

Consenso Abem para o ensino de comunicação nas escolas médicas brasileiras

Abem consensus for the Brazilian medical schools' communication curriculum

Suely Grosseman ¹	sgrosseman@gmail.com
Newton Key Hokama ²	newton.hokama@unesp.br
Agnes de Fátima Pereira Cruvinel ³	agnes.cruvinel@uffs.edu.br
Ana Cristina Franzoi ⁴	anacristinafranzoi@gmail.com
Eliane Perlatto Moura ⁵	elianeperlatto@gmail.com
Evelin Massae Ogatta Muraguchi ⁶	evelinmuraguchi@hotmail.com
Fernanda Patrícia Soares Souto Novaes ⁷	fernanda.patricia@univasf.edu.br
Gustavo Antonio Raimondi ⁸	gustavo.raimondi@gmail.com
Josemar de Almeida Moura ⁹	josemar.a.moura@gmail.com
Lara de Araújo Torreão ¹⁰	lara.torreao@gmail.com
Maria Amélia Dias Pereira ¹¹	pereiramamelia@gmail.com
Miriam May Philippi ¹²	miriamphilippi2@gmail.com
Mônica da Cunha Oliveira ¹³	monicaoliveira@bahiana.edu.br
Rosana Alves ¹⁴	rosana.alves@professor.fpp.edu.br

RESUMO

Introdução: A comunicação é uma competência essencial para o(a) médico(a) e outras categorias profissionais, e deve ser desenvolvida durante sua formação profissional. A elaboração de um projeto de comunicação, incluindo um consenso brasileiro, visou subsidiar as escolas médicas a preparar os estudantes de Medicina para se comunicarem efetivamente com os(as) cidadãos/cidadãs brasileiros(as), de características plurais intra e inter-regionais, pautando-se no profissionalismo e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo: Este manuscrito apresenta o consenso para o ensino de comunicação nas escolas médicas brasileiras.

Método: O consenso foi construído colaborativamente com 276 participantes, experts em comunicação, docentes, profissionais de saúde e discentes, de 126 escolas médicas e cinco instituições de saúde, ao longo de nove encontros presenciais em congressos e de encontros virtuais quinzenais ou mensais. Nos encontros, compartilharam-se as experiências dos participantes e o material bibliográfico, incluindo os consensos internacionais, e apresentou-se o consenso em construção, com discussão em grupos para elencar novos componentes para o consenso brasileiro, seguida por debate com todos para pactuá-los. A versão final foi aprovada em reunião virtual, com convite a todos(as) os(as) participantes em julho de 2021. Após submissão, diversas alterações foram requeridas, o que demandou novos encontros para revisão da versão final do consenso.

Resultado: O consenso tem como pressupostos que a comunicação deve ser centrada nas relações, pautada nos princípios do SUS, na participação social e no profissionalismo, e embasada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, em referenciais teóricos e nas evidências científicas. São descritos objetivos específicos para desenvolver a competência em comunicação nos estudantes, abrangendo: fundamentos teóricos; busca e avaliação crítica da literatura; elaboração e redação de documentos; comunicação intrapessoal e interpessoal no ambiente acadêmico-científico, na atenção à saúde em diversos contextos clínicos e na gestão em saúde. Recomenda-se a inserção curricular da comunicação do início ao final do curso, integrada a outros conteúdos e áreas de saber.

Conclusão: Espera-se que esse consenso contribua para a revisão ou implementação da comunicação nos currículos das escolas médicas brasileiras.

Palavras-chave: Comunicação; Escolas Médicas; Currículo; Educação de Graduação em Medicina; Consenso.

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, São Paulo, Brasil.

³Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵Universidade João do Rosário Vellano, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁶Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

⁷Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil.

⁸Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

⁹Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

¹⁰Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

¹¹Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

¹²Centro Universitário de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

¹³Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.

¹⁴Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editora associada: Daniela Chiesa.

Recebido em 09/10/21; Aceito em 15/06/22.

Avaliado pelo processo de *double blind review*.

ABSTRACT

Introduction: Communication is an essential competence for the physician and other professional categories, and must be developed their professional training. The creation of a communication project including a Brazilian consensus aimed to subsidize medical schools in preparing medical students to communicate effectively with Brazilian citizens, with plural intra and inter-regional characteristics, based on the professionalism and the Brazilian Unified System (SUS) principles.

Objective: The objective of this manuscript is to present the consensus for the teaching of communication in Brazilian medical schools.

Method: The consensus was built collaboratively with 276 participants, experts in communication, faculty, health professionals and students from 126 medical schools and five health institutions in face-to-face conference meetings and biweekly or monthly virtual meetings. In the meetings, the participants' experiences and bibliographic material were shared, including international consensuses, and the consensus under construction was presented, with group discussion to list new components for the Brazilian consensus, followed by debate with everyone, to agree on them. The final version was approved in a virtual meeting with invitation to all participants in July 2021. After the submission, several changes were required, which demanded new meetings to review the consensus final version.

Result: The consensus is based on assumptions that communication should be relationship-centered, embedded on professionalism, grounded on the SUS principles and social participation, and based on the National Guidelines for the undergraduate medical course, theoretical references and scientific evidence. Specific objectives to develop communication competence in the students are described, covering: theoretical foundations; literature search and its critical evaluation; documents drafting and editing; intrapersonal and interpersonal communication in the academic-scientific environment, in health care and in health management; and, communication in diverse clinical contexts. The inclusion of communication in the curriculum is recommended from the beginning to the end of the course, integrated with other contents and areas of knowledge.

Conclusion: It is expected that this consensus contributes the review or implementation of communication in Brazilian medical schools' curricula.

Keywords: Communication; Medical Schools; Curriculum; Undergraduate Medical Education; Consensus.

INTRODUÇÃO

A palavra “comunicar” deriva do latim *communicare* e significa partilhar, tornar comum e relacionar-se com. De “comunicar” também se originou o termo “comungar”, que significa compartilhar com todos, participar, fazer algo em comum e sintonizar sentimentos, pensamentos e ações¹. Portanto, a comunicação é relacional e, como afirmam Araújo et al.², uma “prática social”. Para Paulo Freire³, a comunicação é uma condição essencial dos seres humanos, e, sem ela, o conhecimento humano seria impossível, pois a construção cultural e histórica da realidade humana depende da “intercomunicação” e da “intersubjetividade” fundamentadas na dialogicidade. Por isso, o(a) educador(a) que tenha como objetivo ampliar as perspectivas e possibilidades para afirmação do(a) educando(a) como pessoa no mundo, por meio da reflexão e atuação sobre a realidade, deve problematizar o mundo de forma dialógica e solidária^{3,4}.

Portanto, a importância do diálogo deveria sempre ser levada em consideração por educadores(as)/professores(as) do curso de Medicina e médicos(as). No passado, entretanto, o ensino era centrado no(a) professor(a), e o encontro clínico, no(a) médico(a) e com base no modelo biomédico, focado na doença, limitando a participação ativa dos(as) estudantes e das pessoas sob cuidado. No processo de ensinar, no raciocínio clínico e nas tomadas de decisão, valorizavam-se pouco os saberes, as experiências, as perspectivas, as práticas e os valores dos(as) discentes^{5,6}.

Na atenção à saúde, essa realidade começou a mudar a partir da década de 1970, quando estudos comprovaram que o modelo biopsicossocial⁷, com incentivo à participação ativa da pessoa sob cuidado e com a escuta atenta e a empatia⁸, gerava melhores resultados na saúde. Alguns desfechos comprovados foram: diminuição de incertezas nas pessoas sob cuidado e aumento de sua confiança, segurança, adesão ao plano terapêutico, autonomia e responsabilização pelo autocuidado, bem como seu melhor controle de doenças crônicas, entre elas hipertensão e diabetes, e menor estresse, ansiedade e depressão. Os familiares também se sentiam menos ansiosos e estressados, e os(as) médicos(as) alcançavam maior precisão diagnóstica e efetividade de seu cuidado. Como consequência, todos(as) se sentiam mais satisfeitos(as)⁹⁻¹⁷.

Também foi constatada a importância da comunicação no trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional – considerando a pessoa sob cuidado e seus familiares/cuidadores(as) como parte da equipe – para a prevenção de danos evitáveis no cuidado e, portanto, para garantir a segurança da pessoa sob cuidado¹⁸⁻²⁵. Comprovou-se que a maior efetividade do trabalho colaborativo demandava uma

liderança compartilhada, do respeito a cada membro, com escuta, reconhecimento e valorização de sua contribuição para a missão da equipe, e por meio de um diálogo frequente, assertivo e conciliador, que propiciasse o fluxo rápido e eficaz das informações, a construção e manutenção de vínculos, a clareza dos papéis e das funções de cada membro e a gestão de incertezas, conflitos, eventos adversos e erros¹⁸⁻²⁷. Como resultados, a pessoa sob cuidado aceita melhor o tratamento, tem melhores resultados na saúde, corre menos riscos e sente-se mais satisfeita; os membros da equipe trabalham de forma mais efetiva e sentem maior bem-estar; e há maior eficiência dos serviços prestados pela equipe e de acesso ao cuidado, e redução do tempo de hospitalização, das internações não previstas e dos custos institucionais¹⁸⁻²⁷.

Entretanto, constatou-se que, quando a comunicação no trabalho em equipe era ineficaz, havia mais falhas na atenção à saúde, como atraso no diagnóstico e tratamento, e aumento nos erros de medicação e em procedimentos¹⁹⁻²². As causas mais frequentes desses problemas eram a omissão de informações clínicas importantes, a prescrição verbal, o registro com letra ilegível em prontuários e formulários e/ou a ausência do nome, da assinatura e de carimbo/certificação digital do(a) responsável pelo cuidado. Esses problemas ocorriam mais frequentemente durante a transição de cuidados entre os turnos, nas transferências entre setores e entre instituições de saúde e em situações de urgência. Barreiras comprovadas para a comunicação no trabalho em equipe incluem a hierarquia, a pouca consideração à opinião de seus membros, a não inclusão da pessoa sob cuidado e de seus familiares/cuidadores(as) como parte da equipe, e a pouca clareza sobre o papel e as funções do membro da equipe, o que é corroborado pela instabilidade das equipes e /ou transitoriedade de seus membros e pela designação de tarefas a novos membros, sem apoio e qualificação prévia, entre outros aspectos¹⁸⁻²⁵.

Quanto à qualificação para o trabalho em equipe, uma revisão sistemática recente acerca dos recursos na literatura sobre comunicação para os profissionais de saúde na pandemia da *coronavirus disease 2019* (Covid-19) concluiu que a maioria dos artigos e documentos era direcionada para o(a) médico(a), havendo uma lacuna nos recursos para profissionais não médicos. Temas que requeriam maior consideração, apontados pelos autores, incluíam: estratégias de comunicação na telessaúde, sensibilidade cultural, empatia, compaixão, perdas, luto e sofrimento moral²⁸ ocasionado pelo testemunho de atitudes e ações inadequadas ou pela necessidade de tomada de decisões que vão contra os próprios valores morais, muitas vezes por escassez de recursos²⁹.

A importância de formar profissionais de saúde para o século XXI que se comuniquem efetivamente no trabalho

colaborativo em equipes interdisciplinar/interprofissional, intersetorial e transnacional, na liderança na saúde e nas políticas local, regional, nacional e global tem sido ressaltada. Essa competência é necessária para que as equipes possam atuar de forma responsiva às constantes mudanças nas necessidades de saúde locais, nacionais e globais, em prol da transformação da realidade (educação transformacional) e para o fortalecimento dos “sistemas de saúde em um mundo interdependente”, de modo a promover a saúde das populações, a equidade universal na saúde, a justiça social, o desenvolvimento socioeconômico global e a segurança humana³⁰. Nesse contexto, a saúde humana deve ser compreendida como parte de uma teia de relações interdependentes com a vida em sentido mais amplo, dependente da consolidação de relações de solidariedade e de cuidado individual, coletivo e ambiental³¹, sem fronteiras territoriais. Como afirmam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, a atenção à saúde deve preservar “a biodiversidade com sustentabilidade” e respeitar as relações entre “ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias”³².

Na década de 1990, surgiu o modelo do cuidado centrado nas relações³³, reconhecendo que, além da relação com a pessoa sob cuidado, todas as relações tecidas a cada momento e em cada espaço do cuidado à saúde influenciam-se reciprocamente e que o cuidado é interdependente dessas relações. Isso significa que cada pessoa envolvida no cuidado influencia os seus resultados, trazendo para o encontro sua subjetividade, com uma personalidade e história de vida, e suas relações consigo mesma, emoções, interpretações, perspectivas, necessidades, expectativas e escolhas, e seus saberes e valores próprios. Assim, o(a) médico(a) deve ter consciência sobre como ele(a), suas emoções e toda sua subjetividade, bem como as das outras pessoas envolvidas no cuidado, contribuem para os desfechos do cuidado³³⁻³⁶.

O conhecimento construído sobre processos e componentes da comunicação efetiva e sobre a eficácia de seu ensino³⁷ contribuiu para o desenvolvimento de modelos para estruturar o encontro clínico, entre eles o método centrado na pessoa sob cuidado³⁸, o *Set the stage, Elicit information, Give information, Understand the patient's perspective, and End the encounter* (SEGUE)³⁹, o guia Calgary-Cambridge^{40,41} e o modelo dos quatro hábitos⁴². Consensos também foram gerados para o ensino de comunicação nos cursos de graduação em Medicina⁴³⁻⁵². Como o profissionalismo é um construto cujos componentes são essenciais à prática médica⁵²⁻⁵⁶ (assim como à prática de outras categorias profissionais), ele é uma das bases da comunicação em alguns consensos, como nos do Reino Unido^{46,51}. A segurança da pessoa sob cuidado, ainda que faça parte do profissionalismo, é outra base da comunicação no

consenso mais recente do Reino Unido⁵¹.

Diversos livros também têm sido publicados para apoiar o ensino da comunicação médica de forma geral e no encontro clínico. Alguns deles são citados aqui para propiciar maior familiaridade a quem tiver interesse no tema^{2,38,57-62}, mas eles são apenas a “ponta do iceberg” na vastidão existente.

Os consensos internacionais para o ensino de comunicação atendem parcialmente às necessidades da formação médica no Brasil, visto que sua população supera 200 milhões de habitantes, que têm características e necessidades plurais intra e inter-regionais⁶³, e que seu sistema de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) – tem como princípios a universalidade (acesso de todos(as) aos serviços de saúde, de forma igualitária^{64,65}), a integralidade (visão integral do ser humano, com ações abrangentes e efetivas na saúde^{64,65}) e a equidade (respeitar a singularidade e subjetividade de cada pessoa considerando suas características e necessidades individuais e coletivas, sem quaisquer tipos de preconceito ou privilégio, e priorizar grupos ou categorias vulneráveis e de risco, para defesa de um tratamento digno e garantia da justiça social^{64,65}). O SUS também tem a diretriz do controle social que prevê a participação ativa e cotidiana da população em discussões para direcionar os serviços e as ações de saúde em todas as suas instâncias, de forma que o sistema atenda às suas necessidades e aos seus interesses⁶⁴. O acolhimento, que inclui a escuta atenta dos(as) usuários(as) do SUS e demais cidadãos/cidadãs brasileiros(as), é parte da política de humanização nacional para potencializar a participação social e atender às necessidades de saúde da população^{64,66}.

As DCN, lançadas em 2001, tiveram como objetivo alinhar a educação médica às necessidades de aprendizagem dos(as) educandos(as) e às necessidades de saúde da população de acordo com o SUS. Nelas, a comunicação constava como uma das seis competências a serem alcançadas pelos egressos do curso de Medicina⁶⁷. Após o “Programa Mais Médicos” em 2013⁶⁸, as diretrizes foram revistas, gerando as DCN de 2014³². O foco anterior em seis competências a serem alcançadas mudou para competências em relação às áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. A comunicação permeia a maioria dos processos dessas três áreas de competência.

Ciente da importância de formar médicos(as) brasileiros(as) capazes de comunicar-se efetivamente ao atenderem a população brasileira, e seguindo os princípios do SUS, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) elaborou um projeto de comunicação contendo, entre seus objetivos, a construção de um consenso para seu ensino nos cursos de Medicina do Brasil^{69,70}. O objetivo deste manuscrito é apresentar o consenso para o ensino de comunicação nas escolas médicas brasileiras.

MÉTODO

A elaboração do consenso iniciou-se em 2014⁶⁹ e foi coletiva e colaborativa. Segundo Innes et al.⁷¹ e Innes⁷², um consenso construído colaborativamente constitui-se de “um conjunto de práticas” nas quais pessoas que representam diferentes interesses se encontram para um diálogo de longo prazo, mediado por um(a) facilitador(a), para abordar uma questão ou preocupação, e chegar a uma proposta conjunta. O processo de construção deve conter os seguintes critérios: incluir representantes com diferentes níveis de interesse; ser direcionado por objetivos, tarefas e práticas compartilhados pelo grupo; permitir que os(as) participantes interajam ativamente em todo o processo, com incentivo ao pensamento criativo; incorporar informações de alta qualidade e evidências; alcançar concordância sobre seus significados; e buscar o consenso por concordância, após explorar amplamente as respostas para as diferenças por meio de discussões^{65,66}.

Para garantir a participação do máximo possível de representantes e de sua diversidade, as discussões ocorreram presencialmente entre 2014 e 2018 em seis oficinas de congressos brasileiros de educação médica promovidos pela Abem e em três eventos específicos de comunicação. O total de participantes foi de 276, incluindo *experts* em comunicação e docentes, discentes e outros profissionais com interesse na área, provenientes de 126 instituições de ensino superior das áreas médica e da saúde, quatro Secretarias de Saúde e uma fundação de saúde. Um grupo reuniu-se de forma virtual, quinzenal ou mensalmente, a partir da primeira oficina presencial.

Cada encontro presencial teve duração de quatro a oito horas, e sua dinâmica consistiu em compartilhamento de experiências no ensino de comunicação e de material bibliográfico trazido por *experts*, além dos consensos internacionais, à medida que estes eram publicados⁴⁰⁻⁵⁰, e da apresentação da versão em construção do consenso brasileiro ofertado pelos organizadores. Discutiam-se então, em grupos pequenos, novos conhecimentos, as habilidades e atitudes que deveriam fazer parte do consenso, os quais eram apresentados após para todos(as) os(as) participantes, com debate e pactuação do conteúdo a permanecer, confirmada por votação. Como se elencaram vários componentes do profissionalismo no processo de construção, uma das oficinas foi destinada a discutir quais deles componentes deveriam constar no consenso. Foi unânime a decisão de manter todos e de considerar o profissionalismo como uma das bases da comunicação. Os encontros virtuais seguiram a mesma dinâmica dos encontros presenciais, mas sua duração foi de uma hora e meia a duas horas.

O consenso foi finalizado em 2020 pelo grupo virtual. Porém, os novos desafios da comunicação evidenciados ao longo da pandemia de Covid-19⁷³ demandaram sua revisão.

A versão semifinal do consenso foi apresentada em julho de 2021, em reunião realizada na plataforma virtual da Abem, com convite a seus/suas diretores(as) e a todos(as) que haviam participado, em algum momento, de seu processo de construção, quando se sugeriram alterações para constar em sua versão final, a qual foi aprovada por unanimidade. Depois de ser submetido à *Revista Brasileira Educação Médica* (RBEM), um dos pareceres demandou novos encontros virtuais para considerar as recomendações listadas. A nova versão final foi aprovada em reunião virtual com convite a todos(as) os(as) participantes do consenso no final de fevereiro de 2022.

Considerando a importância do material compartilhado pelos(as) participantes ao longo do processo de construção do consenso e também a pouca familiaridade que alguns/algumas leitores/leitoras poderiam ter em relação a alguns aspectos apontados, diferentemente de outros consensos, este consenso contém referências bibliográficas em alguns de seus objetivos específicos. Esclarecemos que artigos e livros citados como referências foram selecionados de acordo com sua pertinência, visando apoiar os(as) educadores(as) no ensino de comunicação, porém sem a pretensão de esgotar a literatura. Também são fornecidas explicações sobre alguns conceitos e termos em um quadro separado, para facilitar a compreensão de leitores/leitoras que, eventualmente, possam não os conhecer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: O CONSENSO

O ensino de comunicação nas escolas médicas deve ter como *objetivo geral* desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes no(a) estudante de Medicina, para que, ao se graduar no curso, ele(a) demonstre competência em se comunicar com as pessoas envolvidas no ambiente acadêmico-científico, na atenção à saúde e na gestão em saúde.

As pessoas envolvidas incluem estudantes, docentes, médicos(as), profissionais da área da saúde e de outras áreas de saber, membros da equipe interdisciplinar e interprofissional, funcionários(as), pesquisadores(as), gestores(as), pessoas sob cuidado, seus familiares, cuidadores(as), responsáveis, entes queridos, intérpretes, pessoas que advogam por elas, famílias, grupos sociais, comunidade e seus/suas representantes e demais pessoas com as quais o(a) médico(a) se relacione em sua atuação profissional.

A comunicação deve ter como *pressupostos* ser centrada nas relações e pautar-se pelo profissionalismo, pelos princípios do SUS e pela participação social. A formação médica deve pautar-se pelas DCN e embasar-se em referenciais teóricos e nas evidências científicas. As DCN estabelecem que o curso de Medicina deve proporcionar uma formação “humanista, crítica, reflexiva e ética”, e desenvolver no(a) estudante a

[...] *capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença*³².

As DCN também estabelecem que, na atenção à saúde, o(a) estudante deve ser formado(a) para atuar considerando “sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social”³², o que se alinha com os princípios e as diretrizes do SUS⁶⁴, e constitui-se como um dos componentes do profissionalismo⁵²⁻⁵⁶, o qual abrange:

1. Bioética e ética, as quais incluem
 - 1.1. Respeito à
 - 1.1.1. dignidade humana e liberdade de escolha individual e social, considerando a singularidade de cada pessoa ou grupo social, na pluralidade cultural, étnico-racial, espiritual, de condições socioeconômicas e ambientais, de gênero e orientação sexual e de escolhas, valores, crenças, perspectivas e preferências;
 - 1.1.2. privacidade e ao pudor da pessoa sob cuidado;
 - 1.1.3. autonomia da pessoa sob cuidado e responsabilidade por sua promoção.
 - 1.2. Subordinação de interesses próprios em prol dos interesses das pessoas sob cuidado e seus familiares/cuidadores(as).
 - 1.3. Reconhecimento dos limites profissionais.
 - 1.4. Sigilo e confidencialidade.
 - 1.5. Responsabilidade pela segurança e pelo conforto da pessoa sob cuidado.
2. Honestidade, probidade e integridade.
3. Demonstração de valores humanísticos como altruísmo, empatia, compaixão, solidariedade, sensibilidade, compreensão, interesse e amorosidade.
4. Responsabilização no cumprimento do contrato profissional, com responsabilidade, responsividade, confiabilidade nas ações e subordinação legal às obrigações.
5. Responsabilidade social, tendo compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde

integral do ser humano.

6. Compromisso com excelência, mérito acadêmico e profissional, bem como com aprendizagem por toda a vida (*lifelong learning*).

7. Comunicação efetiva:

7.1. *intrapessoal*: autoconhecimento (presença, reconhecimento e manejo das próprias emoções e autocuidado), prática reflexiva, pensamento crítico e adaptabilidade (reconhecimento de limitações e busca por ajuda, aceitação e fornecimento de *feedback* construtivo, resiliência, flexibilidade para transformar o conhecimento e a própria prática, e lidar com altos níveis de complexidade e incerteza).

7.2. *interpessoal* (detalhada no consenso).

No currículo do curso de Medicina, a comunicação deve ser inserida desde o início do curso e continuar até o seu final. Os conteúdos devem ter complexidade crescente e ser integrados de forma oportuna com outros conteúdos, tendo as “Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal” e a inclusão de “temas transversais [...] que envolvam [...] ‘os direitos humanos’ e [...] as políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes nacionais e internacionais para a educação e a saúde”³².

A interação “do aluno com usuários e profissionais de saúde” deve ocorrer ao longo de todo o curso, e a aprendizagem interprofissional e a interdisciplinaridade devem ser oportunizadas, integrando-se as “dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais” nos diversos cenários de ensino, de extensão e de pesquisa, os quais são indissociáveis³².

A abordagem pedagógica deve conter estratégias diversas e interativas que incentivem a participação do(a) estudante na construção de seus conhecimentos, associem a teoria à prática e estimulem a curiosidade, a criatividade, a prática reflexiva, o pensamento crítico e a sensibilidade, inserindo-se, sempre que possível, as humanidades^{32,59-62}.

As práticas devem ter como objetivo a incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) com complexidade crescente, como a promoção de *feedback* apreciativo para seu aperfeiçoamento. O ambiente de aprendizagem prática deve ser mais controlado inicialmente, com, por exemplo, encenação de situações clínicas (*role-play*) ou sua simulação em laboratório de comunicação, e progredir para ambiente menos controlado, como os cenários reais, sob supervisão⁵⁹⁻⁶².

A avaliação deve ser predominantemente formativa, sem desconsiderar as avaliações somativas⁵⁹⁻⁶².

O ambiente educacional deve ser seguro e cultivar a ética, a sensibilidade, a empatia, a solidariedade, a amorosidade⁷⁴ e a comunicação não violenta⁷⁵, inclusiva e não preconceituosa, de modo que a formação médica se torne um modelo “de” e “para” o cuidado que potencialize a capacidade do(a) estudante de Medicina de tecer relações respeitadas e construtivas em seu processo de aprender e de cuidar de si e dos(as) outros(as).

Para isso, a instituição deve incluir o acolhimento cotidiano do(a) educando(a) e do(a) educador(a), escutando-os e valorizando suas emoções, e deve conter estruturas para seu apoio psicológico e pedagógico. A problematização e a reflexão crítica⁷⁶ do processo de socialização devem ser realizadas de forma sistemática e planejada, para o desenvolvimento da construção da identidade profissional médica e o melhor aproveitamento do processo ensino-aprendizagem, visando ao alcance do objetivo do curso de graduação em Medicina, que é formar médicos(as) competentes, éticos(as), críticos(as), solidários(as), com responsabilidade social e comprometidos(a) com a defesa da dignidade humana e da justiça social³².

O currículo oculto, caracterizado por atitudes testemunhadas e mensagens compartilhadas negativas, ambíguas e não congruentes com os objetivos almejados pelo curso⁷⁷, deve ser objeto de problematização e reflexão regular no currículo formal. A partir da práxis (reflexão sobre a prática), devem ser elaboradas estratégias para construir um ambiente não opressor, que incentive relações saudáveis⁷⁸.

Segundo Bakhtin, nos construímos por meio da interação com as outras pessoas, sendo a palavra a forma mais pura e sensível da relação social e a comunicação o processo dinâmico para construção de sentidos sociais^{79,80}. A linguagem veicula uma ideologia e uma prática, e cada fala, enunciado ou texto que uma pessoa expressa manifesta uma multiplicidade de vozes que representam diferentes interesses e posições na estrutura social, a maioria delas sem que ela se dê conta disso^{79,80}. Como o que cada pessoa é ou virá a ser depende do que ela assimila para si ao longo das interações com o(a) s outro(a)s, o convívio do(a) estudante de Medicina com mensagens desrespeitosas, especialmente se compartilhadas de forma sutil com gestos, piadas, imagens ou comentários depreciativos⁸¹, pode levá-lo(a) a legitimá-las e incorporá-las. Essas estratégias sutis propiciam que seu teor desrespeitoso e antiético não seja percebido.

É fundamental que educandos(as) e educadores(as) compreendam as ideologias que subjazem aos discursos sobre “o(a) outro(a)” e que o discurso hegemônico em uma dada sociedade é historicamente construído por meio de lutas, sendo socialmente compartilhado em suas diversas instituições (por exemplo: família e instituições religiosas e educacionais, o que inclui a escola médica). Esses discursos contêm critérios

arbitrários de classificação, estratificação e normatividade quanto à superioridade/inferioridade e inclusão/exclusão, que servem a interesses específicos de poder, privilégios e/ou prestígio^{82,83}. A não percepção dessa arbitrariedade é que faz com que eles sejam legitimados e perpetuados como senso comum, gerando múltiplas interpretações preconceituosas como o classismo, racismo, sexismo, machismo, capacitismo, a LGBTQIA+fobia e xenofobia⁸²⁻⁸⁴, e outras atitudes autoritárias e opressoras, de discriminação e intolerância. A partir da reflexão, espera-se que as pessoas envolvidas no ambiente acadêmico aumentem sua conscientização sobre os valores do profissionalismo a serem cultivados.

Para assegurar a implementação e a qualidade do ensino de comunicação nas escolas médicas, é fundamental o *incentivo e apoio ao desenvolvimento docente* para o ensino de comunicação em programas institucionais ou em programas existentes fora das instituições.

Segundo as DCN, em seu parágrafo único do capítulo II:

[...] competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, descrevemos os CHA a serem desenvolvidos ao longo do curso, na forma de *objetivos específicos* no Quadro 1. Nele, os trechos escritos entre aspas são citações das DCN³². Para determinados objetivos específicos, são citadas referências relevantes, as quais podem auxiliar os docentes no ensino de comunicação e médico(a)s em sua prática. Por exemplo, o *Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde*¹⁹, citado diversas vezes, aborda: características da comunicação efetiva; competência cultural; comunicação em trabalho em equipe; segurança da pessoa sob cuidado; administração de conflitos; administração e revelação de erros; manejo de incertezas; e comunicação de notícias difíceis, entre outros temas; e contém roteiros para segurança da pessoa sob cuidado em procedimentos, emergências, mudanças de turno, transferência entre setores e entre instituições e para outros temas de comunicação, bem como documentos, entre eles o consentimento informado e o formulário para notificação de eventos adversos e erros.

Ressaltamos novamente, entretanto, que as referências citadas são apenas algumas dentre a vastidão da literatura existente sobre comunicação.

Quadro 1. Objetivos específicos de comunicação a serem desenvolvidos ao longo do curso de Medicina nas escolas médicas brasileiras**Para desenvolver a competência em comunicação, ao longo do curso de Medicina, o(a) estudante deve:****Tornar-se capaz de se comunicar com base em fundamentos teóricos, entre eles**

- referenciais e modelos teóricos das ciências humanas (humanidades), sociais e da saúde sobre a comunicação e as relações humanas, os quais incluem a psicologia e a psiquiatria
- evidências científicas sobre a comunicação na saúde;
- princípios e diretrizes do SUS⁶⁴ e políticas públicas de saúde;
- profissionalismo e seus componentes⁵²⁻⁵⁶;
- história, cultura, saberes e práticas de cuidado, e cura dos diversos grupos sociais que constituem a população brasileira;
- compreensão do metadiscurso, especialmente relativo ao processo de produção, circulação e legitimação da linguagem estruturada e das crenças convencionais normativas que valorizam ou desvalorizam determinados grupos sociais^{85,86};
- conceitos e características de construtos relacionados à comunicação intra e interpessoal, como inteligência emocional⁸⁷ e habilidades sociais⁸⁸;
- formas de expressão da comunicação verbal e da comunicação não verbal, e características para sua efetividade^{60,61,89,90};
- níveis operacionais da comunicação verbal^{86,91};
- comunicação pragmática e suas características^{92,93}.

Buscar, avaliar criticamente a literatura e elaborar e redigir documentos adequadamente, tornando-se capaz de

- reconhecer documentos usados na atenção à saúde, educação médica e gestão em saúde;
Os documentos incluem fichas de atendimento/prontuários físicos e eletrônicos, documento de solicitação de exames, prescrição, relatório de transferência, sumário de alta, formulário de referência e / ou contrarreferência, notificação compulsória, consentimento informado, testamento vital, declaração de óbito, notificação de eventos adversos/erros, matriz/mapa de territorialização, projetos e documentos para educação em saúde, relatórios e atas na atenção à saúde, entre outros; adicionalmente, protocolos, projetos de inovação e de pesquisa, planilhas de planejamento e de gestão de recursos e contratos na gestão em saúde, entre outros; e, adicionalmente, textos, narrativas, resenhas, artigos científicos, resumos, portfólios, apresentações, projetos de extensão e de pesquisa na educação médica, entre outros.
 - redigir os documentos, preenchendo os campos necessários, de forma clara, estruturada e organizada, com coerência e coesão, sem redundância ou ambiguidade, em letra legível (quando escrita for manual), português correto e uso de termos técnicos médicos apropriados, quando pertinente;
 - inserir nome do responsável e, em documentos da atenção à saúde, também a assinatura e carimbo ou certificação digital do(a) profissional;
 - atualizar as informações o mais imediatamente possível nos documentos de registro;
- buscar, organizar e arquivar informações, com auxílio das tecnologias de informação e comunicação (TIC), selecionar as informações relevantes por meio de leitura crítica e elaborar sínteses;
- analisar criticamente as informações veiculadas nas mídias sociais, identificar informações e notícias mentirosas ("fake news") e fornecer argumentos sobre sua não veracidade, com base em evidências;
- desenvolver projetos de pesquisa, extensão e inovação tecnológica com redação clara, estruturada, organizada, coerente e coesa, embasada cientificamente e em português correto do projeto, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), do relatório parcial e final e de artigos e resumos;
- reconhecer que o plágio se caracteriza como crime de falsidade ideológica.

desenvolver-se pessoalmente (comunicação intrapessoal), com aprimoramento do autoconhecimento, da adaptabilidade, da reflexão crítica e do pensamento crítico tornando-se capaz de:

- cultivar sua:
 - presença/atenção plena;
 - empatia;
 - resiliência;
 - criatividade;
 - curiosidade e a capacidade de formular perguntas
 - » no cotidiano para refletir e ampliar perspectivas e compreender relações em situações complexas;
 - » para buscar e avaliar, de forma crítica, informações cientificamente embasadas, para o raciocínio clínico e respostas a situações clínicas;

Continua...

Quadro 1. Continuação

- capacidade de argumentação;
- assertividade^{19,26,27};
- reconhecer suas emoções e respostas emocionais, e sua influência na relação interpessoal;
- identificar situações que podem desencadear emoções fortes e antecipar contextos que po-dem suscitá-las;
- usar estratégias para manejar as próprias emoções e buscar apoio quando necessário;
- promover e preservar o próprio equilíbrio físico e mental com autocuidado e autocompaixão;
- reconhecer sinais de sobrecarga e de alterações em sua saúde física e mental, entre eles estresse, ansiedade, burnout e depressão, buscando estratégias para atenuar suas causas e tratar seus agravos;
- comprometer-se em aprender a aprender, fazer, ser e conviver, e desenvolver autonomia progressiva para a aprendizagem;
- reconhecer as próprias potencialidades, limitações, desejos, expectativas, preocupações, medos, preconceitos e estilo de comunicação e sua influência na relação interpessoal, fortalecendo as potencialidades e buscando estratégias para superar as limitações;
- demonstrar pensamento crítico;
- demonstrar capacidade de argumentação;
- identificar seus preconceitos e vieses no raciocínio clínico, que podem afetar a consulta e levar a erros diagnósticos;
- solicitar feedback e recebê-lo de forma aberta e com flexibilidade para mudar seus conhecimentos e suas práticas;
- refletir sobre os desafios éticos/bioéticos vivenciados e testemunhados, tendo como referência princípios éticos e legais;
- refletir sobre mensagens compartilhadas e atitudes testemunhadas ao longo da formação, compreendendo os aspectos sócio-históricos que perpetuam o currículo oculto e as relações de poder e preconceitos, identificando os valores condizentes com o profissionalismo que devem ser incorporados na construção de sua identidade profissional;
- corresponsabilizar-se por
 - promover estratégias para mudar mensagens e atitudes não condizentes com o profissionalismo;
 - construir um ambiente acadêmico e de trabalho na saúde promotor de respeito, ética e sensibilidade;
- diferenciar situações simples e complexas que levam a incertezas;
- lidar com altos níveis de complexidade e incertezas, solicitando apoio, quando necessário
- reconhecer seus limites na atuação acadêmica e no trabalho na saúde e buscar apoio, quando necessário.

Aprimorar a comunicação interpessoal, tornando-se capaz de

- expressar-se em encontros e apresentações individuais ou em grupo, de forma ética, sensível, respeitosa, inclusiva e não preconceituosa (não racista, não sexista, não machista, não capacitista, não LGBTQIA+fóbica, não xenofóbica, entre outras), apropriada para a idade, escolaridade e outras características do público-alvo, por meio de
 - comunicação verbal oral clara, organizada, em sequência lógica, coesa e coerente, com fluxo apropriado de informações e uso equilibrado de questões abertas e fechadas;
 - comunicação verbal escrita legível (quando escrita à mão), organizada, com sequência lógica, coerente, coesa, sem ambiguidade ou redundância;
 - comunicação não verbal congruente com a comunicação verbal que demonstre respeito e atenção;
 - » usando
 - recursos educativos escritos e/ ou ilustrados (como imagens, desenhos, diagramas, modelos tridimensionais), material artístico-cultural criativo e recursos audiovisuais de forma equilibrada para motivar, aguçar a sensibilidade e facilitar a compreensão de participantes;
 - estratégias interativas para maximizar a participação de interessados ao se comunicar com famílias, grupos sociais e comunidade;
 - maximizar a participação de pessoas quando sua comunicação tem limitações;
 - » demonstrando
 - domínio da língua portuguesa falada no Brasil;
 - domínio dos termos técnicos médicos usados no meio acadêmico-científico;
 - conhecimento da Língua Brasileira de Sinais (Libras) e de outras formas de comunicação inclusiva, entre elas a comunicação alternativa e ampliada (CAA)⁹⁴⁻⁹⁸ e os sistemas de apoio para pessoas com alterações na comunicação expressiva ou receptiva⁹⁷;

Continua...

Quadro 1. Continuação

- conhecimento de linguagem usada nas diversas etnias e culturas da população brasileira e regiões do Brasil (“geografia da comunicação”);
- conhecimento de pelo menos uma língua estrangeira, idealmente a que mais veicula informações científicas médicas;
- adequar a comunicação interpessoal para o método e canal/meio de comunicação empregado, abrangendo
 - comunicação presencial;
 - comunicação a distância/virtual por meio do manejo de TIC, considerando também
 - » ao se comunicar de forma assíncrona
 - o cuidado na redação de mensagens para evitar interpretação errônea;
 - o menor tempo de apresentações;
 - » ao se comunicar de forma síncrona, considerando também
 - a necessidade de sensibilidade cultural, do incentivo ao diálogo, da escuta qualificada, do encorajamento a perguntas e expressão de preocupações e medos e de resposta empática e solidária;
 - aspectos técnicos, éticos e legais da telessaúde (teleconsulta/teletendimento) e demais atividades médicas a distância (telemedicina);
 - as necessidades do público-alvo e as características de informação a serem veiculadas na mídia;
- construir e manter vínculos;
- realizar a escuta qualificada;
- reconhecer e demonstrar respeito e sensibilidade com a diversidade cultural e com valores e outras características singulares de cada pessoa;
- reconhecer sinais verbais e não verbais de emoções e responder com empatia e solidariedade;
- lidar com emoções fortes, antecipando-as quando houver sinais de tensão, compreender sua origem, manejar as próprias emoções, responder com sensibilidade, empatia e solidariedade, e cuidar da própria segurança, com busca de ajuda quando sentir que ela possa estar em risco
- fornecer feedback respeitoso, construtivo e apreciativo, e aceitar feedback de forma respeitosa e com abertura para mudar atitudes e práticas;
- compreender e reconhecer fatores que influenciam as relações interpessoais, entre eles o fenômeno de transferência e contratransferência;
- reconhecer barreiras e limitações que interferem na comunicação, considerar as possibilidades para sua gestão, incluindo sua eliminação, explicação de sua existência e dizer que tentará minimizar sua interferência, busca por intérpretes ou uso de outros recursos, entre eles a CAA;
- interagir de forma sensível e respeitosa, e valorizar a participação ativa de pessoas que utilizam CAA no encontro;
- em projetos de pesquisa, explicar o TCLE e o TALE aos participantes, de forma ética, clara e honesta, e interagir com respeito e ética com participantes da pesquisa na coleta de informações e na validação de seus resultados;
- socializar conhecimentos no ensino, na extensão (incluindo atividades de atenção à saúde e de gestão em saúde) e na pesquisa;
- trabalhar de forma colaborativa interdisciplinar e interprofissional como membro e líder, com linguagem clara e abertura para “opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, papéis e responsabilidades”³² e no cuidado destinado à saúde¹⁹:
 - incluir a pessoa sob cuidado, seus familiares e cuidadores(as) como parte da equipe¹⁹;
 - responsabilizar-se pela pessoa sob cuidado e pela continuidade de seu cuidado;
 - subordinar os próprios interesses aos da pessoa sob cuidado e da equipe para tomada de decisão compartilhada;
 - responsabilizar-se pela segurança da pessoa sob cuidado, com atenção especial a processos de maior risco à segurança, como emergências, procedimentos, mudanças de turno, transferências entre setores e instituições, apoiando-se em roteiros e listas de verificação para garantia da comunicação efetiva^{19,99};

Continua...

Quadro 1. Continuação

- administrar/mediar conflitos^{19,99} com assertividade e comunicação não violenta⁷⁵, visando
 - » alcançar consenso quando há opiniões divergentes no trabalho em equipe;
 - » abordar erros e comportamentos que colocam em risco a segurança da pessoa sob cuidado;
- ao atuar na liderança, adicionalmente¹⁹,
 - » contribuir para a construção e o fortalecimento do vínculo e da coesão da equipe e de um ambiente colaborativo promotor de um “espírito de equipe”;
 - » pactuar e esclarecer o próprio papel e função e a dos outros membros da equipe;
 - » coordenar e facilitar o fluxo rápido e regular de informações relevantes para o trabalho da equipe;
 - » incentivar o compartilhamento de ideias, perspectivas e preocupações, escutando todos(as) com atenção e pactuando as decisões;
 - » fornecer feedback apreciativo e solicitá-lo de forma regular;
 - » organizar e coordenar reuniões e manter registros atualizados;
 - » monitorar situação de trabalho, incluindo aspectos psicológicos e sociais que a influenciam e equilibrar carga de trabalho de cada membro;
 - » mobilizar recursos para potencializar o desempenho da equipe;
 - » planejar e organizar atividades de aperfeiçoamento/treinamento da equipe.

Adicionalmente, na atenção à saúde, o(a) estudante deve tornar-se capaz de

- comunicar-se nas diversas etapas e processos do encontro clínico em todos os níveis, cenários e processos de atenção à saúde e dimensões do cuidado, centrando-se nas relações e empoderando as pessoas sob cuidado e seus familiares/cuidadore(a)s, como descrito na Figura 1;

Os cenários incluem domicílio, ambulatório/consultório, locais de atendimento de urgência/ emergência, enfermarias, unidade de cuidados intensivos e de cuidados paliativos, sala de cirurgia e recuperação, espaços institucionais terapêuticos, espaços da comunidade, instituições em que convivem pessoas com determinadas características e necessidades, como lares de idoso(a)s, orfanatos, entre outros.

Os processos incluem consulta, acolhimento (de usuários(as) em atendimento sob demanda e para escutá-los/las no direcionamento de serviços e ações de saúde), visita domiciliar, territorialização, projeto terapêutico singular em equipe em contextos de vulnerabilidade, matriciamento ou apoio matricial (apoio técnico especializado ofertado à equipe interprofissional, para qualificar suas ações na saúde), coordenação de grupos de promoção da saúde, procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos, educação em saúde, passagem de turno ou plantão, transferência de cuidado entre setores e unidades, planejamento de cuidados avançados, conversa e conferência familiar/boletim médico, comunicação de risco, reuniões de equipe, entre outros.
- adaptar o encontro e a comunicação para
 - » faixa etária (neonatal, lactentes, crianças pré-escolares e escolares, adolescentes, adulto(a)s e idoso(a)s);
 - » etapa do ciclo de vida (desde gestação e nascimento até envelhecimento e processo de morrer);
 - » especialidade;
 - » cultura, letramento, perspectivas, necessidades, expectativa e preferências da pessoa sob cuidado, seus familiares e/ou cuidadores(as);
- abordar de forma respeitosa, ética e sensível
 - » encontros com pessoas sob cuidado e com famílias em visita domiciliar;
 - » a sexualidade da pessoa sob cuidado, conduzindo o encontro de acordo com suas escolhas e necessidades;
 - » as experiências da pessoa sob cuidado quanto a aspectos sociais, étnicos, raciais e culturais, conhecendo e reconhecendo suas perspectivas e seus valores;
 - » a espiritualidade, se assim a pessoa sob cuidado o desejar;
 - » pessoas sob cuidado que apresentam sintomas sem explicação orgânica, compreendendo seu contexto biopsicossocial e suas possíveis causas;
 - » pessoas em situações de violência, incluindo assédio moral, negligência e violência física, lidando com as próprias emoções, respondendo com empatia e solidariedade, empoderando e promovendo a autonomia da pessoa sob cuidado, e buscando apoio psicológico e social e tomando providências que se façam necessárias;

Continua...

Quadro 1. Continuação

- construir projetos terapêuticos singulares compartilhados, com incentivo ao autocuidado e à “autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde”³²;
- realizar atividades de apoio matricial, considerando o saber de cada membro da equipe;
- comunicar-se em contextos específicos (Figura 2), que abrangem diversos processos, entre eles, mas não exclusivamente,
 - situações de risco em saúde à pessoa sob cuidado;
 - entrevista motivacional, para identificar estágio de mudança de comportamento da pessoa sob cuidado, seu grau de confiança e convicção para mudar, bem como as potencialidades e os desafios percebidos por ela;
 - mudança de hábitos de acordo com prontidão da pessoa sob cuidado para mudar;
 - comportamentos de risco à saúde, com sua identificação, abordagem quando presentes e pactuação de plano terapêutico;
 - administração de incertezas sobre diagnóstico, melhor opção terapêutica, prognóstico e outros aspectos do cuidado, compartilhá-las com sinceridade e sensibilidade à pessoa sob cuidado e a familiares/cuidadores(as) e membros da equipe, demonstrando disposição em buscar apoio para tomada de decisões, reconhecendo as próprias emoções e respondendo com empatia às emoções das pessoas presentes¹⁹;
 - notícias difíceis¹⁰⁰⁻¹⁰³;
 - administração de erros/eventos adversos, abrangendo¹⁹
 - » identificar áreas propensas à sua ocorrência;
 - » reconhecer as questões éticas e legais relacionadas à sua revelação;
 - » reunir com equipe e autoridades envolvidas para refletir e discutir sobre o que aconteceu e por que aconteceu o evento adverso, com foco na tarefa e não nas pessoas;
 - » registrar o evento adverso em formulário específico e com justificativa;
 - » planejar medidas para garantir que os erros cometidos não se repitam;
 - » fornecer suporte para a equipe;
 - » revelar incidente às pessoas sob cuidado, familiares/cuidadores(as) e demais pessoas que advogam por elas de forma ética, respeitosa, sincera, objetiva, sem postura defensiva, demonstrando que lamenta o que ocorreu, reconhecendo o sofrimento gerado, compartilhando informações e em linguagem clara, sem termos técnicos, seguindo o processo da comunicação de notícias difíceis e explicando o que aconteceu e sua causa, o que se espera, os recursos mobilizados para prestar apoio às pessoas afetadas, como foi e está sendo realizada a sua investigação e as medidas que estão sendo tomadas para que o mesmo evento não ocorra no futuro;
 - crises, emergências e desastres¹⁰⁴⁻¹¹¹
 - » atuar de forma ágil, comunicando-se efetivamente com a equipe de saúde, com responsabilidade pela segurança da pessoa sob cuidado;
 - » planejar e realizar comunicação de risco para os diferentes públicos, reconhecendo e valorizando a mídia como uma das principais oportunidades para se comunicar com o público, cujos processos estão bem detalhados em manuais e guias de instituições internacionais e nacionais¹⁰⁴⁻¹¹¹;
 - » reconhecer sinais de sobrecarga, estresse e sofrimento moral, e buscar apoio para lidar com suas consequências;
 - cuidados intensivos/críticos, com compartilhamento frequente de informações, de forma respeitosa, empática e sincera
 - » com a pessoa sob cuidado, para atualizá-la sobre suas condições de saúde, mantê-la em contato com a realidade externa e incentivar sua participação em tomadas de decisão a seu alcance¹¹²⁻¹¹⁴, utilizando CAA^{115,116}, quando ela estiver entubada, traqueostomizada ou com outras barreiras e limitação para sua fala;
 - » com familiares, cuidadores(as) e entes queridos em conferência familiar/“boletim médico”, preferencialmente em local privado, com incentivo à sua participação ativa no encontro¹¹⁷⁻¹¹⁹;

Continua...

Quadro 1. Continuação

- cuidados paliativos e em terminalidade de vida, adicionalmente¹²⁰⁻¹²⁴,
 - » compartilhar informações sobre as condições de saúde e a falta de perspectiva de cura terapêutica de forma sincera, utilizando os passos para comunicação de notícias difíceis;
 - » quando houver transferência para unidade de cuidados paliativos, explicar com clareza e sinceridade sobre o seu motivo;
 - » conversar sobre o que a pessoa sob cuidado quiser falar ou abordar, incluindo seus desejos, sua espiritualidade, informações sobre o processo de morrer e outras questões trazidas por suas famílias e/ou entes queridos;
 - » coordenar o planejamento de cuidados avançados com pessoa sob cuidado, suas famílias e/ou entes queridos e os membros da equipe de saúde, pactuando o local no qual quer ser cuidada, o tipo de cuidados que quer receber, se acaso piorar, e registrá-lo;
- ao perguntar sobre intenção de doação de órgãos, demonstrar sensibilidade e solidariedade pelo processo de luto de familiares/cuidadores(as), responder às emoções com empatia e demonstrar respeito e compreensão quando houver rejeição do consentimento^{125,126};
- comunicar-se efetivamente em processo e ações voltados à saúde coletiva³², entre eles
 - grupos de promoção à saúde;
 - “diagnóstico de saúde e priorização de problemas [...] por meio da investigação das necessidades de saúde de grupos de pessoas e das condições de vida e de saúde de comunidades, identificando seu risco e sua vulnerabilidade” com base em “contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território” e em aspectos “biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade” e nas estratégias para seu enfrentamento³²;
 - “discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais [...] considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais”, com estímulo à “inserção de ações de promoção e educação em saúde [...] e incentivo à “inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde”³²;
 - “desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados” e implementação de ações³²;
 - “planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde [...]” orientados à melhoria da saúde coletiva³².

Adicionalmente, na gestão em saúde, o estudante deve se tornar capaz de

- centrar-se nas relações ao organizar, acompanhar e avaliar pessoas e ações no trabalho na saúde e na integração ensino-serviço;
- acolher usuários, famílias, grupos sociais e a comunidade, escutando suas perspectivas;
- tomar decisões incluindo a escuta de usuários(as), famílias, grupos sociais, comunidade e membros de equipes de saúde;
- coordenar, elaborar e implementar planos de intervenção “em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores”³²;
- desenvolver projetos de “desenvolvimento científico, tecnológico e inovação”, incentivando a participação e criatividade de membros da(s) equipe(s) interprofissional(is) e da comunidade³²;
- participar “em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho [...] e planos de intervenção”³²;
- desenvolver o diagnóstico do território de forma participativa com profissionais da equipe, líderes locais e membros da comunidade³²;
- divulgar o diagnóstico do território entre usuários(as), famílias, grupos sociais, comunidade e membros de equipe(s) e pactuar com eles estratégias para melhorar a realidade³²;
- desenvolver movimentos e projetos existentes e/ou participar deles para melhoria das condições de saúde e sociais, nos âmbitos local, regional, nacional e internacional³².

Fonte: Elaborado pelos/pelas autores(as).

No Quadro 2, há alguns conceitos e explicações de termos abordados neste manuscrito, para facilitar a compreensão dos(as) leitores(as).

Quadro 2. Explicações e detalhamento de alguns termos e algumas expressões usados no manuscrito

Termo	Detalhamento
Assertividade	Capacidade de compartilhar pensamentos, perspectivas, sentimentos e emoções de forma respeitosa, tranquila, direta e sincera, defendendo os direitos pessoais e de outras pessoas, pedindo inclusive mudança de comportamento ante a percepção de riscos para elas, com argumentos baseados em fatos e não em características pessoais, e sem emitir juízos de valor, constranger, ofender, humilhar ou violar os direitos das outras pessoas, mantendo-se aberto(a) e flexível para escutar todos(as) e sensível a seus sentimentos, lidando com as próprias emoções e mantendo o autocontrole ^{19,26,27} .
Barreiras externas para a comunicação e limitações intrapessoais para se comunicar	Barreiras que podem: estar no ambiente físico, que incluem computador e sons de aparelhos e equipamentos, entre outras; podem ocorrer pelo uso de equipamentos de proteção, que impedem a visualização total ou parcial dos participantes do encontro. Elas podem decorrer do uso do ambiente virtual, com dificuldade de acesso, instabilidade da internet, prejuízo da visualização dos(as) participantes e impossibilidade de aproximação presencial. As limitações incluem: falta de domínio da língua falada pelo(a) médico(a) ou por pessoa sob cuidado e acompanhantes, sem mediação de intérpretes; estágio precoce de desenvolvimento neuropsicomotor, com consequente falta de repertório da linguagem nativa e de habilidades sociais, como no caso de crianças; alterações no desenvolvimento neurológico causando prejuízo cognitivo e transtornos globais do desenvolvimento, que prejudicam também as interações sociais (como transtornos do espectro autista); alteração sensorial auditiva não mediada por intérprete; alteração sensorial visual que impede a leitura de documentos como a prescrição; doenças de origem neurológica, neuromusculares ou oncológicas que geram disfasia, afasia, prejuízo cognitivo ou limitação do movimento motor responsável pela fala, entre elas acidentes vasculares cerebrais, lesões cerebrais, demência, síndrome do encarceramento, câncer de cabeça e pescoço, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, entre outras; e situações que geram impossibilidade transitória de falar, como suporte ventilatório, traqueostomia, entre outras; transtornos psiquiátricos e alteração no estado mental por intoxicação por substâncias psicoativas.
Comunicação alternativa e aumentativa/ ampliada (CAA)	Diversidade de recursos linguísticos (sistemas de comunicação) com o objetivo de mediar, suplementar e/ou facilitar as interações entre pessoas com prejuízo na comunicação oral, gestual e/ou escrita, de origem física, mental, intelectual ou sensorial. Possibilita a participação social da pessoa e o compartilhamento de suas emoções, perspectivas e desejos. Tende a melhorar o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo com melhora da autoestima, autoconfiança e empatia. A comunicação aumentativa/ampliada complementa a fala existente, e seus/suas usuários(as) têm dificuldades na fala e na compreensão da linguagem. Na comunicação alternativa, a fala é inexistente ou não funcional, e seus/suas usuários(as) têm compreensão cognitiva da linguagem, mas têm dificuldade para falar, e pode ser permanente, ou temporária por intervenções, como entubação e traqueostomia. A CAA pode ser não assistiva (não apoiada), quando apenas o corpo humano é usado para se comunicar, ou assistiva, quando depende de recursos externos ao corpo. Recursos com nenhuma ou baixa tecnologia abrangem comunicação por linguagem escrita e de sinais, por gestos, expressões faciais, pranchas com alfabeto ou símbolos pictográficos, entre outros. Recursos de alta tecnologia incluem dispositivos móveis, comunicadores de voz, computadores, <i>tablets</i> e <i>softwares</i> com funções programáveis, que convertem texto em sons naturais e símbolos, de acordo com as necessidades do(a) usuário(a). Eles usam diversos métodos para detectar sinais humanos gerados por movimentos corporais, como sensores de imagens ativados por rastreamento ocular e sinais com a cabeça, sensores mecânicos e eletromecânicos ativados por pranchas mecânicas e acesso a interruptor para uso da tela do computador, sensores ativados por toque, como em telas (<i>touchscreens</i>), sensores ativados pela respiração por microfones e sensores de baixa pressão e sensores com interface entre cérebro e computador invasivos ou não invasivos ⁹⁴⁻⁹⁸ .
Sistemas de apoio para pessoas com alterações na comunicação expressiva ou receptiva	Os sistemas de apoio para pessoas com alterações na comunicação expressiva ou receptiva incluem suporte adicional ampliado e sistemas de tecnologia assistiva auditiva. Eles incluem o braile, amplificação da audição por meio de aparelhos auditivos, implantes cocleares, sistemas de tecnologia assistiva auditiva (como dispositivos de amplificação pessoais por telefones de texto e dispositivo de telecomunicações para surdos) e dispositivos de fonação artificial e amplificadores de voz, como dispositivos intraorais e válvulas para a fala (como as usadas em pessoas com traqueostomia, por exemplo) ⁹⁷ .

Continua...

Comunicação não violenta	Tem como objetivo manter interações cotidianas pacíficas, cultivando-se a autoconsciência e autoempatia, e honrando as próprias necessidades e valores e as necessidades e valores das outras pessoas. Seu processo inclui a observação e escuta atenta das outras pessoas sem julgar, a reflexão para identificar os próprios sentimentos em relação ao que é observado e o reconhecimento das necessidades, dos valores e desejos pessoais que geram esses sentimentos, a verificação da compreensão sobre o que a outra pessoa fala, parafraseando para verificar sua precisão, o uso de palavras específicas para expressar sentimentos e emoções, em vez de palavras vagas, fazer pedidos de forma clara e específica, sem exigir seu atendimento, sendo empático(a), compreensivo(a) e compassivo(a) quando eles são recusados, respeitando a escolha da pessoa em fazer algo ou atender a nosso pedido de livre vontade ⁷⁵ .
Comunicação pragmática	Capacidade de usar a linguagem em contexto e de compreender e expressar os significados básicos das palavras (semântica), com formas gramaticais corretas (sintaxe). Suas características incluem fornecer informações adequadas às necessidades de quem as recebe, expressar as perspectivas e ideias em sequência lógica e coerente, compartilhar os problemas e monitorar a adequação da produção da própria fala em um contexto específico, entre outras ^{92,93} .
Comunicação verbal e não verbal	A comunicação verbal expressa a palavra, de forma oral ou escrita/digitada. A comunicação não verbal abrange todas as outras formas de comunicação que não representam a palavra, mas influenciam sua interpretação, como a paralinguagem (tonalidade, intensidade, ritmo, volume e sons que não são palavras, como "Ham, ham"), a cinésica (movimentos corporais, incluindo gestos, postura, movimentos com a cabeça, expressões faciais, forma de olhar, entre outros) e a prossêmica (forma como as pessoas percebem e usam o espaço interpessoal), entre outras ^{60,61,89,90} .
Desastre	Perturbação grave no funcionamento de uma comunidade ou sociedade, por interação entre eventos perigosos e condições de exposição, vulnerabilidade e capacidade, que resulta em perdas humanas, materiais, econômicas e/ou ambientais e impactos. Pode ter origem natural (meteorológica e hidrológica, extraterrestre e/ou geológica), biológica (como epidemias e pandemias) e/ou antropogênica (tecnológico, químico, social e ambiental). Tende-se a considerar atualmente que todos os desastres são mistos, devido à interdependência entre estes fenômenos ^{110,111} .
Habilidades sociais	Comportamentos específicos em contextos também específicos, em um determinado ambiente social, para inter-relacionar e completar tarefas sociais. As principais classes de habilidades sociais incluem: comunicação, civilidade, fazer e manter amizade, empatia, habilidades assertivas, expressar solidariedade, manejar e conflitos e resolver problemas interpessoais, expressar afeto e intimidade, coordenar grupos e falar em público ⁸⁸ .
Inteligência emocional	Capacidade de compreender a si mesmo, incluindo emoções, medos, sentimentos e motivações próprios, e entender as emoções, motivações e expectativas das outras pessoas, podendo ser categorizada em cinco domínios: autoconhecimento emocional, controle emocional, automotivação, reconhecimento das emoções em outras pessoas e habilidades sociais para o relacionamento interpessoal. Os dois últimos domínios são fundamentais para organização de grupos e liderança, gestão de conflitos e pactuação de solução, empatia e sensibilidade social ⁸⁷ .
Língua	Sistema de códigos com regras que possibilitam a comunicação entre determinados grupos sociais ¹ .
Linguagem	Segundo o <i>Dicionário Houaiss</i> , "1. Qualquer meio sistemático de comunicar ideias ou sentimentos através de signos convencionais, sonoros, gráficos, gestuais, etc. [...]" (p.1763).
Metadiscurso	Função do discurso por meio da análise sobre como os sinais são elaborados para influenciar significados e atitudes ^{85,86} .
Níveis operacionais da comunicação verbal	Há três níveis. Um deles é concreto, o denotativo, relativo ao conteúdo. Dois deles são mais subjetivos, o da metalinguística, relativo ao tipo de linguagem utilizada, e o da metacomunicação, relativo à interpretação das mensagens recebidas, principalmente, por mensagens implícitas de sinais não verbais, mas também, mais raramente, por verbais explícitas ^{86,91} .
Tecnologias da comunicação e informação (TIC)	Conjunto de recursos tecnológicos integrados para tratar a informação e auxiliar na comunicação. Abrangem todas as formas de transmissão de informações e tecnologias que interferem nos processos informacionais e comunicativos entre os seres humanos. A comunicação pode ser feita por meio de computador, <i>tablets</i> , celulares, <i>softwares</i> e telecomunicações. A troca de informações pode ocorrer de forma virtual síncrona, com ferramentas como telefone, plataformas virtuais, WhatsApp e outros aplicativos, e de forma assíncrona, com ferramentas como mensagem por correio eletrônico, aplicativos de mensagem de texto como SMS, plataformas virtuais, <i>sites</i> , televisão, rádio, entre outras. Seu uso na atenção à saúde inclui diversas atividades, entre elas, mas não exclusivamente, videoconferências, consultas, procedimentos virtuais, preenchimento de prontuários e formulários eletrônicos, compartilhamento de mensagens, exames, dados e outros documentos.

Fonte: Elaborado pelos/pelas autores(as).

A Figura 1 ilustra as diversas etapas e processos do encontro centrado nas relações.

A Figura 2 ilustra contextos específicos em que o estudante de Medicina deve adquirir capacidade para se comunicar na atenção à saúde, em forma de uma árvore. Seu tronco representa a comunicação centrada nas relações, sua

base representa sua sustentação com o profissionalismo⁵²⁻⁵⁶, o SUS⁶⁴, as DCN³², os referenciais teóricos e as evidências científicas, nos quais ela deve pautar-se/embasar-se, e sua copa contém os contextos para o ensino da comunicação na atenção à saúde.

Figura 1. Comunicação centrada nas relações nas diversas etapas e processos do encontro clínico

COMUNICAÇÃO DURANTE TODO O ENCONTRO	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atitudes de profissionalismo, incluindo respeito à "diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural", letramento, escolhas e preferências e "demais aspectos" "que singularizam cada pessoa ou [...] grupo social", ética, confidencialidade, apoio à autonomia e responsabilidade por segurança ❖ Construção e manutenção do vínculo com demonstração de cordialidade, sensibilidade, amorosidade, escuta com atenção a pistas não verbais de emoções, seu questionamento se não expressas, acolhimento do choro e resposta solidária e empática, comunicando percepção sobre elas, legitimando-as, demonstrando respeito, apoio, parceria e que se importa e quer ajudar; uso de comunicação verbal, não verbal e silêncio apropriadamente; reflexão sobre as próprias emoções e reações, e sua influência na relação ❖ Organização: na comunicação, atenção a fluxo, gerenciamento do tempo e disposição de móveis e de papéis na mesa ❖ Compartilhamento de informações oportuno, em linguagem clara, compreensível, sem termos técnicos, com poucas informações por vez, recursos escritos e / ou ilustrados (imagens, diagramas, desenhos e modelos tridimensionais), se possível, para facilitar compreensão, sínteses frequentes para verificar compreensão mútua, identificação sobre o que pessoa sob cuidado e acompanhantes já sabe(m), o que quer(em) saber, solicitação de sínteses para verificar compreensão e fornecimento de explicações adicionais, se necessárias ❖ Registro de informações em prontuário / ficha de atendimento e outros documentos, com preenchimento de todos os campos requeridos e redação de forma organizada, legível, se escritos à mão, e identificação, carimbo e assinatura / certificação digital, e explicação com recursos adicionais escritos e / ou ilustrados, sempre que possível ❖ Incentivo à participação ativa da pessoa sob cuidado e acompanhantes com perguntas abertas, escuta atenta de perspectivas, preferências e decisões 	
COMUNICAÇÃO NAS DIVERSAS FASES DO ENCONTRO	
<p>1. Início do encontro</p> <p>1.a. Construção inicial do vínculo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recepção cordial de todo(a)s, com cumprimentos e apresentações ✓ Cuidado com conforto e para que todo(a)s sintam-se à vontade ✓ Conversa social, quando pertinente para descontração ✓ Reconhecimento de barreiras para a comunicação (por exemplo: computador, sons, máscara) e explicação que tentará minimizá-la <p>1.b. Pactuação da "agenda" de pessoa sob cuidado e de médico(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indagação sobre motivos para buscar atenção médica ✓ Escuta, sem interrupções ou juízo de valor ✓ Incentivo à fala, perguntando "algo mais?" até nada mais ser acrescentado ✓ Síntese de causas/problemas expressos ✓ Explicação sobre aspectos que também quer abordar ✓ Pactuação de prioridades do encontro, com base em demandas de ambo(a)s <p>2. Obtenção de história biopsicossocial, cultural, espiritual e contextual</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Questões abertas sobre história de vida, adoecimento e perspectivas sobre suas causas e consequências, o que já fez, valores, crenças, preocupações, necessidades, medos e outros sentimentos, preferências e expectativas ✓ Escuta atenta, sem interrupção e com valorização e legitimação da fala ✓ Atenção a emoções e resposta empática ✓ Sínteses frequentes ✓ Explicação sobre transição para questões fechadas mais específicas ✓ Questões fechadas biomédicas e outras relevantes para raciocínio clínico 	<p>3. Explicação de transição para exame físico e solicitação de consentimento</p> <p>4. Exame físico e esclarecimento de procedimentos e achados à medida que os realiza</p> <p>5. Compartilhamento de informações e incentivo à participação, considerando perspectivas, necessidades e preocupações relatadas e o que já sabe(m) e quer(em) saber sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ achados e possibilidades diagnósticas, investigação necessária e seus motivos ✓ objetivos, opções terapêuticas e procedimentos, levando em conta as práticas de cuidado e cura relatadas pela pessoa sob cuidado e de sua opção por não se tratar, resposta esperada e duração, benefícios, riscos, desfechos potenciais que podem afetar saúde física e mental, incertezas, custos, prognóstico provável e disponibilidade de medicamentos e serviços <p>6. Construção compartilhada de plano terapêutico</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivo à participação ativa na tomadas de decisões ✓ Identificação de nível desejado para envolvimento na tomada de decisão e recursos sociais e psicológico necessitados para seu apoio ✓ Identificação de valores para as escolhas, com apoio à autonomia ✓ Mediação de conflitos e conciliação de visões divergentes ✓ Avaliação de facilitadores e desafios / barreiras para adesão a planos possíveis ✓ Busca conjunta de estratégias para lidar com desafios ✓ Pactuação de plano terapêutico e verificação de compreensão ✓ Redação de plano e documentos, entre eles pedido de exames, prescrição, orientações e encaminhamentos, e sua explicação, preferivelmente, com recursos adicionais <p>7. Fechamento do encontro</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitação de síntese sobre plano pactuado e explicações adicionais, se necessárias ✓ Agendamento de retorno e fornecimento de contatos, se apropriado ✓ Despedida

Fonte: Elaborada pelos/pelas autores(as).

^a. Os trechos entre aspas são citações das DCN³², e o modelo foi baseado na literatura^{38-42,60}.

Figura 2. Contextos da atenção à saúde em que o estudante de Medicina deve adquirir capacidade de se comunicar



Fonte: Elaborada pelos/pelas autores(as).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse é o primeiro consenso para o ensino de comunicação nas escolas médicas brasileiras. Ressaltamos, entretanto, que ele representa um passo inicial e que, por sua construção coletiva e colaborativa com representantes de mais da metade das escolas médicas e de outras áreas da saúde e representantes de instituições de saúde, deve ser visto como um processo de construção contínuo, que pode requerer acréscimos no futuro.

Parte-se do pressuposto de que a comunicação deve ser centrada nas relações, pautada no profissionalismo, na universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde da população e no incentivo à participação social, e embasar-se nas DCN, em referenciais teóricos e nas evidências científicas. São descritos objetivos específicos para desenvolver no egresso a competência em comunicação abrangendo os fundamentos teóricos, a busca, avaliação crítica da literatura, elaboração e redação de documentos, e a comunicação intrapessoal e interpessoal para tornar o(a) egresso(a) do curso competente

em se comunicar com as pessoas envolvidas no ambiente acadêmico-científico e na atenção à saúde e gestão em saúde. Recomenda-se a inserção curricular da comunicação do início ao final do curso, integrada a outros conteúdos e áreas de saber.

Não foram estabelecidos os momentos em que cada objetivo deve ser desenvolvido no curso, tendo em vista as peculiaridades do currículo de cada escola e sua autonomia em seu planejamento.

Espera-se que o consenso contribua para a revisão de currículos dos cursos de graduação em Medicina que já contêm comunicação ou em sua implementação, e, quiçá, nos currículos das residências médicas no Brasil, para promover a comunicação na educação médica, na atenção à saúde individual e coletiva e na gestão em saúde, fortalecer o SUS e alcançar transformações sociais que propiciem melhorar as condições de saúde da população e a defesa da justiça social.

O próximo objetivo desse projeto da Abem é a oferta de material didático e de oficinas para apoiar o desenvolvimento docente no ensino de comunicação.

Finalmente, esclarecemos que, como quaisquer processos de construção coletiva, esse consenso pode ser atualizado quando necessário.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Suely Grosseman é coordenadora do projeto “Ensino de comunicação nas escolas da área da saúde” da Abem, do processo de construção coletiva do consenso e da redação deste manuscrito. Newton Key Hokama organizou e manteve em atividade regular o grupo virtual para discussão do consenso e compartilhamento de saberes e experiências sobre comunicação, e contribuiu para a redação deste manuscrito. Evelin Massae Ogatta Muraguchi fez a relatoria das oficinas de construção do consenso e participou da revisão deste manuscrito. Ana Cristina Franzoi realizou a síntese dos consensos existentes para embasar a discussão do atual consenso e contribuiu para a redação deste manuscrito. Gustavo Antonio Raimondi contribuiu com acréscimos sobre a comunicação inclusiva no consenso e na revisão final deste manuscrito. Agnes de Fátima Pereira Cruvinel, Eliane Perlatto Moura, Fernanda Patrícia Soares Souto Novaes, Josemar de Almeida Moura, Lara de Araújo Torreão, Maria Amélia Dias Pereira, Miriam May Phillippi, Mônica da Cunha Oliveira e Rosana Alves contribuíram para a construção do consenso e redação e revisão final deste manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Freire P. Extensão ou comunicação? São Paulo: Paz e Terra; 2014.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
- Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns*. 2000;39(1):5-15.
- Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007;5(1):57-65.
- Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann NY Acad Sci*. 1978;310(1):169-81.
- Rogers CR. The foundations of the person-centered approach. *Education*. 1979;100(2):98-107.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
- Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1):25-38.
- Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*. 2012;87(9):1243-9.
- Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003;87(5):1115-45.
- Zolnierok KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-34.
- Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health*. 1989;10(1):163-80.
- Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-64.
- Riedl D, Schüßler G. The influence of doctor-patient communication on health outcomes: a systematic review. *Z Psychosom Med Psychother*. 2017;63(2):131-50.
- World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Patients for patient safety: statement of case. Geneva; 2013 [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf.
- World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO. 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>. Acesso 10 jan. 2021. [Marra VN, Sette ML, coordenadores. Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2016 [acesso em 10 jan. 2021]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/9788555268502-por519565d3-e2ff-4289-b67f-4560fcd33b9d.pdf?sfvrsn=9e58a092_1].
- Marchon SG. A segurança do paciente sob cuidado na atenção primária à saúde [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
- Francisco A, Acquesta AL, Cunha BM, Gil CG, Pereira DA, Hahne FS et al. Cartilha sobre segurança do paciente sob cuidado. Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar – CGHOSP. 2019 [acesso em 28 nov 2021]. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/CARTILHA_RHP_Digital.pdf.
- Brasil. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 20 dez 2021]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
- Clapper TC, Ching K. Debunking the myth that the majority of medical errors are attributed to communication. *Med Educ*. 2020; 54(1):74-81.
- Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *J Interprof Care*. 2005;19(4):358-70.
- Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Aust Health Rev*. 2005; 29(2):211-7.
- Omura M, Maguire J, Levett-Jones T, Stone TE. The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: a systematic review. *Intern J Nurs Stud*. 2017;76:120-8.
- O'Connor P, Byrne D, O'Dea A, McVeigh TP, Kerin MJ. “Excuse me”: teaching interns to speak up. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013;39(9):426-31.
- Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, Prince-Paul M, Johnson RR. Opportunities to improve Covid-19 provider communication resources: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2021;104(3):438-51.
- Gustavsson ME, Arnberg FK, Juth N, von Schreeb J. Moral distress among disaster responders: what is it? *PDM*. 2020;35(2):212-9.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evan T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen

- health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
31. Capra F, Eichemberg NR. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix; 2006;
32. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2014.
33. Tresolini CP, The Pew-Fetzer Task Force. Health professions education and relationship-centered care. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission; 2000.
34. Suchman AL. A new theoretical foundation for relationship-centered care. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Suppl 1):S40-4.
35. Beach MC, Inui T. Relationship-centered care. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Suppl1):S3-8.
36. Kreps GL. Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal*. 2009;53(4):344-59.
37. Gilligan C, James EL, Snow P, Outram S, Ward BM, Powell M, et al. Interventions for improving medical students' interpersonal communication in medical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2(2):CD012418.
38. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P, Scholfield T. The new consultation: developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford University Press; 2003.
39. Makoul G. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 2001;45(1):23-34.
40. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9.
41. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996;30(2):83-9.
42. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *Perm J*. 1999;3(3):79-88.
43. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303(6814):1385-7.
44. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):191-5.
45. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390-3.
46. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008;42(11):1100-7.
47. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlhous J, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81(2):259-66.
48. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):18-26.
49. Garcia de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):1-16.
50. Bachmann C, Kiessling C, Härtl A, Haak R. Communication in health professions: a European consensus on inter-and multi-professional learning objectives in German. *GMS J Med Educ*. 2016;33(2):Doc23.
51. Noble LM, Scott-Smith W, O'Neill B, Salisbury H. Consensus statement on an updated core communication curriculum for UK undergraduate medical education. *Patient Educ Couns*. 2018;101(9):1712-9.
52. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet*. 2002;359(9305):520-2.
53. Arnold L, Stern DT. What is medical professionalism. In: Stern DT, editor. *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press; 2006. p.15-37.
54. Sullivan WM. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ*. 2000;162(5):673-5.
55. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Defining professionalism in medical education: a systematic review. *Med Teach*. 2014;36(1):47-61.
56. Rabow MW, Remen RN, Parmelee DX, Inui TS. Professional formation: extending medicine's lineage of service into the next century. *Acad Med*. 2010;85(2):310-7.
57. Bloom SW. The doctor and his patient: a sociological interpretation. New York: Russel Sage Foundation; 1963.
58. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. California: Sage; 1995.
59. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learnig communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe; 2005.
60. Fortin VI AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC. Smith's patient centered interviewing: an evidence-based method. 3rd ed. New York: McGraw Hill; 2012.
61. Chou C, Cooley L, editors. *Communication RX: transforming healthcare through relationship-centered communication*. New York: McGraw Hill; 2018.
62. Dohms M, Gusso G, organizadores. *Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2021.
63. Abrantes VLC. O IBGE e a formação da nacionalidade: território, memória e identidade em construção. Simpósio Nacional de História, 24, São Leopoldo, RS. Anais eletrônicos. São Leopoldo: Unisinos, 2007 [acesso em 10 abr 2021]. Disponível em: https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548210563_70ce6df73e2768b3f47ecdec48e2b97f.pdf.
64. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 20 set 1990.
65. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS Bol Inst Saúde*. 2010;12(2):109-14.
66. Brasil. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 20 dez 2021]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf.
67. Brasil. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*; 9 nov 2001.
68. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 23 out 2013.
69. Grosseman S, Loures L, Mariussi A, Grossman E, Muraguchi E. Projeto ensino de habilidades de comunicação na área da saúde: uma trajetória inicial. *Cad Abem*. 2014;10:7-12.
70. Grosseman S, Lampert JB, Soliani ML, Dohms M, Novack D. Projeto Abem: Ensino de comunicação na área da saúde. Associação Brasileira de Educação Médica; 2020 [acesso em 3 dez 2020]. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Hist%C3%B3rico-projeto-HC.pdf>.
71. Innes JE, Booher DE. Consensus building and complex adaptive systems: a framework for evaluating collaborative planning. *JAPA*. 1999;65(4):412-23.
72. Innes JE. Consensus building: clarifications for the critics. *Planning Theory*. 2004;3(1):5-20.

73. Yi-chong X. Timeline – Covid-19: events from the first identified case to 15 April. *Social Alternatives*. 2020;39(2):60-3.
74. Brasil. Portaria no 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – PNEP-SUS. *Diário Oficial da União*; 20 nov 2013 [acesso em 20 dez 2021]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html.
75. Rosenberg MB. Comunicação não violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 3a ed. São Paulo: Agora; 2006.
76. Freire P, Faundez A. Por uma pedagogia da pergunta. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
77. Gunio MJ. Determining the influences of a hidden curriculum on students' character development using the Illuminative Evaluation Model. *JCSR*. 2021;3(2):194-206.
78. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
79. Bakhtin M. Estética da criação verbal. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
80. Bakhtin M. Marxismo e Filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. 16a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
81. Venosa B, Bastos LC. Goffman e a ritualização do infinitamente pequeno: observando o sutil na sustentação do discurso hegemônico em interações de um curso de marcenaria para mulheres. *Veredas – Revista de Estudos Linguísticos*. 2021;25(1):140-63.
82. Berger PL. Perspectivas sociológicas: uma visão humanística. Petrópolis: Vozes; 2007.
83. Berger PL, Luckmann T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 2007.
84. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
85. Hyland K. Metadiscourse: what is it and where is it going? *JoP*. 2017;113:16-29.
86. Jaworski A, Coupland N, Galasinski D. Metalanguage: social and ideological perspectives. Berlin: Walter de Gruyter; 2004.
87. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. O poder da inteligência emocional. Rio de Janeiro: Campus; 2002.
88. Del Prette ZAP, Del Prette AD. Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações. Petrópolis: Vozes; 2009.
89. Hojat M. Empathy in health professions education and patient care. New York: Springer; 2016.
90. Lunenburg, FC. Louder than words: the hidden power of nonverbal communication in the workplace. *IJ SAID*. 2010;12(1):1-5.
91. Craig RT. Metacommunication. In: Jensen KB, Rothenbuhler EW, Pooley JD, Craig RT, editors. *The international encyclopedia of communication theory and philosophy*. West Sussex: John Wiley & Sons. 2016. doi: <https://doi.org/10.1002/9781118766804.wbiect232>.
92. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação. São Paulo: Culturix; 2010.
93. Bosco FM, Tirassa M, Gabbatore I. Why pragmatics and theory of mind do not (completely) overlap. *Front Psych*. 2018;9:1453. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01453>.
94. Elshahar Y, Hu S, Bouazza-Marouf K, Kerr D, Mansor A. Augmentative and alternative communication (AAC) advances: a review of configurations for individuals with a speech disability. *Sensors*. 2019;19(8):1911. doi: <https://doi.org/10.3390/s19081911>.
95. Panham HMS. Comunicação suplementar e alternativa. In: Ortiz KZ. *Distúrbios neurológicos adquiridos: fala e deglutição*. São Paulo: Manole; 2006.
96. Araújo GS, Paulo AMF, Neta HHS, Costa LB, Santos SNTSF, Lima ILB. Benefícios da tecnologia de comunicação aumentativa e alternativa em pacientes oncológicos. *Revista Saúde & Ciência online*. 2018;7(2):145-56.
97. American Speech-Language-Hearing Association. Augmentative and Alternative Communication [acesso em 20 em 2022]. Disponível em: www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/.
98. Gomes CA, Rugno FC, Rezende G, Cardoso RC, De Carlo MM. Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas laringectomizadas com câncer de cabeça e pescoço. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2016;49(5):463-74.
99. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamStepps 2.0, Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety: Pocket guide. AHRQ Pub. No. 14-0001-2. Revised December 2013 [acesso em 10 set 2021]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pocketguide.pdf>.
100. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5:302-11.
101. Rabow MW. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *WJM*. 1999;171:260-3.
102. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64:1975-8
103. Narayanan V, Bista B, Koshy C. BREAKS protocol for breaking bad news. *IJC*. 2010;16(2):61-5.
104. Organização Mundial da Saúde. Comunicação eficaz com a mídia durante emergências de saúde pública: um manual da OMS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Tradução de: WHO. *Effective Media Communication during Public Health Emergencies: a WHO Handbook*; 2007.] [acesso em 20 jan 2022]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_eficaz_midia_durante_emergencias.pdf.
105. Center for Disease Control and Prevention. Crisis+Emergencies risk communication. 2014 [acesso em 20 jan 2022]. Disponível em: https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/cerc_2014edition_Copy.pdf.
106. Center for Disease control and prevention. Emergency preparedness and response: CERC Manual updates [acesso em 20 jan 2022]. Disponível em: <https://emergency.cdc.gov/cerc/manual/index.asp>.
107. World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. Geneva: World Health Organization; 2017 [acesso em 20 jan 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789241550208-eng.pdf>.
108. World Health Organization. Covid-19 global risk communication and community engagement strategy, December 2020-May 2021: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso em 20 jan 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338057>.
109. IRFC, Unicef, WHO. RCCE action plan guidance: COVID-19 preparedness & response. 2020 [acesso em 20 jan 2022]. Disponível em: [file:///G:/Documents/Habilidades_comunicacao/2022/covid19-rcce-guidance-final-brand%20\(1\).pdf](file:///G:/Documents/Habilidades_comunicacao/2022/covid19-rcce-guidance-final-brand%20(1).pdf).
110. The international Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). What is a disaster? [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: <https://www.ifrc.org/what-disaster>.
111. Secretaría Interinstitucional de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, Naciones Unidas. Vivir con el riesgo: informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres. Ginebra: ONU; 2004.
112. Corrêa M, Del Castanhel F, Grosseman S. Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33:401-11.
113. Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI Evidence Synthesis*. 2016;14(3):181-234.
114. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC. Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. *Chest*. 2011;139(3):543-54.
115. Ju XX, Yang J, Liu XX. A systematic review on voiceless patients' willingness to adopt high-technology augmentative and alternative communication in intensive care units. *Intens Crit Care Nurs*. 2021;63:102948.
116. Ten Hoorn S, Elbers PW, Girbes AR, Tuinman PR. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Crit Care*. 2016;20(1):1-14.

117. Seaman JB, Arnold RM, Scheunemann LP, White DB. An integrated framework for effective and efficient communication with families in the adult intensive care unit. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(6):1015-20.
118. Cypress BS. Family conference in the intensive care unit: a systematic review. *DCCN.* 2011;30(5):246-55.
119. Brooks LA, Bloomer MJ, Manias E. Culturally sensitive communication at the end-of-life in the intensive care unit: a systematic review. *Austr Crit Care.* 2019;32(6):516-23.
120. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012 [acesso em 20 jan 2022]. Disponível em: file:///G:/Documents/Habilidades_comunicacao/2022/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf.
121. Borges MM, Santos Junior R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos. *Rev Bras Educ Med.* 2014;38(2):275-82.
122. Walczak A, Butow PN, Bu S, Clayton JM. A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions: who do they target, how are they structured and do they work? *Pat Educ and Couns.* 2016;99(1):3-16.
123. Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Liao S, Meyskens Jr FL. End-of-life care: guidelines for patient-centered communication. *Am Fam Physician.* 2008;77(2):167-74.
124. Schrijvers D, Cherny NI. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol.* 2014;25:iii138-iii42.
125. Knox K, Parkinson J, Pang B, Fujihira H, David P, Rundle-Thiele S. A systematic literature review and research agenda for organ donation decision communication. *PIT.* 2017;27(3):309-20.
126. Jacoby L, Crosier V, Pohl H. Providing support to families considering the option of organ donation: an innovative training method. *PIT.* 2006;16(3):247-52.

LISTA DE TODOS(AS) OS(AS) PARTICIPANTES DO CONSENSO QUE CONCORDARAM COM A DIVULGAÇÃO DE SEUS NOMES E INSTITUIÇÕES

Suely Grosseman (coordenadora do projeto Abem)

Facilitadores: Newton Key Hokama (coordenador do grupo virtual de comunicação WebComunica Brasil) e Evelin Massae Ogatta Muraguchi (relatoria das oficinas do consenso)

Diretores-presidentes das gestões da Abem que apoiaram o projeto: Jadete Barbosa Lampert, Sigisfredo Luis Brenelli e Nildo Alves Batista

Ádala Nayana de Sousa Mata – Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte/Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Agnes de Fátima Pereira Cruvinel – Universidade Federal da Fronteira Sul

Alessandra Vitorino Naghettini – Universidade Federal de Goiás

Alice Mendes Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Alicia Navarro de Souza – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ana Cristina Franzoi – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ana Paula Mariussi – Universidade da Região de Joinville

Cacilda Andrade de Sá – Universidade Federal de Juiz de Fora

Cátia Costa Carvalho Rabelo – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Santa Casa de Minas Gerais

Cecilia Emília De Oliveira Creste – Universidade do Oeste Paulista

Danielle Bivanco-Lima – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

David Araujo Júnior – Universidade Federal de Uberlândia

Denise Herdy Afonso – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dolores Gonzales Borges de Araújo – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Elaine Fernanda Dornelas de Souza – Universidade do Oeste Paulista

Eleusa Gallo Rosenberg – Universidade Federal de Uberlândia

Eliane Perlatto Moura – Universidade João do Rosário Vellano

Eloisa Grosseman – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Erotildes Maria Leal – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Evelin Massae Ogatta Muraguchi – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, *campus* Londrina

Fernanda Patrícia Soares Souto Novaes – Universidade Federal do Vale do São Francisco

Guilherme Antonio Moreira de Barros – Universidade Estadual Paulista

Gustavo Antonio Raimondi – Universidade Federal de Uberlândia

Helena Borges Martins da Silva Paro – Universidade Federal de Uberlândia

Hermila Tavares Vilar Guedes – Universidade do Estado da Bahia

Iago Amado Peres Gualda – Universidade Estadual de Maringá

Ilza Martha de Souza – Universidade do Oeste Paulista

Irani Ferreira da Silva Gerab – Universidade Federal de São Paulo

Ivana Lucia Damásio Moutinho – Universidade Federal de Juiz de Fora

João Carlos da Silva Bizarro – Faculdade de Medicina de Olinda

José Maria Peixoto – Universidade João do Rosário Vellano

Josemar de Almeida Moura – Universidade Federal de Minas Gerais

Juliana Guerra – Faculdade Pernambucana de Saúde

Lara de Araújo Torreão – Universidade Federal da Bahia

Lara Cristina Leite Guimarães Machado – Universidade da Região de Joinville

Laura Bechara Secchin – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

- Leandro Francisco Moraes Loures – Universidade da Região de Joinville
- Liliane Pereira Braga – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- Luiza De Oliveira Kruschewsky Ribeiro – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
- Marcela Dohms – vice-presidente da Associação Brasileira Balint
- Márcia Helena Fávero de Souza – Universidade Federal de Juiz de Fora
- Maria Amélia Dias Pereira – Universidade Federal de Goiás
- Maria de Fátima Aveiro Colares – Centro Universitário Municipal de Franca
- Maria Eugenia V. Franco – Universidade Federal do Mato Grosso
- Maria Luísa Soliani – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
- Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos – Universidade Federal de Alagoas
- Mariana Maciel Nepomuceno – Universidade Federal de Pernambuco
- Marianne Regina Araújo Sabino – Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco
- Marta Silva Menezes – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
- Mauricio Abreu Pinto Peixoto – Instituto Nutes da Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Milene Soares Agreli – Universidade Federal de Uberlândia
- Miriam May Philippi – Centro Universitário de Brasília
- Mônica da Cunha Oliveira – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
- Mônica Daltro – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
- Newton Key Hokama – Universidade Estadual Paulista, *campus* Botucatu
- Nilva Galli – Universidade do Oeste Paulista
- Paulo Pinho – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
- Paulo Roberto Cardoso Consoni – Universidade Luterana do Brasil
- Priscila Maria Alvares Usevicius – Universidade Evangélica de Goiás
- Renata Rodrigues Catani – Universidade Federal de Uberlândia
- Rosana Alves – Faculdades Pequeno Príncipe
- Rosuita Fratari Bonito – Faculdade do Trabalho de Uberlândia
- Sandra Torres Serra – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
- Simone Appenzeller – Universidade Estadual de Campinas
- Simone da Nóbrega Tomaz Moreira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- Solange de Azevedo Mello Coutinho – Escola de Medicina Souza Marques
- Suely Grosseman – Universidade Federal de Santa Catarina e Faculdades Pequeno Príncipe
- Ubirajara João Picanço de Miranda Junior – Escola Superior de Ciências da Saúde
- Valéria Goes – Universidade Federal do Ceará



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.