais no processo comunicativo, favorecendo a construção de confiança e vínculo. Desse modo, a comunicação pode funcionar como catalisadora de

colaboração frente aos tratamentos propostos, atuando como facilitadora do engajamento dos usuários em seus planos terapêuticos (Bins *et al.*, 2025).

4.3 Desafios na comunicação do médico com usuários e familiares

Os conteúdos transcritos dos relatos das residentes tornaram possível identificar um conjunto de categorias e subcategorias, elencadas no Quadro 2, que aglutinam os principais desafios percebidos por elas em relação à comunicação no cotidiano hospitalar. Essas categorias dizem respeito a desafios voltados à relação com agentes hierarquicamente superiores, à interação com os usuários, à dinâmica de funcionamento dos serviços ou ao próprio profissional. As subcategorias decorrentes de cada categoria foram nomeadas, descritas e exemplificadas de modo a apresentar os desdobramentos observados no processo de análise dos dados.

Quadro 2 — Categorias relacionadas a percepção das participantes acerca dos desafios e dificuldades na comunicação médico-paciente/familiares

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Desafios relacionados à gestão	Abuso de hierarquias institucionais
	Assédio Moral
Desafios relacionados aos serviços	Pressão por produtividade
	Sobrecarga de atividades
	Limitação de tempo
Desafios centrados nos usuários	Resistências / Pacientes difíceis
	Baixa escolaridade e acesso/limitação à informação em saúde
	Crenças religiosas
Dificuldades centradas no profissional	Despreparo técnico
	Exaustão emocional
	Dosagem do vínculo

Fonte: Elaboração própria.

4.3.1 Desafios relacionadas à gestão

Alguns dos desafios relatados por ambas as residentes tinham relação com o modo como a gestão do trabalho era, em alguns momentos, exercida. Foram identificados três principais desafios nesta categoria, sendo estes: (1) abuso da hierarquia no ambiente hospitalar; (2) práticas de assédio moral no trabalho; e (3) cobrança excessiva pela produtividade dos médicos.

Abuso da hierarquia

Leila (R1) apontou as **hierarquias** – formais ou informais - existentes no meio hospitalar como um dos desafios vivenciados em sua trajetória como médica residente. Estas hierarquias podem ser compreendidas em, ao menos, três níveis: entre profissionais do *staff* e residentes, marcada pelos cargos institucionais e papéis profissionais; entre residentes, marcada pelo tempo de ingresso na residência e suposta maturidade profissional; entre médico e paciente, marcada pelas desigualdades de poder e diferenças de saber.

E às vezes você pode até estar certo, mas você também tem que manter e respeitar a hierarquia. Com os outros residentes também, respeitar a hierarquia, que entre os residentes é uma questão para a gente, porque a gente teve alguns embates entre os R1 e os R2, isso acredito que seja comum também nas outras especialidades. E, então, é uma dificuldade você lidar com uma pessoa que está ali às vezes na mesma situação que você, mas ela é um ano só acima. E, então, ela tem alguma prioridade, então isso eu acho que é uma relação também que a gente precisa aprender a lidar. (Leila, R1, entrevista).

Ainda que as relações entre profissionais no ambiente hospitalar tenham se flexibilizado, nos últimos anos, frente a políticas de humanização e a propostas de gestão compartilhada, com valorização de um ambiente mais horizontal e colaborativo (Brasil, 2003), as hierarquias, em algum nível, seguem existindo e, de algum modo, continuam cumprindo sua função. A gestão e organização de processos é útil em qualquer empresa/instituição e o hospital não é diferente. Nesse sentido, a hierarquia pode favorecer ao estudante/residente ter direção e orientação quanto à estrutura e processos de trabalho em uma instituição diversa e complexa como é a hospitalar.

A dificuldade em estar sob as orientações de outrem devidamente qualificado para tal pode gerar conflitos capazes de afetar o clima do grupo, do serviço e da instituição (Wanderbroocke *et al.*, 2018). Desta forma, é preciso ter em vista que as hierarquias podem afetar a comunicação de modo tanto positivo como negativo, a depender de como é

gerenciada e manifestada nas relações cotidianas. Uma hierarquia rígida pode impor barreiras à comunicação e resultar em desmotivação, afetando o funcionamento das equipes e a qualidade da assistência (Carús *et al.*, 2021). Ademais, a legitimidade da hierarquia técnica, que é marca do caráter formativo da residência, não implica na interseção de hierarquias informais entre profissionais (médicos ou não) participantes de um mesmo processo formativo.

Assédio moral

O abuso das hierarquias institucionais existentes e a criação de hierarquias informais podem implicar em sofrimento psíquico e em comprometimento ao trabalho. Nessa direção, a residente Lucia (R2) identificou situações vivenciadas pelos residentes que refletem esses excessos e causam desconforto, colocando o **assédio moral** como outro desafio também a ser enfrentado.

Às vezes é patada que a gente recebe todo dia. É, assim, os chefes são grosseiros com a gente na forma de corrigir; eles não têm aquele método, aquele cuidado na hora de corrigir. Então, às vezes você está estressado, você está cansado, às vezes, você acabou de levar uma mijada do chefe. (Lucia, R2, entrevista)

O método de ensino prático, quando carregado de ações violentas e assediadoras, faz parte do grupo de fatores que contribuem para uma ação comunicativa deficitária, já que o clima organizacional influencia diretamente nas ações de seus colaboradores (Senise *et al.*, 2023). A insatisfação e receios com a gestão no ambiente de trabalho tende a levar a inseguranças e, muitas vezes, à fuga de casos e comunicações tidas como difíceis pelo temor de sanções exageradas e até inadequadas, que possam levá-los a situações vexatórias e de desqualificação.

O respeito entre os profissionais é um fator que pode contribuir para uma boa comunicação, ao passo que a falta dele pode refletir dinâmicas violentas (Senise *et al.*, 2023). Toda comunicação entre equipes voltada a discussão de casos clínicos, carrega em si aprendizados e possibilidades de soluções. Diante da necessidade de complementação ou correção, uma comunicação compassiva, com respeito ao saber ou limitações do outro, é agregadora e fortalecedora de ações sinérgicas em direção ao tratamento e cuidado do paciente na medida em que enfatiza o reconhecimento e compreensão empática das necessidades e sentimentos dos subordinados. Assim, a fala de Lucia (R2) sugere a

importância de se promover uma boa comunicação entre os profissionais, mais do que somente entre médico(a)s e pacientes/familiares.

Eu acho que é até mesmo um pouquinho mais de respeito entre os profissionais também para conversar, né? **Às vezes um pouco mais de cuidado na hora de falar, de chamar atenção** (Lucia, R2, entrevista).

No que se referem aos desafios relacionados à gestão, ressalta-se que estes aparecem como analisadores da aplicação da política HumanizaSUS, que tem, como um dos seus princípios, a indissociabilidade entre atenção e gestão. Desse modo, é afirmado que *“trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva”* (Brasil, 2003.). Assim sendo, os desafios relacionados à gestão requerem estratégias que ampliem o acesso das residentes às políticas de gestão participativa.

As dificuldades evidenciadas em relação à hierarquia podem se refletir ainda nas ações dos profissionais com os pacientes, o que inclui efeitos no processo comunicativo, já que a comunicação pode ser utilizada disfuncionalmente pelo residente, a fim de colocar-se em um lugar de "governança". A pretensa hierarquia marcada pela diferença de poder entre médico e paciente, na qual este último é visto como tendo que “obedecer” às decisões médicas, também se apresentou no discurso das residentes. Revelaram-se desafios relacionados a desenvolver uma comunicação facilitadora de uma colaboração ativa por parte dos usuários, o que requer compreensão, aceitação e participação na tomada de decisões que lhes dizem respeito (Santos *et al.*, 2011.).

A gente sabe que não existe essa hierarquia entre o médico e o paciente, mas aqui a gente também está em uma postura de que, em alguns momentos, a gente vai ter que tomar uma decisão. Então, em alguns momentos a gente vai ter que tomar uma decisão e ser enfático naquilo ali. Nem tudo eu consigo negociar com o paciente. Tem horas que a gente vai ter que ser firme. Mas é difícil você lidar com alguém que está ali quebrando essa hierarquia que seria uma hierarquia líquida (Leila, R1, entrevista).

A descrição dessa hierarquia médico-paciente como “líquida” por Leila (R1) aponta para a sua fragilidade, ou seja, sua capacidade de “fugir pelas mãos” assim que o paciente se recusa a assumir a posição de passividade para a qual é convocado. Embora haja um saber especializado por parte do médico e essencial ao tratamento, é importante que estes saibam lidar com questionamentos por parte dos pacientes/familiares e até mesmo, em alguns casos, com possível rejeição de certas condutas ou procedimentos (Ribeiro, 2025).

4.3.2 Desafios relacionados à dinâmica dos serviços

Pressão por produtividade

A pressão excessiva sobre a produtividade do(a)s médico(a)s apareceu nas falas da residente Lucia (R2) como um dos fatores presentes nos serviços que dificulta a implicação com a dimensão relacional e vincular do cuidado, além de empobrecer a comunicação e a relação terapêutica médico-paciente. Apontando uma de suas dificuldades para exercer uma escuta mais atenta e prolongada das narrativas de pacientes, essa participante verbalizou:

Às vezes é a enfermagem te cobrando, o serviço te cobrando agilidade, [...]. Às vezes, somos muito cobrados, especialmente como residentes, **enfrentamos muitas cobranças**. E às vezes o cansaço é mental mesmo, é emocional; aí eu me polio muito para em nenhum momento eu prejudicar a minha relação médico-paciente por conta da cobrança que eu sinto lá de cima, entendeu? (Lucia, R2, entrevista)

As cobranças excessivas de alguns superiores ou a própria lógica produtivista dos serviços de saúde podem afetar o estado emocional dos residentes, gerando uma exaustão mental, exaustão essa que pode ser fator desencadeador da Síndrome de *Burnout*, também conhecida como Síndrome do esgotamento profissional, um distúrbio emocional provocado por estresse crônico relacionado ao trabalho, que se evidencia mediante, por exemplo, exaustão extrema e sensação de fracasso (Trovó *et al.*, 2025). Em sua característica sintomática, esta Síndrome afeta a produtividade e as relações interpessoais, sendo uma delas a relação médico-paciente.

Sobrecarga de atividades e limitação de tempo

A dificuldade mencionada pelas participantes no exercício da residência voltada para a cobrança por produtividade, com pressão por resultados desejáveis apesar das condições de trabalho nem sempre adequadas, tem efeito sobre os processos comunicativos e está diretamente relacionada com a barreira referente a sobrecarga de tarefas e, conseqüentemente, a escassez de tempo para o cumprimento destas. A insuficiência de tempo para as interações com usuários e familiares, conforme percebido pelas residentes, não apenas empobrece a qualidade dos atendimentos, como também gera estresse e

dificulta um espaço temporal reflexivo sobre suas atividades e papel profissional. Tudo isso compromete a dimensão humana do trabalho.

É, então, o tempo é pouco. Para a quantidade de coisas que eu preciso fazer e eu me sinto muitas vezes sufocada, sim, com tanta coisa que eu tenho para fazer com pouco tempo, aí a gente acaba tendo que fazer essas escolhas que às vezes a gente não consegue fazer tudo mesmo, não vai conseguir fazer tudo. Você vai ter que escolher alguma coisa. E é sempre corrida. Eu sempre corrida. Nenhum momento nesse hospital que eu fico calma, nenhum momento. (Leila, R1, entrevista)

Pressa. Eu odeio trabalhar com pressa. Eu não consigo nem raciocinar direito, imagina atender e ouvir o paciente? (Lucia, R2, entrevista)

O tempo limitado para a realização da comunicação junto aos pacientes também se fez presente na discussão de casos. Leila (R1) apontou o desafio da organização de um intervalo de tempo que fosse adequado para interagir com o paciente nos atendimentos diante da sobrecarga de trabalho.

[...] às vezes a sobrecarga acaba tirando o tempo que a gente deveria ter para fazer certas coisas, para ter uma comunicação melhor. A gente precisa resolver tantas coisas, que a gente acaba tendo menos cuidado com isso, considera isso menos importante. [...] Mas destacando pouco tempo para fazer uma comunicação adequada, porque você tem tanta coisa para fazer que não dá a devida importância para aquele momento. (Leila, R1, discussão de casos clínicos)

A sobrecarga traz uma dificuldade com a gestão do tempo. Diante da dinâmica típica de uma unidade hospitalar, a comunicação pode ser vista como menos importante. Em um plantão, diante de admissões, visitas e procedimentos, o residente pode se ver com a necessidade da priorização e gerência de suas ações, muitas vezes percebendo a comunicação como desimportante frente a outras demandas e exigências que surgem na rotina hospitalar. Para a comunicação se utiliza, então, de menos tempo e este tende a não ser o suficiente e adequado tanto para que o paciente possa elaborar e fazer suas perguntas, quanto para que o residente escute ativamente as queixas e relatos e faça as orientações devidas de maneira clara e tranquila.

Lúcia (R2) também destacou a necessidade de desenvolver “*a habilidade de lidar com o pouco tempo disponível para a comunicação médico – paciente*”. Segundo essa residente:

Nós somos cobrados pela produtividade, sobra muito pouco [tempo] para conversar com o paciente e família. Muitas vezes sacrifico minha saúde emocional porque a cobrança por produtividade é tanta, que me sinto frustrada em não poder dar mais atenção ao paciente. (Lucia, R2, entrevista)

A pressa decorrente da pressão e sobrecarga de atividades dificulta o raciocínio e a escuta clínica, que são fundamentais para uma boa compreensão daquilo que o paciente comunica e, logo, para um atendimento que atenda não só as expectativas do paciente, como também as do próprio profissional diante de sua conduta (Feitosa *et al.*, 2020). Estar pressionado pelo próximo atendimento a ser realizado ou por outras demandas concomitantes ou urgentes atravessa o cotidiano e pode fazer com que as residentes não alcancem ou percebam seus bons resultados, perdendo assim fatores colaboradores de motivação e satisfação no trabalho.

Ó, uma coisa que me incomoda muito é, às vezes, eu saio de exame, eu vou fazer o laudo. É, e às vezes o paciente acaba de chegar no hospital, não é? E, é paciente para fazer exame, aí já entra em seguida. Enquanto eu estou lá fazendo o laudo, discutindo laudo, com o chefe tal e o paciente, ele já está na sala. O anestesista bate lá. Ah doutor quem vai fazer o exame no paciente? Já está pronto, já tá sedado. Aí eu nem conversei com o paciente, eu vou lá conversar com o paciente, groguíssimo. Eu não tive tempo de fazer anamnese, né? (Lucia, R2, entrevista).

É uma frustração gigante, né? Porque você começa a fazer exame, e meu Deus do céu, e se esse paciente tiver uma cirurgia prévia, e aí se eu me deparar com alguma coisa que eu não souber e o chefe perguntar e não saber responder, por que você não conseguiu conversar? (Lucia, R2, entrevista).

As reflexões das residentes levam a pensar sobre a existência de um “tempo hospitalar”, que, nem sempre, segue o tempo cronológico e pode ser continuamente visto como insuficiente. Desse modo, afeta a relação das médicas com o tempo cronológico e prejudica suas capacidades de resposta e tomada de decisões. O tempo do exercício médico é um tempo considerado valioso e sujeito a um fluxo incessante de trabalho, que requer, muitas vezes, escolhas e condutas ágeis e pontuais (Oliveira; Hasse, *et al.*, 2021). Essa urgência pode influenciar a percepção de que se dedicar às interrelações é desperdício de tempo, sendo a exigência destas avaliadas como desnecessárias no processo de trabalho. Em suma, o “tempo hospitalar” parece desconectar as residentes de suas próprias necessidades e fortalecer a percepção de urgência que imprime pressa às decisões, ações e interações, podendo gerar estresse, condutas apressadas e relações superficiais.

O meu tempo como médico, eu diria que é assim..., algo extremamente... Acho que seria sobrecarregado. Seria a palavra, mas é algo... Deixa-me pensar na palavra exata, acho que, em alguns momentos, chega a ser até sufocante, porque eu trabalho muito, trabalho muito aqui. (Leila, R1, entrevista)

E eu sinto que eu estou o tempo inteiro aqui. Principalmente quando eu estou aqui no hospital, é muito difícil pensar em coisas que estão acontecendo ao redor, assim fora, porque sempre tem alguém para ver. (Leila, R1, entrevista)

Eu tenho pouco tempo para fazer coisas além desse hospital. (Leila, R1, entrevista).

Retomando Kignel (2005), podemos perguntar: se nossa capacidade de percepção dos estados mentais do outro está diretamente relacionada à percepção dos nossos próprios, como esperar de residentes sobreimplicadas, com uma relação alterada com seu próprio tempo, desconectadas de suas necessidades, que consigam se relacionar de maneira empática e compassiva com as necessidades dos pacientes? Em um estudo realizado por Feitosa *et al.* (2020) sobre os sentidos atribuídos à sobrecarga de trabalho por residentes de ginecologia e obstetrícia e sua influência no profissionalismo médico, a autora identificou que os impactos da sobrecarga de trabalho refletem na saúde mental dos residentes, gerando dificuldades com o autocuidado, com a relação médico-paciente, além de comportamentos agressivos e a medicalização do sofrimento mental gerada pela falta de suporte em saúde mental. A autora refere ainda que, no decorrer do tempo, estes desgastes físicos e emocionais levam ao comprometimento do desempenho profissional. Em tal pesquisa, foi possível identificar ainda que muitos sentimentos negativos expressos pelos residentes estão correlacionados com a falta de apoio e percepção dos *staffs* sobre o sofrimento mental e a sobrecarga de trabalho a que os residentes são expostos, levando-os a sentimentos de abandono. Nos relatos dos residentes, Feitosa *et al.* ainda puderam identificar que este sofrimento muitas vezes emerge em forma de falhas na comunicação médico-paciente.

4.3.3 Desafios centrados nos usuários

Entre os desafios centrados nos usuários, foram identificadas três subcategorias: (1) resistências apresentadas pelos pacientes; (2) complexidades clínicas em casos marcados por demanda psicológica; e (3) baixa escolaridade ou instrução.

Resistência: pacientes difíceis

Um ponto de tensão para as residentes era o trato com pacientes descritos por elas como “difíceis” ou com “personalidades fortes”, que se destacavam por suas posturas hostis, reativas e/ou questionadoras, impondo mais dificuldades e exigindo mais habilidades na comunicação. Além disso, a baixa receptividade de alguns pacientes

também foi colocada como um desafio pelas residentes frente a exigência de maiores habilidades para se constituir vínculo.

Pacientes de difícil manejo são entendidos como refratários, reativos e até agressivos e costumam ser vistos como um obstáculo na rotina de atendimentos, já que fogem do sentido da palavra “paciente” e demandam mais tempo e atenção ao apresentarem questionamentos e buscarem esclarecimentos sobre as intervenções realizadas ou outras possibilidades (Cruvinel; Grosseman, 2023).

Os discursos das residentes apresentaram algumas divergências nessa subcategoria. Lucia evidenciou uma suposição de que pacientes que se apresentem muito ansiosos ou reativos nos atendimentos possam ter uma condição psiquiátrica não diagnosticada e/ou tratada, o que justificaria sua rotulação como “difíceis”.

Nossa, eu acho que a principal dificuldade é quando o paciente é ansioso demais, quando o paciente acha que eu tenho que dar a conduta que está ali na cabeça dele, que ele acha que é certa. E quando o paciente é, tem aquele aspecto ali, um CID psiquiatria e não sabe, né? Não é tratado (Lucia, R2, entrevista).

A formação e os protocolos de atendimento nem sempre possibilitam diretivas eficazes de atuação que favoreçam uma boa compreensão e adequado manejo dos pacientes que exibem ansiedade elevada, pensamentos distorcidos ou outros sintomas psicológicos ou psiquiátricos. Esses pacientes, em suas peculiaridades, podem apresentar, por exemplo, falas prolixas e desorganizadas, prejudicando a objetividade médica. Nesse sentido, a falta de habilidade de comunicação assertiva e acolhedora por parte do profissional parece evidenciar sua dificuldade em entender a real necessidade do paciente e pode levar a insatisfação deste último por não se sentir compreendido (Cruvinel; Grosseman, 2023).

Leila demonstrou reconhecimento de que a ansiedade, a hostilidade ou a postura pouco receptiva dos pacientes possam advir do sofrimento inerente ao próprio processo de adoecimento e hospitalização, além de ressaltar a necessidade do profissional saber lidar com as individualidades e subjetividades de cada usuário.

Os pacientes que estão aqui, a maioria, estão vivendo uma tristeza muito grande. Só que alguns acabam manifestando essa tristeza com raiva. E a gente não aprende a lidar com isso [...] Sim, é difícil isso, você lidar com as emoções. Acho que é mais fácil lidar com a tristeza, entendeu? É mais fácil lidar com a tristeza do que com a raiva, entendeu? (Leila, R1, entrevista).

Mas porque às vezes também tem a personalidade do paciente, do acompanhante, que a gente tem que saber lidar, todo mundo tem uma personalidade. A gente tem que saber lidar com a personalidade de cada um, mas às vezes é difícil a gente se comunicar mais com essas pessoas (Leila, R1, entrevista).

No estudo realizado por Cruvinel (2021), constatou-se que os médicos referiram entrar em conflito interno e apresentarem dificuldades de manejo junto a pacientes por quem sentiam raiva e simpatia e consideravam que deveriam demonstrar carinho e gentileza.

Neste estudo, vários conflitos e medos vivenciados pelos médicos foram descritos, entre eles a indecisão entre se deixar ser atacado e impor limites, dificuldade em se distanciar de situações complicadas, medo de ser agredido por familiares, caso algo acontecesse com o paciente, medo de não satisfazer expectativas do paciente; e dificuldades relativas à comunicação quanto à abordagem da intimidade do paciente e discussão sobre tempo de vida, possibilidade de morte e a morte. (Cruvinel, 2021, p.12)

Pacientes mais introspectivos, que apresentam dificuldades de expressão verbal/emocional também eram vistos por Leila (R1) como desafiadores. Para ela, requerem do profissional a habilidade de fazer um bom *rapport* para a abertura de um canal comunicativo que seja eficaz para favorecer o vínculo e gerar confiança. Em suas palavras: *“É um desafio também para pacientes que são mais fechados, tem paciente que é difícil a gente criar um vínculo”* (Leila, R1, entrevista).

A refratariedade que alguns pacientes podem mostrar frente a orientação, condutas e aproximação médica, que foi apresentada como uma dificuldade por Leila, constitui um aspecto de alcance relacional complexo e, por vezes, com características mais demandantes. Estes pacientes fazem questionamentos, apresentam rigidez e postura ríspida. Assim, a residente pode ser mobilizada a uma ideia de baixa autoeficácia diante destes.

Leila pontuou ainda a importância do manejo das diferenças no ambiente hospitalar, compreendendo estas para além das personalidades dos pacientes, em sua dimensão também social e política. Segundo Mota *et al.* (2006), este contato direto, no cuidado de seres humanos, é fator que reflete no profissional de saúde a sua própria vida, saúde e doença, conflitos e frustrações. Caso não entre em contato com esses fenômenos, o mesmo corre o risco de utilizar a rigidez e o distanciamento como mecanismo de defesa.

Eu acho que a gente precisa aprender a lidar mais com as diferenças. Nós lidamos com pacientes com estilos de vida muito diferentes dos nossos. E com realidades sociais diferentes, visões religiosas diferentes. É social, né? Políticas, às vezes. E então a gente precisa ter meio termo, né? Às vezes na comunicação com eles, eu diria que com os outros, com a equipe, a mesma coisa. Cada um tem uma personalidade (Leila, R1, entrevista).

A vida é diversa e essa diversidade tende a se acentuar com os diferentes atores que compartilham o cotidiano de uma unidade hospitalar. Lidar com pessoas é complexo, a diferença e, em alguns casos, a divergência atravessam as relações. Isso traz aos profissionais o imperativo de desenvolver ações singulares que alcancem, em alguma medida, as particularidades de cada paciente, não o reduzindo a um órgão doente, a um diagnóstico ou a um número de leito (Rodríguez Weber; Ramírez Arias, 2022). Assim, ao se mobilizar para o acolhimento dessa diversidade presente, o ato de comunicar do profissional deve se dispor a fazer com que cada fala toque o indivíduo com empatia e compaixão, aceitando-o da forma que se constituiu e aprendeu a expressar suas dores.

Na discussão de casos clínicos, as respostas das residentes ao caso 2 trouxeram novos aspectos sobre a percepção e condutas das mesmas diante de **resistências de pacientes**, fazendo emergir ainda suas perspectivas éticas. O referido caso discorre sobre um paciente em acompanhamento ambulatorial que não aceitava o diagnóstico de HIV e recusava o uso da medicação prescrita e de internação hospitalar, acreditando que seria curado com base em sua fé e crenças religiosas.

As residentes apresentaram perspectivas convergentes diante do caso exposto, entendendo que a função do profissional deveria ser a de convencimento do paciente ao tratamento necessário, mostrando dificuldades em lidar com a opção de recusa da terapêutica e orientações oferecidas.

[...] mas é um doente que não aceita a doença e não aceita o tratamento, então... acho difícil por si só, e já é um desafio, porque você não precisa só dar a notícia, você precisa convencer o paciente de que ele precisa tratar. (Leila, R1, discussão de casos clínicos)

Primeiro, é tentar convencer o paciente da gravidade da doença e da necessidade do tratamento (Lucia, R2, discussão de casos clínicos)

Leila se mostrou desconfortável diante da postura rígida do paciente quanto à baixa adesão, alegando que teria dificuldade de ser empática diante de uma situação que considerava ser uma escolha pelo mal-estar, já que o paciente fictício estava tendo oportunidade de se tratar, mas recusava. Nesse sentido, entendia que a relação médico-paciente seria prejudicada, de modo a afetar diretamente a ação comunicativa junto a este paciente.

Agora ele está escolhendo não tratar, então ele é um paciente rebelde, sabe, é um paciente que não está querendo colaborar com você. Então, eu acho que eu iria comunicar essa complicação de forma que seria mais tranquilo, do que eu sei, poxa. Você está tendo uma complicação do que escolheu, você mesmo está

colhendo, entendeu? Eu acho que eu seria mais fria, talvez possa parecer um pouco grosseiro, eu acho que é um pouco, mas é a forma como acho que eu agiria, entendeu? (Leila, R1, discussão de casos clínicos)

Então, eu acho que eu teria bastante dificuldade de lidar com essa recusa. Porque é um paciente que tem a possibilidade de tratar e está escolhendo não tratar, isso me traz bastante desconforto. Eu acho assim, talvez prejudicaria a relação. (Leila, R1, discussão de casos clínicos)

Seguindo em sua reflexão, Leila mostrou dificuldades em encontrar habilidades para lidar com pacientes com este tipo de comportamento, que escapava em muito ao controle médico e evidenciava uma decisão do paciente sobre a forma de conduzir a própria vida diante de seu adoecimento, a partir de suas crenças religiosas. Assim, entendia o confronto e a persuasão como único caminho nesse caso.

Então, acho que uma das habilidades importantes é a capacidade de argumentação mesmo de convencê-lo, de fazê-lo entender da gravidade da situação para que ele mude de ideia. E, em relação a essa questão de não aceitação da doença, eu acho que algo que é questão, não consigo nem identificar exatamente qual seria a habilidade específica para isso. (Leila, R1, discussão de casos clínicos)

A ideia de que o médico tem que convencer o paciente, utilizando-se de persuasão é ainda comumente observada (Rocha, 2003). Pacientes considerados “resistentes” frequentemente terão tido experiências prévias de “brigas” malsucedidas dos médicos por sua adesão, às vezes como mera obediência ou fidelidade. A escuta oferece uma outra possibilidade, acerca da compreensão da situação e da busca de soluções em conjunto - o que demanda tempo. Se o objetivo é que, no mínimo, a decisão de tomar ou não tomar o remédio seja uma decisão clara e fundamentada, então é preciso entender quais as bases da decisão, especialmente para evitar julgamentos sobre o paciente (Oliveira *et al.*, 2020).

A não adesão aos tratamentos pode estar associada a múltiplos fatores, que envolvem aspectos relacionados ao próprio paciente, à doença e esquema de tratamento, ao sistema de saúde e a relação profissional-paciente (WHO, 2003). Quando a não adesão é enquadrada como mera “rebeldia” ou desobediência, ela afasta o profissional de uma atuação compassiva, prejudicando o vínculo, e o impede de buscar alternativas de resposta mais contextuais.

Esses enquadramentos costumam partir de uma visão instituída das profissionais quanto a como um usuário deve viver. Baduy *et al.* (2016) afirmam que “há um enrijecimento da nossa visão sobre o outro, quando o trabalhador e a equipe por vezes não conseguem acolher os tantos usuários que existem naquele usuário, nem os

movimentos que este produz no seu viver.” (p. 222). Na ausência da escuta do que pode desvelar as reais questões por trás da não adesão, o conflito é substituído pelo confronto, inviabilizando a comunicação. Não se trata tanto da capacidade de manter um acolhimento prolongado e exaustivo, mas sim de uma mudança de postura que se abre para a relação de outro modo, com maiores possibilidades de trocas e construções conjuntas. Os autores seguem com um questionamento, que aqui reiteramos: *“o problema é a ‘não adesão’ do usuário, ou a nossa (in) capacidade de nos relacionarmos e atuarmos a partir da sua proposta de vida, do que ele entende como saúde, das necessidades que ele identifica?”* (Baduy *et al.*, 2016, p. 224).

Por fim, vale pontuar que a auto responsabilização das residentes sobre a decisão dos pacientes era mais uma das coisas que lhes gerava a sobrecarga. Isso pode acontecer quando acreditam que o seu trabalho só foi bem-feito se, ao final da comunicação, o paciente decidir se tratar da forma esperada, sem reconhecer que esta decisão pode exigir uma elaboração maior e mais demorada. É necessário reconhecer que uma comunicação efetiva também pode gerar reações como discordância ou resistência em um primeiro momento.

Diante destas resistências, um dos possíveis obstáculos são as reações habituais dos médicos aos sentimentos de raiva, tristeza, ansiedade e fadiga; que incluem comportamentos como interromper falas de usuários, desconsiderar a seriedade de suas queixas, menor disponibilidade para oferecer informações, tirar dúvidas e incentivar o diálogo (Cruvinel, 2021, p.13).

Baixa escolaridade e acesso limitado à informação em saúde

Outro fator que, de acordo com o relato das participantes, demonstrou ter peso na comunicação médico-paciente foram **as desigualdades de escolaridade e de acesso à informação em saúde dos usuários**, que, no Brasil, estão diretamente relacionadas a fatores socioeconômicos de raça, classe e território (Gonzalez, 2020; Carneiro, 2023). É importante lembrar que sendo o hospital de realização da pesquisa uma instituição vinculada ao SUS, nele são atendidos pacientes de variados perfis e contextos socioeconômicos e estratos sociais, em conformidade com o princípio doutrinário do SUS de universalidade do acesso. Por outro lado, a composição do corpo médico do hospital é majoritariamente branca e de classe média, apontando para a possibilidade de dificuldades comunicativas relacionadas a diferenças socioeconômicas e culturais, que, quando não

nomeadas e analisadas, podem se constituir em barreiras sociais e políticas no contexto hospitalar (Lima de Paula; Chaves da Costa, 2022).

Nesse sentido, a limitação de conhecimentos e/ou a baixa instrução de alguns pacientes foram apontadas pelas residentes como uma das dificuldades de comunicação. Segundo elas aumentam o risco de uma má compreensão daquilo que lhes é dito ou torna-os frágeis informantes de suas próprias condições de saúde.

Muitos, às vezes, chegam aqui sem nenhuma noção da doença. É, às vezes, temos problemas com outras especialidades que acabam tendo uma comunicação ruim e às vezes chega um paciente para gente com uma doença avançada e o paciente não sabe, nem o paciente, nem os familiares (Leila, R1, entrevista).

Então, foi paciente do SISREG. A gente não tem informações médicas e a gente não tem acesso ao prontuário do paciente, então é, as informações chegam, assim, jogadas, né, gente? *Quando o paciente não sabe informar, é uma tragédia* (Lucia, R2, entrevista).

Lucia (R2), nessa direção, apontou a necessidade de os profissionais serem mais diretivos em suas abordagens aos pacientes tendo em vista que estes, em grande parte, chegam sem conhecimentos prévios que lhes permitam ser mais engajados nos atendimentos.

Eles não sabem ser direcionados, né? Eles não, eles não leem livros. Paciente não lê livro, então ele não chega aqui: “Ah, minha história patológica pregressa, minhas cirurgias prévias, minhas medicações que eu tomo são essas; minhas comorbidades; eu tenho alergia; Tenho. Eu fumo, eu bebo, não.” Você que tem que perguntar. (Lucia, R2, entrevista individual).

Outrossim, a residente Leila (R1) percebia não apenas suas dificuldades, mas também suas responsabilidades em melhor esclarecer os pacientes, ressaltando a preocupação de não sobrecarregarem os usuários com um excesso de informações.

[...]e ao mesmo tempo de o paciente já vir com uma deficiência importante de conhecimento e você ter que jogar tudo aquilo ali em cima dele como se fosse uma bomba. Que não é nem um pouco saudável. (Leila, R1, entrevista).

Além disso, Leila pontuou ser esperado que o profissional consiga entregar de forma simples, clara e acessível as informações que considera importantes para o paciente conhecer para andamento do processo de cuidado. Em suas palavras:

Assim, como é que eu vou explicar tal situação? É de uma forma simples para um paciente que tem pouco conhecimento, então isso seria um desafio. (Leila, R1, entrevista).

Nesse ponto, pareceu haver uma expectativa subestimada das capacidades dos usuários em compreender seu quadro clínico e tratamento correspondente, a despeito do nível de escolaridade, sem um maior estímulo à participação destes, revelando uma desigualdade social em saúde, em que o saber médico é supervalorizado em detrimento dos saberes populares e do próprio indivíduo enfermo ou de sua capacidade de aprendizagem.

Nesse sentido, Lucia destacou sua preocupação e desafio em realizar a comunicação de notícias difíceis para pacientes de **baixa escolaridade**, pressupondo que estes teriam dificuldades em compreender as informações passadas a eles.

Mas é difícil porque o paciente é leigo, então ele nunca vai entender da forma que o que você acha que ele vai entender como você entendeu, que é médica, profissional de saúde (Lucia, R2, discussão de casos clínicos)

Esse pensamento limita a percepção do paciente, que muitas vezes encontra seus próprios meios de acessar e interpretar a informação, principalmente a partir de tecnologias digitais. O uso do feedback como técnica na comunicação, disparada por perguntas como “pode contar pra mim como você contaria para alguém da sua família o que eu te expliquei?” Pode ser uma ferramenta útil na construção da relação terapêutica e na efetivação da comunicação médico-paciente (Santos *et al.*, 2011; Del Prette; Del Prette, 2017).

Crenças religiosas

Quando a comunicação do médico esbarra com as **crenças religiosas** do paciente, as residentes apontaram uma dificuldade para manutenção ou aprofundamento do diálogo, ressaltando que, nesses casos, a ética é colocada em voga e limita a discussão. Diante da racionalidade médica hegemônica, a religiosidade tem sido negligenciada por muitos profissionais nos seus atendimentos. Este fenômeno se acredita decorrer de vários fatores, tais como receio de não atender às exigências científicas da profissão; desconforto em abordar o tema por falta de conhecimento ou limitação de habilidades; receio de influenciar as crenças dos pacientes e incorrer em falhas éticas; e visão de que a abordagem desse tema não faz parte do seu papel do profissional (Lucchetti *et al.*, 2010; Marques *et al.*, 2015). Tudo isso pode levar a uma “postura reservada e insegura” do profissional, que, para ser quebrada, é preciso desvencilhar-se de seus medos e preconceitos.

O caso 2 mobilizou fortemente as residentes frente a esta questão, sendo um ponto de convergência entre elas o enquadramento da religião como um tema que pode atuar como limitante do trabalho e cuja complexidade desafia suas habilidades. Lucia relatou:

Aí entra a questão religiosa, não é? Primeiro, é tentar convencer o paciente da gravidade da doença e da necessidade do tratamento. É, eu acho que entender o porquê, é... entender a religião como um fator limitante (Lucia, R2, discussão de casos clínicos). [...] mais complicado, porque nesse caso eu não sei se ajudaria, porque aqui envolve o paciente mesmo, de personalidade difícil. (Lucia, R2, discussão de casos clínicos)

Frente a essa questão, foram trabalhadas, como *feedback* às residentes, algumas estratégias diante da religiosidade, compreendendo que a postura de embate e convencimento empobrece a relação terapêutica por colocar o paciente, que recorre à crença como sustentação, em uma postura defensiva. Através da escuta, encontra-se um desafio: entrando no universo de referências do paciente, é possível utilizar-se da própria religião como impulsionadora do cuidado médico? Leila apontou uma perspectiva:

É, não por ele ser religioso em si, mas pelo fato dele acreditar que vai ser curado através da crença... Mas eu acredito que precisa ser trabalhado que essa cultura, não a cura em si, mas que esse tratamento pode ser feito através da medicação. Deus dá a sua capacidade também para as pessoas utilizarem tratamentos, então... (Leila, R1, discussão de casos clínicos)

Urge que os profissionais da saúde desenvolvam competências para acolher e manejar a dimensão espiritual de seus pacientes, em consonância com as políticas de humanização e a integralidade do cuidado. Para isso requer-se postura ética, além da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades pertinentes (Murakami; Campos, 2012).

A crença religiosa em si pode ter efeitos tanto positivos quanto negativos para o processo de ajustamento de um paciente, sendo múltiplos os efeitos que as religiões possuem na subjetividade — a depender da trajetória singular do sujeito pelas instituições religiosas e suas diferentes práticas. A atuação ética, fundamentada e científica do terapeuta-comunicador deve se sobrepôr a estigmas de ordem moral, sobretudo em se tratando de doenças já estigmatizadas socialmente e religiosamente. Por outro lado, a desqualificação das crenças de pacientes não opera em favor da relação, fazendo com que a situação demande uma postura mais receptiva e acolhedora.

4.3.4 Dificuldades centradas na profissional

A análise dos desafios mencionados pelas residentes que estavam relacionados a suas próprias dificuldades no processo comunicativo com pacientes e familiares permitiu extrair três subcategorias: (1) o despreparo técnico; (2) a exaustão com as rotinas de trabalho; e (3) o manejo de seus vínculos com os pacientes.

Despreparo técnico

Um dos principais desafios percebidos pelas residentes nesta categoria foi desenvolver maior autonomia no comunicar, algo que, para médicas recém-chegadas em um serviço de saúde, pode levar certo tempo. Isso relaciona-se com o **despreparo percebido** por Leila em sua formação profissional:

Eu lembro também do meu primeiro dia aqui, de conversar com familiares e que eu falei pouquíssimo, que elas conduziram tudo, porque eu achei que somente não sabia falar nada, não tinha nenhum preparo (Leila, R1, entrevista).

A própria percepção de despreparo gerava insegurança nas residentes e estava associada a fatores como insuficiência de informações escritas em prontuários e fichas e dificuldade de alguns pacientes em expressarem as suas demandas e/ou explicarem suas histórias de saúde. A autopercepção da própria inabilidade médica em comunicar e gerar um diálogo satisfatório, diante de situações difíceis, atinge o senso de autonomia, o que vai em direção a inseguranças já existentes no processo de se fazer médico.

É comum aos profissionais a autoavaliação crítica de suas competências de atuação. Este fato é compreensível sobretudo, em áreas que demandam anos de estudo e cujas profissões se caracterizam por não se basearem apenas em conhecimentos técnicos, exigindo a construção de habilidades analíticas, de resolução de problemas e de comunicação. Também é exigido compreensão contextualizada e crítica de cada situação que se apresenta no cotidiano institucional, sem as quais são criadas barreiras para a prática, sobretudo de comunicação (Carús *et al.*, 2021). Dependem, portanto, de oportunidades de maior integração entre teoria e prática para a aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades mais complexas. A percepção das residentes quanto à sua maturidade profissional, ou seja, se elas se enxergavam como competentes para a atuação ou não, influencia nesse processo.

Assim, o desejo por construir autonomia profissional, pelo desempenho de ações individuais no início da residência pode ser um propulsor de novas aprendizagens e maior

desenvoltura. Contudo, vale lembrar que a residência médica combina a prática intensiva, em ambiente real, com o ensino, requerendo supervisão e apoio constantes na aplicação de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades. Nesse contexto, que é tanto de ensino como de prática, apoiar-se em modelos e supervisões de outros profissionais, inclusive os não médicos, é essencial para auxiliá-los no aprendizado de modos eficazes de comunicar — daí um dos papéis da Psicóloga Hospitalar (Trindade, 1996).

Exaustão frente às rotinas de trabalho

O cansaço gerado pelas **rotinas exaustivas de trabalho** na residência foi percebido por ambas as residentes como um fator desafiador que afeta a qualidade dos seus atendimentos, como expresso por Lucia:

É, às vezes eu acho que depende do meu nível de cansaço no dia. Tem dia que eu estou cansada e que eu realmente não estou com muita paciência para ficar conversando, tirando dúvidas, enfim... (Lucia, R2, entrevista).

A exaustão emocional é um fator que pode contribuir para a má comunicação, sobretudo quando o profissional não possui conhecimento de suas próprias emoções e tem dificuldades na sua regulação. Nesse sentido, Leila (R1) considerou que uma habilidade importante para a atuação em âmbito hospitalar é “ter bom humor para não sufocar nos momentos difíceis”.

No caso das residentes, a grande demanda de atendimentos e a agilidade cobrada na realização das atividades eram desencadeadoras de estresse. Os efeitos emocionais associados, como impaciência e ansiedade, se faziam presentes para além do hospital, impactando a qualidade de vida. Leila descreveu como a sobrecarga com o trabalho afetava sua vida enquanto uma jovem de 26 anos.

Então, eu já comecei minha carreira médica na residência. E, no início, eu ficava tão esgotada que eu chegava em casa e não tinha forças para fazer absolutamente nada. E eu não conseguia nem fazer plantões porque eu estava muito cansada. [...] Porque já estou muito acostumada, estou muito acostumada a estar sempre cansada e, no final de semana, é quando eu não faço plantão, às vezes eu fico em casa assim, eu não tenho nem força para sair de casa, eu fico em casa, meus pais dizem: você não quer ser jovem? Você nem sai de casa. Porque eu fico tão cansada, que não tenho nem força para sair de casa, entendeu? É, eu fico. Eu fico muito cansada (Leila, R1, entrevista).

A exaustão emocional referida pela residente é um fator que tende a dificultar o desempenho do médico. Quando mal gerida não proporciona a busca pelo refazimento e pelo descanso reparador, que é fundamental para garantir motivação e condições físicas e psíquicas para se voltar ao cuidado dos pacientes com um maior envolvimento.

Atualmente, observam-se médicos cada vez mais jovens e, apesar das responsabilidades profissionais assumidas e desejadas, também precisam das vivências desta fase de desenvolvimento para amadurecimento não só profissional, como pessoal. A inabilidade no manejo de estresse e o isolamento social os afasta de experiências de vida que um dia modelarão o seu cuidado.

Não é possível discutir este tema, em que falamos de jovens mulheres médicas, sem entender as implicações da feminização da medicina no Brasil (Scheffer; Cassenote, 2013). Deve-se considerar que as médicas podem estar implicadas em outras atividades de cuidado (no âmbito familiar e do território) que são relacionadas a papéis de gênero. Não à toa, os autores apontam afirmações de que as médicas tendem a uma maior harmonização da comunicação médico-paciente, já que em sua atuação elas seriam mais propensas a exercer uma “ética do cuidado” que seus colegas homens (p. 273-274).

Dosagem do vínculo médico-paciente

Em termos da construção de vínculo na relação terapêutica, Lucia apresentou dúvidas sobre os limites que precisam ser mantidos entre ela e as pessoas atendidas. Declarou receio de gerar falsas promessas ou má interpretação por parte do paciente ou de outros colegas de trabalho. Além disso, existia uma preocupação quanto às sanções legais que podem advir dessa possibilidade de ser má compreendida em sua aproximação.

É, a minha dúvida era sempre até que ponto eu posso criar um vínculo com o paciente, né? Porque às vezes, por exemplo, o meu medo é de falar assim “eu vou estar sempre aqui” e não conseguir atender essa promessa. Aí, às vezes, eu tenho vontade de abraçar também o paciente, mas é... Eu sempre tive essa dúvida, será que cabe um abraço? Será que alguém vai me repudiar por eu estar aqui? Como é a minha chefe que não me deixa dar o diagnóstico (Lucia, R2, discussão de casos clínicos).

Mas assim, é porque hoje existe muito a questão do direito médico, né? Aí tudo o que a gente faz, pode se voltar contra você. Aí, às vezes, tudo o que você fala, pode ser julgado pelo que você fala, pelo que você faz. Então, surgem ainda várias dúvidas nessa questão (Lucia, R2, discussão de casos clínicos).

Na impossibilidade da promessa de que o profissional de saúde estará sempre lá para o paciente, pode ser pontuado que é possível priorizar o aqui-agora do vínculo: “*eu estou aqui com você, estou aqui para te ouvir e para tudo o que você precisar perguntar*”. O conhecimento sobre o processo de adoecimento é a porta que se abre para buscar o cuidado. O compromisso assumido com o paciente no vínculo não precisa tomar a forma de um “sempre”, mas pode parecer com um “enquanto eu puder”.

A dificuldade encontrada na criação de vínculo com os pacientes é um fator que “atrapalha” a comunicação, bem como o receio em demonstrar comportamentos acolhedores e afetivos ao paciente. Isso vem associado ao medo da má interpretação daquele que vê e/ou recebe, podendo gerar sanções judiciais, limitando o humano que se vê diante da tentativa de humanização do trabalho, fazendo com que muitos médicos não consigam se conectar com o paciente. Santos *et al.* (2011) apontam que uma das principais causas de processos judiciais contra médicos são os diagnósticos errôneos; e que estes podem acontecer justamente por problemas de comunicação relevantes na hora de coletar e transmitir informações. As autoras apontam, ainda, que a eliminação do fator humano do erro através do aumento da “qualidade” individual da atuação da profissional não é eficaz, mas sim estratégias que fortaleçam o trabalho em equipe.

No momento da comunicação de notícias difíceis, essa capacidade de vinculação se mostra fundamental, pois neste momento se intensifica a necessidade de acolhimento e direcionamento. É importante que se auxilie o paciente na compreensão da navegação durante o curso do tratamento. Assim, é útil ter um “o que faremos agora?”. É importante para o paciente saber que existem tratamentos e “coisas” a serem feitas, com a noção do próximo passo. Isso difere de falsas promessas de cura ou da inabilidade de aceitar quando se está diante da morte. Trata-se de entender que, mesmo em casos em que não há cura, ainda há cuidado possível.

4.4 Habilidades interpessoais na atuação hospitalar

Quanto à percepção das residentes sobre as habilidades interpessoais na atuação hospitalar, algumas foram partilhadas via formulário de autoavaliação e outras em entrevistas. As contradições entre a autoavaliação e as dificuldades percebidas em entrevista ganham destaque, apontando para a necessidade de aprofundamento da discussão.

4.4.1 Aquisição ou aperfeiçoamento das habilidades de comunicação na formação profissional

As residentes partilhavam da percepção de que a comunicação médico-paciente não pode ser aprendida somente através de discussões teóricas ou da transmissão de conhecimentos técnicos-instrumentais. Esta percepção pode ser verificada na fala de Lucia:

“é uma coisa que só a prática vai te moldando”. Ainda assim, a ausência de treinamentos e de possibilidades de prática profissional nas trajetórias acadêmicas das médicas, capazes de lhes oportunizar diretamente à vivência deste tipo de comunicação, foi um fator que colaborou para as dificuldades encontradas na residência. Ambas relatam as escassas experiências que tiveram nesse sentido na graduação em medicina, como a discussão do protocolo SPIKES, porém sem a possibilidade de receberem o treinamento correspondente.

Quem fez foi, quem administrou, foi uma psicóloga, é, e ela fazia uma dinâmica com a gente. É... treinar comunicação de más notícias e eu achei bem bacana as dinâmicas que ela fazia. E mais tarde, no internato, eu tive um pouquinho, eu vi ali por cima o protocolo SPIKES, mas não foi uma coisa assim, é... Não foi um treinamento profundo, nem rígido, né? (Lucia, R2, entrevista)

Mas não tive treinamento prático, não tive em nenhum momento, inclusive durante estágios, eu fiz estágio no Souza Aguiar e lá a gente lidava com notícias ruins o tempo inteiro e teve uma situação em que eu pedi ao médico para acompanhar ele fazendo a comunicação do falecimento de um paciente, porque eu nunca nem tinha presenciado em nenhum momento essa comunicação (Leila, R1, entrevista).

Na formação dos alunos de medicina, costumam ser apresentados protocolos e algumas dinâmicas, realizadas em reforço ao conhecimento teórico, visando tratar de temas voltados à relação médico-paciente, como a comunicação. Entretanto, em suas inserções nos campos de práticas, nem sempre é dada a devida atenção para a abordagem desse tema, com planejamento, preparação e discussão das situações vivenciadas. Assim, os alunos/médicos podem não receber o suporte adequado para a aplicação integral e efetiva dos protocolos, o que pode deixá-los inseguros, sem referência, a não ser que busquem maior aproximação prática com o tema a partir de seus próprios interesses e iniciativas.

Uma boa comunicação é uma competência clínica básica que pode e deve ser aprendida, sobretudo durante a residência médica, visto não se tratar de uma característica inata ou um traço de personalidade. Como o aprendizado em comunicação está muito mais relacionado a um processo de autoconhecimento, necessita de autoavaliações ao longo do tempo. Tão importante quanto conhecer a literatura sobre as habilidades de comunicação é essencial que o residente tenha um processo de autorreflexão e autoavaliação sobre sua prática clínica (Tenório et al., 2024, p.02)

Protocolos são ótimos para o desenvolvimento e planejamento de uma ordem de ideias e organização do momento da comunicação, contudo não preparam os residentes para o manejo das reações que a teoria não alcança. Logo, é comum que mesmo com todo processo aprendido, surjam dúvidas de como fazer, diante das múltiplas realidades.

4.4.2 Autoavaliação de habilidades de comunicação: déficits e adequações

- Respostas ao questionário de autoavaliação de habilidades sociais

No formulário de autoavaliação, Leila avaliou suas habilidades interpessoais como sendo Regulares ou Boas, marcando os pontos (3) e (4) da escala Likert para todas as habilidades listadas. Lucia mostrou uma avaliação mais positiva, com seu desempenho no conjunto das habilidades interpessoais apresentadas sendo consideradas “Boas” (4) ou “Muito Boas” (5). Destaca-se a ausência de considerações de seus desempenhos como “Ruim” (2) ou “Muito Ruim” (1), ainda que, nas entrevistas, algumas dificuldades e angústias tenham sido mencionadas em relação a suas atuações quanto a habilidades dessa natureza. Os Quadros 3 e 4 mostram as habilidades interpessoais que foram pior e melhor autoavaliadas por cada uma das residentes

Quadro 3 — Itens com menores avaliações no formulário de autoavaliação de habilidades interpessoais e categorias associadas.

	HABILIDADES AUTOAVALIADAS
Itens que receberam uma avaliação mais baixa por Leila	Mantenho o equilíbrio emocional nas interações com pacientes e familiares
	Consigo fazer questionamentos, demonstrar minhas opiniões e receber críticas nas interações com pacientes e familiares
	Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes e familiares não-videntes e/ou de baixa visão
	Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes surdos(as/es) e/ou de baixa audição
	Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes que estejam em estados e/ou possuam outras condições que exigem adaptações para a comunicação
Itens que receberam uma avaliação mais baixa por Lucia	Consigo manter a atenção no que está sendo dito em interações com pacientes e familiares.
	Costumo demonstrar interesse e disposição para dar apoio a pacientes e familiares.

Itens que receberam uma avaliação mais baixa por ambas	Realizo o acolhimento de pacientes e familiares
	Consigo oferecer uma escuta ativa
	Lido bem quando pacientes, familiares ou outros profissionais demonstram agressividade

Fonte: Elaboração própria.

Presume-se que as avaliações predominantemente elevadas de seus desempenhos pelas residentes possam ter estado associadas a uma baixa percepção inicial de suas dificuldades ou mesmo a desejabilidade social frente a entrevistadora. Em pesquisas há uma tendência de os participantes responderem às perguntas de modo a deixar uma imagem positiva de si mesmos, que talvez não reflita suas opiniões e comportamentos (Bispo Júnior, 2022). Na discussão dos casos clínicos, habilidades bem avaliadas pelas residentes, como apresentado no Quadro 4, mostraram-se pontos de dificuldade.

Quadro 4 — Aspectos melhor avaliados pelas residentes no formulário de autoavaliação de habilidades sociais.

	HABILIDADES AUTOAVALIADAS
Itens que receberam uma avaliação mais alta por Leila	Consigo manter a atenção no que está sendo dito em interações com pacientes e familiares
	Costumo demonstrar interesse e disposição para dar apoio a pacientes e familiares
Itens que receberam uma avaliação mais alta por Lucia	Consigo fazer questionamentos, demonstrar minhas opiniões e receber críticas nas interações com pacientes e familiares.
	Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes e familiares não-videntes e/ou de baixa visão
	Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes surdos(as/es) e/ou de baixa audição
	Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes que estejam em estados e/ou possuam outras condições que exigem adaptações para a comunicação
Itens que receberam uma avaliação mais alta por ambas	Tenho capacidade de compreender as mensagens recebidas pelos pacientes/equipe

	Consigo perceber reações físicas e emocionais dos pacientes, familiares e da equipe durante a interação
	Tenho facilidade e/ou me esforço para criar vínculo com os pacientes e familiares
	Me considero uma pessoa empática
	Mantenho contato visual com pacientes e familiares durante a interação
	Demonstro os meus sentimentos de forma clara e respeitosa nas interações com pacientes e familiares
	Respondo perguntas de forma clara e honesta
	Consigo pedir auxílio de outros profissionais sempre que julgo necessário
	Considero que consigo atuar de maneira respeitosa com as diferenças
	Consigo e faço questão de respeitar o nome social e identidade de gênero de pacientes e familiares trans e travestis
	Quando dou informações sobre o quadro clínico ou o tratamento de pacientes, consigo apresentar objetivos claros
	Costumo validar o que os pacientes e familiares me dizem, sem desconsiderá-los
	Consigo me comunicar de maneira clara na linguagem dos pacientes e familiares, sem me utilizar de muitos jargões médicos.
	Consigo observar e compreender mensagens não-verbais de pacientes e familiares.
	Sempre incluo os pacientes e familiares nas decisões referentes ao tratamento.

Fonte: Elaboração própria.

Chama atenção a contradição entre a autoavaliação dada em questionário e as declarações nas entrevistas. Embora certas habilidades, tais como relativas à clareza e ao *feedback* na comunicação com pacientes tenham sido bem-conceituadas por ambas, foram apontadas como dificuldades ou desafios na entrevista individual e na discussão de casos.

Estudos como os de Jorge (2015) e Pinheiro-Carozzo *et al.* (2020) apontam para o fato de que os médicos participantes tendem a autoavaliações geralmente boas. Outros estudos, como Pletti (2021), corroboram com a noção de que altos escores em avaliações de Habilidades Sociais têm correlação com a satisfação profissional. Também podem representar um fator protetivo para os agravamentos de saúde mental decorrentes dos

estressores ocupacionais encontrados por médicos *staff* e residentes. No entanto, estes estudos não realizaram, de maneira aprofundada, entrevistas com os médicos residentes ou aplicação didática de *role playing* e discussão de casos clínicos, nem um enfoque qualitativo no espaço relacional trabalhador-usuário. Isto reforça a importância deste estudo e de pesquisas subsequentes que se dediquem a estudos de caso e descrições qualitativas mais aprofundadas.

Rocha *et al.* (2019) apontaram para as potencialidades da aplicação do Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE — *Objective Structured Clinical Exam*), que implica na avaliação de habilidades comunicativas de médicos na observação direta de situações simuladas. Este instrumento envolve o *feedback*, como possível método padronizado e confiável de avaliação didática a ser aplicado em todas as fases da formação médica. Embora não seja possível afirmar que a dinâmica aplicada neste estudo corresponda ao OSCE, ainda é possível correlacionar a maneira com que a discussão mais direta e qualitativa das habilidades sociais e comunicativas de residentes pode produzir resultados distintos dos que são produzidos pelos inventários de habilidades sociais.

Pinheiro-Carozzo *et al.* (2020). apontam a possível relação entre os bons escores de médicos em habilidades sociais com o enfoque produzido sobre a relação médico-paciente na formação médica a partir da implementação do modelo biopsicossocial. Também citam a entrada de mais docentes psicólogos ministrando disciplinas nas faculdades de medicina. Isto aponta para a importância da interdisciplinaridade na garantia de uma boa formação médica. Enquanto diferentes estudos podem focar em aspectos distintos das habilidades sociais e comunicativas a depender dos instrumentos utilizados, da utilização ou não de avaliações de pacientes, e do enfoque do trabalho, há competências gerais esperadas dos médicos na relação médico-paciente que parecem ser pontos relevantes de dificuldade, como a comunicação clara e a verificação da compreensão do paciente (Jorge, 2015), pontuadas pelas residentes entrevistadas neste estudo.

Clareza na comunicação

A clareza na fala para adequada compreensão de seu conteúdo pelo paciente ou familiar foi apontada pelas residentes como essencial no processo comunicativo. Ressalta Leila:

Então, eu acho que esse desafio é para nós médicos, porque é nosso papel se fazer claro, entendeu? Eu não tenho como mudar a percepção do paciente, a clareza, a inteligência, a cognição, então a única coisa que eu consigo mudar é a

minha forma de falar, entendeu? Eu não consigo ter controle sobre o que o paciente está conseguindo captar, mas eu consigo ter controle sobre aquilo que eu estou falando. Então eu acho isso um desafio do médico mesmo. É algo que a gente tem que trabalhar, a clareza (Leila, R1, entrevista).

Porém, a habilidade de expressar-se com clareza na rotina hospitalar foi percebida por elas como uma habilidade em que requer melhor preparo. Ambas mostraram insegurança na capacidade comunicativa quanto a serem compreendidas, manifestando suas preocupações sobre alcançar o melhor comunicar, diante da necessidade de que o entendimento do paciente fosse uma ponte colaborativa para o cuidado.

Assim, como é que eu vou explicar tal situação? É...de uma forma simples para um paciente que tem pouco conhecimento...então isso seria um desafio (Leila, R1, entrevista).

Um desafio seria a compreensão do paciente, eu sempre fico em dúvida se eu estou sendo bem interpretada, se estou sendo bem entendida (Leila, R1, entrevista).

Eu não sabia se ele estava entendendo o que eu falava. Ai meu Deus, será que ele conseguiu entender, compreender? Ai passam mil coisas. Sempre bate aquela insegurança, será que eu consegui ser clara, né? Será que eu consegui explicar? Será que ele conseguiu entender tudo o que eu falei? (Lucia, R2, discussão de casos clínicos)

Sabe-se que, diante das pressões, inseguranças e ansiedades no processo da comunicação, muitos profissionais acabam se valendo da própria linguagem – os jargões médicos – que favorecem a objetividade do diálogo, mas não o seu entendimento. Ademais, a dificuldade de comunicar com clareza pode se manifestar como um mecanismo de defesa quando se percebe a necessidade de proteger-se na hora da comunicação, por exemplo, quando se está desconfortável ou inseguro na hora de dar uma notícia ou informação. Contudo, foi possível observar a preocupação de Leila em garantir a compreensão do paciente quanto aos processos diagnósticos e terapêuticos, de modo a não só garantir a tratativa da doença como a manutenção da esperança e a motivação para o cuidado.

Tentando ser a mais clara possível, destacando que isso é um diagnóstico, mas isso não é o fim; que existem propostas, então sempre tentando trazer uma mensagem de esperança. [...] É, acho que é importante ter uma comunicação clara. É que a paciente possa entender, possa compreender e ser muito claro, principalmente nas propostas, né? (Leila, R1, discussão de casos clínicos)

Leila demonstrou ainda a importância do cuidado de checar com o paciente a sua compreensão do que lhe foi informado, garantindo a efetividade da comunicação, como pode ser observado no seguinte trecho da discussão de casos: “*Então, acredito que seria*

isso se a pessoa compreendeu o diagnóstico, se ela entendeu [...] E compreendeu a gravidade da situação” (Leila, R1). Esta fala destaca a importância da dimensão relacional que compreende o feedback do paciente como o que completa a comunicação, garantindo que ambas as partes estejam cientes das mensagens que foram transmitidas e recebidas no processo.

Regulação emocional

Lucia declarou sua insegurança diante da comunicação de notícias difíceis e das reações apresentadas pelos pacientes. Estas questões a mobilizavam e até desregulavam, de modo que ela levava algum tempo para retornar ao seu estado basal, agravando ainda mais sua sensação de exaustão. Isso leva a refletir sobre a habilidade de **regulação emocional** das residentes.

Ai, eu já passei por diversas situações de gaguejar na frente do paciente, de tremer, sabe? E assim, às vezes, ficar em choque com a reação do paciente e de pedir ajuda, é, são mais esses sentimentos, no momento, esse nervosismo, de ficar nervosa, de gaguejar, de suar, suar frio. Depois é, geralmente, o meu deslocamento físico. O emocional vem depois, quando eu chego em casa. Às vezes, eu chego bem mais cansada que o habitual. Às vezes um paciente me consome mais do que dez consumiriam. Então, às vezes, a carga emocional que eu levo para casa é bem grande. Angústia. E às vezes dá até vontade de chorar (Lucia, R2, discussão de casos clínicos).

É importante reconhecer que não existe cuidado neutro, por mais que se tenha tentado incutir esta ideia nas cabeças dos profissionais de saúde. Sem envolvimento, não há cuidado. E é justamente no envolvimento, no plano relacional entre trabalhadores e usuários do serviço de saúde, que as angústias de residentes podem surgir, trazendo sensações de desespero, frustração, autocrítica e inseguranças. Estas angústias podem estar relacionadas inclusive ao desejo de fazer melhor pelo paciente. É necessária a capacidade de “filtrar” os sentimentos em jogo — de uma forma que não distancie a trabalhadora da dimensão relacional do trabalho. As práticas de autocuidado das profissionais devem intervir neste ponto, garantindo atenção à singularidade das afetações da trabalhadora e do usuário, sem emaranhá-las.

4.5 Comunicação de más notícias

No encontro destinado à discussão de casos clínicos, foram investigadas as percepções das residentes quanto à comunicação de más-notícias a partir do debate de

vinhetas que descrevem dois casos fictícios (APÊNDICE G). No primeiro caso, o médico deveria comunicar a uma paciente de 21 anos o resultado de exames que identificaram um tumor de ovário, sendo que ela havia evidenciado temor de resultado ruim e de não poder ter filhos. Já no outro caso, o médico precisava apresentar o diagnóstico de citomegalovírus a um paciente que não aceitava sua condição de soropositivo e esperava que Deus fosse curá-lo do HIV. O objetivo da atividade foi conhecer o raciocínio das participantes sobre as melhores formas de abordar a questão junto aos pacientes descritos nas vinhetas.

Os aspectos que mais se destacaram na fala das residentes durante a discussão dos casos clínicos permitiram construir três categorias relacionadas ao impacto de comunicar a má notícia nas médicas — autoidentificação, autoculpabilização, compreensão empática e desconforto frente a juventude —, além de quatro categorias voltadas às reações dos pacientes nessa situação: raiva, questionamentos e imprevisibilidade emocional.

Quadro 5 — Efeito da comunicação de más-notícias.

Efeitos nas médicas	Reações dos pacientes
Autoidentificação	Raiva
Autoculpabilização	Questionamentos
Compreensão empática	Imprevisibilidade emocional
Desconforto com a juventude de pacientes (Autoidentificação)	

Fonte: Elaboração própria.

4.5.1 – Efeitos das más notícias nas residentes

Autoidentificação

Nas discussões dos casos, foi possível perceber que as residentes foram atravessadas pela **autoidentificação**, o que pode ser percebido como um fator mobilizador de comunicação simultaneamente empática e dolorosa. O caso 1 foi recebido mais intensamente por Leila, que se mostrou desconfortável diante da situação descrita, correlacionando-a aos seus próprios sonhos e, de certa forma, aproximando-se do que

entendeu que seria o sofrimento da paciente. Através do caso, a residente pareceu fazer contato com os seus próprios medos e anseios. Muitas vezes, o momento de adoecimento de outrem acaba por se apresentar como um espelho a refletir as questões dos profissionais envolvidos neste cuidado, gerando movimentos internos, por vezes inconscientes, que vão afetar diretamente o modo como este cuidado prático e comunicativo é apresentado.

Olha, é, acho que eu teria um pouco dificuldade, porque como falei é uma paciente que é um pouco mais nova do que eu, e que também tenho os mesmos sonhos que ela, acho que iria gerar uma identificação bem importante. Então acho que para mim seria bem difícil, sim, mais por conta dessa questão de identificação. [...] Acho que é um desafio o fato de ser uma paciente muito jovem, às vezes até um pouco mais nova do que os médicos de idade, a gente acaba se identificando (Leila, R1, discussão de casos clínicos).

Lúcia, por sua vez, no Caso 2, direcionou o olhar para o campo familiar, imaginando a situação ocorrendo com alguma pessoa próxima e significativa para ela. Em suas palavras: “*Às vezes você se coloca, pensa como se fosse seu pai, sua mãe, sabe?*” (Lucia, R2, discussão de casos clínicos). Este tipo de mobilização emocional pode gerar algum entrave para lidar com a situação.

É possível levantar reflexões sobre a ambivalência da autoidentificação como mobilizadora do cuidado, ao mesmo tempo que a dificuldade de separar o sofrimento dos pacientes dos seus próprios pode ser um entrave na atuação dos médicos. A autoidentificação com pacientes jovens vem sendo percebida pelo serviço de psicologia como um fator que interfere na residência. Talvez os médicos chegarem cada vez mais jovens seja uma questão a ser considerada e avaliada.

A identificação demanda da parte dos profissionais um cuidado, entendendo que caminhar junto a um paciente em seu sofrimento implica também reconhecer sua singularidade, o caminho que pertence ao sujeito e sobre o qual não podem ser projetadas as soluções do(a) residente. A contratransferência, em casos mais extremos, pode até afastar profissionais do caso, exigindo a capacidade de suportar a dor e permanecer junto através da ação compassiva.

Autoculpabilização

Observou-se, a partir das falas das residentes, que elas se entendiam culpadas quando a notícia que portavam implicava na quebra ou modificação dos planos de vida do paciente/familiar, o que é uma característica das más notícias. A **autoculpabilização** pode

trazer um peso ainda maior sobre a tarefa e emoções dos próprios médicos, influenciando de forma negativa a transmissão da mensagem.

É, mas então você dá a notícia, para a paciente, de que não poderia engravidar, não poderia gestar, é quebrar as expectativas da paciente, é você ter que destruir um sonho da paciente. É, eu acho que esse é o desafio, mas a gente sempre tem que pensar nas possibilidades, né?... Às vezes você tem que discutir, é pedir outra opinião e até para você não destruir a expectativa completamente do paciente, né? (Lucia, R2, discussão de casos clínicos).

É muito difícil você romper com essas expectativas do paciente (Leila, R1, discussão de casos clínicos).

Lucia expressou esse peso quando a autculpabilização é entendida como uma verdade absoluta pela médica, elevando sua autocrítica e diminuindo o seu senso de autoeficácia.

Será que eu expliquei tudo o que eu deveria? Então, às vezes, vem nesse momento autocrítica, frustração... É basicamente a autocrítica. Será que eu expliquei tudo direitinho? Será que eu passei do jeito que deveria ter sido passado? [...] Às vezes você quer fazer alguma coisa diferente, às vezes você pensa, será que eu estou fazendo certo? Né? Será que é isso mesmo? Será que já se esgotaram as opções terapêuticas? Será que ainda existem outras formas e eu não sei? E eu teria como buscar outras formas de ajudar, então? É difícil (Lucia, R2, discussão de casos clínicos).

A centralização na figura do(da) médico(a) — sobretudo quando vista como porta-voz e representante da doença — acaba por criar uma oposição entre profissional e paciente. É como se o profissional não fosse um sujeito que está junto ao paciente em favor do cuidado e contra a doença, mas sim aquele que carrega as más-notícias e que efetivamente destrói vidas e sonhos. Trabalhar a relação das médicas com a vulnerabilidade e a impotência, como dimensões constitutivas do adoecimento, é uma tarefa que demanda o vínculo.

Compreensão empática

Nos casos relatados, Leila apresentou pontos fortes em relação à empatia diante das comunicações difíceis, observando a importância da manutenção da esperança e da consideração de possibilidades a partir do exposto.

[...] ser empático. Poder abraçar as dúvidas dela, abraçar os seus medos. [...] não simplesmente dar o diagnóstico para o paciente e pronto. E acabar sempre tentando falar sobre um processo de tratamento, dando esperança na medida do possível, né também? (Leila, R1, discussão de casos clínicos).

As residentes demonstram possuir habilidades empáticas para a realização das comunicações difíceis. Assim como a capacidade de a partir delas criar uma organização de fases comunicativas, capazes de gerar acolhimento e proteção emocional aos pacientes.

Eu acho que a principal habilidade é a empatia, é você se colocar no lugar da outra pessoa. E pensar qual o melhor momento de abordar o diagnóstico, qual é o melhor momento de expor o diagnóstico, né? E qual o melhor momento em expor o tratamento e/ou prognóstico, a proposta terapêutica, eu acho que se colocar no lugar do outro para sempre calcular esses riscos e essa conversa, ensaiar essa conversa. [...] Aí a gente às vezes tem que se colocar, a questão da empatia, tem que se colocar no lugar do paciente. Aí, se eu fosse leigo, como eu gostaria que me explicasse? Como eu gostaria que abordassem essa metodologia? Não é? Como é que eu iria querer que me explicasse? (Lucia, R2, discussão de casos clínicos).

Leila, especialmente, mostrou grande sensibilidade. Contudo, diante da compreensão da empatia, revelou a necessidade de ajustar suas emoções, que poderiam estar sendo influenciadas pela contratransferência, levando seu envolvimento ao emaranhamento com o caso clínico. Isso também pode ser um fator que contribui para uma comunicação não efetiva, quando o desejo de proteção ao paciente pode levar o profissional a “amenização e/ou a dar falsas esperanças” diante de um prognóstico.

Olha, eu acho que tentaria ser bem receptiva em relação aos medos dela, é, talvez eu até me colocaria no lugar dela, assim, que eu também estaria sentindo provavelmente as mesmas coisas que ela. Tentaria desenvolver uma relação de identificação mesmo; que a paciente também se sentisse abraçada. É como se eu estivesse sofrendo ali com ela também, entendeu? (Leila, R1, discussão de casos clínicos).

Ainda que a empatia seja uma habilidade social importante nas comunicações difíceis, ela corre o risco de lançar as residentes “dentro do sofrimento” do outro, centralizando a sensação de impotência. No entanto, ao enfatizar a dimensão positiva do saber na comunicação, é melhor ter conhecimento da doença e afastar a incerteza. O medo de ter algo que não está sendo dito é o pior, como costuma ser enfatizado pelos pacientes, mostrando a importância dessa comunicação estar em dia. Por outro lado, há de se ter cuidado com os diagnósticos dados na forma de sentenças, já que estas prejudicam a adesão. Essa busca de equilíbrio de como informar e a manutenção da esperança é fundamental.

Desconforto frente à juventude da paciente

Leila descreveu seu desconforto na comunicação de más notícias a uma **paciente jovem**, quase como se fosse antinatural que esta estivesse passando por situações

modificadoras de sua vida. A ideia de um prazo para a vida, um tempo de validade para as realizações pessoais, pode atravessar a comunicação, como se fosse injusto ou inadequado aquilo que precisa ser dito.

Então, acredito que o que mais pese seja dar uma notícia para uma paciente tão jovem, que tem tantos sonhos e que pode acabar tendo muitos prejuízos, é da qualidade de vida e de suas expectativas em relação ao futuro. [...] Quando a gente lida com um paciente assim, mais idoso, uma doença grave, é completamente diferente de você lidar com uma pessoa tão jovem. (Leila, R1, discussão de casos clínicos)

A reflexão no campo de análise com as residentes levou à comparação entre uma comunicação que está a serviço da doença, em contraste com uma comunicação que está a serviço do tratamento, do cuidado, e, quando possível, da cura. Colocar-se “a serviço da doença” é falar no lugar da interdição que o adoecimento produziria na vida de um paciente, o que pode produzir culpa e auto responsabilização em médicas que se veem na posição de terapeuta-comunicadora. Assim, esta se torna posição de extremo desconforto. Comunicar a serviço do cuidado reposiciona a função da médica, permitindo que a comunicação difícil receba uma outra significação — a de que se está diante de uma situação que demanda novas adaptações, produções, invenções e cuidados.

4.5.2 – Respostas dos pacientes frente às más notícias

Raiva

Leila expôs suas **dificuldades pessoais em lidar com a raiva** que pode ser manifestada pelos pacientes ao receberem a comunicação de más notícias. Sua fala demonstrou uma perspectiva de que esta emoção impõe um distanciamento entre equipe e paciente.

Eu acho que da perda para mim, como falei da outra vez, o sentimento, a reação que eu mais tenho dificuldade de lidar é a raiva, né? Porque a gente sempre tem essa tendência de achar que o paciente está sempre submisso àquilo que você está falando, então eu acho que pra mim é mais difícil. A reação mais difícil é a da raiva, até porque é mais difícil da gente abordar a pessoa, né? A pessoa que está com raiva, ela não vai te ouvir, ela vai ser mais reativa. Ela não vai te escutar. Então, talvez não vá ter boa relação com a equipe. Então, eu acho que essa é a reação para mim, que eu teria mais dificuldade (Leila, R1, discussão de casos clínicos).

Leila acredita que a raiva sempre se apresenta de forma agressiva e descontrolada como modo dos pacientes lidarem com o ressentimento ao próprio adoecimento. Esta crença a coloca em uma posição de vulnerabilidade diante do paciente.

Mas uma pessoa que está com raiva, que está mais explosiva, eu falo isso porque eu sou uma pessoa mais explosiva, eu sou uma pessoa estressada assim, colérica. Enfim, então é muito mais difícil você interferir ainda mais com uma pessoa que você não conhece, que você não tem tanto a intimidade. Você não sabe como a pessoa vai reagir; de repente, a pessoa vai partir para a agressão física (Leila, R1, discussão de casos clínicos).

Porque te tira do controle, né? Pro médico, ele acaba tendendo a querer ter o controle da situação. E aí como um paciente assim imagina que assim a gente tem menos controle (Leila, R1, 25/03/2025, discussão de casos clínicos).

Foi pontuado para a residente (Leila), nesse caso, as múltiplas reações possíveis dos pacientes à raiva. Nem sempre a raiva será sentida através da agressividade e do descontrole. Ela pode aparecer como indisponibilidade para o diálogo, pode ser o que faz o paciente parar de comer, ou motivar um choro em silêncio. Atrelar a raiva à agressividade pode ser, o que faz com que as residentes tenham dificuldade no manejo dessa emoção quando exibida pelos pacientes.

Em muitos momentos, a raiva sentida pelos pacientes não é da pessoa do médico, mas da doença. O medo também pode vir com uma reação de raiva. Em momentos de vulnerabilidade, a raiva pode “esconder” o medo. A raiva pode se tornar um obstáculo para a relação terapêutica, na qual o profissional pode sentir impotência e uma sensação de ameaça diante da reação do paciente, além do medo de perder o controle.

Mas trata-se de olhar a partir da perspectiva da emoção. A raiva é uma emoção desconfortável, assim como o medo e a tristeza, mas toda emoção, desconfortável ou não, tem uma função. E no caso do paciente que apresenta raiva, é como se estivesse sendo dito “isso não deveria estar acontecendo comigo”. A sensação de injustiça parte da raiva.

Geralmente e culturalmente, aprendemos que sentir raiva é ruim, feio, e que suas expressões devem vir sempre com agressividade, mas a raiva pode ser criativa. É possível, a partir do sentimento de raiva, inclusive falar com assertividade e brandura — desde que exercendo a função que a raiva pede para todos nós, que é a de dar limite a outras pessoas e/ou afastar o dano. A reação, sim, é imprevisível, de todas as pessoas com qualquer sentimento. Mas não é possível partir do pressuposto de que toda expressão de raiva será com agressividade.

Frente às resistências e aos impasses éticos na relação médico-paciente, propomos a valorização do *conflito* em vez do *confronto*: conflito de ideias, o conflito junto ao outro. Esta proposta visa a reflexão para que consiga pensar de maneira ampliada sobre as emoções do próprio profissional, seus medos, os mitos, as dúvidas, as fantasias. Em vez do confronto que é briga e afastamento.

A resistência como um confronto direto entre médico e paciente empobrece a relação terapêutica. Trata-se de situar o conflito no próprio paciente, em suas ideias, em suas crenças, e em seu conflito com a evolução das tecnologias em saúde.

Questionamentos

A dificuldade com **pacientes questionadores** também foi vista como uma questão desafiadora, principalmente para Leila. Na comunicação de notícias difíceis, Leila revelou apresentar dificuldade na interação com pacientes que a exigem com muitos questionamentos. Estes pacientes acionam sua insegurança frente às respostas de que não era capaz de dar de forma imediata, conforme a ideia hierárquica do saber que se faz entre médico e paciente.

Quando os pacientes começam a questionar muito ou então a não aceitar às vezes a gente acaba tendo uma dificuldade para lidar, às vezes, até mesmo por não saber responder as perguntas ou não querer ser questionado (Leila, R1, discussão de casos clínicos).

Este tipo de situação demanda e situa os profissionais de saúde como “profissionais de ajuda”, sendo a atenção às dúvidas uma parte das boas práticas na relação médico-paciente. Ao retomar Caponero (2015), vimos que a boa comunicação atende aos interesses do paciente em saber sobre a sua situação e ter uma boa compreensão sobre o que lhe ocorre. Mas uma boa definição do que exatamente se está ajudando naquele momento facilita a objetividade da comunicação, e evita a dispersão que pode ser gerada pelo excesso de dúvidas.

No caso clínico 2, uma das sugestões discutidas foi a utilização da descoberta guiada que ocorre nas Entrevistas Motivacionais. Trata-se de uma avaliação - junto ao paciente - da maneira que a doença tem se apresentado em sua vida, das dificuldades que ela traz, e dos desejos e necessidades sobre sua qualidade de vida. Portanto, em vez de convencer o paciente, produz-se autoconvencimento da parte do mesmo sobre a necessidade de sua adesão ao tratamento em saúde.

Entender a motivação do paciente para seu tratamento se alinha com as perspectivas que centralizam o desejo como produtor de cuidado e o paciente como protagonista do cuidado. Isso requer do(a) profissional médico(a) entender que a questão do paciente muitas vezes não estará em seus argumentos lógicos, mas em outro lugar, relativo ao seu desejo e possibilidades diante dos recursos que lhes são disponíveis.

Imprevisibilidade emocional

Lucia apresentou uma reflexão apreensiva quanto à **imprevisibilidade emocional** da reação de um paciente ao receber uma comunicação de más notícias. Essa perspectiva pode paralisar uma ação de suma importância para o paciente no momento em que ele depende da fala médica para concatenar ideias sobre seu diagnóstico.

É, porém, ainda tem a questão da imprevisibilidade, né? É porque teve uma vez que a minha chefe falou uma coisa que eu fiquei assustada...Não, você nunca sabe do estado emocional da paciente, aí você dá um diagnóstico, ela sai daqui pode se atirar de um prédio e se matar. Aí eu fiquei assim, gente, já pensou? Ou dar uma notícia e a paciente se matar? Aí eu fiquei pensando na imprevisibilidade, né? Você nunca sabe o que como a pessoa vai reagir a uma notícia...Aí, enfim, mas aí ela disse que pelo fato de a gente não ser a médica assistente, isso daí diminuiria a nossa culpa e nossa responsabilidade, mas eu acho que assim é, seria nosso papel também (Lucia, R2, discussão de casos clínicos).

Diante da comunicação difícil, abre-se, justamente, o momento em que o acolhimento pode ser agenciado. O fortalecimento dos vínculos se dá na indicação de *um próximo passo*: “vai ser muito importante conversar com seu médico”; “há coisas que podem ser feitas sobre isso”.

A comunicação que encaminha o próximo passo do processo terapêutico fortalece o senso de objetividade no tratamento, impedindo que a notícia difícil seja vista como apenas um quadro desolador. De acordo com Maciel (2024), a comunicação de más notícias no contexto da saúde é um momento crítico tanto para o profissional, como para o doente e respectivos familiares.

A forma como estas notícias são transmitidas pode ter um impacto significativo no modo como o doente lida com a informação, influenciando diretamente a sua adesão ao tratamento subsequente. Primeiramente, é importante reconhecer que a recepção de uma má notícia, como o diagnóstico de uma doença grave ou a falha de um tratamento, pode ser um evento altamente estressante para o doente. A forma como essa informação é comunicada pode determinar a capacidade do doente de processar a notícia, entender a gravidade da sua condição e, conseqüentemente, aceitar a necessidade de tratamento. Em suma, a forma como uma má notícia é comunicada

pode desempenhar um papel fundamental na adesão do doente ao tratamento subsequente. Uma comunicação cuidadosa, que respeite as necessidades emocionais e informativas do doente, pode não apenas ajudar na aceitação da notícia, mas também incentivar uma participação ativa no tratamento proposto. Por isso, é essencial que os profissionais de saúde estejam equipados com competências de comunicação eficazes e sensíveis, para enfrentarem estes momentos desafiantes (Maciel, 2024, p. 16).

4.6 Avaliação de processo da pesquisa

Ao término do segundo encontro para a coleta de dados, as residentes foram convidadas a responder a um formulário, com acesso através de um *Google Forms*. O instrumento solicitava o feedback sobre a participação na pesquisa, contando com algumas perguntas norteadoras para auxiliar em suas respostas e na compreensão da pesquisadora quanto aos efeitos positivos e oportunidades de melhoria neste campo de pesquisa. Estas, são apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 — Avaliação das participantes na pesquisa.

Avaliação da participação na pesquisa:	
Categorias	Respostas
Ganhos em novas aprendizagens:	Me ajudou muito a pensar nas minhas últimas comunicações e avaliar o que fiz de errado (Leila). Foi bom me fazer refletir sobre diferentes formas de abordagem a comunicação de notícias difíceis (Lucia)

Ganhos em auto-observação:	Observar de fora uma conversa que eu teria com o paciente me fez ter uma autocrítica e necessidade de pequenos ajustes na comunicação (Lucia) Acredito que foi bom para analisar minha comunicação, melhorei minha comunicação de más-notícias e sensibilidade (Leila)
Sugestões para novos estudos e ações:	Habilidades interpessoais entre médicos e equipe de saúde (Leila) Acho que os médicos deveriam passar por esse treinamento mais vezes durante a graduação e na residência também (Lucia) Tornar isso uma rotina. Acolher as necessidades individuais. Realizar mais atividades (Lucia)

Fonte: Elaboração própria

Do ponto de vista da minha experiência de pesquisadora, vale ressaltar que toda a realização deste trabalho foi direcionada pela minha implicação como trabalhadora-pesquisadora. Esta é uma posição que produz uma tentativa de ruptura da separação entre o mundo científico e o mundo profissional. Na medida em que considera uma posição na pesquisa que não se dissocia da atuação institucional cotidiana, levantando, desse modo, questionamentos importantes para a pesquisa qualitativa, tanto em sua metodologia, quanto em sua ética e suas bases epistemológicas a partir da tarefa em si (Penido, 2020).

No entanto, para além das questões e dilemas que podem se colocar, escolho destacar as potências dessa posição que também qualifica e intervém nas instituições nas quais uma pesquisa é realizada:

Por meio da articulação entre as instâncias formadoras de trabalhadores de saúde, que ainda se colocam como principais instâncias produtoras de investigações, os serviços de saúde podem buscar qualificar e modificar as práticas no ensino-pesquisa e cuidado. Essa articulação precisa partir de uma labuta comum, do estar junto em serviços de saúde e de formação: estudantes, professores, trabalhadores e usuários (Fortuna *et al.* 2011, p. 1698).

Considerando, conforme Penido (2020), que a atividade profissional e a atividade de pesquisa devem se gerar e se orientar de maneira recíproca, a condição de trabalhadora-pesquisadora me implicou na necessidade de produzir um saber que também

tem efeitos de intervenção. Para isso, cabe considerar, como indica Kohn (2001), posições distintas quando se exerce tal função de trabalhador-pesquisador. Estas posições foram nomeadas por De Lavergne (2007), respectivamente, como suspensão, oscilação pendular e gestão dialógica.

(...) na primeira, trabalhador e pesquisador aparecem, de forma separada, no tempo, espaço e ação. Privilegia-se um como se o outro não existisse, mas o outro continua a funcionar apesar disso. Na segunda, trabalhador e pesquisador se alternam em movimento oscilatório, reforçando a ligação entre ambos. Na terceira, trabalhador e pesquisador são simultâneos no tempo, espaço e na mesma pessoa, em um emaranhado hierárquico. (Penido, 2020. p. 384).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, enquanto um estudo de caso, analisei as experiências de duas residentes médicas, a fim de compreender como a comunicação enquanto tecnologia leve era desenvolvida na prática dessas profissionais em um Hospital Federal do Rio de Janeiro. Busquei, portanto, produzir uma pesquisa qualitativa sobre a relação de residentes médicos com as tecnologias leves em saúde, tendo enfoque na comunicação médico-paciente como a principal tecnologia a ser tematizada.

Como resultados, foi possível identificar diferentes desafios percebidos pelas participantes na comunicação com as pessoas atendidas, sendo estes relacionados ao contexto institucional, aos usuários ou às próprias residentes. Apesar dos obstáculos percebidos, elas mostraram iniciativas e esforços para estabelecer modos adequados de comunicação no cotidiano hospitalar mesmo em meio a altas demandas e a pressão por produtividade. Ademais avaliaram de forma predominantemente satisfatórias suas habilidades interpessoais, ainda que seus relatos tenham evidenciado certas dificuldades na comunicação.

Como processo de investigação, é preciso considerar dificuldades ocorridas ao longo da realização desta pesquisa, que ressalta a minha posição tanto de pesquisadora como de trabalhadora em um serviço de saúde. As estratégias metodológicas inicialmente previstas precisaram sofrer alterações posto que, a princípio, pretendia levantar as experiências de residentes, em diferentes fases da formação, através da realização de grupos focais, produzindo uma interação alinhada aos resultados da aplicação prévia de um questionário de autoavaliação de habilidades sociais. No entanto, encontrei percalços que redirecionaram o estudo para a modalidade de estudo de caso, estando estes associados à rotina de trabalho, ao “tempo hospitalar”, às dinâmicas institucionais, a prazos e à própria relação dos potenciais participantes com o processo de pesquisa.

Da mesma maneira que o médico-comunicador deve dispor de uma caixa de ferramentas diversa em tecnologias duras e leves, o(a) pesquisador(a) deve também dispor de ferramentas que permitam navegar um contexto de pesquisa em seu ambiente de trabalho. Assim, realinhando a pesquisa, busquei conhecer percepções, saberes e vivências de residentes médicas sobre seus processos de comunicação com usuários e familiares mediante o desenvolvimento de entrevistas semiestruturadas. Também utilizei uma dinâmica de discussão de casos clínicos com as residentes.

A realização das entrevistas não se dissociou da minha própria atuação como psicóloga hospitalar, comprometida em acolher, orientar e participar da formação das médicas-residentes, porém com o cuidado ético e metodológico para não direcionar ou influenciar suas respostas.

Um engajamento ativo da pesquisadora fortalece a pesquisa ao facilitar a percepção participativa e implicada dos aspectos de interesse que talvez não estariam acessíveis a um primeiro olhar. Deste modo, entendendo que a minha atuação no auxílio e ensino aos residentes se dá continuamente na prática, conduzi a pesquisa de forma que, apesar deste se tratar de um estudo descritivo, houvesse implicações práticas capazes de tornar as residentes mais cientes e mais preparadas quanto ao próprio repertório de tecnologias leves frente aos usuários com suas diversas e complexas demandas, incluindo aquelas de ordem psicossocial. Assim, os casos clínicos foram discutidos posteriormente com cada residente, com oferta de *feedback* sobre a participação na pesquisa ao final.

Foi possível perceber que, apesar das formações em nível de graduação das residentes participantes terem se dado em universidades e Estados diferentes, ambas não receberam treinamento satisfatório acerca da comunicação médico-paciente. Contudo, as dificuldades apresentadas foram tanto diversas como apresentaram aspectos similares entre as duas profissionais. Essa realidade evidencia a necessidade do melhoramento da formação dos residentes não só em nível teórico em seus cursos de graduação, como também na formação prática em serviço, de modo continuado. Isso precisa estar alinhado a ações de autocuidado e a oferta de suporte em saúde mental para os residentes.

Por fim, destaco a importância de ampliação deste trabalho mediante pesquisas semelhantes com participação de uma quantidade maior de médicos residentes, de modo a favorecer a validade externa do estudo. Sinalizo ainda a necessidade da construção de diretrizes educacionais capazes de auxiliar na melhoria da formação médica teórico-prática, no que se refere às habilidades interrelacionais, em foco aqui, a comunicação médico-paciente.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. G. DE; COSTA, S. F. G. DA; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2523–2530, set. 2013.
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. **Cuidar até o fim**. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2024.
- BADUY, *et al.* “Mas ele não adere!” – O desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Emerson Elias Merhy *et. al.* [Orgs.] 1. ed. Rio de Janeiro : Hexis, 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2022.
- BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. Glencoe: Editora The Free Press; 1952.
- BINS, Thiago Bittencourt; BINS, Rafael Bittencourt; SANTOS, Ana Carolina Soccol dos. **O impacto da comunicação na relação médico-paciente e suas repercussões**. In: **Ciência, Cuidado e Saúde: Contextualizando Saberes-Volume 5**. Editora Científica Digital, 2025. p. 462-471.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde**. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 101, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS).** Portaria nº 1.559, de 1º de agosto. Brasília, 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html> Acesso em 31 de Janeiro de 2024.

BRASIL, **Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> . Acesso em 31 de Janeiro de 2024.

CABALLO, V. E.; **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais.** São Paulo: Ed. Santos, 2008

CAPONERO, Ricardo. **A comunicação médico-paciente no tratamento oncológico.** Belo Horizonte: Clinonco e MG Editores, 2015

CARDOSO, Irina Patrícia Rocha. **Gestão emocional para alívio do sofrimento em pessoas com doença oncológica. 2015.** Tese de Doutorado. [sn].

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser.** Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2023.

CARÚS, Carolina Sityá *et al.* **Barreiras para comunicação eficaz em saúde.** Research, Society and Development, v. 10, n. 7, p. e10810716218-e10810716218, 2021.

CRUVINEL, Pedro Vítor Queiroz; GROSSEMAN, Suely. **Afinal, quem é “difícil”? Revisão integrativa sobre pacientes, médicos e relações difíceis.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 1685-1701, 2023.

CRUVINEL, Pedro Vítor Queiroz et al. **Pacientes difíceis e os médicos que assim os definem.** 2021.

DE LAVERGNE, Catherine. La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. **Recherches qualitatives**, v. 3, p. 28-43, 2007.

DA SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio**. Edições Loyola, 2005.

DEFANTE, Maria Luiza Rodrigues *et al.* **Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente**. Revista brasileira de educação médica, v. 48, n. 1, 2024.

DE OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, p. 569-576, 2008.

DE SOUSA, José Raul; DOS SANTOS, Simone Cabral Marinho. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e debate em Educação**, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A. P. **Competência Social e Habilidades Sociais: manual teórico prático**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2017.

MARQUES, Luciana Fernandes *et al.* A religiosidade/espiritualidade (R/E) em profissionais/trabalhadores da saúde. **Interações**, v. 10, n. 18, p. 195-209, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GROSSEMAN, Suely; DOHMS, Marcela. **Comunicação com emoções fortes: resposta empática à raiva, ao medo e à tristeza no cuidado à saúde**. In: DOHMS, Marcela; GUSSO, Gustavo. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Artmed Editora, 2020.

FERREIRA-SANTOS, Eduardo. **Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise**. Editora Agora, 2013

FEITOSA, Elaine Saraiva *et al.* **Sentidos atribuídos à sobrecarga de trabalho por residentes de ginecologia e obstetrícia e sua influência no profissionalismo médico.** *New Trends in Qualitative Research*, v. 3, p. 895-908, 2020.

FORMOZO, Gláucia Alexandre *et al.* **As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema.** *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 1, p. 124-127, 2012.

FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins; MATUMOTO, Silvia; *et al.* A pesquisa e a articulação ensino-serviço na consolidação do Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1696–1700, 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** São Paulo: Hucitec, v. 201, 2013.

FRUTUOSO, Maria Fernanda; LIBERMAN, Flavia; DE SOUSA, Gardenia Maria Ribeiro; *et al.* A pesquisa-intervenção como ferramenta de formação: a experiência em uma unidade básica de saúde. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 2, p. 9–19, 2020.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano.** Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2020.

JORGE, Cynthia Carvalho. **Habilidades sociais na relação médico-paciente e satisfação no atendimento em serviço público e privado.** São Carlos: UFSCar, 2015.

KIGNEL, Rubens. **O corpo no limite da comunicação.** Grupo Editorial Summus, 2005.

KOHN, Ruth Canter. Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*, p. 15-38, 2001.

LIMA DE PAULA, Tatyane Marcele; CHAVES DA COSTA, Josemary Karlla. O HOSPITAL COMO PALCO DA VIDA EM SI: narrativas de psicólogas sobre a prática clínica socialmente referenciada. **Psicologia e Saúde em debate**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 87–110, 2022.

LUCCHETTI, Giancarlo *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.

MACIEL, Fabiana Ferreira Paranhos. **Comunicação sensível: a influência do acolhimento na adesão ao tratamento pós-más notícias**. Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 3, p. e69900-e69900, 2024.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde**. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 25, n. 1 (abr. 2004), p. 17-25, 2004.

MATÉ, Gabor; MATÉ, Daniel. **O Mito do Normal**. Leya, 2023.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. Saúde em debate, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, Emerson Elias. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: Desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde). In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2014a. p. 135-148.

MERHY, Emerson Elias. Ato de cuidar: Alma dos serviços de saúde. In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2014b. p. 115-134.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva do setor. In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2014c. p. 19-40.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2014d. p. 41-66.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: Fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2014e. p. 93-114.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A ação humana como determinante para a efetividade dos tratamentos de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3030-3031, 2011.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. **Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar**. Psicologia em estudo, v. 11, p. 323-330, 2006.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 361-367, 2012.

OLIVEIRA, Dante Ferreira *et al.* **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes atendidos por um Centro Integrado de Saúde**. Brazilian Journal of Natural Sciences, v. 3, n. 3, p. 430-430, 2020.

OLIVEIRA, Suellen Magalhães Dias; HASSE, Mariana; TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. **Fluxo do esgotamento: interrogando o processo de produção do tempo/cansaço no internato médico**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 45, n. 1, 2021.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras. Trabalhador-pesquisador: análise da implicação como resistência ao distanciamento do objeto. **Psicologia em revista**, 2020.

PERDICARIS, A. André Magoulas; SILVA, Maria Júlia Paes da. **A comunicação essencial em oncologia**. In: CARVALHO, Vicente Augusto de; FRANCO, Maria Helena Pereira; KOVÁCS, Maria Júlia. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008.

PEREIRA, Anderson Siqueira. A Importância das Habilidades Sociais nas Profissões da Saúde. In: Rudinicki, Tânia & Sanchez, Marisa Marantes [orgs]. **Psicologia da saúde: A prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral**. (122-138) Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

PEREIRA, Anderson. **A importância das Habilidades Sociais nas Profissões da Saúde**. In: RUDNICKI, Tânia; SANCHEZ, Marisa Marantes. Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2020.

PINHEIRO-CAROZZO, Nádia Prazeres *et al.* Habilidades sociais e satisfação profissional de médicos que atendem em contexto ambulatorial. **Revista Psicologia e Saúde**, 2020.

PLETTI, João Wellinton. **Saúde mental e habilidades sociais dos residentes médicos e multiprofissionais**. Bauru, 2021.

RIBEIRO, Nathan de Vasconcelos. **Decisões médicas compartilhadas de alta hierarquia: estudos qualitativos em oncologia**. 2025. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROCHA, Augusto. **Adesão ao tratamento: o papel do médico**. Revista Brasileira de Hipertensão, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 213-215, 2003.

ROCHA, Sheyla Ribeiro *et al.* Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 236-245, 2019.

RODRIGUES, Miriam. **Educação emocional positiva: saber lidar com as emoções é uma importante lição**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

RODRÍGUEZ WEBER, Federico Leopoldo; RAMÍREZ ARIAS, José Luis. **Medicina personalizada, individualizada, de precisión y centrada en el paciente; diferencias o sinónimos. Su importancia.** Acta médica Grupo Ángeles, v. 20, n. 1, p. 111-112, 2022.

ROSA, Bruna Madrid da; ROMEIRO, Fernanda Bittencourt; CASTRO, Elisa Kern de. **Comunicação de más notícias em saúde.** In: DE CASTRO, Elisa Kern; REMOR, Eduardo. Bases Teóricas da Psicologia da Saúde. 1 ed. Curitiba: Appris, 2018.

ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais.** Editora Ágora, 2006.

SANTOS, Margarida Custódio dos *et al.* **Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios.** 2011.

SATO, Vanessa. **Comunicação não violenta na saúde.** 1 ed. Maringá: Viseu, 2024.

SCHEFFER, Mário César; CASSENTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, p. 268-277, 2013.

SENISE, Gabriel Ramos; DANILA, Arthur Hirschfeld; GARCIA, Diogo Ferreira de Andrade. **Aspectos psicológicos das relações no ambiente de trabalho médico e formas de assédio moral.** 2023.

SILVA, Denise Conceição da; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FIGUEIREDO, Paula Alvarenga de. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar.** Escola Anna Nery, v. 12, n. 2, p. 291-298, 2008.

Straub, R. O. (2005). **Psicologia da Saúde.** (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed (trabalho original publicado em 2002).

TEIXEIRA, José A. Carvalho. **Comunicação e cuidados de saúde: desafios para a psicologia da saúde.** Análise psicológica, v. 14, p. 135-139, 1996.

TENÓRIO, Maria Emília Chaves *et al.* **Habilidades de comunicação clínica: análise da autoavaliação dos residentes de medicina de família e comunidade.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 48, n. 1, 2024.

TONETTO, Aline M.; GOMES, William B. **Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 59, n. 1, p. 38-50, 2007.

TRINDADE, Isabel. **O psicólogo como facilitador da comunicação nos serviços de saúde.** Análise Psicológica, v. 14, p. 363-366, 1996

TROVÓ, Luis Angelo *et al.* **Síndrome de Burnout e a saúde mental de médicos residentes: uma revisão integrativa.** Espaço para a Saúde, v. 26, 2025.

WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza *et al.* **O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, p. 1157-1176, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/>, 2003.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos.** Bookman editora, 2ª ed. 2001.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim.** Penso Editora, 2016.

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: Tecnologias leves na comunicação médico-paciente: a perspectiva de médicas residentes em um hospital federal do Rio de Janeiro.

Pesquisadora Responsável: Thyanne de Lima Santos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo(a).

A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a percepção de profissionais médicos em processo de residência em um hospital público acerca dos desafios da comunicação com os usuários e seus acompanhantes no cotidiano institucional, bem como investigar seus repertórios de habilidades interpessoais no âmbito das tecnologias leves para, a partir dos dados levantados, propor diretrizes para a qualificação de médicos no desenvolvimento das tecnologias leves no contexto da assistência hospitalar.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: a participação em duas sessões de grupo focal, o preenchimento de um questionário socioprofissional e um questionário individual para auto-avaliação.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco, ainda que mínimos. Neste estudo, os possíveis riscos decorrentes da participação na pesquisa são relativos a algum grau de desconforto relativo à lembranças de suas experiências profissionais na interação com pacientes/famíliares ou de trocas verbais com outros profissionais a este respeito. Caso isso ocorra, a pesquisadora fará o devido acolhimento ou dará as orientações pertinentes.

Além disso, sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo com a instituição.

As sessões grupais serão gravadas. No entanto, para garantir o sigilo das informações e o anonimato dos participantes, nenhum dado que possa identifica-los será fornecido e os arquivos produzidos pela pesquisa serão mantidos confidenciais, sob a guarda da pesquisadora.

Estima-se que esta pesquisa também possa trazer benefícios, como a melhora na auto-avaliação dos residentes e um espaço de reflexão sobre o fazer profissional médico, bem como, com os resultados da pesquisa, o desenvolvimento de novas possibilidades de intervenção na formação do médico-residente.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, e não haverá despesas em relação à participação na pesquisa.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexo causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Thyanne de Lima Santos, pelo telefone (21) 97961-5387, endereço Rua Antônio Félix, Nº 692 — Centro, Nilópolis, RJ. e/ou pelo e-mail thyannepsi@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (E-mail: cep.hfi@gmail.com - Local: Centro de

Estudos e Aperfeiçoamento - Endereço: R. Antônio Parreiras, 67 - Ipanema, 7º andar- Rio de Janeiro - RJ, 22411-020 - Telefone: (21) 3111-2311).

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, situada na BR 465, km 7, Seropédica, Rio de Janeiro, pelo telefone (21) 2681-4749 de segunda a sexta, das 09:00 às 16:00h, pelo e-mail: eticacep@ufrj.br ou pessoalmente às terças e quintas das 09:00 às 16:00h.

No caso de aceitar participar da pesquisa, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias deste documento. Uma via é sua e a outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

Para mais informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, leia a **Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa** elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), disponível no site:

http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf

Esse termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: **TECNOLOGIAS LEVES NA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A PERSPECTIVA DE MÉDICAS RESIDENTES.**

_____ Nome do participante ou responsável _____	Data: ____ / ____ / ____
--	--

Assinatura do participante ou responsável	
---	--

Eu, Thyanne de Lima Santos, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador	Data: ____/____/____
---	-----------------------------

REFERÊNCIA

Disponível em:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/ensino-e-pesquisa/pesquisa-e-inovacao-tecnologica/submissao-de-projetos-1/tcle.doc>. Acessado em: 21 Nov. 2023.

APÊNDICE B — TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE IMAGEM E VOZ

Eu, _____, inscrito(a) sob o CPF _____.____.____-__ e portador(a) do RG __.____.____-__, autorizo a gravação de minha imagem e voz para os fins do projeto de dissertação de Mestrado “*Tecnologias leves na comunicação médico-paciente: a perspectiva de médicas residentes em um hospital federal do Rio de Janeiro*”, sob responsabilidade da pesquisadora Thyanne de Lima Santos e orientação da Profa. Dra. Lílian Maria Borges Gonzalez, tendo já assinado termo de consentimento livre e esclarecido expressando meu interesse de participação na pesquisa, e tendo conhecimento dos fins e meios utilizados em sua realização.

Declaro estar ciente de que minha voz e imagem — gravadas nas intervenções, entrevistas e grupos focais realizados nesta pesquisa — serão parte do material analisado pela pesquisadora; que poderão ser utilizadas, na forma de transcrições e descrições, na escrita da dissertação de mestrado; e que não serão publicizadas ou exibidas por quaisquer outros meios. Declaro, também, conhecer as medidas que serão tomadas para a proteção de minha identidade ao longo da realização dessa pesquisa e da escrita da dissertação, bem como as possíveis consequências da minha participação.

Por ser esta a expressão da minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à minha imagem e voz ou qualquer outro.

_____, _____ de _____ de _____

_____ Nome do participante ou responsável _____ Assinatura do participante ou responsável	Data: ____/____/____
---	-----------------------------

Eu, Thyanne de Lima Santos, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador	Data: ____/____/____
---	-----------------------------

APÊNDICE C — FORMULÁRIO PARA MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

FORMULÁRIO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA			
Prezado/a, agradeço sua disponibilidade e interesse em participar da pesquisa “Tecnologias leves na comunicação médico-paciente: a perspectiva de médicas residentes em um hospital federal do Rio de Janeiro”. A Seguir peço que responda algumas perguntas para facilitar contatos posteriores.			
Tempo de residência em meses			
Período da residência	R1	R2	R3
Clínica			
Nome			
Contatos: e-mail e telefone celular			
(whatsapp)			

APÊNDICE D — QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIOPROFISSIONAIS

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIOPROFISSIONAIS				
Ano de formação				
Tempo de residência	R1	R2	R3	Ano de Ingresso:
Especialidade				
Universidade de formação	Pública		Privada	
Idade				
Etnia (cor)				
Gênero				
Nacionalidade				
Teve alguma experiência em treinamento sobre comunicação?	Não	Sim	Se sim, descreva abaixo onde:	
Clique no melhor dia da semana para a realização de nosso encontro	*Período a definir		*período a definir	
Clique no melhor horário para a realização de nosso encontro	*Horário a definir		*horário a definir	

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO PARA AUTOAVALIAÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS.

QUESTIONÁRIO PARA AUTOAVALIAÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS					
Tempo de residência	R1	R2	R3	Ano de Ingresso	
Especialidade					
Pensando em algumas habilidades interpessoais relacionadas à comunicação, indique, em uma escala de 5 pontos (indo de muito ruim a muito bom) como você avalia suas próprias habilidades na interação com os pacientes atendidos e seus familiares.					
COMPETÊNCIAS	Critérios: (1) Muito ruim; (2) Ruim; (3) Regular; (4) Bom; (5) Muito bom.				
	1	2	3	4	5
Tenho capacidade de compreender as mensagens recebidas pelos pacientes/equipe:					
Realizo o acolhimento de pacientes e familiares:					
Consigo manter a atenção no que está sendo dito em interações com pacientes e familiares:					
Consigo oferecer uma escuta ativa:					
Consigo perceber reações físicas e emocionais dos pacientes, familiares e da equipe durante a interação:					
Tenho facilidade e/ou me esforço para criar vínculo com os pacientes e familiares:					

Me considero uma pessoa empática:					
Mantenho contato visual com pacientes e familiares durante a interação:					
Costumo demonstrar interesse e disposição para dar apoio a pacientes e familiares:					
Mantenho o equilíbrio emocional nas interações com pacientes e familiares:					
Demonstro os meus sentimentos de forma clara e respeitosa nas interações com pacientes e familiares:					
Consigo fazer questionamentos, demonstrar minhas opiniões e receber críticas nas interações com pacientes e familiares:					
Respondo perguntas de forma clara e honesta:					
Consigo pedir auxílio de outros profissionais sempre que julgo necessário:					
Lido bem quando pacientes, familiares ou outros profissionais demonstram agressividade:					
Considero que consigo atuar de maneira					

respeitosa com as diferenças:					
Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes e familiares não-videntes e/ou de baixa visão:					
Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes surdos(as/es) e/ou de baixa audição:					
Consigo e faço questão de me adaptar à comunicação com pacientes que estejam em estados e/ou possuam outras condições que exigem adaptações para a comunicação:					
Consigo e faço questão de respeitar o nome social e identidade de gênero de pacientes e familiares trans e travestis:					
Quando dou informações sobre o quadro clínico ou o tratamento de pacientes, consigo apresentar objetivos claros:					
Costumo validar o que os pacientes e familiares me dizem, sem desconsiderá-los:					
Consigo me comunicar de maneira clara na linguagem dos pacientes e familiares, sem me utilizar de muitos jargões médicos:					

Consigo observar e compreender mensagens não-verbais de pacientes e familiares:					
Sempre incluo os pacientes e familiares nas decisões referentes ao tratamento:					
Que outras habilidades interpessoais você entende que são importantes para a atuação em âmbito hospitalar?					

APÊNDICE F — ROTEIRO DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL
1º ENCONTRO
Objetivo: Estimular relatos sobre dificuldades percebidas no que concerne à comunicação com usuários e familiares
Questões Norteadoras
1 – Vocês receberam treinamento em comunicação durante a formação acadêmica?
2 – Qual é a percepção de vocês sobre a importância da comunicação na atuação em instituições de saúde, principalmente no trabalho dos médicos?
3 – Como é para vocês estarem frente a um paciente tendo que passar informações clínicas? Quais são os principais desafios e dificuldades que encontram nestas situações?
4 – O quanto vocês se sentem preparados em termos de habilidades de comunicação durante a interação com seus pacientes e familiares destes? O que acham que precisam melhorar?
5 – Na residência, o que acham necessário os médicos aprenderem ou aperfeiçoarem no que diz respeito a habilidades interpessoais?
6 – O que significa o seu tempo e/ou o tempo do médico?
7 – Se você fosse definir o tempo do médico em uma palavra, qual seria?

APÊNDICE G - ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO
2º ENCONTRO
Objetivo: Levantar e discutir conhecimentos e estratégias psicossociais na avaliação e manejo de casos clínicos; realizar devolutiva aos residentes.
CASO CLÍNICO 01
Ana é uma paciente de 21 anos, que vem sendo acompanhada no ambulatório da ginecologia para avaliação de um cisto no ovário. Após alguns exames de imagem, foi identificada uma massa sugestiva de implante carcinomatoso. Ana é internada, após alguns dias, para realização de biópsia e novos exames de imagem. Ela é uma jovem carismática e muito gentil com toda a equipe. Durante a anamnese, confessou ao seu médico sobre o medo do resultado dos exames “ser o pior” e não poder ter filhos, pois estava noiva e era um sonho construir uma família. Concluído o processo de avaliação, foi identificado um tumor de células epiteliais do tipo <i>bordeline</i>.
CASO CLÍNICO 02
Jorge é um paciente de 50 anos e vem sendo acompanhado no ambulatório da clínica médica. Apresenta perda ponderal importante em poucos meses, desorientação, febre, sensação geral de indisposição, perda de apetite, dores musculares, erupção cutânea e dor de garganta. Seu médico foi cuidadoso nos exames e o diagnóstico foi de citomegalovírus, com comorbidade para HIV. Jorge refere que já sabia do diagnóstico de HIV, mas que não o aceitava e muito menos o uso da medicação. Diz que é religioso e que acredita que será curado através de suas crenças. Relata ainda que seus familiares não sabem de sua condição e recusa a orientação de seu médico a uma internação hospitalar para melhores cuidados.
QUESTÕES NORTEADORAS
Que desafios vocês percebem ter os médicos na comunicação de notícias difíceis? No caso descrito, quais as dificuldades que podem ser encontradas pelos médicos para a comunicação do diagnóstico e/ou prognóstico? Quais as habilidades interpessoais que consideram capazes de favorecer este tipo de comunicação? Como vocês agiriam frente a necessidade de comunicar esta notícia? Como você se sente em lidar com essas reações emocionais? O que os levaria a avaliar que esta comunicação foi bem-sucedida?

OBSERVAÇÕES E DEVOLUTIVAS

APÊNDICE H — FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Agradecida por sua participação na pesquisa “Tecnologias leves na comunicação médico-paciente: a perspectiva de médicas residentes em um hospital federal do Rio de Janeiro”, solicito, gentilmente, seu feedback quanto a sua satisfação e/ou ganhos durante as atividades.

FEEDBACK

Você obteve ganhos em novas aprendizagens? Se sim, descreva quais, por favor.

Você obteve ganhos em auto-observação? Se sim, descreva quais por favor.

O que sugere em termos de novos estudos e ações relacionadas a habilidades interpessoais de médicos?

Em termos gerais, qual o seu nível de satisfação com a participação na pesquisa/grupo?

Insatisfeito

Pouco
satisfeito

Satisfeito

Muito
satisfeito

Por favor, indique o que poderia ser melhorado.