

ALINE MORIÃO CARVALHO DE SOUZA

GUIA DE COMUNICAÇÃO PARA RADIOLOGIA BASEADA EM VALOR



GUIA DE COMUNICAÇÃO PARA RADIOLOGIA BASEADA EM VALOR

Edição 2024

Publicação do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR)

Av. Paulista, 37, 7º andar, conjunto 71 – CEP 01311-000, São Paulo (SP)

Tel.: 55 (11) 3372-4544 | site: www.cbr.org.br | e-mail: radiologia@cbr.org.br

Autora:

Aline Morião Carvalho de Souza

Organizadora:

Cássia Barbosa de Souza

Projeto Gráfico e Diagramação:

Adriano da Silva Watanabe

XX páginas.; 29,7cms x 21,0cms.

Copyright © Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR)

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste conteúdo poderá ser reproduzida, por qualquer processo, sem a permissão expressa do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) - (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Guia de Comunicação para radiologia baseado em valor [livro eletrônico] I [autor Aline Morião Carvalho de Souza; organização Cássia Barbosa de Souza; ilustração Adriano da Silva Watanabe]. -- 1.ed. -- São Paulo, SP : Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, 2024.

Bibliografia.

ISBN XXXXXXXXXX

1. Diagnóstico por imagem 2. Radiologia 3. Médico Radiologista 4. Comunicação de Valor.

XXXXXXXXXX CDD-XXXXXXXXXX

Índices para catálogo sistemático:

1. Comunicação baseada em valor: Radiologia: Medicina XXXXXX

XXXXXXXXXX - CRB-X/xxxxxx

AUTORES E COLABORADORES



ALINE MORIÃO CARVALHO DE SOUZA

Mestre em Cirurgia pelo Programa de Pós Graduação em Cirurgia (PPGRACI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Pós graduação lato sensu em Liderança com Ênfase em Gestão no COMAER. Médica especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR)/AMB. Certificação Yellow Belt em VBHC (Value-Based Health Care) pela VBHC Center Europe.



SILVANA DA SILVA LIMA

Médica especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pelo Complexo Hospitalar do Mandaqui. Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR)/AMB. Especialização em Ressonância Magnética pela USP. Pós graduação em Liderança e Gestão de Pessoas na área de Saúde pelo Instituto de Ensino Albert Einstein. Pós graduanda (MBA) – Gestão em Medicina Diagnóstica – FIA Business School & CBR. Auditora trainee do PADI.



ADRIANA GONÇALVES DAUMAS PINHEIRO GUIMARÃES

Professora convidada do Programa de Pós Graduação em Cirurgia (PPGRACI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Professora adjunta da disciplina de Clínica Cirúrgica II da Universidade Nilton Lins. Doutora em Patologia Tropical pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA) em parceria com a Fundação de Medicina Tropical Dr Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD). Mestre em Patologia Tropical pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Título de Especialista em Cirurgia Geral pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e em Coloproctologia pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCEP).



CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA

Professor do Programa de Pós Graduação em Cirurgia (PPGRACI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Professor da Disciplina Clínica Cirúrgica II – Cirurgia Vascular e Coordenador das Disciplinas de Cirurgia de Emergência e Trauma e de Telemedicina e Telessaúde da Universidade do Estado do Amazonas – UEA. Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. Mestre em Cirurgia Vascular pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP-EPM. Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV/AMB.

AGRADECIMENTOS

À Silvana da Silva Lima, por compartilhar visões semelhantes e contribuir com os capítulos “O processo de comunicação” e “Comunicação com o paciente” e pela autoria das “más notícias em diagnóstico por imagem”. À Adriana Daumas e Cleinaldo de Almeida Costa, por dedicarem seu tempo e sabedoria.

À Maria da Conceição de Oliveira Parente, Guilherme Farias de França e Jorge Pires, por acreditarem e apoiarem esse projeto.

À Dra. Márcia Makdisse, pelos ensinamentos em VBHC (Value Based Health Care).

À Juliana Santana de Melo Tapajós ao encorajamento na produção deste e-book.

À Danielle Veiga, por suas considerações valiosas sobre a visão do paciente.

Ao meu esposo Rodrigo Paes Leme, por todo o amor e suporte para que fosse possível realizar esse sonho. Aos meus filhos, Pedro e Helena, que são minha inspiração para tornar o mundo um pouco melhor.

APRESENTAÇÃO

A motivação para escrever este livro foi compartilhar parte da nossa experiência na implantação de um protocolo de comunicação efetiva em clínica de imagem sediada no município de Manaus - Amazonas. Ainda nessa experiência, realizamos um treinamento teórico-prático, que consistiu em uma aula expositiva interativa, com demonstração de vídeos, estímulo à participação e uso da simulação realística.

A metodologia aplicada foi Design Thinking, como forma de solucionar problemas complexos e o protocolo baseou-se em três pilares: melhorar a comunicação com o paciente, melhorar a comunicação entre a equipe de trabalho e melhorar a comunicação com o médico solicitante.

Ao escrever as estratégias, buscamos utilizar uma linguagem simples e prática, de maneira que o leitor, objetivando melhorar a comunicação em seu ambiente de trabalho, consiga inserir mudanças em sua rotina logo após a leitura. O livro instiga gestores, médicos radiologistas, técnicos em radiologia e equipes de enfermagem, que atuam em departamentos de diagnóstico por imagem, a entrarem na nova era da Imagem, cujo foco é o atendimento centrado nas necessidades do paciente, com entrega de valor.

PREFÁCIO

Caro leitor, este livro possui o intuito de elucidar a importância da comunicação entre a equipe médica, equipe de atendimento ao paciente e a relação médico-paciente. A obra nos recorda o quão necessário é usufruir, de forma sábia, alguns dos cinco sentidos. Saber o momento certo de apenas ouvir, quando falar e como falar, são alguns dos exemplos.

Desde os primórdios da humanidade, a interlocução é um fator condutor das relações, ela permite a transmissão da informação entre o emissor e o seu receptor. Seja por gestos, imagens, oralidade ou escrita, como neste livro. O meio como uma mensagem é transmitida precisa ser claro, para que de fato ela chegue ao seu destinatário sem ruídos.

Quando alguém busca atendimento médico no pronto-socorro, por exemplo, a forma que é realizado o pré-atendimento é importante, pois, ela contribui no primeiro contato entre o médico e o paciente, e posteriormente com quem realizará o exame de imagem. Ao realizar perguntas objetivas e ter um olhar atento para as queixas desta pessoa, facilita-se a continuidade do atendimento.

Importante compreender que o olhar em momentos como esse está além do enxergar. É necessário ver a necessidade do paciente e anotar cada detalhe que certamente farão diferença nos próximos passos. Essa atenção é possível quando a audição deste primeiro receptor está atenta.

Ao seguir essa linha de cuidados na comunicação, temos na medicina a anamnese. Um dos métodos mais importantes na relação médico-paciente, para que se tenha assertividade no diagnóstico. Durante a entrevista é necessário perceber o entrevistado, realizar perguntas que ajudem na investigação de uma possível doença.

Entretanto, o saber se comunicar para não ocorrer erros médicos, também precisa acontecer nas relações entre os profissionais da área. Afinal, o ato médico não se limita a sala de consulta. Sendo ele o conjunto de atividades, agrega todas as ações desde a perícia inicial, o encaminhamento para especialidades ou exames, e as etapas seguintes.

Para isso, no caminho não pode haver ruídos na comunicação, que prejudiquem o paciente por meio de um diagnóstico errôneo. Inclusive, para que não gere prejuízo para a equipe médica de modo geral.

Informações precisas, trocadas entre os profissionais, são essenciais para que qualquer achado médico seja tratado de maneira assertiva. A famosa palavra empatia, muito utilizada atualmente, é o resultado de uma boa comunicação. Porque por meio dela, o indivíduo pode comunicar-se e ser entendido, percebido, e não apenas interpretado.

Ao entrarmos no campo da radiologia e diagnóstico por imagem, sabe-se que exceto nos exames de ultrassom, dificilmente há um contato entre o médico radiologista e o paciente, sem ser por meio do pedido médico, onde consta a indicação do que está sendo investigado. Tampouco há essa proximidade com o médico solicitante, na maior parte dos casos. Exatamente por esse motivo, os profissionais da medicina diagnóstica precisam observar minuciosamente a solicitação para entender o que precisam analisar no exame.

E por não haver esse contato entre o médico solicitante e o que investigará a possível patologia, torna-se necessário um cuidado redobrado. Quem transfere a informação ao colega não pode deixar passar qualquer detalhe, as queixas e sintomas precisam ser observados, para a condução do diagnóstico de quem recebe as informações.

Esse cuidado é extremamente necessário, uma vez que na atualidade temos o atendimento médico virtual. Neste caso, perdendo-se o contato presencial, o olhar direcionado e as perguntas objetivas ganham mais ênfase. Pois, muitos são os perfis atendidos, o que resulta em adaptações na forma de abordagem ao paciente. Entretanto, o objetivo é o mesmo: entender a sua real necessidade e indicar o tratamento adequado.

Acredito que você leitor poderá desfrutar de um excelente conteúdo que as autoras Aline Morião Carvalho de Souza, Silvana da Silva Lima, Adriana Gonçalves Daumas Pinheiro Guimarães e o autor Cleinaldo de Almeida Costa, prepararam cuidadosamente para agregar conhecimento em sua bagagem profissional. Provavelmente você recordará de assuntos estudados em sala de aula, no ambiente de trabalho ou no bate-papo com um colega de profissão. O mais importante disso tudo é que você se perceba como profissional e torne o seu atendimento o mais assertivo possível.

Concluo este prefácio com gratidão pelo convite para escrevê-lo. E agora, ao girar a maçaneta desta porta que fica aberta, fica o desejo para que a sua leitura seja produtiva e que você aproveite cada detalhe deste conteúdo.

Dr. Ruy Guimarães

Coordenador da Comissão de Acreditação em Diagnóstico por Imagem do CBR

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIM	American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM Foundation)
ACR	American College of Radiology
AIDET®	Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, Thank you
CBR	Colégio Brasileiro de Radiologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
DI	Diagnóstico por Imagem
EA	Evento adverso
ESR	European Society of Radiology
EUA	Estados Unidos da América
GERHUS	Gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde
HEART®	Hear, Empatize, Apologize, Respond
IA	Inteligência Artificial
INDIRA	Improving News Delivery in Ultrasound
ISQuaEEA	International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association
JCI	Joint Commission International
NLP	Natural Language Processing
PACS	Picture Archiving and Communication System
PADI	Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem
PANES	Prepare, Assess, Notify, Evaluate, Summarize
PNL	Programação Neurolinguística
RADCAT	Radiology Report Categorization System
RADPASS	Radiological Patient Safety System
RM	Ressonância Magnética
SPIKES	Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summarize
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
VBHC	Value Based Health Care

SUMÁRIO

1. O processo de comunicação	9
1.1 O que é Comunicação Efetiva?	10
1.2 Como ocorre o processo de comunicação?	13
1.3 Comunicação verbal x não verbal	15
1.4 É preciso saber ouvir	17
1.5 A comunicação em diagnóstico por imagem	20
2. Comunicação com o paciente	23
2.1 AIDET®	28
2.2 Laudo amigável para o paciente	34
2.3 Comunicação em circuito fechado	38
2.4 Más notícias em Diagnóstico por Imagem	40
2.5 H.E.A.R.T®	54
2.6 Considerações finais	55
3. Comunicação entre a equipe	57
3.1 SBAR (Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação)	61
3.2 Listas de verificação (checklists)	64
3.3 Apontar e falar	66
3.4 Briefing e debriefing	67
4. Comunicação com o solicitante	68
4.1 Entendendo a linguagem do solicitante	71
4.2 Achados críticos	73
4.3 Considerações finais	75
5. Radiologia baseada em valor	77
5.1 O que é o Value Based Health Care (VBHC)?	79
5.2 A Importância do diagnóstico em VBHC	81
5.3 Radiologia baseada em valor	83
5.4 Considerações finais	88
6. Referências	90



*“Quando as pessoas falam, ouça
completamente”*
(Ernest Hemingway)

1. O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO



O que é Comunicação Efetiva?

A comunicação pode ser definida como a ação de transmitir ou receber uma mensagem. A comunicação deve ser clara, contextualizada, direta e explícita, por meio de perguntas objetivas e sobre informações factuais. O trabalho em equipe deve ser feito de maneira amistosa e prestativa, através de comunicação assertiva, ou seja, nem passiva e nem agressiva.

Em saúde costumamos trabalhar em silos, ou seja, separadamente. Fomos ensinados e treinados a trabalhar de forma isolada, mas na prática o trabalho é em equipe. Você já ouviu alguma dessas frases em seu ambiente de trabalho? “Este é um problema da enfermagem” “não foi meu setor que falhou” “minha função é só administrativa”. A fragmentação do trabalho é ruim e prejudica tanto a experiência do paciente quanto a segurança do cuidado prestado.

O pior acidente aéreo da história aconteceu em 1977, deixando 583 vítimas. Dois aviões colidiram de frente na pista. Nas investigações, dentre as causas apontadas, houve falha na comunicação. Naquela época era incomum questionar as atitudes de um piloto (ROBBINS, 2009). A forte hierarquia prejudica a segurança, seja segurança de voo ou segurança do paciente. O acidente de Tenerife marcou a história da aviação e a partir dele, houve várias ações para melhoria, principalmente da comunicação, por meio de padronizações, listas de verificação e treinamento da tripulação na língua inglesa. Além disso, todos os tripulantes foram treinados para se questionarem, independentemente dos cargos ocupados.

Pesquisa realizada em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro identificou uma incidência de eventos adversos (EA) de 7,6%, sendo 66,7% destes considerados evitáveis (MENDES et al., 2009). EA é um incidente que resulta em danos à saúde (BRASIL, 2013). A Joint Commission International (JCI), um órgão de acreditação nos Estados Unidos da América (EUA), estima que erros de comunicação estejam relacionados com a causa raiz de até 70% dos eventos adversos evitáveis nos EUA (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2022). Portanto, uma comunicação que seja efetiva reduz o risco de dano ao paciente, proporciona uma melhor qualidade na assistência e melhora a experiência do paciente.



A comunicação efetiva é uma das metas internacionais para segurança do paciente. A comunicação pode ser oral, escrita, digital, mas precisa ser clara! E, quando feita de maneira efetiva, promove harmonia, fortalece a cultura organizacional e permite decisões mais acertadas. É importante que seja praticada por todos dentro de uma organização, desde o topo à base da pirâmide.

Executivos de grandes corporações consideram a comunicação uma das habilidades mais valorizadas para contratação de profissionais. Há quem considere a comunicação um dom natural, no entanto, é uma habilidade que precisa ser treinada e aperfeiçoada diariamente, por meio de conhecimento e prática. Algumas pessoas possuem maior facilidade em se comunicar, porém, é no dia a dia que ela pode ser aprimorada. Demóstenes é um exemplo de como a boa comunicação pode ser adquirida. Se tornou o maior orador da Grécia no século IV a.C., vencendo a gagueira.



Como ocorre o processo de comunicação?

O processo de comunicação envolve um emissor, uma mensagem e um receptor. A comunicação não é sobre o que você diz, mas como o outro entende. Para ser efetiva o receptor precisa entender exatamente a mensagem que foi passada. A comunicação tem que ser elaborada de maneira sólida e coerente.

O processo de comunicação é dinâmico, com o emissor e o receptor alternando constantemente seus papéis. No ambiente de saúde a comunicação pode ser realizada, por exemplo, entre profissionais da mesma equipe, entre equipes ou unidades diferentes (comunicação interna) e entre profissionais e pacientes ou seus familiares (comunicação externa).

É imprescindível identificar os momentos frágeis do serviço de saúde que podem resultar em falhas na comunicação. Por exemplo, a transição do cuidado é um desses momentos suscetíveis a esse tipo de falha.

A transição do cuidado ocorre toda vez em que há transferência de informações clínicas do paciente e decisões precisam ser tomadas.

Em diagnóstico por imagem existem muitos momentos de transição e eles precisam de padronização, para que nenhuma informação importante seja perdida. Tanto a equipe que fornece, quanto a que recebe a informação, precisam estar atentas para reduzir potenciais erros nesses momentos de contato (BURNS et al., 2021). A comunicação efetiva nos momentos de transição do cuidado leva a mudança de comportamento, possibilitando a transmissão de informações importantes, capazes de salvar vidas! (CARRIZALES; CLARK, 2015).

Podemos citar, como exemplo, acidente provocado pela presença de objeto metálico em uma sala de Ressonância Magnética (RM). A maioria ocorre por falha na comunicação. Balas de oxigênio, macas, cadeiras de roda, enceradeiras e armas de fogo são objetos que não podem ser submetidos ao campo magnético. Eles são atraídos pelo equipamento e podem resultar em dano grave ou até mesmo morte. São considerados “nunca eventos”, pois nunca deveriam acontecer.

As equipes envolvidas em um ambiente de RM precisam estar atentas, incluindo as de transporte e de limpeza e não somente os profissionais da radiologia e enfermagem. A sala de RM é frequentemente considerada um local seguro, por não emitir radiação ionizante, mas pode ocorrer desconhecimento dos protocolos de segurança, já que o equipamento fica sempre ligado. Portanto, ações de comunicação efetiva envolvendo todos os profissionais são essenciais para evitar incidentes semelhantes aos relatados anteriormente (FLUG et al., 2018).



Comunicação verbal x não verbal

A comunicação não verbal ocorre em nosso cotidiano, mas muitas vezes não temos consciência dela. Você sabia que o componente verbal, ou seja, o conteúdo do que falamos, é responsável por apenas 7% da comunicação? O tom da voz corresponde a 38% e a linguagem corporal é responsável por 55% da comunicação (MEHRABIAN; WIENER, 1967).

A comunicação não verbal é representada por gestos, mímicas, olhar, sorriso, tom de voz, movimentos corporais, postura e microexpressão facial. Ela é poderosa para as conexões humanas, pois é cheia de significados e emoções. Observar o paciente e sua atitude antes mesmo da sua fala deveria fazer parte de nossa rotina de trabalho. Nós devemos desenvolver um olhar mais sensível para estes gestos, que podem ser sutis, mas que expressam muita coisa. A eficiência na comunicação inclui o que é dito de forma verbal ou não verbal, ouvido e compreendido.



Estudiosos de Programação Neurolinguística (PNL) destacam aspectos interessantes para uma boa comunicação, como: congruência, empatia e assertividade. Congruência é quando, tanto a comunicação verbal quanto a não verbal, expressam a mesma coisa. Ela dá mais credibilidade ao receptor. A empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro e enxergar o mundo através dele.

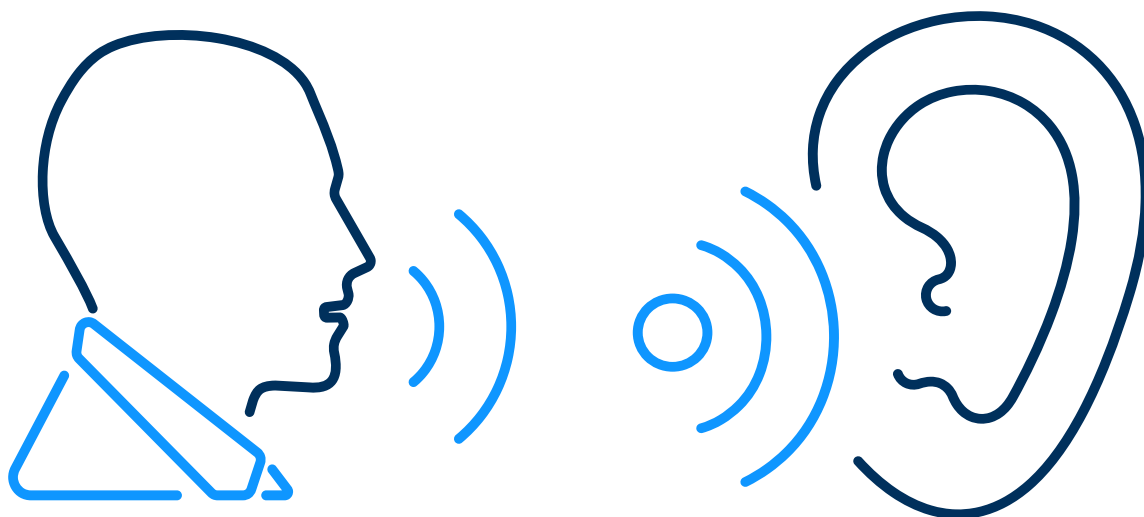


É preciso saber ouvir

Provavelmente você já se deparou em sua prática diária, seja em hospitais ou em ambientes extra-hospitalares, com pacientes irritados e/ou descontentes com o atendimento.

O questionamento que devemos fazer é: essa pessoa teve seus desejos respeitados e as suas necessidades atendidas? A equipe conseguiu ouvir, acolher e principalmente responder a esse paciente? (Figura 1).

Figura 1 - Falar e ouvir o interlocutor.



Fonte: MétodoTI (2019).

O profissional de saúde lida com fragilidades, doenças, ansiedades e medo. Neste contexto é importante a escuta qualificada. É esperado que o paciente e seu familiar estejam preocupados, ansiosos, temerosos e até mesmo agressivos. Cabe ao profissional a serenidade para lidar com esta situação, explicar os procedimentos, colocar-se sempre disponível ao paciente e se conectar com ele.

Médicos, por muito tempo, foram treinados durante a sua formação para habilidades técnicas, ou seja, realizar a anamnese e o exame físico, diagnosticar e tratar doenças, deixando em segundo plano as habilidades não técnicas (MULLER, 2002).

O desafio ocorre, pois, muitas escolas de medicina e programas de residência médica ainda não oferecem treinamento específico em comunicação (OTONI; COHEN; BITENCOURT, 2018; HARVEY, 2007). Isso resulta na formação de profissionais que não estão familiarizados com os protocolos existentes de comunicação e não estão preparados para lidar com as complexas emoções e reações dos pacientes (ALMANZA-MUÑIS; HOLLAND, 1998; FALLOWFIELD, 1993; FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

Recentemente, nas diretrizes nacionais brasileiras curriculares de 2014 para graduação em Medicina, foram incluídas habilidades não técnicas (Figura 2). Estas habilidades de comunicação no meio profissional precisam ter um caráter técnico e curricular e devem ser treinadas, visando o desenvolvimento de compaixão e empatia (BRASIL, 2014).

Figura 2 - Diretrizes Nacionais Curriculares para graduação em medicina.

“..o graduando será formado para ter... comunicação, por meio de linguagem verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado.”

Fonte: Diretrizes Nacionais Curriculares de 2014, artigo 5º, parágrafo VII.

Gostaria de te fornecer ainda uma dica útil: a técnica do rapport para criar empatia. O objetivo é espelhar o comportamento de uma pessoa. Ela pode ser usada no primeiro contato com o paciente, para uma conexão inicial, ao mesmo tempo em que o profissional avalia o estado emocional do paciente e entende seus anseios. Podem ser replicadas a postura, expressão facial, forma de falar, tom de voz e gesticulação, mas de forma discreta para não ser percebida (Figura 3). Políticos, vendedores e coaches utilizam esta técnica.



Figura 3: Exemplo técnica rapport ou espelhamento. Mãe e filha replicando gestos.



A comunicação em diagnóstico por imagem

O diagnóstico por imagem evoluiu muito nas últimas décadas, no que se refere à inovação e tecnologia, aumentando a confiança na especialidade. Por outro lado, a comunicação com o paciente foi retrocedendo, passando a ser realizada predominantemente por laudos escritos. E embora os benefícios dos avanços tecnológicos sejam inquestionáveis, a comunicação e a empatia continuam sendo as habilidades não técnicas mais importantes para a satisfação do paciente (KWEE; KWEE, 2021).

A especialidade radiologia teve início no final do século XIX, logo após a descoberta dos Raios-X, em 1895. Naquele momento era o próprio médico radiologista quem realizava os exames e, por esse motivo, mantinha um contato direto com o paciente. Ele se comunicava com o paciente antes, durante e após a realização do exame e elaborava o laudo.

A geração dos radiologistas 1.0 durou até o início dos anos 60 (OTONI; COHEN; BITENCOURT, 2018; NORBASH et al., 2014). A partir de 1922 nos EUA e em 1957 no Brasil, foi criada a especialidade do técnico em radiologia e o médico passou a atuar mais na interpretação dos exames do que na realização dele (LINTON, 2008a).

Com a descoberta de novas modalidades de exames de imagem, como a tomografia computadorizada (TC) na década de 70, a ressonância magnética (RM) na década de 80, assim como o sistema PACS (Picture Archiving and Communication System) na década de 90, além da necessidade de expansão e aumento do volume de exames, o radiologista se afastou ainda mais dos pacientes, passando inclusive a atuar em espaços físicos distintos, através do laudo a distância ou telerradiologia, tornando-se “invisível” e praticamente inacessível ao paciente (MEYER et al, 2017).

O radiologista da geração 2.0 passou a orientar os exames, interpretar os achados e relatá-los nos laudos. A necessidade de mais tempo na elaboração do laudo e o aumento progressivo do fluxo de trabalho foi tornando o radiologista mais habituado a valorizar os relatórios aos médicos solicitantes, resultando em pouco ou nenhum contato com o paciente (STADELMAIER; DUGUEY-CACHET, 2019).

Exceto em algumas atuações, como a imagem mamária, ultrassonografia e radiologia intervencionista, que mantiveram um certo contato com os pacientes, nas demais áreas o contato direto foi bastante reduzido (OTONI; COHEN; BITENCOURT, 2018; GLAZER; RUIZ-WIBBELSMANN, 2011; NORBASH et al., 2014; SILVA; VON STACKELBERG; KAUCZOR, 2019).

Em 1956, menos de um em cada quatro pacientes sabiam que havia um médico especializado, chamado radiologista, cujo papel é fundamental no diagnóstico (LINTON, 2008b). Numa pesquisa conduzida em 66 departamentos de ensino e serviços privados nos EUA, em 78% das vezes, o radiologista estava presente na sala de exames, mas 80% a 90% dos radiologistas não tiveram contato com os seus pacientes (MARGULIS; SOSTMAN, 2004). Outro estudo revelou que um em cada dois pacientes não sabiam se o radiologista realizava os exames ou interpretava as imagens (NEIMAN, 2009; GLAZER; RUIZ-WIBBELSMANN, 2011).

Recentemente, com a medicina baseada em valor e a Inteligência Artificial (IA), descobriu-se a necessidade de o radiologista sair das sombras, para responder a uma demanda crescente de pacientes que buscam saber dos seus exames antes de voltar para a consulta com o médico.

Além disso, há um redirecionamento da atenção, no sentido de que não apenas a emissão de relatórios é importante, mas a atuação do médico radiologista como consultor para equipes, auxiliando desde a escolha dos exames, assim como a definição de tratamentos, agregando valor em toda a cadeia de cuidados em saúde.

A radiologia desempenha papel fundamental na experiência do paciente. Acredita-se que a IA possa auxiliar o trabalho do radiologista, liberando-o para se dedicar a um atendimento verdadeiramente centrado no paciente, com contribuições antes, durante e após a realização do exame, o que é conhecido como gerações 3.0 e 4.0 de radiologistas. O protagonismo dos radiologistas e a aproximação com os pacientes valoriza a especialidade, como forma de reconhecer a sua importância perante a sociedade (NORBASH et al., 2014; KWEE; KWEE, 2021).



*“Medicina populacional é uma
necessidade do século XXI e nós
precisamos de profissionais
bilíngues, que falem a língua da
sua própria especialidade e a
língua da saúde populacional.”*
(Muir Gray)

2. COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE

A comunicação com o paciente em diagnóstico por imagem é um desafio que demanda cuidados especiais. Geralmente, não há uma relação médico-paciente prévia estabelecida, o que leva o paciente a não conhecer a equipe responsável pelo atendimento. Além disso, existe uma expectativa associada à realização do exame ou procedimento, o que pode gerar medo e preocupação. Adicionalmente, a radiologia, como outras especialidades médicas, carece de treinamento em comunicação (ROCKALL, 2022).

A comunicação do radiologista com os pacientes tem sido realizada de forma indireta ao longo dos anos. Os radiologistas costumam receber a solicitação do exame e elaboram um relatório, também por escrito, para o solicitante. Esse processo afasta o paciente da operação. A comunicação escrita tem suas limitações, como a ausência de feedback e a impossibilidade de saber se a mensagem foi transmitida da forma que o emissor necessitava (COX; GRAHAM, 2019).

A dinâmica atual em um serviço de imagem, em que estão presentes vários profissionais, como técnicos e tecnólogos em radiologia, enfermeiros e técnicos em enfermagem, torna o contato do médico radiologista com o paciente eventual. Estudo na Itália mostrou que 45% dos pacientes solicitaram informações sobre o resultado do exame, variando de 36% para os que possuíam o primeiro grau de escolaridade, até 55% para os que tinham nível superior (CAPACCIO et al., 2010). Um estudo americano identificou que 25% dos pacientes entraram em contato com os médicos para esclarecer dúvidas sobre seus laudos radiológicos (HENSHAW et al., 2015).

No passado, surgiram dúvidas sobre qual profissional deveria transmitir as informações relacionadas ao exame: o médico radiologista ou o médico que solicitou o exame. Schreiber, Leonard e Rieniets (1995) demonstraram que 92% dos pacientes desejavam receber o diagnóstico pelo radiologista caso o exame estivesse normal, 87% desejavam receber o diagnóstico pelo radiologista se o resultado fosse patológico e apenas 7% preferiam saber do resultado somente se perguntassem.

A comunicação direta dos resultados para os pacientes faz parte da medicina personalizada e é um componente chave do atendimento centrado no paciente. Um estudo da sociedade Europeia de Radiologia mostrou que 76% dos radiologistas se comunicavam diretamente com os pacientes, porém apenas 25% deles tiveram treinamento de comunicação, embora 82% considerasse que isso seria benéfico (EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2020).

A comunicação também é um dos fundamentos para a segurança do paciente. Os profissionais precisam saber se comunicar bem com o paciente e seus familiares, para garantir um bom entendimento sobre todos os processos, principalmente quanto a administração de medicamentos, exposição à radiação ionizante e funcionamento do campo magnético.

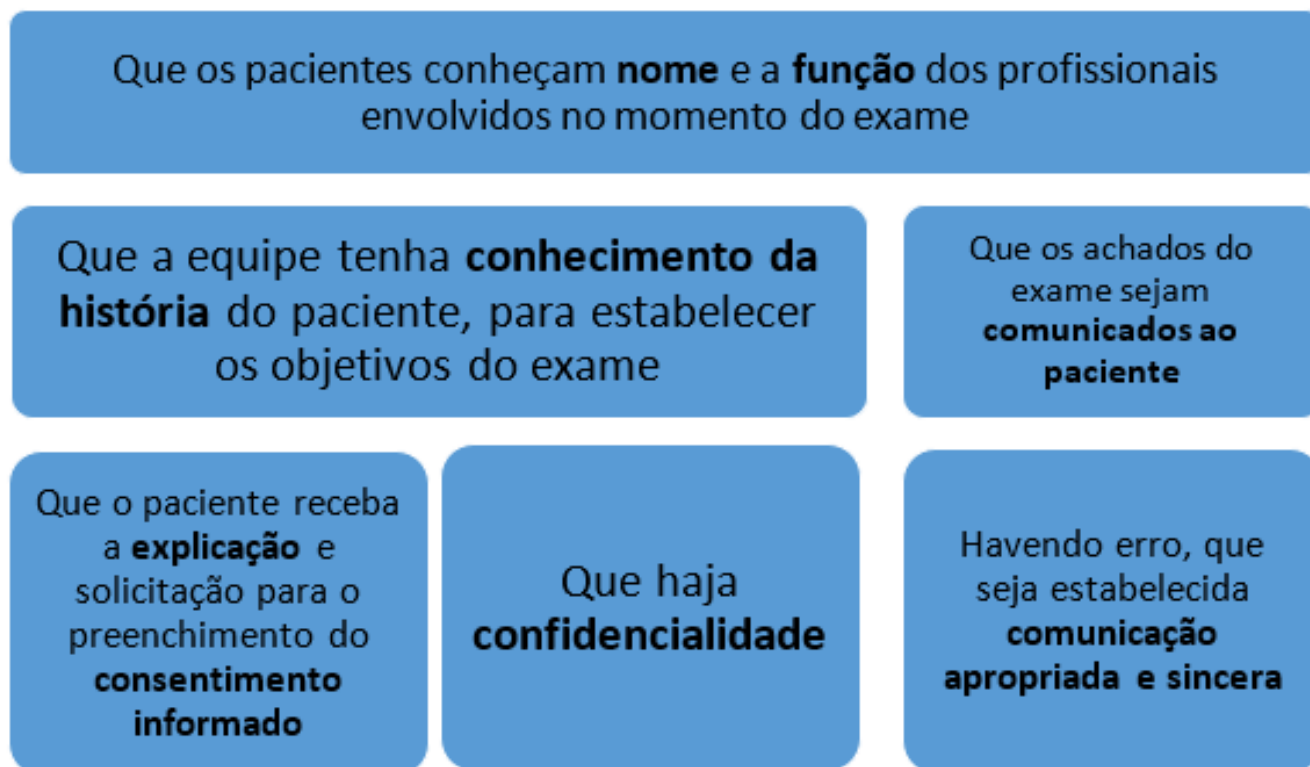
Literacia é a capacidade do indivíduo de buscar, compreender e avaliar as informações em saúde. É inquestionável a importância da literacia para melhores desfechos em saúde e projetos nessa temática são interessantes e devem ser estimulados, a fim de reduzir o risco de eventos adversos.

De acordo com Cox e Graham (2019), a promoção de uma comunicação de qualidade, por meio da educação e do diálogo entre profissionais e pacientes acerca dos erros e limitações dos exames, parece ser a única forma de resolução e redução de erros em radiologia. A comunicação eficiente traz transparência ao processo e viabiliza uma participação compartilhada nas decisões. Por outro lado, a comunicação ineficiente entre o médico e o paciente pode ser responsável por cerca de até 70% dos processos relacionados a má prática (GOSKE et al., 2004).

A boa comunicação garante resultados melhores e mais seguros para os pacientes e um ambiente de trabalho mais agradável para os funcionários. Confortar e educar o paciente, explicando os processos, reduz o estresse e permite a cooperação e o acolhimento, para que este possa se sentir mais seguro e confiante.

Não existem receitas exatas para comunicação efetiva. O intuito é desenvolver habilidades de comunicação que promovam conexão e empatia entre o profissional e o paciente, possibilitando um relacionamento mais profundo e seguro. O guideline da European Society of Radiology (ESR) fornece seis orientações (Figura 4) (EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2013).

Figura 4 - Orientações sobre comunicação.



Fonte: Sociedade Européia de Radiologia (2013).

O primeiro encontro do profissional de saúde com o paciente é um momento importante e toda a atenção deve ser dada a ele. Quando este encontro é positivo, se abre uma ponte para uma boa interação (STATKIEWICZ, 1983).

As ferramentas descritas abaixo consistem em uma abordagem prática, que tem o objetivo de auxiliar a equipe na comunicação com o paciente no seu local de trabalho. No entanto, cada serviço deve desenvolver um protocolo que se adeque à sua realidade e, ao mesmo tempo, cada profissional deve agir de acordo com as suas características pessoais e sua experiência, da forma mais natural possível.



AIDET® (Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, Thank you)

Vamos imaginar uma cena fictícia em um serviço de imagem. Um técnico de radiologia chamado Rafael se aproxima da paciente com expressão de cansaço.

- Olá, vamos lá? A senhora é das 15h?

- Dona Maria, pode vir (fala com outra pessoa no caminho sobre o churrasco de sexta feira).

A paciente tem dificuldade de locomoção e levanta-se devagar. Está sem acompanhante.

- Vamos! Um pouco mais rápido, eu estou com a agenda cheia hoje! A senhora está com alguma dor, é?!

- Tchau senhora, acena de longe ao final do atendimento.

Esta forma de comunicação está adequada? O que pode ser melhorado? Como será que a paciente se sentiu?

AIDET® é um acrônimo registrado pelo grupo Studer (STUDER, 2010), que traduzido para o português, pode ser compreendido por: Reconhecer, Apresentar, Duração, Explicação e Obrigado. Trata-se de uma ferramenta pouco conhecida no Brasil, mas utilizada nos EUA, envolvendo principalmente a comunicação do profissional com o paciente ou seu familiar. Vamos analisar cada tópico separadamente?

a) Reconhecer

Fique no mesmo nível do paciente (em pé ou sentado), cumprimente-o com um sorriso e faça contato visual, seguido por: “bom dia, sr ou sra. (chame o paciente pelo nome)”. Sua atitude nesse momento aumenta a segurança! Crie uma boa primeira impressão.

b) Apresentar

Diga ao paciente o seu nome, a sua função e como vai fazer para ajudá-lo, isso aumenta a confiança. Acompanhe a pessoa por onde ela deve ir, ao invés de apontar ou dar instrução. Imagine que o paciente é um visitante e não conhece o local nem o procedimento que será feito.

c) Duração

Estime o tempo de duração do atendimento ou da espera para o exame. Forneça estimativa da chegada do radiologista, atualizações sobre o tempo e atrasos. Ofereça opções de reagendar, se necessário, isso reduz a ansiedade.

d) Explicação

Informe ao paciente o passo a passo que você irá fazer e como os procedimentos funcionam. Comunique todas as etapas. Converse, ouça e aprenda. Pergunte se pode ajudar em algo mais ou se restou alguma dúvida.

e) Obrigado

“Muito obrigado(a)! Tenha um bom dia!” Promova uma atitude de gratidão ao final do atendimento. Isto aumenta a fidelidade.

O AIDET® pode ser facilmente reproduzido e sua utilização é desejável por todo profissional que atue diretamente com o paciente, desde a recepção até o médico. É uma ferramenta flexível, não sendo necessário utilizar cada tópico, mas o intuito é auxiliar a priorizar mensagens importantes.

Vamos tentar uma nova forma para o técnico Rafael se comunicar com a paciente, aplicando esta técnica?

- Rafael: Bom dia! Senhora Maria Fernandes?
- Paciente: Sim
- Rafael: Seja bem-vinda ao Hospital A. Como a senhora está?
- Paciente: Tudo bem.
- Rafael: Meu nome é Rafael, eu sou técnico de radiologia e vou realizar seu exame. Inicialmente preciso conferir seus dados. Por favor, me diga seu nome completo e sua data de nascimento?
- Paciente: Maria Fernandes da Silva, 10/01/1963.
- Rafael (Confere os dados na pulseira de identificação) Certo! O seu médico solicitou uma radiografia do abdomen. Este

exame dura em média 5 minutos. Vou precisar que a senhora fique parada na hora do exame. Farei duas tomadas, em uma a senhora ficará deitada e na outra de pé. Depois eu vou digitalizar as imagens e nós finalizaremos o atendimento. Este exame emite radiação ionizante e eu preciso lhe perguntar quando foi a data da sua última menstruação?

- Paciente: Fazem 5 anos.

- Rafael: Certo. Venha por aqui por favor.

(Ao entrar na sala, higienize as mãos com álcool) A senhora tem alguma dúvida, gostaria de perguntar algo?

- Paciente: Não, obrigada.

.... Saída

- Rafael: (Higieniza as mãos novamente) A senhora tem mais algum exame para realizar hoje?

- Paciente: Não.

- Rafael: Posso lhe ajudar em algo mais?

- Paciente: Não, muito obrigada, você é muito gentil. Tenha um excelente dia!

- Rafael: Obrigado sra. Maria Fernandes. Lhe aguardamos em uma próxima oportunidade! A saída é por aqui. Precisa de companhia até a saída?

Você acha possível aplicar esse modelo no seu dia a dia?

Bell (1978), já falava sobre a falta de treinamento e preparo para habilidades interpessoais na formação do técnico/tecnólogo em radiologia. Durante a sua formação, os tecnólogos não são treinados para habilidades não técnicas. Estudos nas décadas de 70 e 80 já demonstravam a preocupação com a negligência no atendimento holístico do paciente, incluindo a humanização

e o atendimento centrado nas necessidades pessoais e afetivas do paciente durante o exame radiológico.

Uma das supostas causas para o problema poderia ser os avanços tecnológicos e a explosão, tanto da profissão quanto do nível de conhecimento, sendo necessário focar no ensino das habilidades técnicas (STATKIEWICZ, 1983). Até os dias de hoje é notório o contraponto entre a evolução da tecnologia e pouca ou nenhuma evolução das habilidades de comunicação.

Essa lacuna também existe na formação do médico radiologista. O *American Board of Radiology and Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* incluiu, em 2017, habilidades interpessoais e de comunicação entre as competências essenciais que devem ser ensinadas e treinadas durante a residência médica, através de um programa de comunicação, que visa o cuidado centrado no paciente e na família.

Este treinamento tem uma abordagem prática, com vídeos e orientações para simulações realísticas. Os cenários correspondem, por exemplo a:

- Erro e pedido de desculpas;
- Imagem das mamas e comunicação de más notícias;
- Lidar com um médico irritado ao telefone;
- Discutir achados com pais de paciente pediátrico;
- Conversar com o paciente sobre a necessidade de alterar ou de cancelar um procedimento;
- Explicar os riscos da radiação (DeBENEDECTIS et al., 2017).

De acordo com Kwee e Kwee (2021), na ótica do paciente, a comunicação e a empatia foram as habilidades mais importantes pelas quais os pacientes analisaram os radiologistas, contribuindo com 81% da percepção para a satisfação do paciente, enquanto a capacidade técnica correspondeu a apenas 19%.

A comunicação efetiva não é apenas uma questão de bom senso. Ser capaz de utilizar habilidades de comunicação verbal e não verbal de forma terapêutica é uma habilidade de alto nível. Para isso, é necessário treinamento e os profissionais precisam estar acessíveis às melhorias, por meio de feedback. Sem isso, as equipes podem continuar agindo com distanciamento, impedindo os pacientes de compartilhar suas preocupações (ROCKALL et al., 2022).



Laudo amigável para o paciente

Esforços devem ser feitos em todas as áreas da medicina, para que os pacientes compreendam melhor a sua condição. O radiologista deve se empenhar em fornecer informações ao paciente sobre o seu exame e as conclusões do laudo. Quando o paciente entende sua condição e o processo de adoecimento, ele se torna mais engajado no autocuidado, aderindo ao tratamento e melhores resultados podem ser alcançados. Colocar o paciente no centro do cuidado é identificar as suas dores e os seus anseios e atendê-lo de uma maneira que faça sentido para ele.

Tradicionalmente os laudos radiológicos são de difícil compreensão. A tecnologia contribuiu muito para o diagnóstico por imagem, no entanto, houve uma tendência ao distanciamento do paciente com o seu médico radiologista. Atualmente a tecnologia está sendo utilizada visando uma aproximação entre o paciente e o médico, para que os laudos sejam mais amigáveis para o paciente e que ele seja capaz de compreender o significado.

Nos últimos anos, os pacientes estão tendo a oportunidade de acessar diretamente seus laudos e imagens radiológicas pela via web, de uma maneira que nunca tinha acontecido anteriormente na história. Isso foi possível através da inovação e tecnologia. A tecnologia também vem sendo utilizada para elaboração de relatórios que sejam melhor compreendidos pelos pacientes, como por exemplo, explicações de termos técnicos e diagramas, como pormenorizado a seguir.

Uma associação de médicos britânicos, que reúne cerca de 250 mil especialistas, desenvolveu o manual “*please write to me*” que na tradução significa “por favor, escreva para mim” para auxiliar médicos a se comunicarem de maneira mais clara e utilizarem uma linguagem simples para os pacientes durante a consulta. Neste manual, os médicos são encorajados a fornecer cartas direcionadas aos pacientes e seus familiares, em uma linguagem que eles gostariam de saber e de uma forma que consigam compreender (ACADEMY OF MEDICAL ROYAL COLLEGES, 2018).

A carta aproximou os médicos de seus pacientes e auxiliou os pacientes a cooperar com o seu tratamento, além de ajudá-los a se lembrar do que foi falado na consulta. O documento sugere que a carta seja clara, evitando palavras redundantes, utilizando frases curtas e um tópico por parágrafo. Os termos médicos podem ser utilizados, porém é sugerido utilizar a palavra simplificada, como por exemplo, “rim” ao invés de “renal”. Se os resultados de exames forem incluídos na carta, é desejável explicar o significado. Resultados inesperados ou potencialmente perturbadores não devem ser inseridos. Nesses casos, é preferível telefonar ou falar pessoalmente

com o paciente. Além disso, imagens, gráficos ou diagramas são maneiras interessantes para facilitar a compreensão (ACADEMY OF MEDICAL ROYAL COLLEGES, 2018).

Um grupo de radiologistas no Colorado (EUA) desenvolveu um software que analisa o laudo radiológico e envia a explicação, em termos que o paciente entenda, acompanhado de figuras e diagramas, para melhor compreensão. Dentre os pacientes que acessaram seus laudos radiológicos, 86% relataram uma experiência positiva (KRIEG, 2021). Em outro estudo, 84,7% dos pacientes informaram que diagramas e definições os ajudaram a entender seus laudos e registraram uma experiência positiva nos laudos *online*, fornecidos neste novo formato (KEMP et al., 2022).

Um protótipo de relatório radiológico orientado para os pacientes foi criado por Oh, Cook e Kahn (2016), chamado sistema PORTER (*Patient Oriented Radiology Reporter*). Trata-se de uma ferramenta associada aos portais de acesso de laudo, que possui um glossário com 14.000 termos e ilustrações. O nome do radiologista que assina o laudo e sua foto também são exibidos, para comunicar que há um médico especialista que analisa as imagens. Esse exemplo nos mostra como a tecnologia pode ajudar na redução da lacuna entre o radiologista e o paciente, melhorando a compreensão dos relatórios e aumentando a satisfação do paciente, através do processamento de linguagem natural - Natural Language Processing (NLP). A NLP é uma área da IA, que utiliza a linguística para analisar textos e convertê-los em um formato que pode ser facilmente consultado e manipulado (CAI et al., 2016).

Outras iniciativas também estão sendo realizadas ao redor do mundo, como laudos audiovisuais, disponibilidade do contato telefônico do médico radiologista e consulta com o radiologista, em determinadas ocasiões.

A nível global há uma tendência de elaborar laudos mais precisos, claros e estruturados, incluindo imagens chaves, informação quantitativa em forma de tabelas, gráficos e marcadores. Há uma percepção crescente de que um laudo radiológico centrado no paciente agrega valor ao trabalho do radiologista, aumentando sua visibilidade, além de possibilitar melhores desfechos em saúde (KEMP et al., 2022).

Acreditamos que, ao fornecer aos pacientes conhecimento sobre os resultados de seus exames, eles podem se preparar para as consultas de retorno com seus médicos, permitindo que se tornem mais ativos e formulem perguntas relevantes. Isso promove a maior participação do paciente no processo de tomada de decisão, em conjunto com seu médico assistente.



Comunicação em circuito fechado

A comunicação em circuito fechado significa verificar novamente, ela desempenha um papel crucial na verificação e conclusão do processo de comunicação. O emissor transmite a mensagem e o receptor repete em voz alta para afirmar a compreensão. O remetente, por sua vez, confirma a mensagem utilizando palavras como “sim” ou “correto”. Essa comunicação pode ser realizada entre o radiologista e o médico solicitante.

A abordagem em circuito fechado pode ser aplicada de maneira abrangente em diversos momentos nos serviços de diagnóstico. Ao agendar um exame, é crucial reiterar ao paciente as informações pertinentes sobre o exame, o horário marcado e quaisquer recomendações necessárias. Durante o processo de cadastro, é responsabilidade do profissional garantir que o paciente confirme e verifique seus próprios dados, pela abordagem do “read it back” expressão em inglês que significa “leia de volta”.

Nas salas de exames esta estratégia pode ser utilizada pelos técnicos, no momento de coletar informações clínicas relevantes para o radiologista e pode fazer parte da identificação do paciente. Por exemplo, na TC ou RM o(a) técnico(a) de enfermagem fala em voz alta para o técnico em radiologia a identificação do paciente e do exame. Após ouvir, é a vez do técnico também repetir em voz alta, confirmando a exatidão das informações.

Na ultrassonografia, por exemplo, a verificação de dados envolve tanto a colaboração da assistente de ultrassonografia quando do médico. Idealmente, a conferência deve ser realizada por duas pessoas, reforçando a precisão do processo. Nos casos em que o técnico atua de forma independente, a responsabilidade recai sobre ele, devendo verificar os dados com o paciente a cada exame. Em situações de trabalho em equipe, a prática em dupla é altamente recomendada.

Para garantir a identificação correta do paciente, é essencial utilizar pelo menos dois parâmetros, tais como o nome completo em conjunto com a data de nascimento, o CPF ou o nome da mãe. No que diz respeito à identificação do exame, a conferência dos dados no pedido médico, como o tipo de exame solicitado, a área do corpo e o lado é imperativa para assegurar a precisão do processo.



Más notícias em Diagnóstico por Imagem

O propósito deste tópico é fazer com que vocês reconheçam a importância de adquirir conhecimento sobre protocolos específicos relacionados à comunicação de más notícias em Diagnóstico por Imagem. Isso se torna fundamental em um momento em que os pacientes desempenham um papel mais ativo no seu próprio cuidado.

Uma má notícia é a informação que tem um impacto negativo na perspectiva de futuro de uma pessoa. Isso pode ocorrer, por exemplo, em um diagnóstico desfavorável, na falha de um tratamento com a intenção de cura, ou na comunicação de um óbito (BAILE et al., 2000; BUCKMAN, 1984; SOBCZAK, 2022). É importante ressaltar que a má notícia varia de acordo com as expectativas do paciente, seu estado de saúde e o conhecimento ou a suspeita do diagnóstico (BUCKMAN, 1984).

O impacto dessa notícia é proporcional à mudança que poderá ocorrer na vida do paciente e de seus familiares (BUCKMAN, 2005) e será mais difícil quanto maior for o distanciamento entre a expectativa e a realidade da condição do paciente.

Existem três situações distintas relacionadas às más notícias em saúde:

- Expectativa de boas notícias

O paciente ou o seu familiar aguardam ansiosamente por notícias positivas. No entanto, são surpreendidos por informações devastadoras. Como exemplo, podemos citar uma gestante que realiza ultrassonografia de rotina, esperando boas notícias, mas durante o exame é observada uma malformação fetal. Ou ainda, uma gestante que se dirige ao hospital para o nascimento do seu bebê, com expectativa de um parto tranquilo, porém enfrenta complicações durante o parto, resultando em óbito da mãe e/ou do bebê.

- Expectativa de notícias variáveis

O paciente ou seu familiar esperam por notícias, que podem ser positivas ou negativas. Por exemplo, um paciente em acompanhamento de doença oncológica esperando por informações sobre a eficácia do tratamento aplicado. Ele pode receber notícias de sucesso, indicando uma resposta positiva à terapia, ou notícias desanimadoras, como a recorrência da doença ou o surgimento de metástases.

- Previsão de más notícias

O paciente ou seus familiares têm a percepção de que provavelmente receberão más notícias, como exemplificado por um paciente politraumatizado grave levado às pressas para o pronto-socorro. Sua família pode perceber que as notícias possivelmente não sejam favoráveis e que sua vida sofrerá mudanças drásticas no futuro.

Enfrentar o desafio de comunicar más notícias é uma tarefa árdua, independente das circunstâncias. As situações podem variar amplamente, mas a carga emocional que acompanha a transmissão de notícias negativas é sempre significativa.

A obra *O Grito* (Figura 5), de Edvard Munch (1893), habilmente captura os sentimentos de angústia, medo e pavor, que podem refletir os sentimentos dos profissionais de saúde ao se depararem com a necessidade de comunicar notícias delicadas. Em muitas situações, a tentação de evitar tal responsabilidade é forte, pois a abordagem adequada pode ser desconhecida. Além disso, os radiologistas frequentemente se encontram em uma posição de distanciamento emocional em relação aos pacientes.

Figura 5: MÜNCH, Edvard. O Grito. 1893.



Fonte: Galeria Nacional de Oslo, Noruega.

Cada situação carrega consigo complexidades emocionais e repercussões duradouras. A responsabilidade de comunicar más notícias demanda não apenas competências técnicas, mas também sensibilidade, empatia e uma preparação cuidadosa. Este aspecto crítico da prática médica, assim como de outros profissionais de saúde, exige um zelo contínuo pelo bem-estar não apenas dos pacientes, mas também de seus familiares.

O impacto do desconhecimento dos protocolos e da falta de treinamento

A falta de habilidade na comunicação de notícias difíceis pode resultar em uma comunicação desastrosa, afetando tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes. Os profissionais de saúde relatam uma tensão emocional, o que pode levar a uma variedade de emoções negativas, incluindo estresse, medo e tristeza. A experiência contínua de comunicar más notícias também pode levar a ansiedade, especialmente quando se deparam com situações semelhantes no futuro. Isso pode afetar não apenas seu desempenho no trabalho, mas também sua qualidade de vida. Além disso, pode prejudicar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente.

A imprevisibilidade e a falta de controle durante essas conversas contribuem para a ansiedade dos profissionais, que temem que sua competência seja questionada, ou ainda, quando não têm respostas claras ou não conseguem acalmar as preocupações dos pacientes e de seus familiares (CARVALHO, 2022; FRANCIS, ROBERTSON, 2023).

Por outro lado, médicos que possuem conhecimento sobre os protocolos existentes e as habilidades necessárias estão mais bem preparados para lidar com o estresse e têm menos probabilidade de desenvolver burnout. Portanto, é fundamental investir em treinamento e preparo adequado para a comunicação de más notícias (BOUDGHENE, MOLEY-MASSOL, 2006; JOHNSON, J. et al, 2019; PTACEK; PTACEK; ELLISON, 2001; RAMIREZ et al 1995; VICTORINO et al, 2007).

Existem algumas áreas mais sensíveis da medicina, em que o preparo do radiologista é essencial na comunicação de más notícias, como por exemplo: ultrassonografia obstétrica, doenças da mama, oncologia, emergências e radiologia pediátrica (ALT, S. et al, 2020; GUERRA; MIRLESSE; BAIÃO, 2011; SIMPSON; BOR, 2001; STADELMAIER; DUGUEY-CACHET, 2019).

Quem são as pessoas envolvidas na comunicação de uma má notícia?

No processo de comunicação de uma má notícia, várias pessoas podem estar envolvidas, desempenhando papéis distintos. As principais partes envolvidas são:

- Médico: O profissional de saúde responsável por fornecer as informações ao paciente e às pessoas envolvidas. O médico desempenha um papel central na comunicação de más notícias, fornecendo informações precisas, esclarecendo dúvidas e oferecendo suporte emocional.

- Paciente: A pessoa que receberá a má notícia, seja relacionada à sua própria saúde ou à saúde de um ente querido.

O paciente é o foco principal da comunicação e a forma como ele reage às notícias pode variar amplamente.

- Familiar ou acompanhante: Um membro da família ou amigo próximo do paciente que está presente durante a comunicação da má notícia. Essa pessoa desempenha um papel de apoio e pode ser uma fonte de conforto e assistência emocional para o paciente.

Além desses, outros profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, podem estar envolvidos para oferecer suporte adicional, especialmente em casos de notícias mais difíceis ou emocionalmente carregadas. A comunicação de más notícias é muitas vezes um esforço colaborativo para garantir que o paciente e sua família recebam o melhor atendimento possível, tanto do ponto de vista clínico quanto emocional.

10 razões para ter conhecimento, treinamento e experiência para comunicar más notícias

1. É inerente à prática médica (CAMARGO et al, 2019)

2. É um dever do médico e direto dos pacientes

O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina é claro ao estabelecer que o médico não deve omitir do paciente o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, a menos que a comunicação direta possa causar danos, devendo, nesse caso, informar ao seu representante legal (BRASIL, 2019).

3. É um desejo dos pacientes

A maioria dos pacientes prefere receber os resultados de seus exames diretamente do radiologista logo após a sua realização, independente do resultado estar normal ou não. (ESR, 2022; DOMINIQUE, 2022; OTONI, COHEN, BITENCOURT, 2018; SCHREIBER, 1995; VIJAN et al, 2023).

A questão de comunicar diretamente os resultados dos exames de imagem aos pacientes ainda é controversa. Radiologistas geralmente têm um tempo limitado de contato com o paciente e, em muitos casos, não conhecem o paciente. Além disso, podem não estar familiarizados com o médico que solicitou o exame e com a conduta terapêutica (MEYER et al., 2017; SIMPSON; BOR, 2001). No entanto, é importante enfatizar que, para colocar o paciente no centro do cuidado, essa aproximação médico-paciente precisa ocorrer.

4. Também é um desejo dos radiologistas

Pesquisa realizada com 1262 radiologistas na Europa evidenciou que cerca de 52% deles se comunicam diretamente com os pacientes. Os radiologistas que ainda não se comunicam diretamente, expressaram o desejo de fazê-lo e cerca de 82% consideram que o treinamento seria benéfico. Além disso, 91,55% dos radiologistas consideram que deveriam receber treinamento para comunicar más notícias, e 93,12% para comunicar achados significativos nos exames (EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2020).

5. É uma das tarefas mais estressantes e desafiadoras da prática médica (BAILE et al., 2000; OTONI, COHEN, BITENCOURT, 2018).

Essas situações podem desencadear sentimentos de angústia, ansiedade e medo.

6. Papel proeminente do radiologista no fornecimento de informações

O radiologista frequentemente é o primeiro a obter informações precisas sobre a condição física do paciente, antes mesmo do médico solicitante. Isso destaca a posição crucial do radiologista na cadeia de cuidados de saúde, uma vez que suas descobertas podem ser decisivas para orientar o tratamento e o prognóstico do paciente (STADELMAIER; DUGUEY-CACHET, 2019).

7. Proporcionar uma boa experiência ao paciente em um momento de desconforto

Comunicar más notícias é uma habilidade, da mesma forma que a interpretação de imagens. Portanto, para que radiologistas comuniquem resultados de exames de imagem, devem estar preparados para isso. Sem treinamento e experiência, os radiologistas podem não desempenhar essa tarefa de maneira apropriada, potencialmente causando confusão e contribuindo para o sofrimento dos pacientes.

Por outro lado, quando os radiologistas estão devidamente preparados, treinados e experientes na arte de comunicar notícias difíceis, eles têm o poder de aprimorar a experiência dos pacientes, mesmo em momentos desafiadores (GUNDERMAN, SARAVANAN, 2011; CARVALHO, 2022). Essa competência não apenas beneficia os pacientes, que percebem um acolhimento e cuidado genuínos, mas também eleva a autoconfiança dos médicos como profissionais e fortalece o valor da especialidade na visão da comunidade.

8. Há um impacto duradouro desse momento

Quando uma má notícia é comunicada, raramente o receptor esquece onde, como e quando ela foi transmitida (ALMANZA-

MUÑIS; HOLLAND, 1998). Isso ocorre não apenas devido ao impacto da notícia em si, mas também devido às dificuldades na habilidade do comunicador, que podem incluir problemas na comunicação, falta de empatia, ou ambos (CARVALHO, 2022).

9. Você pode salvar vidas

A capacidade do radiologista em comunicar achados críticos assume um papel fundamental para a conduta clínica e no tempo apropriado (ESR, 2022).

10. Expertise na interpretação das imagens

O radiologista é o profissional mais capacitado para discutir e interpretar os resultados de exames radiológicos. Sua especialização e treinamento o tornam a fonte mais confiável e qualificada para traduzir descobertas complexas em uma linguagem compreensível para os pacientes e outros membros da equipe médica (ESR, 2022).

Como comunicar uma má notícia?

O ato de comunicar más notícias na radiologia é uma parte fundamental do cuidado ao paciente e ela pode ser aprimorada. Embora o conhecimento dos protocolos não garanta sucesso em todas as abordagens, ele certamente proporciona mais conforto aos médicos radiologistas e, o que é ainda mais importante, auxilia no apoio aos pacientes e seus familiares.

A utilização de protocolos específicos oferece outros benefícios, como estruturar o processo de comunicação e proporcionar um roteiro que auxilia o radiologista a conduzir a conversa com respeito, empatia e compaixão.

Os protocolos elaborados para profissionais normatizam quem deve receber a notícia, onde ela deve ser dada e como (MEITAR, KARNIELI-MILLER, 2021; NARAYANAN, BISTA, 2010; PEREIRA et al, 2017; VANNDERKIEFT, 2001).

É possível se comunicar com o paciente e fornecer uma má notícia de forma assertiva e acolhedora, através de técnicas e treinamentos específicos, que promovam uma boa experiência. Vamos ver como? Citamos abaixo três protocolos, sendo dois destinados especificamente a exames de imagem.

1. SPIKES

Inicialmente detalharemos o protocolo mais conhecido sobre más notícias, o SPIKES (Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy, Summary), desenvolvido por Baile et al. (2000). Inicialmente ele foi utilizado para pacientes com câncer e hoje é validado e adaptado para outras situações (Quadro 1).

Quadro 1 – Adaptação e tradução para a língua portuguesa do SPIKES.

Setting up	Preparar o ambiente e se preparar
Perception	O paciente tem consciência da sua condição/doença?
Invitation	O que ele deseja saber?
Knowledge	Partilhar a informação “infelizmente eu não tenho boas notícias para lhe dar hoje”; “sinto muito ao lhe dizer que...”
Empathy	Administrar as emoções do paciente com empatia. Dar tempo para reagir. Utilizar a comunicação não verbal.
Strategy and Summary	Síntese da conversa e explicar estratégias do cuidado. Checar se o paciente entendeu e se há alguma dúvida.

Fonte: Adaptado de Baile et al. (2000).

2. PANES

Em radiologia, GUNDERMAN & SARAVANAN (2011) elaboram o PANES, que tem o propósito de tornar a interação radiologista-paciente mais eficiente e menos traumática. PANES do inglês Prepare, Assess, Notify, Evaluate e Summarize, que traduzido para o português significa: preparar, checar, notificar, avaliar e resumir (Quadro 2).

Quadro 2 – Adaptação e tradução para a língua portuguesa do protocolo PANES.

Prepare Preparar	Ambiente privado e tranquilo Tempo suficiente, sem interrupções Revisar prontuário, resultado de exames e/ou imagens Antecipar possíveis perguntas e reações do paciente Treinar Convidar família para acompanhar, se o paciente desejar Separar material de apoio (lenços, imagens chave, ilustrações, papel e caneta para anotações)
Assess Checar	Se identificar e cumprimentar (aperto de mão) Estabelecer rapport Esclarecer o papel do radiologista na jornada do paciente Checar o que o paciente sabe sobre a sua condição Checar se há o desejo de saber o resultado através do radiologista ou do médico solicitante Checar quais são as expectativas do paciente relacionadas ao exame radiológico Checar se ele (a) está ciente de que o exame pode apresentar resultados desfavoráveis
Notify Notificar	Contato visual Sentar próximo ao paciente, preferencialmente sem barreira física Usar a tática do “tiro” de advertência: “Vi o seu exame e sinto muito, pois...” “Infelizmente não tenho boas notícias hoje...” Falar de forma clara e ordenada, fazer pausas e evitar termos médicos Evitar demonstrar ansiedade (pernas inquietas, desvio do olhar, gagueira) Mostrar as imagens se o paciente desejar
Evaluate Avaliar	Observar reações do paciente (palavras, postura. Gestos e expressões) Identificar emoções e comportamento Dar um tempo para o paciente entender, chorar, se abraçar Estabelecer e fortalecer a Empatia – Conexão - rapport Validar as emoções do paciente

Sumarize Resumir	Resumo Perguntar se há dúvidas – não responder aquilo que não sabe Prover / Orientar suporte de outros profissionais Disponibilizar acessibilidade para dúvidas posteriores
---------------------	--

Fonte: Adaptado de GUNDERMAN & SARAVANAN (2011).

3. INDIRA

A Sociedade e o Colégio Britânico de Radiologia em colaboração com a Universidade de Leeds desenvolveram a diretriz INDIRA (Improving News Delivery in Ultrasound) para abordar a comunicação de notícias inesperadas em ultrassonografia obstétrica (ALT, S. et al, 2020). A obstetrícia é uma área da medicina que lida com imagens complexas relacionadas à gestação e ao parto. Essa complexidade ocorre pela necessidade de atendimentos frequentes e ao fato de que o médico geralmente precisa interagir com a paciente enquanto realiza a obtenção das imagens (Figura 6).

Figura 6: Médico realizando uma ultrassonografia obstétrica.



Além disso, a gravidez é um momento emocionalmente frágil, que estabelece um vínculo significativo entre a grávida e o feto, transformando conceitos abstratos em imagens concretas, com a personalização do feto. As gestantes podem sentir os movimentos do bebê, o que cria uma conexão profunda e emocional (GUERRA; MIRLESSE; BAIÃO, 2011).

Adicionalmente, a maioria das pacientes e seus familiares não compreendem o propósito do exame, no que se refere a pesquisar possíveis malformações. O impacto de uma má notícia nesse contexto pode ser considerado significativo. Em outras palavras, a obstetrícia é um campo onde múltiplos intervenientes, a frequência de atendimentos, a interação direta, a conexão emocional e a falta de conhecimento sobre o exame tornam o processo desafiador.



H.E.A.R.T®

Uma estratégia eficaz para lidar com agressões verbais é o descalonamento, adotando a abordagem H.E.A.R.T® (*Hear, Empatize, Apologize, Respond, Thank You*), criada pela Cleveland Clinic. Essa abordagem envolve uma série de passos para gerenciar situações de conflito. Primeiramente, os profissionais são incentivados a ouvir atentamente a história do paciente. Em seguida, demonstrar empatia é crucial, expressando compreensão pela situação, como ao dizer “Eu posso ver/sentir que você está chateado” ou “Eu provavelmente estaria agindo da mesma forma se estivesse no seu lugar”.

Após isso, é importante pedir desculpas quando apropriado, reconhecendo o impacto da situação com frases como “Eu sinto muito pelo seu desapontamento”. Em seguida, busca-se ativamente resolver o problema, perguntando ao indivíduo afetado: “Como posso ajudar? Como posso resolver?”. Finalmente, expressar gratidão encerra a abordagem “Obrigado por despendar o seu tempo falando sobre isso conosco”.

Além disso, a resposta final pode incluir uma promessa de ação, como “Agradecemos as sugestões. Informarei ao meu supervisor para ajustarmos este problema” e reforçar o arrependimento, como em “Sinto muito pelo desconforto causado”. Esta abordagem visa transformar o conflito em oportunidades de resolução e melhorar a experiência do paciente e/ou de seu acompanhante.

Considerações finais:

A comunicação direta com o paciente e seus familiares não se limita apenas à transmissão de informações, mas envolve o suporte e o cuidado. A implementação de protocolos e a ênfase na educação podem, ao mesmo tempo aliviar o desconforto dos médicos, como também melhorar a qualidade da assistência e o bem-estar de todos os envolvidos nesse processo.

A obra *O Doutor*, de Luke Fields (1891), representa um retrato realista do filho do artista no leito de morte (Figura 7). A pintura captura a angústia e impotência dos pais, assim como o comprometimento extremo do médico da família. Fields concebeu a obra como uma homenagem ao médico de seu filho, sendo profundamente impactado pela integridade, dedicação, reflexão e cuidado que esse profissional demonstrou. O médico é representado como alguém que está sempre presente. O que se destaca não são os recursos limitados da época e as circunstâncias desafiadoras, mas sim o elemento crucial: a atitude próxima, compassiva e empática do médico.

Figura 7: Fildes, Samuel Luke. The doctor. 1891.



Fonte: Tate Gallery, Londres.

E para concluir, como cita Carvalho, “de que adianta saber, e não ser?” Ser um verdadeiro médico – aquele que escuta, que é sensível ao sentimento do outro, enxergando o ser humano doente, e não apenas a doença. (CARVALHO, 2022).



“A comunicação em saúde é a ciência e a arte de usar a comunicação para promover a saúde e o bem-estar das pessoas e da população”.

(Society of Health Communication)

3. COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE

A boa comunicação é uma habilidade não técnica importante para profissionais que atuam no ambiente da radiologia, principalmente para médicos radiologistas, uma vez que em seu dia a dia é necessário se comunicar com profissionais médicos e não médicos, como a equipe técnica de radiologia, enfermagem, recepção, pacientes e seus familiares, seguradoras de saúde e sistema de regulação do SUS (Sistema Único de Saúde) (Figura 8).

Figura 8 - Partes interessadas na comunicação com o médico radiologista.



Fonte: A autora (2022).

A transição do cuidado ocorre quando há interação entre diferentes membros da equipe, a fim de manter a continuidade da assistência. Ela é muito comum na prática radiológica, através da transferência do paciente para o setor de imagem, troca de informações dentro do departamento e retorno do paciente para o leito hospitalar ou para o ambulatório.

A transição do médico solicitante para o departamento de radiologia é realizada principalmente através do pedido de exame, que deve conter a indicação, cuidados especiais e protocolo específico. Erros nesta etapa incluem, por exemplo, identificação errada do paciente, exame incorreto, exame inadequado para o que se deseja estudar ou falha em comunicar precauções de contato (BURNS et al., 2021).

Estudo na Pensilvânia mostrou que 60% dos erros de procedimento foram relacionados ao pedido médico errado (PENNSYLVANIA PATIENT SAFETY AUTHORITY, 2011). Quando se considera os eventos sentinela causados por erro de comunicação, mais da metade deles envolvem a transição do cuidado (CATALANO, 2006).

Além disso, o radiologista e toda a equipe enfrentam inúmeras demandas devido ao alto volume de exames. Essa realidade pode levar a uma tendência de valorizar as habilidades técnicas. Nos departamentos de radiologia, os médicos e os técnicos/tecnólogos mantêm uma relação próxima, e seus papéis, no que diz respeito à comunicação, podem se sobrepor. É fundamental estabelecer com precisão o papel de cada profissional, garantindo que as responsabilidades estejam bem definidas.

Nesse sentido, as listas de verificação e mnemônicos podem contribuir para redução da perda de informações importantes, através da inclusão de dados padronizados e predeterminados. As solicitações de exames com itens separados para preenchimento digital, também podem facilitar esse processo (BURNS et al., 2021).

É necessário ter um cuidado especial em relação à comunicação verbal, seja por meio de contato telefônico ou não,



pois essas formas de comunicação são mais suscetíveis a erros. Por exemplo, quando uma ordem verbal é recebida em relação a uma prescrição, ela deve ser transcrita e validada pelo profissional responsável em até 24 horas. De acordo com o Manual Hospitalar da JCI, é responsabilidade do hospital desenvolver processos para aprimorar essas comunicações e garantir que sejam realizadas de maneira segura e eficaz (COSTA JÚNIOR, 2015).

Dessa forma, é importante evitar equívocos e promover uma comunicação clara e precisa entre os membros da equipe que assistem o paciente, contribuindo para a segurança e a eficiência dos serviços prestados. Citamos abaixo algumas sugestões de técnicas para melhorar a comunicação entre a equipe, e que podem ser utilizadas e adequadas para a realidade de cada serviço.



SBAR (Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação)

Você trabalha em um serviço de radiologia? É da equipe técnica? Se respondeu “sim” a alguma dessas perguntas, me diga: como costuma passar o caso de um paciente para um colega sênior?

Vamos citar um exemplo da técnica de enfermagem Fabíola falando com o médico radiologista Marcos.

(Tec. de enf.) Olá Dr. Marcos, o próximo paciente é uma ressonância magnética da coxa, suspeita de câncer. Ele está com dor e tem dificuldades de ficar parado. Posso puncionar?

(Médico): Como está a função renal dele?

(Téc. de enf.): Vou verificar.

Há um jeito melhor de se comunicar? Percebeu que as informações foram desconexas? Sem uma ordem específica?

SBAR é o acrônimo de Situation, Background, Assessment, Recommendation. Foi desenvolvido inicialmente pela Marinha nos EUA para ser usado em submarinos nucleares, posteriormente

utilizado na aviação e na saúde, adotado pelo grupo médico Kaiser, em Oakland (EUA). Em português, o SBAR foi traduzido por: Situação, Breve Histórico, Avaliação, Recomendação. É uma ferramenta conhecida em equipes de saúde e costuma ser utilizada nas passagens de plantão em hospitais. Trata-se de uma comunicação breve e concisa, que mantém uma linha de raciocínio, auxiliando na tomada de decisão (GUARISCHI; VIEIRA, 2014).

Por sua simplicidade e aplicabilidade, o SBAR pode ser utilizado na transição do cuidado, seja na troca de equipes, transição para outra área em uma mesma unidade ou na transferência do paciente para outra unidade. O primeiro passo é a identificação do paciente, fazendo um breve relato sobre o caso. Aplicamos inicialmente esse método nas passagens de caso entre a equipe da enfermagem e médicos radiologistas e posteriormente expandimos para toda a organização (MÜLLER et al., 2018). Em nossa organização, o método foi padronizado desta forma (Quadro 3):

Quadro 3 - Exemplo de SBAR específico para a radiologia.

O que	Como
Situação	Nome e idade Tipo de exame, área do corpo e indicação do exame
Breve histórico	Queixa clínica, há quanto tempo, cirurgias e tratamentos
Avaliação	Antecedentes alérgicos, hipertensão, diabetes, insuficiência renal. Exames anteriores, preparo do exame, avaliação do acesso venoso (se tiver) e avaliar se paciente está em isolamento
Recomendação	“Posso puncionar a(o) paciente?” Quais medicamentos serão prescritos?” “Será necessário preparo antialérgico?”

Fonte: A autora (2022).

Vamos tentar uma nova abordagem entre a Fabíola e o Dr Marcos?

Situação

Olá Dr. Marcos, eu sou a Fabíola, nova técnica de enfermagem e estou acompanhando o paciente Rogério Pompeu de Souza, de 65 anos. Seu médico solicitou uma RM da coxa direita com a seguinte indicação: suspeita de tumor primário.

Breve Histórico

Ele notou um aumento de volume progressivo há 4 meses. Não tem dor ou vermelhidão. O paciente tem histórico de hipertensão controlada e diabetes. Não tem antecedentes alérgicos.

Avaliação

Verifiquei que a Creatinina, colhida há cerca de 1 mês, está 0,9 mg/dL. O clearance de creatinina é de 65 ml/min. Estou receosa de mexer na hora do exame pois está com dores, mas já expliquei como é importante permanecer parado e que ele pode apertar a campainha, caso precise de nós.

Recomendação

Será necessário contraste venoso? Posso puncioná-lo?

E então? Houve uma melhor comunicação dessa vez? Isso auxilia o médico na tomada de decisão. As falhas de comunicação ocorrem pois os profissionais têm visões diferentes. Os enfermeiros são treinados para relatar histórias, já os médicos são treinados para pensar de maneira objetiva e tomar decisões.



Listas de verificação (checklists)

As listas de verificação são um conjunto de perguntas ou afirmações sobre um determinado assunto, utilizadas rotineiramente para garantir a confiabilidade e manter a constância das operações. Devem ser utilizadas sempre que há muitos aspectos a serem considerados, além de facilitar a identificação de erros de processo (GAWANDE, 2009).

Em medicina, são amplamente utilizadas em cirurgias e são capazes de reduzir taxas de complicações, facilitar o trabalho em equipe e promover a disseminação de uma cultura de segurança. A utilização de checklists é estabelecida pela JCI e tem sido implementada em procedimentos intervencionistas no diagnóstico por imagem.

Estudo publicado em 2019 analisou a aplicação de lista de verificação em procedimentos guiados por tomografia computadorizada, eletivos e emergenciais, com média de um minuto para ser executado. Foram detectados problemas de segurança em 18% dos casos (DOMMARAJU et al., 2019).

O Radiological Patient Safety System (RADPASS), uma lista de verificação validada e específica para intervenção em radiologia, é realizada em três momentos:

- 1) planejamento/ preparação
- 2) antes do procedimento
- 3) após o procedimento

Ela foi capaz de reduzir em 75% os desvios de processos, ou seja, quando um procedimento não é executado corretamente (KOETSER et al, 2012).

Outro momento sensível é a administração de medicamentos. Esta atividade é de grande responsabilidade para a equipe da enfermagem, e isto inclui o ambiente da radiologia, exigindo atenção especial por parte da equipe. Zanetti et al. (2003) descreveram os “7 certos” para garantir a segurança no momento da administração de medicamentos. Posteriormente foram incluídos mais dois itens na lista de verificação, intitulada os “9 certos da enfermagem”, a saber:

- 1) Medicação certa;
- 2) Paciente certo;
- 3) Dose certa;
- 4) Via certa;
- 5) Horário certo;
- 6) Registro certo;
- 7) Ação certa;
- 8) Forma farmacêutica certa e
- 9) Monitoramento certo.



Apontar e falar

O método japonês conhecido como “apontar e falar” é utilizado no Brasil em diversas áreas, como segurança do trabalho, transporte ferroviário e indústria automobilística, com o objetivo de reduzir o risco de incidentes.

No Japão, esse método simples também é aplicado na saúde, demonstrando sua eficácia multiuso na prevenção de acidentes. A atividade de dispensar e administrar medicamentos é considerada de alto risco, devido à possibilidade de eventos adversos.

Para aumentar a segurança nesse processo, a técnica de apontar e falar pode ser utilizada. O profissional deve ler o nome do medicamento na requisição médica, pegar o medicamento a ser dispensado e/ou preparado para administração, apontar para ele e verbalizar, utilizando frases como “medicamento X, OK”, ou, “certo”.

De maneira semelhante, o técnico em radiologia, ao checar o nome completo e data de nascimento do paciente, deverá apontar na tela de exame, verbalizando o nome do paciente e a data do nascimento. Quando apontamos, a atenção é totalmente voltada para aquela atividade. Isso garante que o profissional esteja focado na tarefa, reduzindo a chance de erros.



Briefing e debriefing

O briefing (instruções iniciais) e o debriefing (verificações posteriores/finais) são procedimentos para comunicar situações importantes ou críticas. Podem ser utilizados diariamente ou quando há algum evento diferente da rotina de trabalho. Deve durar, no máximo, 5 minutos, no início e no final da jornada de trabalho.

No briefing o líder deve informar a equipe as situações previstas e alertar anormalidades que possam ocorrer durante a jornada de trabalho, como por exemplo, atraso na agenda, equipamento inoperante, falta de algum membro da equipe. É essencial fornecer informações claras e objetivas, assim como orientar sobre casos de emergências e instruções sobre os procedimentos a serem adotados.

Ferramentas existem para auxiliar a comunicação, proporcionando um nível mais eficaz e benéfico de desempenho profissional. É essencial praticar essas ferramentas diariamente. Promova discussões com sua equipe sobre as facilidades e dificuldades encontradas, abrindo espaço para receber feedback. Utilize momentos difíceis para traçar estratégias inovadoras e adotar novas abordagens, sempre com o objetivo de cumprir a missão da sua organização.



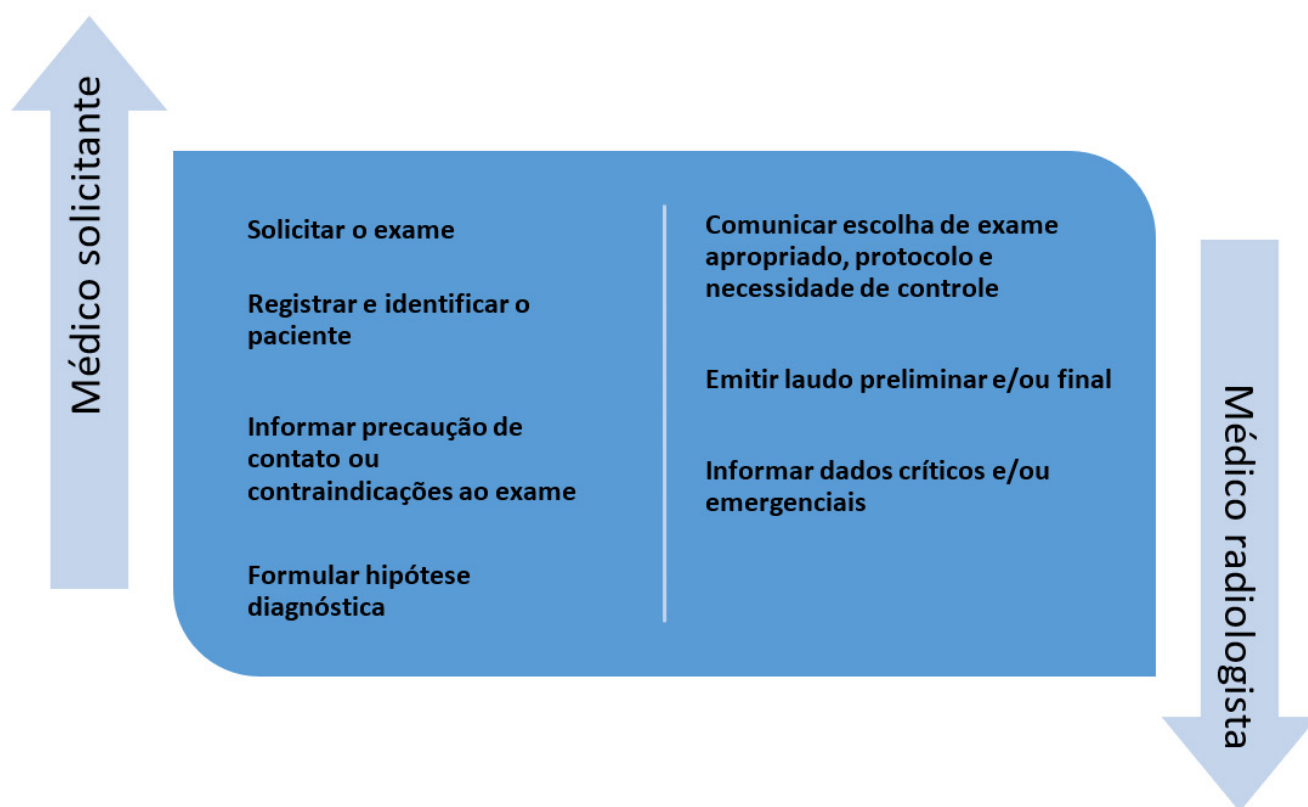
*“A simplicidade é o mais
alto grau de sofisticação”
(Leonardo da Vinci)*

4. COMUNICAÇÃO COM O SOLICITANTE

De acordo com o guideline da European Society of Radiology (ESR), o fornecimento de um relatório preciso e adequado requer uma boa comunicação entre o médico solicitante, o serviço de radiologia e o médico radiologista. É desejável que os serviços tenham disponíveis os contatos dos médicos solicitantes ou do médico responsável pelo atendimento clínico, principalmente para os casos de emergência ou que necessitam de esclarecimentos.

O radiologista deve estar disponível para elucidar o laudo e dúvidas sobre o exame adequado para cada tipo de avaliação. Além disso, sempre que possível o radiologista deve transmitir aos outros médicos a importância de investigações adicionais por outro método, incluindo o tempo indicado para os exames de controle (Figura 9).

Figura 9 - Transição do cuidado entre o médico solicitante e o radiologista.



Fonte: Adaptado de Burns et al. (2021).

Por outro lado, os médicos solicitantes devem assegurar que todas as informações clínicas relevantes dos pacientes e o motivo do exame estejam disponíveis para o radiologista. Eles devem ainda fornecer dados sobre segurança, como contraindicação à realização do exame ou à utilização de meios de contraste (BURNS et al., 2021).

Os relatórios devem ser estruturados em indicação/informações clínicas, técnica de exame/protocolos, achados de imagem e conclusão. Um relatório de excelência depende muito da expectativa do solicitante. O radiologista deve procurar saber como aquele médico solicitante prefere receber os relatórios. No entanto, há certa concordância que longos textos livres e que não chegam a uma conclusão clara não são desejáveis (HARTUNG et al., 2020).

Do radiologista também se espera habilidades para emitir opiniões de forma clara e concisa, tanto verbal quanto por escrito (EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2013). Os laudos estruturados por meio de léxico padrão, como o ACR Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), adicionam significado e valor para os médicos solicitantes e facilitam a conduta (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2013). Também foi observado uma redução de 10% de erros em laudos de ultrassonografia quando utilizado o modelo estruturado ACR Thyroid Imaging Reporting and Data System (TI-RADS®) em relação a texto livre (WILDMAN-TOBRINER et al., 2021).

O *Radiology Report Categorization System* (RADCAT), uma classificação para informar adequadamente a gravidade dos casos em exames de imagem, tem demonstrado confiabilidade na comunicação de resultados. Essa abordagem auxilia na identificação de situações que exigem atenção especial, como, por exemplo, a necessidade de uma cirurgia, ou ainda, situações que requerem exames de acompanhamento (TUNG et al., 2021).



Entendendo a linguagem do solicitante

Artistas que pintam telas, o fazem para si próprios, para o seu sabor e deleite. Cabe ao público adaptar-se à sua obra e, por esse motivo, há a dificuldade de se entender certos trabalhos artísticos. Mas, o laudo não é um produto para o radiologista, de outro modo, o radiologista deve produzi-lo para o solicitante. Se o laudo não confirma ou descarta hipóteses diagnósticas e não esclarece a conduta a ser tomada, há pouco proveito.

Os relatórios devem evitar jargões técnicos, comuns entre médicos radiologistas. As expressões rebuscadas também devem ser desestimuladas, de maneira a preponderar o proveitoso sobre o belo, mantendo como principal elemento o êxito na comunicação. O relatório escrito deve ser sucinto, claro e organizado, incluindo um parecer especializado e contendo todas as informações e a conclusão que o radiologista é capaz de fornecer (BRUNO; WALKER; ABUJUDEH, 2015).

Reuniões multidisciplinares envolvendo clínicos/cirurgiões e radiologistas podem ser muito úteis para discussões sobre a conduta do paciente. Um dos aspectos mais desafiadores para o radiologista é justamente a elaboração de uma impressão coesa e recomendações apropriadas. A recomendação traz um importante grau de confiança, além disso, o radiologista também se responsabiliza pela assistência do paciente através do trabalho conjunto com o médico assistente.

O melhor caminho para fornecer recomendações apropriadas é se aproximar da equipe que assiste o paciente e saber como os relatórios de radiologia são compreendidos e impactam as condutas (HARTUNG et al., 2020).

A aproximação também deve ser feita entre o médico solicitante e os técnicos e tecnólogos em radiologia. Pesquisa em centro cirúrgico demonstrou que a terminologia padronizada entre duplas de médicos ortopedistas e técnicos em radiologia foi capaz de reduzir tanto o tempo para adquirir as imagens, quanto a dose de radiação em exames de fluoroscopia (YEO; GORDON; NUSEM, 2014).

A partir da nossa experiência, é importante que a equipe de radiologia estabeleça uma aproximação com o médico solicitante, buscando compreender a dinâmica desse grupo e o seu papel no processo de tomada de decisão. Essa abordagem permite não apenas facilitar a comunicação, mas também ter acesso aos desfechos dos casos, promovendo uma reflexão e aprendizagem contínua, tanto dos erros quanto dos acertos nos diagnósticos realizados.



Achados críticos

Os radiologistas podem se deparar com descobertas críticas, que demandam comunicação e intervenção imediatas, como a detecção de condições graves, por exemplo, um aneurisma dissecante da aorta, exigindo cirurgia. O guideline da ESR sugere que, nos casos em que os achados de imagem indiquem a necessidade de ações rápidas, o médico radiologista deve estabelecer comunicação direta e verbal com o solicitante ou o plantonista.

Os serviços de radiologia devem ter protocolos estabelecidos, para determinar as circunstâncias em que a comunicação direta deve ser iniciada. É importante lembrar que nos casos em que um laudo verbal seja necessário, o nome da pessoa contactada deve ser registrado no prontuário eletrônico (EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2013).

Corroborando com o fato de que a organização deve implementar um protocolo específico para relatar resultados críticos de exames, o Manual Hospitalar da JCI destaca a segunda

Meta Internacional para Segurança do Paciente, que visa melhorar a eficácia da comunicação. Entre os padrões estabelecidos, encontra-se o “Padrão IPSCG.2, no qual o hospital deve desenvolver e implementar um processo para relatar resultados críticos de exames de diagnóstico” (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2021, p. 43).

O PADI (Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem) também recomenda que haja registro desse contato no relatório emitido. Isso não apenas assegura que a comunicação ocorreu, mas também fornece um histórico detalhado para rastreamento futuro, garantindo a segurança do paciente (COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, 2022).

Notificar diretamente o paciente e seus familiares no caso de emergências ou descobertas inesperadas é uma das formas mais importantes de comunicação durante o momento de transição, para garantir cuidados seguros e no tempo apropriado. Além disso, falhas na comunicação de achados radiológicos neste momento estão entre as cinco causas principais de processos judiciais contra radiologistas e podem estar associadas ao aumento da morbimortalidade do paciente (BURNS et al., 2021).

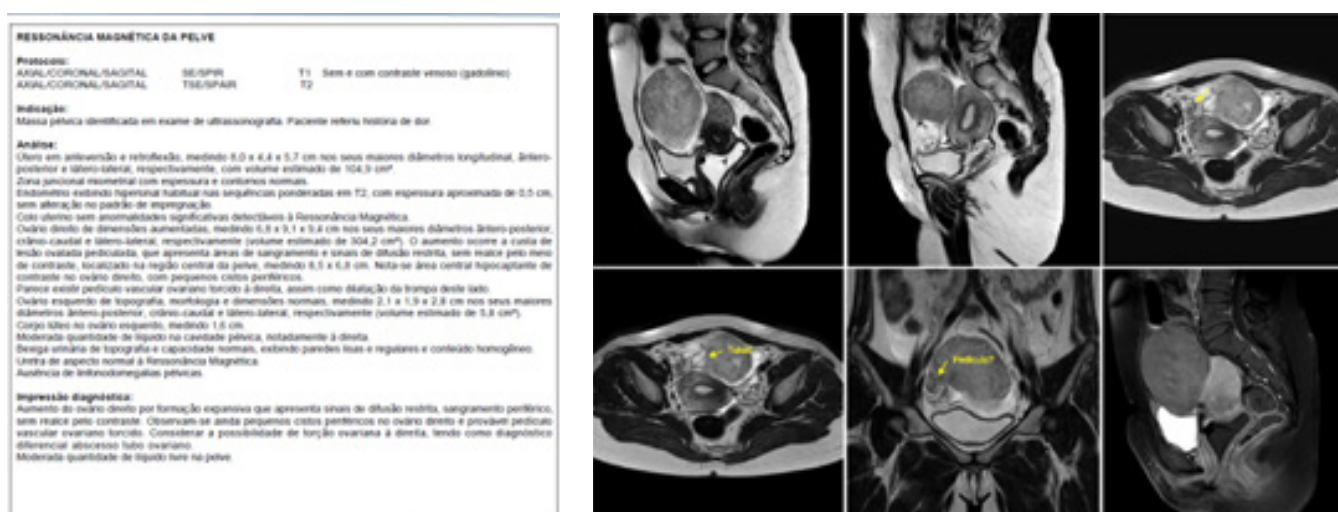
Em nossa prática, buscamos estabelecer contato tanto com o médico solicitante, quanto com o paciente e/ou seus familiares. Nós fornecemos informações verbalmente e, ao mesmo tempo, redigimos um encaminhamento por escrito, solicitando atendimento hospitalar de emergência, acompanhado do laudo. Orientamos ainda o paciente e seus familiares sobre os próximos passos a serem seguidos.

Considerações finais

Existem estratégias que aproximam o radiologista do médico solicitante. As políticas das organizações de saúde, com protocolos padronizados e contatos telefônicos atualizados são essenciais, bem como a participação ativa do radiologista em reuniões multidisciplinares e como consultor de equipes.

O relatório estruturado, com imagens chave, tabelas e diagramas, permite ao médico solicitante uma compreensão rápida, facilitando a comunicação entre o radiologista e o solicitante (Figura 10).

Figura 10 – Exemplo de laudo com destaque de imagens chave.



Fonte: A autora.

Pareceres e laudos radiológicos representam, no mínimo, uma década de formação em medicina e em radiologia. É um trabalho que continua a se desenvolver diariamente e amadurece de acordo com a carreira, experiência e confiança do radiologista, assim como o acompanhamento diário dos pacientes (HARTUNG et al., 2020).



Mudar o foco do exame em si para colocar o paciente no centro do cuidado é um desafio para médicos radiologistas, que gastam muito tempo de suas jornadas focados na qualidade técnica dos exames e laudos. No entanto, para agregar valor ao diagnóstico e alcançar melhores resultados em saúde, é essencial promover a interação entre a tríade: radiologista, paciente e médico solicitante. O radiologista deve estar totalmente envolvido na assistência, integrado ao contexto e contribuindo de forma ativa para o desfecho, deixando de atuar de maneira isolada, para atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente.



“A jornada de Value Based Health Care começa com a conexão de dados e pessoas.”
(Márcia Makdisse)

5. RADIOLOGIA BASEADA EM VALOR



Comentar sobre radiologia baseada em valor implica, necessariamente, em fazer referência à saúde baseada em valor. Em 1999 a publicação “To err is human” do Institute of Medicine divulgou que ocorriam cerca de 100.000 mortes evitáveis anualmente nos EUA e a partir desta divulgação, medidas começaram a ser tomadas para reduzir eventos adversos, que são danos desnecessários relacionados à assistência em saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Em 2003, o custo relacionado à saúde nos EUA correspondia a 15,7% do Produto Interno Bruto, um valor considerado elevado mesmo em comparação com outros países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). No entanto, é importante destacar que, apesar dos elevados gastos, os EUA não apresentam resultados significativamente superiores aos de outros países que investem menos em saúde. Isso evidencia que o alto custo não garante, necessariamente, um cuidado de saúde mais seguro e eficaz.



O que é o Value Based Health Care (VBHC)?

A saúde baseada em valor é um conceito em que os desfechos e os custos são medidos ao longo de um ciclo completo de cuidado. Neste modelo a assistência é centrada na qualidade, na performance e no valor, ao invés do modelo baseado em volume, o “fee for service” ou taxa por serviço.

Porter e Teisberg (2006) definiram que o objetivo do VBHC é, simultaneamente, melhorar os desfechos e reduzir os custos. Portanto, há uma equação matemática de desfechos sobre os custos, para tornar o sistema de saúde mais sustentável (Figura 11).

Figura 11 – Equação de valor

$$\text{Valor} = \frac{\text{Desfechos}}{\text{Custos}}$$

Fonte: Porter e Teisberg (2006).



Porter (2010) também ressalta que atrasos no diagnóstico e consequentemente no tratamento, aumentam o tempo de internação, a taxa de complicações e o risco de erros, além de causar uma ansiedade desnecessária e acréscimo dos custos.



A Importância do diagnóstico em VBHC

O erro de diagnóstico é uma das principais causas de dano ao paciente, com taxas estimadas de 10 a 15% (BRUNO; WALKER; ABUJUDEH, 2015). Estudos de autópsia identificaram discrepâncias em até 20% dos casos, inferindo que um em cada cinco pacientes pode ter o diagnóstico final equivocado (BERNER; GRABER, 2008; WACHTER, 2010). Portanto, o diagnóstico correto, rápido e seguro é fundamental na recuperação do paciente, além de gerar menores custos ao sistema.

A radiologia tem a função do refinamento do diagnóstico, reduzindo o tempo para o início do tratamento e, conseqüentemente, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade (BRADY; BRINK; SLAVOTINEK, 2020).

Por outro lado, o diagnóstico por imagem pode ser visto como custoso, quando o exame não é solicitado de forma apropriada, podendo resultar em dano direto (radiação, reação ao meio de contraste) ou dano indireto (exame desnecessário ou com baixo valor) (MAKDISSE; VAN EENENNAAM, 2021).

Dessa forma, a medicina diagnóstica é, muito importante na estrutura de valor e constitui o elo para desencadear uma nova onda de criação de um sistema de saúde mais sustentável. Porém, o processo de diagnóstico é complexo e sofre impactos significativos decorrentes da experiência clínica, tecnologia e comunicação. De acordo com Makdisse e Van Eenennaam (2021), é crucial considerar alguns pontos para se evitar o subdiagnóstico e o sobrediagnóstico, tais como:

- a) protocolos bem definidos;
- b) colaboração e comunicação entre médicos solicitantes e os serviços de diagnóstico;
- c) comunicação eficaz com o paciente/familiar visando uma decisão compartilhada e
- d) monitorização constante dos dados.

Nesse sentido, é fundamental desenvolver estratégias que priorizem a atenção aos erros de diagnóstico, reconhecendo a sua importância como fator contribuinte para danos aos pacientes ou prestação de cuidados com baixo valor.



Radiologia baseada em valor

A radiologia é um bom exemplo de recurso que é compartilhado em todos os níveis da prestação de cuidados, do mais básico ao mais complexo, sendo, portanto, uma área estratégica, que pode contribuir bastante com o desempenho contínuo e seguro em saúde (BRADY; BRINK; SLAVOTINEK, 2020).

A radiologia baseada em valor está se expandindo rapidamente, como forma de inserir o diagnóstico por imagem nos cuidados de saúde individuais e sociais. Além disso, representa um afastamento das metas focadas apenas na contabilização de exames, quando estas desconsideram a contribuição positiva para o paciente e a sociedade (EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2021).

No modelo “fee for service” ou taxa por serviço há uma pressão contínua por volume de atendimento com baixo custo. E como os radiologistas são constantemente pressionados a aumentar a sua produtividade, eles gastam cada vez menos tempo na qualidade e no gerenciamento do serviço prestado (NORBASH et al., 2014).

No entanto, a implementação de um espaço para laudo dentro de uma clínica multidisciplinar de tórax, com radiologistas disponíveis para consultoria em tempo real, revelou que até 25% das consultas foram dedicadas à discussão de opções tratamento. Mais de 90% da equipe avaliou como altamente valiosa a resolução rápida de questões clínicas preocupantes (Figura 12).

Figura 12 – Radiologista analisando uma tomografia de tórax.



Durante essas consultorias, os radiologistas torácicos dedicaram de 2 a 5 minutos, representando em média 10% do tempo total dos radiologistas (SILVA; HEUSSEL; MORTANI BARBOSA, 2019). Este cenário destaca a necessidade premente de uma participação mais ativa dos radiologistas no apoio à tomada de decisão dos médicos assistentes. Além disso, são essenciais estudos que evidenciem a potencial redução de custos e melhoria nos resultados associados a este novo modelo.

A radiologia baseada em valor possibilitará que os radiologistas atuem além da elaboração do laudo, rompendo finalmente com o ciclo de baixo valor em diagnóstico por imagem.

Algumas iniciativas de modelos baseados em valor e centrados no paciente estão sendo implementadas em todo o mundo, como, por exemplo:

a) IMAGING 3.0©

<https://www.acr.org/Practice-Management-Quality-Informatics/Imaging-3>

Iniciativa do American College of Radiology (ACR) para a transformação de imagem baseada em volume para imagem baseada em valor. O programa apresenta ferramentas e processos de gerenciamento para auxiliar radiologistas no atendimento ao paciente. Estão disponíveis publicações, estudo de casos e orientações de como adicionar valor, como por exemplo: imagem apropriada, monitoramento de dose, laudo, eficiência dos processos, inteligência artificial (IA) e diagnóstico integrado.

Além disso, o ACR incluiu em seu currículo, a partir de 2012, um curso sobre elementos essenciais de comunicação para residentes de radiologia (NARAYAN et al, 2018). Esse curso envolve cenários e simulações de interações entre médicos e pacientes em um ambiente seguro, com espaço para feedback e discussão de casos.

b) ESR Quality and Safety Value Based Imaging (Eurosafte Imaging, iGUIDE, Esperanto, Patient Advisory Group)

<https://www.myesr.org/quality-safety>

A ESR além de programas de educação, incluindo tópicos relacionados à comunicação entre médicos e pacientes, possui padrões de dosimetria e proteção radiológica (Eurosafte Imaging).

O iGUIDE é uma ferramenta que auxilia os médicos solicitantes na seleção da investigação por imagem mais adequada para cada paciente. Já o “Esperanto” é um processo de auditoria que fornece modelos para departamentos de radiologia que buscam a melhoria contínua na qualidade das práticas radiológicas, incluindo encontros regulares e a visão do paciente nas atividades relacionadas a protocolo e qualidade, além da utilização de linguagem simples para leigos em mensagem de artigos (EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2021).

c) Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) - Programas de Educação Médica, Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI) e selos de qualidade

<https://cbr.org.br/>

O CBR tem investido na visibilidade e protagonismo do médico radiologista, com um olhar mais atento para a educação médica, através de plataformas com cursos em todas as áreas do diagnóstico por imagem e eventos online, híbridos e presenciais. O PADI é reconhecido internacionalmente pela International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQuaEEA), e tem como objetivo qualificar serviços públicos e privados no cumprimento de requisitos de qualidade, segurança e sustentabilidade. <https://padi.org.br/>

d) Choosing Wisely®

<https://www.choosingwisely.com.br/>

São protocolos baseados em evidências bem estabelecidas, com o objetivo de reduzir a realização de exames desnecessários (MAKDISSE; VAN EENENNAAM, 2021). Os critérios utilizados são da American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM Foundation) juntamente com várias sociedades médicas. Em quase todas as áreas existem recomendações para exames de imagem. Nas

recomendações para a radiologia pelo Choosing Wisely® e ACR (CHOOSING WISELY, 2012), estão, por exemplo:

- não realize exames de imagem para dor de cabeça não complicada;
- não realize exames de imagem para suspeita de embolismo pulmonar sem um pré-teste com moderada a alta suspeição;
- evite radiografias de tórax admissionais ou pré-operatórias para pacientes ambulatoriais com história e exame físico sem alterações;
- não faça tomografia computadorizada para suspeita de apendicite em crianças antes de realizar uma ultrassonografia;
- não recomende controle por imagem de cistos ovarianos simples ou hemorrágicos;
- não recomende ultrassonografia para nódulos incidentais de tireoide encontrados na tomografia, ressonância magnética ou ultrassonografia do pescoço sem foco na tireoide, em pacientes de baixo risco, a menos que tenha critérios baseados na idade e tamanho ou apresente características suspeitas. Por exemplo, paciente menor que 35 anos com expectativa de vida normal com nódulo maior ou igual a 1,0 cm. Maior ou igual a 35 anos com expectativa de vida normal e nódulo maior ou igual a 1,5 cm;
- não utilize protocolo que inclua fase sem contraste em TC de abdome, seguida por TC com contraste, exceto para: investigação de lesão renal e hematúria, nódulo adrenal indeterminado, acompanhamento após stent endovascular, hemorragia gastrointestinal e nódulo hepático;
- não utilize rotina de fase excretora após a administração venosa do meio de contraste em uma TC, exceto para caracterização de lesão renal, hematúria, urograma, nódulo adrenal indeterminado, carcinoma hepatocelular e colangiocarcinoma;
- não faça diagnóstico de síndrome da congestão pélvica pela TC ou RM, a menos que o paciente tenha sintomas clínicos e achados de

imagem. Dilatação de veias pélvicas pode ser um achado incidental;

- não sugira controle de intussuscepção não obstrutiva jejunojejunal em adultos, assintomáticos e envolvendo curto segmento.

Nas recomendações da Choosing Wisely e American Academy of Pediatrics (CHOOSING WISELY, 2013), algumas das recomendações baseadas em evidência e que incluem exames de imagem são:

- A TC de crânio não é necessária para avaliação de crianças com traumatismos cranianos leves. A observação clínica é uma abordagem eficaz;
- A RM e a TC não são necessárias em casos de convulsões febris isoladas;
- A TC nem sempre é necessária em avaliação de rotina para dor abdominal.

Garantir que as solicitações de exames radiológicos sejam apropriadas, preferencialmente por meio de protocolos baseados em evidências, é um exemplo de como a radiologia pode oferecer alto valor em termos de cuidados em saúde.

Considerações finais

Os modelos de Saúde Baseada em Valor (VBHC) devem reconhecer o papel central do diagnóstico. A geração atual do diagnóstico por imagem traz consigo uma perspectiva que demanda mudanças no sistema. Os serviços precisam ampliar a visibilidade dos radiologistas, promovendo maior contato com os pacientes e inserindo o radiologista na estrutura das organizações de cuidados em saúde. Essa descoberta marca o início de uma jornada distinta da que percorremos até agora.

Num futuro próximo, a função do médico radiologista transcenderá a elaboração de laudos, demandando maior planejamento estratégico e desenvolvimento de outras habilidades. A gestão da qualidade, segurança, alinhamento das decisões em conjunto com médicos e setor administrativos e eficiência dos desfechos clínicos são exemplos de novas responsabilidades que surgirão (NORBASH et al., 2014).

Realizar interpretação de exames é uma tarefa relativamente simples. No entanto, precisamos ir além e questionarmos: “O que mais podemos oferecer aos nossos pacientes?” Numa reflexão profunda, Schoppe (2017) nos instiga a descobrir: “Quem somos nós? Qual o nosso propósito aqui?” Podemos, sem dúvida, entregar mais valor aos nossos pacientes. Vamos embarcar juntos nessa jornada?!

Referências

ACADEMY OF MEDICAL ROYAL COLLEGES. **Please, write to me: Guidance.** UK; 2018. [cited 2022 Dec 22]. Available from: https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2018/09/Please_write_to_me_Guidance_010918.pdf. Acesso em: 22 dez.2022.

ALMANZA-MUÑIZ, Jose de Jesus; HOLLAND, Jimmie C. La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia. **Revista de Sanidad Militar**, v. 52, n. 6, 1998.

ALT, S. et al. Consensus guidelines on the communication of unexpected news via ultrasound. University of Leeds, 2020.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. **ACR BI-RADS atlas: breast imaging reporting and data system.** 5th ed. Reston, Virginia; 2013.

BAILE, Walter F. et al. A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302-311, Ago. 2000. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.

BELL, M.E. Patient-radiologic technologist interpersonal relationship and how it can be improved. **Radiol Technol**, v. 50, n.1, p. 41-44, Jul. 1978. PMID: 704825.

BERNER, Eta S., GRABER, Mark L. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. **The American Journal of Medicine**, v.121, n. 5, p. 2-23, May. 2008. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.01.001.

BOUDGHENE, F.; MOLEY-MASSOL, I. L'annonce en radiologie: «les premiers mots qui engagent». **Journal de Radiologie**, v. 87, n. 2, p. 95-97, 2006.

BRADY, Adrian; BRINK, James; SLAVOTINEK, John. Radiology and Value-Based Health Care. **Jama**, v. 324, n. 13, p. 1286-1287, Oct. 2020. Doi: 10.1001/jama.2020.14930.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União, 2014.

BROWN, Stephen D. et al. Development of a Standardized Kalamazoo Communication Skills Assessment Tool for Radiologists: validation, multisource reliability, and lessons learned. **American Journal of Roentgenology**, v. 209, n. 2, p. 351-357, Ago. 2017. doi:10.2214/ajr.16.17439.

BRUNO, Michael A.; WALKER, Eric A.; ABUJUDEH, Hani H. Understanding and Confronting Our Mistakes: The Epidemiology of Error in Radiology and Strategies for Error Reduction. **Radiographics**, v. 35, n. 6, p. 1668-1676, Oct. 2015. doi: 10.1148/rg.2015150023. PMID: 26466178.

BUCKMAN, Robert. Breaking bad news: why is it still so difficult? **British medical journal (Clinical research ed.)**, v. 288, n. 6430, p. 1597, 1984.

BUCKMAN, Robert A. Breaking bad news: the SPIKES strategy. **Community oncology**, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.

BURNS, Judah et al. Handoffs in Radiology: Minimizing Communication Errors and Improving Care Transitions. **Journal of the American College of Radiology**, v. 18, n. 9, p. 1297-1309, Sep. 2021. doi: 10.1016/j.jacr.2021.04.007.

CAI, Tianrun et al. Natural language processing technologies in radiology research and clinical applications. **Radiographics**, v. 36, n. 1, p. 176-191, Jan. 2016. doi: 10.1148/rg.2016150080.

CAMARGO, Nicole Cavallari et al. Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática. **Revista Bioética**, v. 27, p. 326-340, 2019.

CAPACCIO, Enrico et al. How often do patients ask for the results of their radiological studies? **Insights into imaging**, v. 1, n. 2, p. 83-85, 28

Jan. 2010. doi: 10.1007/s13244-009-0003-1

CARRIZALES, Gwen; CLARK, Kevin R. Implementing Protocols to Improve Patient Safety in the Medical Imaging Department. **Radiology management**, v. 37, n. 4, p. 26-30, Jul. 2015.

CARVALHO, Maria Dulce Santiago de. Comunicação de notícias difíceis na formação do estudante de Medicina: uma experiência utilizando o psicodrama. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, p. e044, 2022.

CATALANO, Kathleen. JCAHO's National Patient Safety Goals 2006. *Journal of Perianesthesia Nursing*, v. 21, n. 1, p. 6-11, Feb. 2006. doi: 10.1016/j.jopan.2005.11.005.

CHOOSING WISELY. Ten Things Physicians and Patients Should Question. **American College of Radiology**. Apr, 2012. Released 2017 and 2021. Available from: <https://www.choosingwisely.org/societies/american-college-of-radiology/>.

CHOOSING WISELY. Ten Things Physicians and Patients Should Question. **American Academy of Pediatrics**. February, 2013. Released 2014, 2016, 2018. Available from: <https://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-pediatrics/>.

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. **Norma de acreditação em diagnóstico por imagem: Norma Padi**. São Paulo: CBR, 2022.

COSTA JÚNIOR, Heleno. **Qualidade e segurança em saúde: Os caminhos da melhoria via acreditação internacional**. Rio de Janeiro: DOC Content, 2015.

COX, Julie; GRAHAM, Yitka. Radiology and patient communication: if not now, then when? **European Radiology**, v. 30, n. 1, p. 501-503, Jul. 2019. doi: 10.1007/s00330-019-06349-8.

DEBENEDECTIS,CarolynnM.etal.Comingoutofthedark:acurriculum for teaching and evaluating radiology residents' communication skills

through simulation. **Journal of the American College of Radiology**, v. 14, n. 1, p. 87-91, Jan. 2017. doi: 10.1016/j.jacr.2016.09.036.

DOMMARAJU, Sujithraj et al. Impact of Preprocedure Time-Out Checklist for Computed Tomography–Guided Procedures on Workflow and Patient Safety. **Journal of Computer Assisted Tomography**, v. 43, n. 6, p. 892-897, Nov./Dec. 2019. doi: 10.1097/RCT.0000000000000940.

DONALDSON, Molla S. et al. (Ed.). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.

EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY (ESR). ESR communication guidelines for radiologists. **Insights Imaging**, v. 4, n. 2, p. 143-146, Apr. 2013 doi: 10.1007/s13244-013-0218-z.

EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY (ESR). The identity and role of the radiologist in 2020: a survey among ESR full radiologist members. **Insights Imaging**, v. 11, n. 1, p. 327-345, Dec. 2020. doi: 10.1186/s13244-020-00945-9.

EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY (ESR). Value-based radiology: what is the ESR doing, and what should we do in the future? **Insights Imaging**, v. 12, n. 1 p. 108-114, Jul. 2021; doi: 10.1186/s13244-021-01056-9.

DOMINIQUE, Carrié et al. What radiologists need to know about patients' expectations: PATIENTS CARERS AIMS. **Insights into Imaging**, v. 13, n. 1, 2022.

FALLOWFIELD, Lesley. Giving sad and bad news. **The Lancet**, v. 341, n. 8843, p. 476-478, 1993.

FALLOWFIELD, Lesley; JENKINS, Valerie. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **The Lancet**, v. 363, n. 9405, p. 312-319, 2004.

FRANCIS, Laura; ROBERTSON, Noelle. Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: a critical interpretative meta synthesis. **Patient Education and Counseling**, v. 107, p. 107574, 2023.

FLUG, Jonathan A. et al. Never events in radiology and strategies to reduce preventable serious adverse events. **Radiographics**, v. 38, n. 6, p. 1823-1832, Oct. 2018. doi: 10.1148/rg.2018180036.

GAWANDE, A. **The Checklist Manifesto: How To Get Things Right**. New York City. 2009.

GLAZER, Gary M.; RUIZ-WIBBELSMANN, Julie A. The invisible radiologist. **Radiology**, v. 258, n. 1, p. 18-22, Jan. 2011. doi: 10.1148/radiol.10101447.

GOSKE, Marilyn J. et al. RADPED: an approach to teaching communication skills to radiology residents. **Pediatric radiology**, v. 35, p. 381-386, Nov. 2004. doi: 10.1007/s00247-004-1356-8.

GUARISCHI, A., VIEIRA, F.K.R. **Gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde**. Rio de Janeiro: Safety, 2014.

GUERRA, Fernando Antônio Ramos; MIRLESSE, Véronique; BAIÃO, Ana Elisa Rodrigues. Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2361-2367, 2011.

GUNDERMAN, Richard B.; SARAVANAN, Arthy. Communicating difficult news. **Journal of the American College of Radiology**, v. 8, n. 3, p. 154-156, 2011.

HARTUNG, Michael P. et al. How to create a great radiology report. **RadioGraphics**, v. 40, n. 6, p. 1658-1670, Oct. 2020. doi: 10.1148/rg.2020200020.

HARVEY, Jennifer A. et al. Breaking bad news: a primer for radiologists in breast imaging. **Journal of the American College of Radiology**, v. 4, n. 11, p. 800-808, 2007.

HENSHAW, Dan et al. Access to radiology reports via an online patient portal: experiences of referring physicians and patients. **Journal of the American College of Radiology**, v. 12, n. 6, p. 582-586, Jun. 2015. doi: 10.1016/j.jacr.2015.01.015.

JOHNSON, Judith et al. Breaking bad and difficult news in obstetric ultrasound and sonographer burnout: is training helpful?. **Ultrasound**, v. 27, n. 1, p. 55-63, 2019.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Hospital National Patient Safety Goals. 2022. Available from: <http://www.jointcommission.org>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Comision International para Hospitais**. Rio de Janeiro: Joint Commission International, 2021.

KEMP, Jennifer et al. Patient-Friendly Radiology Reporting-Implementation and Outcomes. **Journal Of The American College of Radiology**, v. 19, n. 2, p. 377-383, Feb. 2022. doi: 10.1016/j.jacr.2021.10.008.

KOETSER, Inge C. J et al. A Checklist to Improve Patient Safety in Interventional Radiology. **Cardiovascular And Interventional Radiology**, v. 36, n. 2, p. 312-319, May. 2012. doi: 10.1007/s00270-012-0395-z.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Moola S. Committee on quality of healthcare in America. **To err is human: building a safer health system**, Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.

KRIEG, Chelsea. Case Study: Patient-Friendly Radiology Reports. **Imaging 3.0**, v.1 n.5 p. 1-5, Mar. 2021.

KWEE, Robert M.; KWEE, Thomas C. Communication and empathy skills: essential requisites for patient-centered radiology care. **European Journal Of Radiology**, v. 140, p. 109754, Jul. 2021. doi: 10.1016/j.ejrad.2021.109754.

LINTON, O.W. American Registry of Radiologic Technology. **Academic Radiology**, v. 15 n. 9, p.1211, Sep. 2008a.

LINTON O.W. Who are you? And who cares? **Academic Radiology**, v. 15, n.9, p.1212, Sep. 2008b.

MAKDISSE, M; VAN EENENNAAM, F. The value of Diagnostics in Healthcare. **VBHC Thinkers Magazine**, Summer Edition, p. 16-20, Aug. 2021.

MAKOUL, Gregory. Bayer-Fetzer conference on physician-patient communication in medical education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. **Acad Med**, v.76, n.4, p.390-393, Apr. 2001. doi:10.1097/00001888-200104000-00021. PMID: 11299158.

MARGULIS, Alexander R.; SOSTMAN, H. Dirk. Radiologist-patient contact during the performance of cross-sectional examinations. **Journal of the American College of Radiology**, v. 1, n. 3, p. 162-163, Mar. 2004. doi: 10.1016/j.jacr.2003.12.011.

MEHRABIAN, Albert; WIENER, Morton. Decoding of inconsistent communications. **Journal of personality and social psychology**, v. 6, n. 1, p. 109-114, May. 1967. doi: 10.1037/h0024532.

MENDES, Walter et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. International **Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MEYER, Elaine C. et al. Voices emerging from the shadows: Radiologic practitioners' experiences of challenging conversations. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 1, p. 133-138, 2017.

MULLER, Martin et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ open**, v. 8, n. 8, p. e022202, Aug. 2018. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022202.

MULLER, Paul S. Breaking bad news to patients: The SPIKES approach can make this difficult task easier. **Postgraduate Medicine**, v. 112, n. 3, p. 1-6, 2002.

NEIMAN, Harvey L. Face of Radiology campaign. Academic radiology, v. 16, n. 5, p. 517-520, May. 2009. doi: 10.1016/j.acra.2009.02.003.

NORBASH, Alexander et al. Radiologist manpower considerations and Imaging 3.0: effort planning for value-based imaging. **Journal of the American College of Radiology**, v. 11, n. 10, p. 953-958, Oct. 2014. doi: 10.1016/j.jacr.2014.05.022.

OH, Seong Cheol; COOK, Tessa S.; KAHN, Charles E. PORTER: a Prototype System for Patient-Oriented Radiology Reporting. **Journal of digital imaging**, v. 29, p. 450-454, Aug. 2016. doi: 10.1007/s10278-016-9864-2.

OTONI, Jessyca Couto; COHEN, Marcela Pecora; BITENCOURT, Almir Galvão Vieira. Physician-patient communication in diagnostic examinations: what is the role of the radiologist? **Radiologia brasileira**, v. 51, p. 109-111, Apr.

2018. doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0084.

PENNSYLVANIA PATIENT SAFETY AUTHORITY. ECRI Institute. **Institute for Safe Medication Practices: Pennsylvania patient safety advisory, applying the universal protocol to improve patient safety in radiology.** Pa Patient Saf Advis, v. 8, n. 2, p. 63-69, 2011.

PORTER, Michael E. What Is Value in Health Care? **New England Journal Of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, Dec. 2010. doi: 10.1056/nejmp1011024.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Redefining health care: creating value-based competition on results.** Harvard business press, 2006.

PTACEK, J. T.; PTACEK, John J.; ELLISON, Neil M. "I'm Sorry To Tell You..." Physicians' Reports of Breaking Bad News. **Journal of behavioral medicine**, v. 24, p. 205-217, 2001.

RAMIREZ, A. J. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. **British journal of cancer**, v. 71, p. 1263-1269, 1995.

ROBBINS, SP. Fundamentos do Comportamento Organizacional. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

ROCKALL, Andrea G. et al. Patient communication in radiology: Moving up the agenda. **European Journal of Radiology**, v. 155, p. 110464, Oct. 2022. doi: 10.1016/j.ejrad.2022.110464.

SCHOPPE, Kurt A. Who Are You? And What Do You Do Here? **Journal of the American College of Radiology**, v. 14, n. 3, p. 436-437, Mar. 2017. doi: 10.1016/j.jacr.2016.12.003.

SCHREIBER, Melvyn H.; LEONARD JR, Morton; RIENIETS, C. Youmans. Disclosure of imaging findings to patients directly by radiologists: survey of patients' preferences. **American journal of roentgenology**, v. 165, n. 2, p. 467-469, Aug. 1995. doi: 10.2214/ajr.165.2.7618577.

SILVA, Carlos Francisco; HEUSSEL, Claus Peter; MORTANI BARBOSA. The Radiology Consult. **Value-based Radiology: A Practical Approach**, p.19-26, 2019. doi:10.1007/174_2019_208

SILVA, Carlos Francisco; VON STACKELBERG, Oyunbileg; KAUCZOR,

Hans-Ulrich (Ed.). **Value-based Radiology: A Practical Approach**. Springer Nature, 2019.

SIMPSON, Rosie; BOR, Robert. 'I'm not picking up a heart-beat': Experiences of sonographers giving bad news to women during ultrasound scans. **British Journal of Medical Psychology**, v. 74, n. 2, p. 255-272, 2001.

SOBCZAK, Krzysztof. The "CONNECT" Protocol: Delivering bad news by phone or video call. **International Journal of General Medicine**, p. 3567-3572, 2022.

STADELMAIER, Nena; DUGUEY-CACHET, Odile. Relation médecin-patient au cours de l'annonce d'un cancer en radiologie. **Imagerie de la Femme**, v. 29, n. 1, p. 18-24, 2019.

STATKIEWICZ, M.A. Communications skills for the radiologic technologist. **Radiologic Technology**, v. 54, n. 6, p. 449-454, Jul./Aug. 1983. PMID: 6647825.

STUDER, Quint. **Results that last: hardwiring behaviors that will take your company to the top**. John Wiley & Sons, 2010.

TUNG, Eric L. et al. Implementation and impact of a comprehensive radiology report categorization system on communication of important results. **Journal of the American College of Radiology**, v. 18, n. 2, p. 248-256, Feb. 2021. doi: 10.1016/j.jacr.2020.07.026.

VICTORINO, Alessandra Begatti et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 1, p. 53-63, 2007.

VIJAN, Antariksh et al. Optimizing Patient Communication in Radiology. **RadioGraphics**, v. 43, n. 7, p. e230002, 2023. Acesso em: [22 de outubro de 2023].

Você pratica a escuta ativa? Método TI, 2019. Disponível em: <http://www.metodoti.com/2019/08/voce-pratica-a-escuta-ativa>. Acesso em: 24 Nov. 2022.

WACHTER, Robert M. Why diagnostic errors don't get any respect—and what can be done about them. **Health Affairs**, v. 29, n. 9, p. 1605-1610, 2010.

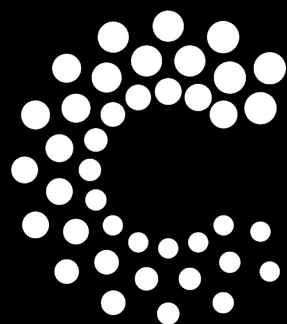
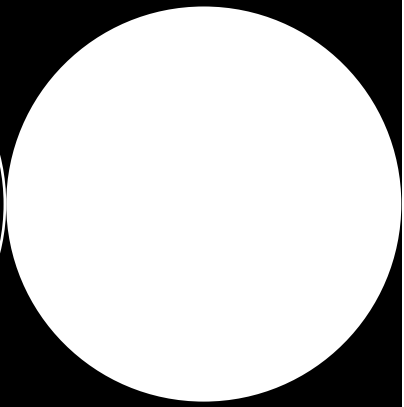
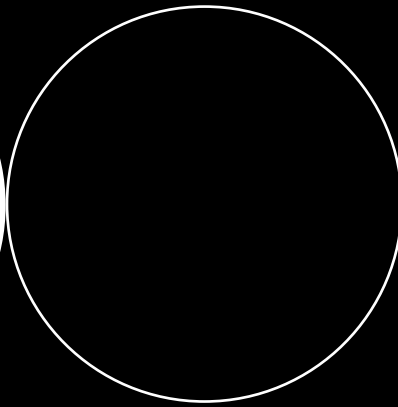
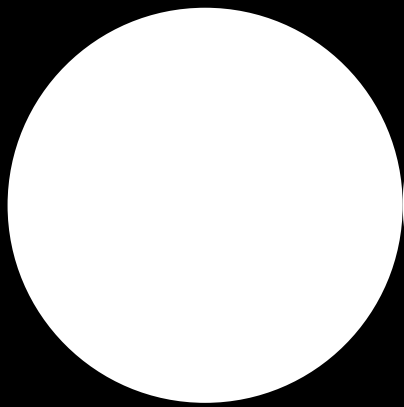
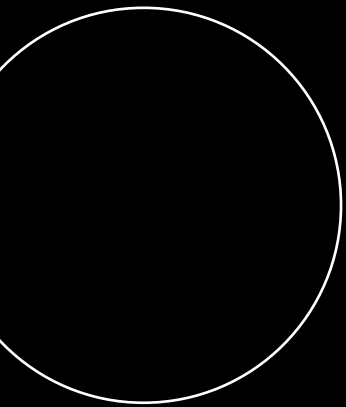
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2010**. World Health Organization, 2010.

WILDMAN-TOBRINER, Benjamin et al. Automated Structured Reporting for Thyroid Ultrasound: Effect on Reporting Errors and Efficiency. **Journal of the American College of Radiology**, v. 18, n. 2, p. 265-273, Feb. 2021. doi: 10.1016/j.jacr.2020.07.024.

YEO, Cheng Hong; GORDON, Robert; NUSEM, Iulian. Improving operating theatre communication between the orthopaedics surgeon and radiographer. **ANZ Journal of Surgery**, v. 84, n. 5, p. 316-319, May. 2014. doi: 10.1111/ans.12482. Epub 2013 Dec 2. PMID: 24299566.

ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi et al. A medicação prescrita na internação hospitalar: o conhecimento do cliente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 6, p. 634-636, Dez. 2003. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000600008>.

E-mail para contato: contato@valoremradiologia.com.br



cbr