



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

**DESAFIOS E FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA
PRÁTICA MÉDICA E CONTRIBUIÇÕES POTENCIAIS DA PSICOLOGIA**

ANNA THARYNE DE ALMEIDA NASCIMENTO

Seropédica, RJ
2024



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

**DESAFIOS E FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA
PRÁTICA MÉDICA E CONTRIBUIÇÕES POTENCIAIS DA PSICOLOGIA**

ANNA THARYNE DE ALMEIDA NASCIMENTO

Sob a Orientação da Professora

Dr^a. Lilian Maria Borges

Dissertação submetida como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre no Programa de
Pós-graduação em Psicologia, Área de
Concentração Psicologia.

Seropédica, RJ
Março de 2024

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

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

N244d Nascimento, Anna Tharyne de Almeida, 1992-
DESAFIOS E FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO DE MÁ
NOTÍCIAS NA PRÁTICA MÉDICA E CONTRIBUIÇÕES POTENCIAIS
DA PSICOLOGIA / Anna Tharyne de Almeida Nascimento. -
Paracambi, 2024.
79 f.

Orientadora: Lilian Maria Borges.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, 2024.

1. Comunicação de Más Notícias. 2. Serviço
Hospitalar. 3. Médicos. 4. Psicólogos. I. Borges,
Lilian Maria , 1971-, orient. II Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia III. Título.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

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

ANNA THARYNE DE ALMEIDA NASCIMENTO

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

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 28/03/2024

Documento assinado digitalmente
 LILIAN MARIA BORGES
Data: 28/03/2024 19:35:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Lilian Maria Borges. Profa. Dra. UFRRJ

Orientadora

Documento assinado digitalmente
 WANDERSON FERNANDES DE SOUZA
Data: 03/04/2024 16:17:11-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Wanderson Fernandes de Souza. Prof. Dr. UFRRJ

Documento assinado digitalmente
 FERNANDA MARTINS PEREIRA HILDEBRANDT
Data: 03/04/2024 12:39:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Fernanda Martins Pereira Hildebrandt. Profa. Dra. UERJ

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, ao meu noivo que esteve ao meu lado em todos os momentos, a todos que me incentivaram nessa trajetória, por fim, a todos profissionais que colaboraram com esse estudo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre me guiou e fortaleceu durante esse caminho.

Aos meus pais e família que me apoiarem em todos meus sonhos e projetos profissionais.

Ao meu noivo que foi o grande motivador e incentivador para o início dessa trajetória.
Obrigada pela paciência, carinho e compreensão.

Aos meus amigos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse projeto.

À Profª. Drª. Lilian Borges, orientadora dessa dissertação, pela disponibilidade, partilha de saberes, por todas as sugestões e contribuições que constituíram uma grande aprendizagem profissional e pessoal. Obrigada pela disponibilidade e por ter me recebido de uma maneira muito especial.

Aos membros da banca de qualificação que contribuíram com importantes sugestões, possibilitando o aperfeiçoamento desta dissertação.

Aos médicos, pela colaboração e por que participaram da pesquisa.

“A mensagem que o profissional de saúde deve estar atento para passar é a de que, por ser humano, é capaz de estar com, é capaz de entender o outro, de trocar o que tem de melhor em si para que o outro, por sua vez, possa fortalecer o que tem de melhor. É apenas isso que ele deve estar preocupado em ‘por em comum’, resgatando a origem da palavra comunicação”.

Maria Júlia Paes da Silva

RESUMO

NASCIMENTO, Anna Tharyne de Almeida. **Desafios e facilitadores da comunicação de más notícias na prática médica e contribuições potenciais da psicologia**. 2024. 79 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2024.

As habilidades comunicativas são essenciais para uma adequada interação dos médicos com usuários, familiares e outros membros da equipe multiprofissional. Nesse contexto, a comunicação de más notícias impõe desafios específicos, na medida em que tende a gerar ansiedade, temores e reflexões sobre a finitude e o sentido da vida. Este estudo descritivo teve como objetivo investigar os processos de comunicação de más notícias na prática médica, em âmbito hospitalar, conforme as percepções e vivências de médicos de diferentes especialidades. Para tanto, contou-se com a participação de 30 médicos atuantes em hospitais dos setores público e privado do estado do Rio de Janeiro, que foram convidados a responder, de modo online ou presencial, a um questionário autoadministrado. Os dados obtidos foram tratados por meio da análise estatística descritiva. Verificou-se que 56,6% dos médicos exerciam suas atividades profissionais no setor de Urgência e Emergência e que as más notícias mais comumente comunicadas eram óbitos de adultos, seguido de diagnóstico de doença grave ou temida e resultados desfavoráveis de exames médicos. Em sua maioria, os respondentes afirmaram não realizar discussões e planejamento em suas equipes de trabalho quanto ao processo de comunicar más notícias e não seguir protocolos com esta finalidade. As principais dificuldades apontadas como prejudiciais a este tipo de comunicação foram o pouco tempo disponível e aspectos relacionados ao paciente e familiares, sobretudo falta de informações prévias e reações emocionais negativas. As notícias consideradas mais desafiadoras foram informar o óbito de crianças ou adolescentes e o diagnóstico de uma doença grave ou temida. Dezenove médicos afirmaram se sentir razoavelmente preparados para o ato de comunicar notícias difíceis, mas 14 dos participantes disseram que fornecer estas notícias os afetava emocionalmente. Suas dificuldades principais no cumprimento dessa tarefa eram discutir questões de fim de vida e lidar com os próprios sentimentos de impotência. As estratégias avaliadas como facilitadoras nesse processo de comunicação foram ser empático e acolhedor e receber treinamento prévio. A maior parte dos médicos relataram já ter contado, de modo frequente ou escasso, com o apoio de psicólogo(a)s no contexto de comunicação de notícias temidas, sendo que 86,6% acreditavam que a colaboração destes profissionais deveria ocorrer posteriormente ao anúncio da informação. O estudo evidenciou a importância de se conhecer as dificuldades dos médicos frente às exigências e à complexidade da comunicação de más notícias para subsidiar cursos de capacitação profissional na área, de modo a amenizar os impactos negativos das informações que, embora indesejadas, são parte da rotina hospitalar.

Palavras-chave: Comunicação de Más Notícias. Serviço Hospitalar. Médicos. Psicólogos.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Anna Tharyne de Almeida. **Challenges and facilitators of communicating bad news in medical practice and potential contributions of psychology**. 2024. 79 p. Dissertation (Master's in Psychology). Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2024

Communicative skills are essential for proper interaction between physicians, users, family members, and other members of the multidisciplinary team. In this context, delivering bad news poses specific challenges as it tends to generate anxiety, fears, and reflections on the finitude and meaning of life. This descriptive study aimed to investigate the processes of delivering bad news in medical practice within the hospital setting, according to the perceptions and experiences of physicians from different specialties. To this end, 30 physicians practicing in public and private hospitals in the state of Rio de Janeiro participated, responding to a self-administered questionnaire either online or in person. The data obtained were treated using descriptive statistical analysis. It was found that 56.6% of physicians practiced in the Emergency Department, and the most commonly communicated bad news by the participants were adult deaths, followed by diagnoses of serious or feared diseases and unfavorable medical test results. Most respondents stated that they did not discuss or plan the process of delivering bad news within their work teams and did not follow protocols for this purpose. The main difficulties reported as hindering this type of communication were limited time availability and aspects related to patients and family members, especially lack of prior information and negative emotional reactions. The news considered most challenging were informing about the death of children or adolescents and diagnosing a serious or feared illness. Nineteen physicians claimed to feel reasonably prepared for delivering difficult news, but 14 participants said that providing such news emotionally affected them. Their main difficulties in performing this task were discussing end-of-life issues and dealing with their own feelings of helplessness. Strategies evaluated as facilitating this communication process were being empathetic and supportive and receiving prior training. Most physicians reported having frequent or limited support from psychologists in the context of delivering feared news, with 86.6% believing that the collaboration of these professionals should occur after the announcement of the information, offering support. The study highlighted the importance of understanding physicians' difficulties in delivering bad news to support professional training courses in the field, aiming to mitigate the negative impacts of unwanted information that are nevertheless part of hospital routine.

Keywords: Breaking Bad News. Hospital Service. Doctors. Psychologist.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Dados sociodemográficos e profissionais dos participantes	38
TABELA 2 - Dados da atuação profissional dos participantes	40
TABELA 3 - Frequência e tipos de más notícias comunicadas pelos participantes	42
TABELA 4 - Estratégias usadas na comunicação de más notícias pelos participantes	44
TABELA 5 - Capacitação dos participantes para comunicar más notícias	46
TABELA 6 - Notícias consideradas mais desafiadoras pelos participantes	47
TABELA 7 – Dificuldades apontadas pelos participantes na comunicação de más notícias	51
TABELA 8 - Facilitadores da comunicação de más notícias segundo os participantes.	52
TABELA 9 – Colaboração de psicólogos no processo de comunicação de más notícias segundo a percepção dos participantes	54

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Estrutura do protocolo SPIKES	23
QUADRO 2 - Suporte Psicologia	52
QUADRO 3 - Colaboração de psicólogos na comunicação de más notícias conforme relato dos participantes.	54

LISTA DE ABREVIATURAS

SPIKES - Setting up Perception Invitation Knowledge Emotions Strategy and Summary

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SPPS - Statistical Package for The Social Sciences

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1 A comunicação e sua importância em contextos de saúde e doença	18
1.2 A comunicação de más notícias: aspectos conceituais e práticos	21
1.3 Desafios da comunicação de más notícias na formação e práticas médicas	26
1.4 Contribuições da psicologia e de psicólogos na comunicação de más notícias	30
CAPÍTULO II - MÉTODOS	33
2.1 Participantes	33
2.2 Instrumento	34
2.3 Procedimentos de Coleta de Dados	34
2.4 Análise de Dados	35
CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
3.1 Perfil dos participantes	37
3.2 Contextos de atuação	39
3.3 Práticas de comunicação de más notícias	41
3.4 Capacitação para a comunicação de más notícias	45
3.5 Principais desafios frente à comunicação de más notícias	46
3.6 Fatores que favorecem a comunicação de más notícias	51
3.7 Colaboração de psicólogos na comunicação de más notícias	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICE 1	73
APÊNDICE 2	79

INTRODUÇÃO

A comunicação favorece a interação humana nos mais diferentes contextos mediante um processo dinâmico, interativo e aberto. Por ela, ocorrem trocas de informações entre as pessoas envolvidas, bem como expressão de sentimentos, emoções e afetos, dando lugar não só a transmissão de mensagens, como também a experiências de socialização e a formação de vínculos (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Na área da saúde, a competência profissional abarca o desenvolvimento de habilidades comunicativas nas diferentes especialidades, como a utilização de linguagem clara e compreensível na interação com usuários, familiares e outros membros da equipe multiprofissional. De fato, um processo adequado de comunicação é indispensável para uma assistência humanizada em saúde, visto que os pacientes, bem como suas famílias, têm direito a serem devidamente informados e orientados quanto a, por exemplo, o diagnóstico, o prognóstico e as prescrições e recomendações necessárias à cura ou ao controle do seu quadro clínico (CARNEIRO, 2017). É atribuição dos profissionais esclarecê-los a respeito, de modo a favorecer um grau elevado de adesão aos tratamentos e de satisfação com o atendimento recebido (CRUZ; RIERA, 2016).

Porém, por vezes, a interação entre profissional e paciente/familiar acontece com base em um modelo informacional unilateral, simples e focado apenas na condição biológica do sujeito. Esse padrão desvaloriza as questões cognitivas, emocionais, políticas, econômicas e culturais envolvidas (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). É recomendável que a comunicação, no entanto, não se resuma a um processo em que o profissional se limita à transmissão de notícias, pois requer ainda o estabelecimento de uma relação interpessoal satisfatória, que se forma a partir do conteúdo que se transmite e da observação de como isso repercute em quem recebe a notícia. Nesse processo, busca-se estimular o relato espontâneo do paciente sob cuidados, assegurando-lhe privacidade e conforto (RODRIGUEZ, 2014).

Manter uma comunicação eficaz, por conseguinte, constitui um desafio constante no trabalho em instituições hospitalares (RODRIGUEZ, 2014), haja vista que a doença e a internação colocam os pacientes de frente com um mundo desconhecido e usualmente ameaçador, que produz uma infinidade de aspectos psicológicos, como insegurança, medo e

ansiedade (SIMONETTI, 2004). Nesse cenário, compete aos profissionais de saúde auxiliar o paciente a recuperar sua segurança pessoal em meio a elementos potencialmente estressantes que se dão ao longo do adoecimento e da vivência de seus tratamentos (PEREIRA, 2008).

No caso da comunicação de más notícias, é preciso considerar que esta contém elementos que tendem a gerar ansiedade, temores sobre a morte e o morrer e reflexões sobre o sentido da vida (CAVALCANTE, 2017). Alcançar uma definição que abarque todas as nuances da má notícia é uma atribuição complexa para aqueles que pesquisam sobre comunicação na área da saúde. Buckman (1992), um dos pioneiros na área, reconhece a notícia difícil como uma informação que envolve uma mudança negativa na vida da pessoa e na sua expectativa sobre o futuro. Inclui, por exemplo, o diagnóstico de uma doença temida, a indicação de um tratamento indesejável, resultados de exames inesperados e um prognóstico reservado.

O modo com que uma má notícia é anunciada pode influenciar o entendimento do paciente sobre seu conteúdo e aumentar ou reduzir seu impacto emocional. Portanto, esse anúncio deve ser pensado em função de inúmeros cenários existentes, tais como a rede de apoio disponível, as possibilidades clínicas do caso, o contexto de cuidado requerido, a adequação de estratégias e recursos de enfrentamento presentes, além de estruturas subjetivas que, na maioria das vezes, não podem ser avaliadas, mas sim compreendidas de forma dinâmica (CALSAVARA, 2019).

De modo geral, o processo de comunicação em saúde necessita estar direcionado ao desenvolvimento de uma conduta eficaz e humanizada, colaborando para diminuir incertezas e medos dos usuários (GONÇALVES, 2013). Nesse sentido, uma das competências do profissional é viabilizar uma mensagem objetiva, correta, compreensível e individualizada, assegurando acesso à informação de modo condizente com as demandas, necessidades e características de cada paciente e família. Todavia, estudos mostram que a comunicação de más notícias costuma ser geradora de conflitos e dificuldades na equipe de saúde, referentes, por exemplo, a saber o que dizer, onde, como e com quem (BORGES et al., 2012; DINIZ et al., 2018; SOUZA et al., 2018). Mesmo para profissionais experientes, o ato de comunicar fatos indesejáveis, principalmente o óbito, pode se mostrar uma tarefa difícil e desafiadora (ALELWANI; AHMED, 2014).

É de entendimento comum que o ato de comunicar notícias dessa natureza compete primeiramente aos médicos. Esta tende a ser uma responsabilidade complexa para a categoria no contexto hospitalar, visto que os profissionais, além de lidarem constantemente com

sentimentos e emoções negativas dos seus pacientes, ainda ficam perante suas próprias respostas emocionais, como possível frustração e sentimento de culpa, incapacidade ou impotência (PEROSA, 2014; TRAIBER; LAGO, 2012).

De fato, mesmo com o avanço nas discussões e orientações sobre comunicação em saúde ao longo dos últimos anos, uma parcela significativa de médicos ainda se sente despreparada para lidar com situações que exigem comunicações mais desafiadoras, em torno de notícias altamente indesejadas (ALELWANI; AHMED, 2014). A formação médica nem sempre os sensibiliza e capacita para uma comunicação mais humanizada com pacientes e familiares, em geral fragilizados. Essa situação comumente evidencia suas dificuldades para realizar a comunicação, o que pode, inclusive, vir a prejudicar o tratamento do paciente na medida em que pode acentuar intensas emoções e comprometer sua capacidade de processar e compreender as informações (BARAN; SANDERS, 2019).

Destaca-se, portanto, a importância desses profissionais estarem preparados para tomada de decisões e seleção de informações a partir de uma formação para a prática clínica respaldada na ética e na valorização de subjetividades (NUNES, 2016). Para tanto, têm sido desenvolvidos programas de treinamento para melhoria nos processos de comunicação de más notícias a fim de que ocorra maior clareza e assertividade na comunicação por parte dos médicos e outros profissionais de saúde. A demanda pelo desenvolvimento de habilidades interpessoais está na origem destes programas de educação continuada na área e da proposição de ferramentas de comunicação (MONTEIRO; QUINTANA, 2016).

Nesse sentido, têm sido divulgados protocolos que orientam a comunicação de más notícias, como o P.A.C.I.E.N.T.E (PEREIRA, 2010) e o SPIKES. Este último foi desenvolvido por Robert Buckman, em 1992, com o objetivo de sistematizar e facilitar a ação do profissional que realiza essa tarefa complexa, no esforço por reduzir a angústia e o medo por parte de todos os envolvidos (CHEHUEN, 2013). Alguns médicos adaptam ou seguem à risca estes protocolos já difundidos na área, enquanto outros possuem seus próprios protocolos, muitos deles preparados com base em suas experiências clínicas (MONTEIRO; QUINTANA, 2016).

É preciso considerar que o processo de comunicação é beneficiado quando o trabalho é realizado de forma interdisciplinar, haja vista que cada campo de atuação ou especialidade pode oferecer uma visão peculiar, o que tende a favorecer a condução e resolução de possíveis dificuldades (BORGES et al., 2012). Nessa direção, destaca-se o potencial de contribuição dos psicólogos na equipe multiprofissional.

Vale esclarecer que o psicólogo hospitalar, além de atuar no atendimento direto a pacientes/familiares com vistas a contribuir para minimizar o sofrimento psíquico associado ao adoecer e à hospitalização, também oferece apoio técnico a outros membros da equipe de saúde para auxiliá-los na compreensão das repercussões emocionais a serem manejadas e, assim, favorecer o ajustamento da pessoa à situação de adoecimento (ALMEIDA, 2015; ANGERAMI CAMON et al., 1994).

De tal modo, no processo de comunicação de más notícias, o psicólogo pode ter um papel ativo junto ao paciente, à família e à equipe de saúde. Não para se encarregar de conceder as informações que são decorrentes de responsabilidades técnicas de outros profissionais e que estes, muitas vezes, até gostariam de evitar ou simplificar. Mas sim para realizar o acompanhamento dos pacientes e familiares antes, durante e/ou após o recebimento da má notícia, fazendo o acolhimento devido e reforçando os esclarecimentos necessários, além de observar qual o momento mais favorável para o médico realizar tal intervenção, considerando as particularidades de cada caso (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011). A atuação do psicólogo pode também auxiliar a ação do médico na medida em que sensibiliza a equipe para os aspectos psicossociais que prejudicam a comunicação com o paciente ou sua família, de modo a favorecer o comprometimento e estimular uma postura de acolhimento (ROMANO, 1999).

Dada a importância do modo como más notícias são anunciadas e os efeitos que elas produzem, é importante que se conheça quais são as dificuldades dos médicos frente às exigências e à complexidade de tarefas como comunicação de diagnóstico de doenças graves, de prognósticos desfavoráveis e de óbitos. Ademais, é preciso entender como estes profissionais consideram que os psicólogos podem estar efetivamente atuando nesse contexto mediante o trabalho conjunto com os demais membros da equipe multiprofissional. Então, a pesquisa aqui proposta parte das seguintes questões: Na percepção de médicos, quais as principais dificuldades vivenciadas por eles na comunicação de más notícias a pacientes e familiares na rotina hospitalar? Como os médicos avaliam a colaboração de psicólogos para embasamento e manejo desse tipo de comunicação?

Objetivos

Diante do cenário exposto, o objetivo geral desta pesquisa foi o de investigar os processos de comunicação de más notícias em âmbito hospitalar conforme as percepções e vivências de médicos de diferentes especialidades. De modo mais específico, objetivou-se

com a pesquisa: levantar práticas de comunicação de más notícias conforme as experiências dos médicos participantes; identificar os principais desafios vivenciados pelos médicos frente à necessidade de comunicar más notícias em seus atendimentos, além dos principais fatores que acreditam ajudá-los no desempenho desta tarefa; verificar como estes profissionais avaliam seus conhecimentos, habilidades e reações emocionais para lidarem com situações em que precisam transmitir notícias indesejadas; verificar o auxílio que os profissionais esperam ter do serviço de psicologia quando precisam comunicar más notícias no contexto hospitalar; e verificar se e como estes profissionais têm buscado respaldo na psicologia e/ou obtido apoio de psicólogos em situações relacionadas à comunicação de más notícias.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta dissertação foi elaborado com o propósito de apresentar um panorama teórico-conceitual da comunicação de más notícias e apontar seus desdobramentos na área da saúde. São destacadas a importância do ato de comunicar para a interação humana e as dificuldades de comunicação que comumente ocorrem no âmbito hospitalar e prejudicam a inter-relação entre profissionais, pacientes e família. A comunicação é descrita como ferramenta primordial para resultados clínicos, posto que abrange questões biopsicossociais e a necessidade de um cuidado integral. Por fim, são abordadas as contribuições potenciais dos profissionais de psicologia junto às equipes de saúde no processo de comunicar más notícias.

1.1 A comunicação e sua importância em contextos de saúde e doença

A comunicação é uma prática primordial da experiência humana e essencial na vida das pessoas, independentemente do seu contexto sociocultural. O ato de comunicar possibilita ao indivíduo compartilhar experiências, conceitos, opiniões e sentimentos (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Mediante as trocas comunicativas, perspectivas podem ser “alteradas” e concepções sobre a vida podem ser ressignificadas (AZEVEDO, 2018). Por conseguinte, nenhum grupo social se mantém sem essa ferramenta relacional, que afeta o comportamento de todas as pessoas envolvidas (MARTINO, 2017). Todavia, é preciso considerar que a comunicação é influenciada por diferentes culturas, conhecimentos e entendimentos, o que requer um olhar flexível para esse processo de reciprocidade entre os seres humanos.

Etimologicamente a palavra comunicação tem origem nos termos em latim “*communicatio*” e “*communicare*”, cujos significados remetem ao ato de partilhar, dividir e distribuir. Além do ser humano expor ideias, pensamentos e atitudes, demonstrar sentimentos e transmitir informações através da linguagem verbal (oral e escrita), a comunicação abrange componentes não verbais, como expressões faciais, gestos, posturas e olhares. Inclusive o silêncio pode ser considerado como uma forma de comunicação (RODRIGUES, 2010).

Entretanto, o diálogo entre duas ou mais pessoas pode ser atravessado por barreiras e por ambivalências, sobretudo quando a tentativa de se comunicar ocorre entre indivíduos que

detêm expectativas, perspectivas e valores distintos (FORTES; MENDES, 2013). Nesses casos, o processo pode se constituir um campo de conflitos interpessoais. Para se tornar eficaz, é necessário que as trocas interpessoais contemplem aspectos motivacionais e proporcionem expressão emocional e afetiva, de modo a gerar informações suficientes para a tomada de decisão e ajudar na regulação do comportamento (MARTINO, 2017).

Nos últimos anos, profissionais e pesquisadores têm abordado a maneira com que os profissionais de saúde se comunicam com pacientes e seus familiares, além de verificar como esse modo de interação pode atuar de forma a favorecer o alcance de resultados desejados (SHOENTHALER, 2014). Uma boa comunicação é vista como ferramenta primordial no desenvolvimento de um plano terapêutico, com potencial para favorecer a adesão do paciente aos tratamentos e melhorar sua qualidade de vida, pois assegura a autonomia e estabelece uma relação de confiança entre paciente, família e profissionais (VOGEL et al., 2019).

No entanto, são comuns as dificuldades de comunicação no âmbito da interação entre profissionais de saúde e pacientes (HEBERT, 2009). É preciso ter em vista que comunicar não envolve apenas compartilhar informações técnicas, mas implica também em encontrar uma maneira de interagir que esteja de acordo com o contexto presente e considere, como inseparáveis do processo, as vivências, os significados e os sentidos produzidos (STELET, 2017).

A comunicação em saúde constitui uma prática social que abrange múltiplas dimensões, incluindo aspectos psicossociais, afetivos, cognitivos, contextuais, religiosos, políticos e legais (AFONSO; MINAYO, 2013). Parte-se, portanto, do princípio de que a comunicação é um fenômeno complexo e heterogêneo, que requer a análise dos elementos e situações que atravessam as interações para que se possa compreender a multiplicidade dos fatores implicados nesse processo (SERRA, 2007). Assim, tendo em vista que os modos de agir e pensar se estabelecem conforme o meio sociocultural, Uchôa e Vidal (1994) defendem ser necessário entendê-lo para uma maior efetividade das intervenções em saúde.

As estratégias comunicativas visam fomentar relações interpessoais de alta qualidade no cotidiano das instituições de saúde, tanto por ocasião da realização de entrevistas e exames quanto do planejamento da assistência e da comunicação de más notícias (FORTES, 2013). Campos (2017) ressalta que a comunicação, na medida em que possibilita a expressão das inquietações do paciente, favorece um trabalho terapêutico humanizado, aproximando o paciente dos profissionais e cuidadores familiares de forma que ele consiga compreender a experiência vivida com base na sua condição de saúde.

Neste processo, é importante atentar para as reações emocionais e comportamentais do paciente, levando em conta o momento específico do seu adoecimento e a possível necessidade de cuidados contínuos e de internação hospitalar, que tende a introduzi-lo em uma realidade geradora de insegurança e de medo do desconhecido e da morte (PEREIRA, 2008; RAMOS, 2017). Ou seja, partindo da visão do paciente como um ser biopsicossocial, espera-se que os profissionais de saúde ofereçam um cuidado integral e um atendimento humanizado, que leve em conta sua individualidade e os aspectos emocionais atrelados ao adoecimento (NUNES SANTOS et al., 2011).

A relação clínica, quando ancorada em uma comunicação adequada, torna-se favorável ao compartilhamento de diagnósticos e prognósticos e ao entendimento de conceitos terapêuticos e bioéticos, o que contribui para expandir a confiança e melhorar a interação entre as pessoas envolvidas (RUIZ MORAL, 2003). Por esse motivo, o treino em comunicação torna-se necessário nos cuidados à saúde, visto que viabiliza o diálogo, a escuta ativa e promove mudanças comportamentais desejadas no processo de cuidado (AZEVEDO, 2018).

Sob essa ótica, sabe-se que a forma com que uma informação é oferecida ao paciente e a sua família tem tanta ou mais relevância do que o seu conteúdo em si. Em geral, a maneira como a notícia é divulgada afeta, de modo significativo, às lembranças que o indivíduo carregará pelo resto da sua vida (BUCKMAN, 1996). As inadequações na entrega da notícia impossibilita uma compreensão clara e pode levar a problemas de adesão às prescrições e orientações da equipe de saúde, comprometendo a segurança e a qualidade do tratamento. Por outro lado, a forma correta de divulgar uma notícia diminui as incertezas e colabora para aceitação da doença ou tratamento pelo paciente (BUCKMAN, 1992).

1.2 A comunicação de más notícias: aspectos conceituais e práticos

A comunicação de más notícias, no campo da saúde, tornou-se um tema de maior interesse no início da década de 1990, quando Robert Buckman, um médico britânico, destacou a relevância de se aprofundar os conhecimentos e discutir sobre o modo de entregar informações aos pacientes com vistas a incentivá-los e auxiliá-los no processo terapêutico (BUCKMAN, 1992). O Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2010, p. 150) apresenta o conceito da má notícia como “[...] *qualquer elemento da realidade externa que provoca a consciência dessa realidade e de sua característica autônoma em relação aos desejos do emissor e do receptor da notícia*”. O termo se refere a toda informação capaz de modificar de

forma extrema a perspectiva do paciente no que diz respeito ao seu futuro. Sob essa ótica, seu conteúdo e contexto estão, em geral, associados à morte, doenças e a perdas cognitivas e funcionais. Dar más notícias, engloba, por exemplo, conceder o diagnóstico de doenças que afetam a qualidade de vida, sobretudo aquelas que ameaçam a vida, estando ou não em estágio terminal.

Ainda nos dias atuais, embora menos comumente que em décadas passadas, muitas pessoas acreditam que ocultar informações do paciente é um modo de proteger seu estado emocional e evitar piora do seu quadro clínico. Isto leva, muitas vezes, a um pacto ou conspiração do silêncio por parte de familiares, amigos e profissionais, entendido como um acordo - implícito ou explícito - de alterar a informação, ocultando o diagnóstico ou a gravidade da situação (RODRIGUEZ, 2014). No entanto, como já dito, os efeitos de uma notícia dessa natureza dependem mais da forma como ela é transmitida do que necessariamente do seu conteúdo e, portanto, sua adequada comunicação precisa ser considerada, principalmente tendo em vista o direito das pessoas de terem acesso a informações sobre tudo o que lhes dizem respeito (BUCKMAN, 1996).

A revelação de informações de maneira cautelosa, interativa e empática facilita o diálogo entre médicos e pacientes/familiares, aumenta a confiança no profissional e ajuda a estabelecer o vínculo terapêutico (BITTNER et al., 2016; REISER, 1980). A comunicação empática, ao se atentar para a situação e sentimentos na perspectiva das pessoas envolvidas, relaciona-se *“a uma melhor satisfação e adesão do paciente, diminuição da ansiedade, melhores histórias clínicas, o que têm um impacto direto nos diagnósticos e melhor capacidade de coping em relação à sua situação”* (MAGALHÃES, 2019, p. 21). De modo geral, acredita-se que um maior nível de compreensão e aceitação do paciente acerca de seu adoecimento (diagnóstico e prognóstico) e dos tratamentos e cuidados possíveis impactam positivamente na sua saúde mental e qualidade de vida (RUMPOLD, 2019).

Segundo Bastos et al. (2016, p. 264), ao dar más notícias, é indispensável que o profissional estabeleça um vínculo de confiança e esclareça todas as dúvidas da(s) pessoa(s) presente(s), sem desprezar a realidade que o paciente esteja vivenciando, além de assegurar que as informações sejam bem compreendidas. Outra questão importante é identificar o que os pacientes necessitam. Um estudo francês constatou que os pacientes que receberam más notícias avaliaram que a aceitabilidade do processo esteve associada à qualidade da informação (compreensão, personalização e integridade) e a manifestação de apoio emocional (SASTRE et al., 2011). Lane (2016), em uma pesquisa britânica, verificou que os

pacientes demonstravam maior insatisfação com os médicos que eram vistos como antipáticos e pessimistas, ao passo que a maioria deles relataram que gostariam de realizar um papel mais ativo e participativo na tomada de decisões.

Segundo Becze (2010), não existe um padrão para se comunicar más notícias, mas sim estratégias para uma comunicação eficaz e adequada, que tenha por base o respeito à individualidade de cada pessoa e o esforço de adaptação da atuação profissional ao caso em questão. Ademais, é imprescindível que o profissional tenha empatia e perspicácia para responder todos os questionamentos sem banalizar a situação e sem retirar a esperança.

O protocolo SPIKES representa uma iniciativa para oferecer estratégias favorecedoras de uma comunicação adequada e eficiente, tendo sido elaborado em 1992 por Robert Buckman, com a finalidade de orientar a ação dos médicos durante a comunicação de más notícias (BURLÁ; PY, 2009). A descrição de tal protocolo será priorizada neste trabalho, tendo em vista ser o mais amplamente divulgado e utilizado. Vale esclarecer que não se trata de um roteiro, mas sim de uma estratégia que destaca os momentos principais de uma entrevista centrada em notícias difíceis, assim como oferece recomendações técnicas para analisar cada situação.

O SPIKES compreende seis etapas ou passos, como mostra o Quadro 1: estudo do caso e preparação do médico e do espaço físico (*Setting Up*); análise da consciência do paciente, quando é avaliado o grau de informação desejada por ele (*Perception*); proposição de um diálogo com o paciente (*Invitation*); divulgação da notícia em sentido particular (*Knowledge*); observação da maneira com que o paciente reage emocionalmente e abordagem empática (*Emotions*) e apresentação de tratamentos e planejamento de estratégias de cuidado com o paciente/família (*Strategy and Summary*) (LINO et al., 2011).

A proposta deste protocolo abrange quatro objetivos fundamentais: (A) constatar o que o paciente sabe sobre seu estado clínico e analisar suas expectativas com vistas a prepará-lo para o que vai ouvir; (B) proporcionar informações compreensíveis ao paciente, levando em consideração seus desejos e necessidades; (C) disponibilizar apoio por meio de mecanismos que amenizem o abalo emocional e (D) formular um plano de tratamento que envolva ativamente o paciente. Todos esses objetivos são alcançados através da aplicação das seis etapas já mencionadas, que se relacionam a habilidades específicas. Entretanto é importante destacar que nem todos os contextos de comunicação irão demandar o uso de todas as etapas do protocolo (BAILE et al., 2000).

Quadro 1 – Estrutura do protocolo SPIKES

	ETAPAS	DESCRIÇÃO
S	Setting Up	Preparando-se para o encontro
P	Perception (Percepções)	Percebendo o paciente
I	Invitation (Convite)	Convidando para o diálogo
K	Knowledge (Conhecimento)	Transmitindo informações
E	Emotions (Emoção)	Expressand emoções
S	Strategy and Summary	Resumindo e organizando estratégias

Fonte: Lino et. al., 2011

A etapa da ambientação (*Setting up*) representa uma forma de iniciar a comunicação por meio do ensaio mental. Consiste em verificar o plano de divulgação da notícia ao paciente e a preparação do médico para esclarecer as dúvidas que possam ser levantadas e responder às possíveis reações emocionais. É importante que o ambiente possibilite preservar a privacidade e a segurança do paciente e que seja permitido a este incluir, no processo de comunicação, uma ou duas pessoas que julgue importante naquele momento (GESSER et al., 2021).

Na etapa seguinte, da Percepção (P – *Perception*), importa que seja praticado o princípio “*antes de contar, pergunte*”. Ou seja, antes de iniciar a comunicação de notícias difíceis, o médico é orientado a averiguar o quanto o paciente está ciente do seu estado clínico mediante perguntas abertas como: “*quais informações você tem sobre seu estado clínico?*” e “*você sabe o motivo da solicitação dos exames realizados?*”. Desta maneira, será mais provável identificar discrepâncias entre realidade e expectativas e, baseado nesses dados, adaptar a informação e corrigir possíveis desinformações ou crenças irrealistas, de modo a que o anúncio da notícia seja feito da maneira mais clara e honesta possível.

A terceira etapa implica em um convite à participação (I – *Invitation*), quando o profissional oferece ao paciente a possibilidade de obter informações acerca do seu estado clínico. Em grande parte das vezes, os pacientes manifestam o desejo de saber de todas as informações relacionadas a ele, porém nem sempre isso ocorre. Pacientes e familiares possuem o direito de escolha sobre o quanto saber da situação médica, sendo que essa opção

deve ser sempre considerada e respeitada pelo profissional. No caso do paciente ou familiar optar por não conhecer informações detalhadas, o ideal é que o médico tente perceber os motivos que justifiquem esse posicionamento, se é devido a convicções culturais, religiosas ou outras experiências. Ademais é papel do médico colocar-se à disposição para esclarecimentos futuros.

Na sequência, o profissional é orientado a se voltar para a produção do Conhecimento (K - *Knowledge*). Portanto, é nesta etapa que é dado início diretamente à comunicação da má notícia. Sugere-se que o assunto seja introduzido aos poucos, averiguando regularmente o entendimento do receptor, pois isso facilita o processamento da informação e a diminuição dos impactos emocionais. Nessa circunstância, é estimulado o uso de uma linguagem clara e precisa ao invés de uma linguagem técnica e científica para que o receptor entenda claramente a notícia. O comportamento apresentado pelo profissional necessita ser neutro, com contato visual e menor demonstração possível de ansiedade.

A quinta etapa focaliza as Emoções (E - *Emotions*). Os receptores da notícia podem apresentar respostas emocionais e comportamentais variadas, como silêncio, perplexidade, negação, choro, raiva, descrença, medo, ansiedade ou culpa. Nesse sentido, a conduta do profissional deve ser reconfortante e de acolhimento. Uma resposta empática é necessária e tem como finalidade potencializar uma conduta afetiva, que envolve uma relação colaborativa, em que o médico cria espaço para esclarecimento de dúvidas e oferece suporte emocional ao ouvinte.

Na última etapa prevista, nomeada de Estratégia e Resumo (S - *Strategy and summary*), importa construir um plano acerca do futuro do paciente, incluindo as próximas decisões e compromissos de ambas as partes. Para minimizar preocupações, o profissional examina o grau de compreensão do receptor a respeito de tudo que foi discutido e busca entender seu contexto sociocultural (por ex., se é casado, tem filhos, vive sozinho, atividade laboral). Compartilhar as responsabilidades tende a reduzir sentimentos de insucesso que o médico possa sentir e também a tendência do paciente em culpabilizar o profissional se o tratamento não for bem-sucedido. Em casos de cuidados paliativos, o médico continuará deixando clara a condição que o paciente se encontra, proporcionando escuta, acolhimento e manejo situacional de forma empática.

Lino et al. (2011) realizou uma pesquisa qualitativa em que 38 universitários do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará julgaram o protocolo SPIKES. A

maioria dos estudantes avaliou o modelo de forma positiva, como “prático”; “de fácil aplicação”; “de abordagem humanista”; e com “etapas bem desenvolvidas”.

Um outro instrumento proposto para auxiliar a prática e direcionar a comunicação de más notícias de modo adaptado à realidade médica brasileira é o protocolo P.A.C.I.E.N.T.E, que foi elaborado por Pereira (2010), tendo por base o protocolo SPIKES (PEREIRA; CALÔNEGO; BARROS, 2017). Ambos foram construídos com uma estrutura em etapas, possuindo muitas semelhanças. São fundamentados na demanda básica de sistematizar a comunicação de más notícias (CALSAVARA et al., 2019). De modo geral, as técnicas estão estruturadas nas informações que o paciente sabe e quer saber, no oferecimento de informações claras e compreensíveis, na observação da reação à notícia e na verificação do real entendimento da pessoa sobre a notícia recebida (SOUSA, 2017).

Os protocolos são criados como uma ferramenta para orientar os profissionais em situações especiais do cuidado, ajudando-os a prever condutas e aperfeiçoar a assistência, uma vez que sua elaboração se fundamenta em ações produzidas a partir dos princípios da prática e do desenvolvimento de pesquisas, estando respaldada em evidências. Nessa direção, protocolos como o SPIKES têm alcançado notoriedade em um campo de formação profissional defasado, suprimindo um pouco da escassez de treinamento quanto a habilidade de comunicar notícias difíceis (BAILE et al., 2000).

1.3 Desafios da comunicação de más notícias na formação e práticas médicas

É compreensível que a experiência de dar ou receber uma notícia temida ou não desejada seja uma circunstância que pode acarretar limitações à interação humana (LANGEWITZ, 2017). Na comunicação de más notícias, sempre haverá ao menos dois lados. Assim, na relação entre médicos e pacientes, devem ser consideradas tanto as perspectivas do emissor quanto as do receptor. Esse momento para o paciente costuma ser angustiante e este pode ter sua capacidade de raciocínio afetada e suas habilidades de comunicação inibidas frente a suas fragilidades, que podem se refletir em dificuldades para se expressar por meio de palavras e de entender as orientações transmitidas pelo médico. Para o médico, uma formação ancorada no paradigma biomédico pode comprometer uma comunicação acessível, trazendo dificuldades em modificar falas técnicas que paciente e familiares não conseguem compreender. Sendo assim, o maior desafio é transformar verdades difíceis em informações compreensíveis para todos (LUCCHESI; LEDUR, 2008)

No caso dos profissionais de saúde, transmitir más notícias a pacientes e familiares costuma ser visto como extremamente desafiador, seja pela necessidade de lidar com as próprias emoções e as de outros ou pelo conhecimento insuficiente sobre o melhor modo de efetuar tal tarefa. Ao não saberem como lidar com o sofrimento e reações emocionais do paciente e familiares, podem cometer o erro de gerar falsas esperanças, afetando assim a relação médico-paciente (INCA, 2010).

Desse modo, o momento da comunicação de más notícias está entre as situações avaliadas como mais estressantes pelos médicos. Comumente, são observadas dificuldades quanto à preservação da esperança e do otimismo do paciente; pessimismo diante das expectativas do paciente; receio de reações inesperadas; e sentimento de culpa ou fracasso (HERRERA, 2014). Deve-se levar em consideração que tais dificuldades podem estar relacionadas não somente a déficits na formação, mas também a obstáculos pessoais do profissional, refletindo na forma com que conduzirá a situação (ALELWANI; AHMED, 2014).

Monteiro e Quintana (2016) constataram diversas formas de realizar a comunicação de más notícias por médicos, porém estas estratégias individualizadas para lidar com tal compromisso estavam atravessadas por desconforto, ansiedade e nervosismos, além de estarem fundamentadas em experiências pessoais e no senso comum, visto que os médicos participantes não tiveram, em suas formações acadêmicas, orientações ou treinamentos para conduzirem processos desse tipo.

Um estudo realizado por Diniz et al. (2018), em Aracaju - SE, mostrou que 31% dos 97 médicos participantes apresentavam dificuldades em conversar sobre o começo dos cuidados paliativos, ao passo que para 43% ser sincero sem desfazer as esperanças era o mais desgastante ao abordarem más notícias. 61,2% deles não se sentiam confortáveis ao encarar as emoções dos pacientes. Mesmo assim, 62,2% não tinham tido treinamento específico para lidar com essas situações.

Em outro estudo, cujos dados foram coletados por Borges et al. (2012), no Hospital Universitário de Brasília, foi possível verificar que o anúncio de más notícias era feito de forma solitária pelos médicos, colocando-os em situação de vulnerabilidade ao assumirem a responsabilidade do anúncio sem ter uma formação apropriada. Os entrevistados se mostraram cientes das limitações enfrentadas em suas práticas e consideraram que as maiores dificuldades para uma comunicação eficiente residem na falta de diálogo com a equipe e em falha na formação profissional associada a obstáculos individuais e organizacionais.

Em pesquisa embasada na antropologia interpretativa e médica, realizada em um dos maiores hospitais públicos de emergência da América Latina, Souza et al. (2018) observaram que o momento da comunicação era realizado sem conversas prévias, com dificuldades em saber quem era a pessoa responsável da família e com informações insuficientes sobre o paciente. Os profissionais afirmaram que o contato com o familiar se dava de maneira breve, superficial, impessoal e confusa, haja vista a necessidade de conciliar o cuidado com a família e as exigências da dinâmica hospitalar (SOUZA et al., 2018).

Em outra pesquisa realizada no Centro Hospitalar Universitário do Porto, em Portugal, com médicos e enfermeiros, buscou-se identificar fatores que dificultavam a comunicação de más notícias (CARNEIRO, 2017). Quando questionados, 75,2% dos profissionais mencionaram a inexistência de condições físicas (ambientes adequados), 51,3% indicaram a falta de disponibilidade de tempo, e ainda 31% apontaram a ausência de coordenação na equipe, ou seja, a falta de contato e organização entre médicos e o restante da equipe. Para 23,9% dos participantes, a ansiedade dos pacientes e familiares também dificultavam o processo de comunicação. Ademais, as interrupções frequentes da equipe foram vistas como um fator que trazia dificuldades para 14,2% dos participantes. É interessante notar que todas as barreiras mencionadas eram de natureza externa, sem que os próprios profissionais se implicassem diretamente no problema e reconhecessem déficits no repertório de suas habilidades.

Um outro estudo, realizado na Escola de Medicina de Viena, apontou insatisfação dos estudantes de graduação em tratar de pacientes em fase terminal, o que mostrou estar relacionado à frustração frente à ideia de que a medicina é uma profissão essencialmente voltada para a cura. Na mesma pesquisa, foi observado que os pacientes valorizavam uma equipe com princípios teóricos atualizados e profissionais bem preparados para o processo de comunicação (RUMPOLD, 2019).

Os resultados desses estudos são preocupantes, posto que uma comunicação ineficiente de notícias difíceis pode abalar tanto a percepção do paciente sobre suas condições médico-clínicas quanto a relação médico-paciente (VOGEL et al., 2019). Pode ainda influenciar na adesão aos tratamentos (CAPRARA, 2004), além de produzir, por muito tempo, reações negativas em quem recebe a notícia, que pode nunca se esquecer da experiência desagradável (SILVA, 2012).

Uma comunicação com essa finalidade é feita de modo inadequado e afeta negativamente as pessoas quando, por exemplo, há insuficiência de informações, o que tende

a mobilizar preocupações e fantasias; há marcada assimetria na relação, sem que o paciente/familiar tenha espaço para expor suas demandas e necessidades; ou falta empatia, o que pode levar o paciente a se sentir incompreendido, ignorado ou desrespeitado (PEREIRA, 2005).

A pesquisa de Soeiro (2020) mostrou que a preparação é uma das maiores dificuldades do profissional de saúde no que se refere a comunicação de más notícias. De fato, o despreparo para agir frente a demanda de comunicar notícias difíceis tem origem em lacunas da formação profissional e provoca diversas condutas que poderiam ser evitadas com aprimoramento e instruções voltadas para uma comunicação empática e assertiva por parte dos médicos e acadêmicos, de modo a aumentar o êxito na qualidade da assistência em saúde (VOGEL et al., 2019).

Bastos (2016) recomenda que o tema esteja presente como disciplina fundamental na graduação e na pós-graduação, como também na educação continuada nas organizações de saúde. Em tal direção, Costa (2020) defende que a oferta de disciplinas com conteúdos sobre a comunicação de notícias difíceis para estudantes de medicina pode ser muito satisfatória no processo de aprendizagem, uma vez que oferece possibilidades teóricas e práticas de produzir uma formação humanizada e promotora de saúde.

Nessa perspectiva, percebe-se a importância de que, na grade curricular dos cursos de formação em saúde, sejam incluídos assuntos sobre comunicação, com ênfase na interação sobre más notícias. Parte-se do princípio, portanto, que essas habilidades de comunicação podem ser treinadas e aprendidas para o alcance de melhores resultados, aumentando a confiança e a satisfação tanto de pacientes quanto de profissionais (BITTNER, 2016).

Uma revisão sistemática feita por uma equipe do Hamilton General Hospital, do Canadá, com 20 artigos publicados sobre o ensino e práticas para desenvolvimento de habilidade da comunicação de más notícias encontrou dados que fundamentam a ideia de que um treinamento bem elaborado pode aumentar o conhecimento, a auto eficácia, as habilidades de comunicação e a tomada de decisões por parte dos profissionais de saúde (CHUNG, 2016).

Em vista do panorama exposto, destaca-se a relevância do desenvolvimento de pesquisas que possibilitem conhecer as percepções e necessidades de profissionais e/ou usuários nos processos de comunicação de más notícias em todos os níveis de atenção e de complexidade do setor saúde em busca de uma maior qualidade da assistência oferecida pelas

equipes multidisciplinares (PEREIRA, 2005), nas quais se espera que psicólogo/as também estejam inseridos.

1.4 Contribuições da psicologia e de psicólogos na comunicação de más notícias

O exercício de cuidar, conforme Torralba (2009), vai além do uso de técnicas específicas de cada especialidade, sendo descrito como uma arte que abrange conhecimentos de diferentes áreas do saber, incluindo anatomia, psicologia e antropologia. Desse modo, as habilidades dos profissionais de saúde precisam ultrapassar os aspectos biológicos para que se considere o paciente como um todo, priorizando sua autonomia e dignidade.

O trabalho realizado em equipe multiprofissional é indispensável para alcançar respostas ao desafio da integralidade na atenção à saúde (BAQUIÃO et al., 2021). No entanto, segundo Peduzzi et al. (2020), é comum se verificar uma limitada interação e colaboração entre os profissionais de saúde nas rotinas hospitalares, o que dificulta a criação de um objetivo assistencial comum e ações mais efetivas.

A comunicação de más notícias se configura como uma prática em que o trabalho em equipe é especialmente importante (AMORIM et al., 2021). Acontece que, muitas vezes, essa comunicação fica restrita a um saber especializado (KRIEGER, 2017). Nos hospitais brasileiros, habitualmente os médicos são os únicos responsáveis pela tarefa de comunicação, ainda que alguns deles possam não se considerar capacitados para atender adequadamente às questões emocionais produzidas pela ação de comunicar (BIAZAR et al., 2019).

Aguado e Cuesta (2019) observaram que a participação de psicólogos em hospitais tem sido preterida na abordagem dessa temática mesmo diante do fato de que tanto quem comunica quanto quem recebe a má notícia comumente vivenciam, em algum momento, um sofrimento emocional. Esta realidade demonstra a importância de intervenções psicológicas diretamente junto aos pacientes e seus familiares, bem como da realização de interconsultas médico-psicológica.

Iniciada no campo da medicina, a interconsulta começou a ter relevância na década de 1980 com o acesso da psiquiatria aos hospitais gerais. Fundamenta-se no auxílio dado por um profissional de saúde a um outro de diferente especialidade com vistas a favorecer um atendimento global ao paciente (BORTAGARAI, 2015). Atualmente, é vista por equipes interdisciplinares como um cenário de inter-relação entre saberes específicos e como

importante instrumento para o manejo de demandas emocionais no ambiente hospitalar (MEIRELLES, 2011).

A demanda por interconsulta é frequente em hospital geral. No entanto, esta atividade, embora presente na prática do psicólogo hospitalar, comumente carece de maior sistematização, o que compromete a avaliação de seus resultados e sua replicação (GAZOTTI; PREBIANCHI, 2019). Ademais, embora haja reconhecimento da importância de intervenções conjuntas, sua execução nem sempre ocorre por inúmeros obstáculos, que vão desde limitações pessoais a práticas institucionais e políticas (CARVALHO; LUSTOSA, 2008). Isso implica na relevância do envolvimento de profissionais que estejam qualificados para intercambiar conhecimentos de maneira complementar, produzindo alternativas e resultados adequados e eficazes para cada caso clínico.

Em saúde mental, a interconsulta pode ser psiquiátrica ou psicológica. Se feita por psicólogo, espera-se que este ofereça ao médico ou outro profissional de saúde uma compreensão dos aspectos psicológicos ou psicossociais envolvidos em processos de saúde-doença e que os auxiliem no manejo de variáveis emocionais, cognitivas e/ou comportamentais que estejam dificultando, por exemplo, a aceitação do diagnóstico ou a adesão aos tratamentos. Desta maneira, a interconsulta psicológica é uma estratégia eminentemente interdisciplinar, que se embasa em uma perspectiva biopsicossocial e tende a ser de grande utilidade no cuidado ofertado e no favorecimento das relações entre a equipe e o paciente e seus familiares (CARVALHO; LUSTOSA, 2008).

Nesse contexto, os profissionais de psicologia que atuam em ambiente hospitalar podem ajudar a analisar e intervir sobre os obstáculos psicossociais que se impõem na relação entre o paciente/família e os profissionais de saúde no processo de comunicar notícias indesejadas. Podem realizar esclarecimentos, acolhimentos e atendimentos para tornar o andamento do tratamento ou cuidado menos estressante e melhor compreendido (PEREIRA, 2005). Evita-se, assim, que suas contribuições sejam subutilizadas e não afetem a qualidade da assistência em saúde (SOUTO; SCHULZE, 2019).

A atuação da psicologia na comunicação de más notícias pode ocorrer em três momentos distintos: a priori, a posteriori ou no decorrer do processo de comunicação feito pelo médico. O atendimento que é feito antes da comunicação tem por objetivo analisar quais os sentimentos do paciente em relação ao seu quadro clínico, verificar sua compreensão do assunto a ser tratado e acolher suas reações emocionais. Podem ser realizadas discussões com a equipe sobre o caso, dando suporte e orientação para que a preparação e o planejamento da

comunicação sejam realizados com menos danos possíveis ao paciente. Durante o processo de comunicação, em consulta conjunta, a atuação do psicólogo tem como finalidade acompanhar a entrega da notícia e oferecer apoio ao paciente/família, facilitando a compreensão das informações. Um trabalho interdisciplinar é essencial, pois o bom relacionamento e vínculo de confiança entre psicólogo e equipe de saúde facilita a realização de intervenções em conjunto. No atendimento a posteriori, ou seja, que ocorre depois da má notícia ser dada, o psicólogo pode elaborar intervenções que proporcionem acolhimento e legitimação dos sentimentos, tanto do paciente quanto dos familiares e de membros da equipe (GABBI, 2020).

Em uma pesquisa realizada em um pronto-socorro de um hospital de grande porte de Urgência e Emergência da região noroeste de Goiânia, foi possível verificar que, no processo de comunicação de más notícias, o psicólogo foi citado pelos médicos como sendo um mediador na relação entre equipe, paciente e família (SILVA et al., 2019). Segundo Simonetti (2013), o psicólogo hospitalar realiza uma função de tríade, contribuindo na relação presente entre esses três agentes.

Como parte da equipe de saúde, é necessário ao psicólogo transitar entre seus pares, pacientes e acompanhantes, de modo a proporcionar maior interação participativa entre todos, além de simultaneamente ocupar um papel complementar que efetivamente fomenta um trabalho multiprofissional (TONETTO; GOMES, 2007).

CAPÍTULO II

MÉTODOS

O desenho metodológico utilizado na presente pesquisa caracteriza-se por ser de natureza descritiva, posto que visa, conforme Gil (2002), descrever as características de certo fenômeno - a comunicação de más notícias – sem interferir no mesmo e com base no levantamento de percepções de uma dada população - médicos atuantes em contexto hospitalar - a partir da aplicação de um questionário elaborado para coleta do autorrelato dos participantes.

Moreira e Callefe (2008) ressaltam que a pesquisa descritiva se baseia na ideia de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas aperfeiçoadas mediante a observação objetiva e detalhada, com respaldo na análise e na descrição, sendo vastamente utilizada na educação e nas ciências comportamentais. Para estes autores, a principal contribuição deste tipo de pesquisa é possibilitar novas visões sobre uma realidade já conhecida.

O enfoque quantitativo das pesquisas descritivas é passível de ser utilizado em qualquer área do conhecimento, desde as ciências exatas até as sociais. Pode ser aplicada para quantificar perfis populacionais, indicadores socioeconômicos, comportamentos dos indivíduos, preferências, entre outros (KNECHTEL, 2014). Na gestão em saúde, a título de exemplo, pode ser usado para investigar a eficiência de atendimentos, como também para elaborar estratégias de melhoria dos serviços (SAMPAIO, 2022). Gamboa (1995) explica que os dados da pesquisa quantitativa são métricos (medidas, comparação e padrão) e as abordagens podem ser hipotético-dedutivas, experimentais e verificatórias.

2.1 Participantes

O estudo foi desenvolvido com a participação de 30 profissionais graduados em medicina, de ambos os sexos, a maioria com especialização ou residência concluída, que atuavam em setores diversos de serviços hospitalares do setor público ou privado localizados em municípios do estado do Rio de Janeiro, sobretudo Paracambi, Vassouras, Barra Mansa, Volta Redonda e Rio de Janeiro.

O convite para colaboração na pesquisa foi realizado conforme os seguintes critérios de inclusão: ter formação completa em medicina e atuar como médico residente ou médico staff há pelo menos um ano em serviço(s) hospitalar(es) da rede de atendimento do estado do

Rio de Janeiro. Os critérios de exclusão consistiram em se encontrar fora do serviço em licença prolongada.

2.2 Instrumento

Com o propósito de alcançar os objetivos da pesquisa, foi elaborado um questionário (APÊNDICE A), em modelo autoadministrado, a partir dos instrumentos propostos por Carneiro (2017) e Baile (2000). O instrumento é composto por uma parte inicial com 17 questões voltadas ao levantamento de informações sociodemográficas e profissionais dos respondentes. Em seguida, são apresentadas 16 questões construídas para obter as percepções, avaliações e práticas dos profissionais em relação ao contexto de comunicação de más notícias, incluindo: cotidiano da tarefa (frequência, tipos de más notícias), repertório do profissional (uso de protocolos, procedimentos habituais), autoavaliação (habilidades pessoais, notícias vistas como mais desafiadoras), formação para a tarefa (experiências acadêmicas), avaliação do contexto (fatores prejudiciais e favorecedores) e suporte de psicólogos.

O formato das questões é predominantemente de múltipla escolha, com apenas uma questão de final aberto para elaboração de livre resposta. O questionário foi aplicado em formato impresso ou online. Para este último caso, foi criada, mediante o formulário Google Forms, uma versão eletrônica do instrumento, cujo link para acesso permite que ele seja respondido em qualquer horário e local.

2.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Após a submissão, via Plataforma Brasil, e aprovação do projeto desta dissertação pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sob Parecer 6.461.342 e CAAE 74713623.7.0000.0311, foi dado início a primeira etapa da pesquisa, que consistiu na realização de teste e análise semântica do questionário elaborado para a coleta de dados. Dessa forma, o questionário foi aplicado a quatro formando(a)s em medicina, que, ao final, foram indagado(a)s sobre a clareza e a suficiência das questões apresentadas, além de serem ouvido(a)s acerca de possíveis dificuldades e dúvidas no seu preenchimento. Desse modo, buscou-se reduzir as chances de preenchimento incorreto, assegurando a clareza e objetividade do instrumento. Não foi verificada a necessidade de revisões ou complementações das questões e alternativas das respostas apresentadas.

Confirmada a versão final do instrumento, procedeu-se a abordagem a potenciais respondentes através do envio de um convite para participação no estudo a endereços de e-mail e/ou números de whatsapp de uma relação de médicos construída a partir da rede de contatos da pesquisadora. O referido convite possuía um link que dava acesso a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com informações sobre os objetivos, procedimentos e cuidados éticos da pesquisa. Caso o profissional se dispusesse a colaborar com o estudo, era imediatamente direcionado para responder às questões do questionário.

Optou-se, primeiramente, pelo modo online de preenchimento do questionário por possibilitar que este seja respondido de acordo com a disponibilidade e as preferências de local e horário dos médicos, que são profissionais, em geral, com rotinas de trabalho extensas e cansativas. Ademais, favorece privacidade e anonimato, uma vez que o(a) respondente não precisa se identificar e, desse modo, pode se sentir mais à vontade para relatar suas percepções e dificuldades em relação ao tema investigado. Ao todo, 19 profissionais responderam ao instrumento aplicado de modo virtual.

Nesse processo, foi utilizada a técnica de amostragem bola de neve, em que o pesquisador, após obter os dados solicita aos participantes da pesquisa que indiquem outras pessoas com o perfil desejado ou repassem o convite a estas para a colaboração no estudo. Esse processo dá continuidade até que as métricas definidas antecipadamente para a coleta de dados sejam alcançadas (GLASER; STRAUSS, 2006).

Para ampliar o número de respondentes, alguns questionários impressos foram disponibilizados em um hospital da rede pública de um município sul-fluminense com o suporte do serviço de psicologia e de assistência social e foram respondidos presencialmente por onze médicos em exercício profissional na referida unidade hospitalar. O preenchimento do instrumento ocorreu em uma sala reservada e isolada e os profissionais participantes foram orientados a colocar o questionário respondido em envelopes não identificados para manter anonimato.

2.4 Análise de Dados

Os dados levantados frente às questões do questionário que apresentavam múltiplas alternativas de resposta foram tratados por meio de estatística descritiva (média, desvio

padrão, frequência e porcentagens), sendo os mesmos analisados pelo programa *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

A estatística descritiva é utilizada para a descrição de dados através do uso de números ou medidas estatísticas que são capazes de representar todos os dados coletados no decorrer da execução de uma pesquisa. É considerada um passo inicial para a escolha apropriada e o uso de testes estatísticos de hipóteses (Twycross & Shields, 2004). Esse tipo de análise tem como objetivo sintetizar uma série de valores de mesma natureza, possibilitando que se tenha uma visão global da variação desses valores. Por meio de tabelas, gráficos e de medidas descritivas torna-se possível organizar e descrever os dados (GRANDO; NACARATO; LOPES, 2014).

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados alcançados na pesquisa foram organizados, apresentados e discutidos no presente capítulo de acordo com os objetivos propostos e com base nos eixos temáticos em análise nesta dissertação. Em primeiro lugar, para efeitos de contextualização, são descritos e analisados os cenários de atuação hospitalar dos médicos participantes. Em seguida, são relatadas suas práticas vivenciadas no âmbito da comunicação de más notícias. Nesse sentido, são analisadas suas experiências e autoavaliações frente à necessidade de serem portadores de más notícias no cotidiano de trabalho e suas concepções sobre os principais desafios e dificuldades presentes nesse processo, bem como sobre os fatores que favorecem tal comunicação. Por fim, são apresentadas as percepções dos profissionais quanto ao auxílio potencial do serviço de psicologia quando comunicar más notícias se faz parte imprescindível do atendimento hospitalar.

3.1 Perfil dos participantes

O estudo contou com a colaboração de 30 médicos atuantes em unidades hospitalares do setor público ou privado, predominantemente do gênero feminino (60%), com uma ampla variação de idades, indo dos 25 aos 67 anos ((média = 36,37, mediana= 35, desvio padrão= 9,36). Dezoito deles tinham cursado especialização ou residência médica e dois haviam concluído o doutorado. Os demais, até o momento da coleta de dados, eram graduados em medicina sem títulos de pós-graduação, atuando como generalistas. Em relação às áreas do saber médico, predominou a atuação dos participantes em clínica médica (36,6%), havendo ainda referências ao exercício profissional em diferentes especialidades, sobretudo pediatria, neurologia, cardiologia e terapia intensiva (TABELA 1).

Nas últimas décadas, o número de mulheres médicas quase dobrou no Brasil. Em 2017, profissionais do sexo feminino já representavam 45,6% do total de médicos (SCHEFFER, 2018). Dados relativos à demografia médica no Brasil revelaram que, no ano de 2024, as mulheres já seriam a maioria entre os médicos do país, com percentual equivalente a 50,02% desta categoria profissional (BRASIL, 2023). Este aumento na quantidade de mulheres médicas representa um fenômeno que está sendo observado mundialmente, denominado “feminização da medicina” (SCHEFFER, 2018).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e profissionais dos participantes (n=30).

Variáveis	Categorias	f	%
Gênero	Feminino	18	60%
	Masculino	12	40%
Idade (anos)	Até 29	9	30%
	30 a 39	11	36,6%
	40 a 49	7	23,3%
	50 a 59	2	6,6%
	60 ou mais	1	3,3%
Nível de formação	Graduação apenas	10	33,3%
	Especialização ou residência	18	60%
	Mestrado	0	0%
	Doutorado	2	6,6%
Especialidade médica	Clínica Médica	11	36,6%
	Generalista	6	20%
	Pediatria	4	13,3%
	Neurologia	3	10%
	Cardiologia	3	10%
	Terapia Intensiva	3	10%
	Ginecologia e Obstetrícia	2	6,6%
	Emergência - Pronto atendimento	1	3,3%
	Medicina do Trabalho	1	3,3%
	Emergência Oncológica	1	3,3%
	Nefrologia	1	3,3%
	Geriatría	1	3,3%
	Anestesiologista	1	3,3%
	Endocrinologista	1	3,3%
Cuidados Paliativos	1	3,3%	

Fonte: Elaboração própria.

O aumento da participação feminina nesta profissão fica visível com o número crescente de mulheres formadas a cada ano e que estão atuantes no mercado de trabalho, conforme registros nos Conselhos Regionais de Medicina (CFM, 2018). Entretanto, Buddeberg-Fischer e Stamm ressaltam que a feminização da medicina não tem sido acompanhada por adaptações das instituições de formação médica a esta nova realidade no que se refere às condições de formação, às políticas institucionais e aos requisitos de seleção para as especialidades (BUDDEBERG-FISCHER; STAMM, 2010).

Em relação ao nível de formação, constatou-se a predominância de profissionais com especialização ou residência médica. Scheffer (2018) destaca a expansão de programas e

vagas de residências médicas no Brasil, que tem resultado no significativo crescimento no número de especialistas. De acordo com um levantamento acerca da demografia médica, quatro especialidades concentram cerca de 40% dos especialistas no país, sendo elas clínica médica (11,2%), pediatria (10,3%), cirurgia geral (8,9%) e ginecologia e obstetrícia (8%) (BRASIL, 2023). Os dados deste estudo reforçam esta tendência, com 36,6% dos participantes atuando em clínica médica e outros 13,3% em Pediatria. Cabe ressaltar que clínica médica constitui pré-requisito para residência médica em outras doze especialidades.

Ávila (2014) afirma que a feminização da medicina tem gerado mudanças no mercado de trabalho, como a escassez de profissionais em algumas especialidades médicas, haja vista a “preferência” das mulheres por atuarem em especialidades como pediatria e ginecologia e obstetrícia, áreas culturalmente mais identificadas com o cuidado feminino. No entanto, este panorama não teve correspondência com os dados deste estudo, em que a pediatria era exercida por dois homens e duas mulheres, ao passo que a ginecologia apenas por dois homens. Houve predomínio do sexo feminino nos profissionais generalistas (cinco mulheres e um homem) e em clínica médica (sete mulheres e quatro homens). Algumas especialidades eram exercidas por apenas uma profissional do sexo feminino (medicina do trabalho, emergência oncológica, nefrologista, anesteologista, endocrinologista e cuidados paliativos). Por outro lado, houve mais homens especialistas em cardiologia, terapia intensiva e geriatria.

3.2 Contextos de atuação

Metade dos médicos que colaboraram nesta pesquisa somavam até oito anos de exercício profissional em instituições hospitalares e a outra metade tinha tempo de atuação igual ou superior a nove anos. A maioria deles, durante o período da coleta de dados, atuava em hospitais gerais (86,6%), predominando a vinculação a instituições do setor público (70%) do Estado do Rio de Janeiro, sobretudo de porte médio (63,3%). Quanto aos setores de inserção no âmbito da organização hospitalar, 56,6% dos médicos trabalhavam em serviços de urgência e emergência, 30% em enfermarias, 26,6% em serviços ambulatoriais, 26,6% em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva (UTI/CTI), 6,6% em centros cirúrgicos, 3,3% em serviço de oncologia e 3,3% em clínica de hemodiálise (TABELA 2).

Tabela 2 - Dados da atuação profissional dos participantes (n=30)

Variáveis	Categorias	f	%
Tempo de exercício hospitalar (anos)	1 a 4 anos	11	36,6%
	5 a 8 anos	4	13,3%
	9 anos ou mais	15	50%
Tipo de hospital de atuação	Geral	26	86,6%
	Especializado	4	13,3%
	Público	21	70%
	Privado com fins lucrativos	7	23,3%
	Privado sem fins lucrativos	2	6,6%
	Pequeno porte	3	10%
	Médio porte	19	63,3%
	Grande porte	7	23,3%
	Porte Especial	1	3,3%
Setores hospitalares de atuação	Urgência e Emergência	17	56,6%
	Enfermarias	9	30%
	Ambulatório Médico	8	26,6%
	UTI / CTI	8	26,6%
	Centro cirúrgico	2	6,6%
	Oncologia	1	3,3%
	Hemodiálise	1	3,3%

Fonte: Elaboração própria

Neste estudo, portanto, predominaram médicos com atuação na rede pública de saúde e em serviços emergenciais, com uma parcela expressiva deles tendo menos de cinco anos de atuação em contexto hospitalar. Conforme o II Fórum da Federação Nacional dos Médicos sobre Educação Médica (FENAM, 2010), o setor de Urgência e Emergência é um dos principais locais de trabalho médico no setor público. O profissional que lá está, constantemente é um médico recém-formado, com todas as dúvidas e inseguranças que sua profissão pode lhe trazer. Assim, constantemente se observa uma necessidade de maior qualificação da formação médica neste setor, com treinamentos mais específicos na área, inclusive sobre a temática da comunicação de más notícias.

Vale ressaltar ainda que as unidades de Urgência e Emergência são reconhecidas pela imensa demanda de atendimento tanto em quantidade como em diversidade. Em geral, apresentam profissionais sobrecarregados, insuficiência de espaço físico, ausência de

privacidade, restrição de tempo, cuidado fragmentado, bem como falta de conhecimento sobre o paciente/família e suas necessidades (SILVA; RAMOS, 2014). Todos estes aspectos podem reduzir a qualidade da assistência prestada e dificultar o processo de comunicação de más notícias.

3.3 Práticas de comunicação de más notícias

Em seus cotidianos de trabalho em instituições hospitalares, segundo metade dos respondentes, a frequência média com que comunicavam más notícias a um paciente e/ou familiares era de menos de cinco vezes ao longo de um mês (TABELA 3). Este dado se contrapõe aos resultados de outras investigações, com a de Lech, dos Santos-Destefani e Bonamigo (2013), em que 37,5% dos médicos apontaram como muitíssimo frequente o relato de uma má notícia, 27,5% como muito frequente, 25% como ocasionais e apenas 10% como pouco frequente. A frequência reduzida de comunicação de más notícias na presente pesquisa pode ter decorrido da maioria dos profissionais serem da clínica médica ou generalistas e terem atuação predominante em unidades de Urgência e/ou Emergência.

Estas unidades, de acordo com o Ministério da Saúde, são responsáveis pelos primeiros socorros aos usuários e, desse modo, atendem os casos que necessitam de cuidados imediatos, fazendo indicações ou encaminhamentos para melhor avaliação diagnóstica e tratamentos quando necessário (BRASIL, 2006). Ou seja, a má notícia, como diagnósticos e prognósticos indesejáveis, muitas vezes ainda não foi verificada ou confirmada. E, mesmo quando anunciada, tende a ser feita de forma rápida, superficial, impessoal e confusa, dada a complexidade do profissional conciliar a atenção ao usuário/familiar com a dinâmica do setor de emergência, dificultando a criação de um maior vínculo (MONTEIRO et al., 2015).

As notícias que os participantes mais costumavam comunicar eram relativas a óbitos de pessoas adultas ou idosas (70%), ao diagnóstico de doenças graves ou temidas (66,6%) e a resultados de exames desfavoráveis (66,6%) (TABELA 3). Em um estudo realizado em Portugal sobre o significado de más notícias, Pereira (2005) também observou que tais comunicações estavam relacionadas principalmente a situações de adoecimento, sobretudo à doença grave e incurável, e de morte. Nesse sentido, Araújo e Leitão (2012) esclarecem que a comunicação de más notícias abrange não somente diagnóstico de doenças temidas, mas também sua recorrência e seu avanço progressivo, que pode resultar em óbito (ARAÚJO; LEITÃO, 2012).

Tabela 3 - Frequência e tipos de más notícias comunicadas pelos participantes (n=30).

Variáveis	Respostas	f	%
Média mensal da comunicação de más notícias a pacientes ou familiares	Menos de 5 vezes.	15	50%
	5 a 10 vezes.	6	20%
	11 a 20 vezes.	6	20%
	Mais de 20 vezes.	3	10%
Tipos de más notícias comunicada na prática hospitalar	Óbitos de pacientes adultos ou idosos	21	70%
	Diagnóstico de doença grave ou temida	20	66,6%
	Resultados desfavoráveis de exames médicos	20	66,6%
	Prognóstico reservado	14	46,6%
	Necessidade de intervenção cirúrgica	14	46,6%
	Fim do tratamento ativo/início dos cuidados paliativos	11	36,6%
	Recorrência de uma doença	10	33,3%
	Necessidade de intervenção mutiladora	4	13,3%
	Óbitos de crianças ou adolescentes	3	10%
	Abortamentos	1	3,3%

Fonte: Elaboração própria

Os médicos indicaram habitualmente tomar alguns cuidados quando se viam frente a necessidade de informar uma notícia ruim para um paciente/familiar, sobretudo quando os percebiam emocionalmente abalados ou instáveis. O principal procedimento adotado por eles era dar a notícia de forma completa (63,3%), embora apenas sete participantes (23,3%) tenham apontado fornecer as informações também em conformidade com as perguntas formuladas pelo paciente/familiar. Somente três deles (10%) afirmaram fornecer apenas parte essencial da informação para proteger o bem-estar do paciente/família. Destacou-se também a busca por contar, no momento da comunicação, com outras pessoas capazes de ajudar no apoio emocional ao paciente ou no apoio técnico a sua ação, referentes a solicitar a presença de outra pessoa da família (60%) e buscar o auxílio de outro profissional de saúde (56,6%). (TABELA 4).

É responsabilidade do médico informar a condição do paciente, incluindo seu diagnóstico e prognóstico, e recomendar os tratamentos necessários (PAZINATTO, 2019). A atitude de ocultar a verdade ao paciente era incentivada em códigos de ética do século XIX (GEOVANINI; BRAZ, 2013). Porém, o Código de Ética Médica vigente determina a

obrigatoriedade da comunicação do diagnóstico, prognóstico, riscos e benefícios do tratamento ao paciente, mesmo que faça ressalvas em casos nos quais a comunicação pode provocar dano a este, sendo, neste caso, necessário a comunicação de todas as informações ao representante legal (CFM, 2019).

Mas não basta simplesmente informar. A comunicação efetiva requer a adequada compreensão da mensagem. Nesse sentido, é importante que haja o detalhamento pertinente a cada caso e espaço para esclarecimentos de dúvidas, com clareza suficiente para favorecer a compreensão do ouvinte, evitando jargões médicos ou uso excessivo de termos técnicos. O profissional precisa traduzir o conhecimento técnico de sua especialidade para uma linguagem mais acessível ao paciente, com uso de palavras claras e simples, bem como deve confirmar a compreensão do paciente (PEREIRA, 2020).

Nunes (2016) salienta que o paciente e seus familiares precisam de informações claras, objetivas e verdadeiras. A veracidade da notícia que anuncia possibilita a pessoa tomar decisões, priorizando sua autonomia. Entretanto, nem sempre isso ocorre. O estudo de Carneiro (2017) verificou que 80,7% dos médicos forneciam apenas a informação que consideravam adequada, a fim de, segundo eles, proteger o bem-estar da família. Conforme Teixeira (1996), muitas vezes os profissionais não encorajam seus interlocutores a realizarem perguntas, dificultando que estes tenham acesso a todas as informações pertinentes, o que pode evidenciar suas dificuldades no processo de escuta das demandas e necessidades dos pacientes.

Destaca-se ainda a importância de que uma boa interação seja estabelecida entre os sujeitos envolvidos, com um olhar integral sobre o paciente/familiar e a sua inserção nos processos de cuidados. Navarro e Campos (2020, p. 20), ressaltam que *“uma família muito assustada e tensa não assimila a informação, mesmo que esta seja clara e simples”*.

Tabela 4 - Estratégias usadas na comunicação de más notícias pelos participantes (n=30)

Variáveis	Respostas	f	%
Procedimento adotados para comunicar más notícias	Dar a notícia da forma mais completa possível	19	63,3%
	Solicitar a presença de outra pessoa da família	18	60%
	Solicitar auxílio de outro profissional de saúde	17	56,6%
	Fornecer as informações conforme às perguntas	7	23,3%
	Fornecer apenas parte essencial da informação	3	10%
Uso de protocolos para comunicar más notícias	Não	16	53,3%
	Sim, um obtido ou adaptado da literatura	8	26,6%
	Sim, um elaborado por si mesmo(a)	4	13,3%
	Sim, um adotado pelo hospital	2	6,6%

Fonte: Elaboração própria

Embora a utilização de protocolos seja uma estratégia reconhecidamente favorecedora de uma comunicação adequada e eficiente, dezesseis participantes (53,3%) afirmaram não fazer uso de protocolos com esta finalidade. Aqueles que disseram aplicar protocolos, o faziam principalmente a partir de instrumentos disponíveis na literatura usados na íntegra ou adaptados por conta própria (26,6%) (TABELA 4).

Apesar do esforço na construção de diretrizes e protocolos de comunicação de más notícias nas últimas décadas, estes modelos ainda são pouco divulgados e, sobretudo, pouco utilizados na rotina médica. O protocolo SPIKES, por exemplo, mesmo que venha mostrando eficácia como facilitador do processo de comunicação, ainda é subutilizado (SOUZA et al. 2020). No estudo de Kim e Von Gersdorff (2012), a maior parte dos 16 estudantes de medicina treinados para usar o protocolo SPIKES na comunicação de más notícias mostraram níveis maiores de autoconfiança nesta tarefa após receberem o treinamento.

Além do apoio de protocolos, é importante também que a equipe de saúde como um todo se mobilize e interaja na busca por modos mais apropriados de anunciar notícias indesejadas. Entretanto, para 24 dos participantes (76,6%), discussões, orientações e planejamentos relacionados à comunicação de más notícias não eram realizados em suas equipes de trabalho. Este tipo de comunicação não deve ser ato de profissionais isolados, mas um compromisso da equipe como um todo no esforço de seleção ou elaboração de protocolos, de discussões relacionadas e de apoio mútuo frente às dificuldades percebidas

(SOUSA, 2017). O trabalho em equipe, no que tange a integração entre as diferentes profissões da área da saúde, fortalece a humanização do cuidado aos pacientes. A medicina sozinha não consegue compreender e atender as demandas do paciente e alcançar as diversas e complexas necessidades humanas (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

3.4 Capacitação para a comunicação de más notícias

No que se refere a capacitação dos médicos para transmitir más notícias, a maioria deles se avaliaram como razoavelmente (63,3%) ou pouco (20%) preparados para o desempenho desta tarefa. Apenas cinco deles (16,6%) se disseram bem preparados para comunicações desta natureza. No entanto, 21 respondentes (70%) afirmaram nunca ter postergado comunicar uma notícia difícil por não se sentirem preparados, com uma menor parte (30%) declarando já ter tomado esta decisão.

Quando questionados sobre suas fontes de aprendizagem a respeito da comunicação deste tipo de notícias, houve destaque, na resposta dos participantes, para a aprendizagem observacional, com oito médicos informando aprender mediante a observação da ação de outros profissionais (26,6%). Também foram indicadas experiências relacionadas à participação em atividades acadêmicas que contribuíram em termos de seus embasamentos teóricos e/ou técnicos, correspondentes a contatos com o assunto em aulas da graduação (16,6%), em cursos de aperfeiçoamento ou treinamento (16,6%) e na residência médica ou cursos de especialização (13,3%). Em menor medida, foram mencionadas a orientação direta de outros profissionais (10%) e a capacitação em serviço (6,6%) (TABELA 5).

Estes dados indicam despreparo técnico da maior parte dos participantes, conforme suas próprias avaliações, para lidarem com uma situação que é, em alguma medida, parte da rotina de seus atendimentos, o que sinaliza que, embora inseguros, eles se dedicam à tarefa a partir de conhecimentos superficiais e dos recursos disponíveis, muitas vezes tendo como modelos colegas mais experientes na área, mas não necessariamente mais habilidosos quando se trata de comunicar este tipo de notícia.

Dentre os 100 médicos entrevistados no estudo de Pereira et. al (2017), 46% não tinham recebido qualquer tipo de capacitação para a comunicação de notícias ruins. A situação mais crítica foi encontrada no estudo de Arbabi et al. (2010), em que apenas 8% dos participantes tinham tido treinamento para essa tarefa. Desse modo, o reduzido repertório de habilidades na área pode fazer com que o momento da comunicação seja mobilizador de

ansiedade ou, por outro lado, que seja vivenciado com distanciamento e excesso de objetividade.

Vários autores ressaltam que profissionais com treinamento escasso em anunciar notícias ruins tendem a apresentar mais desconforto na situação e maiores níveis de estresse, enquanto a oportunidade de preparação aumenta o grau de confiabilidade dos mesmos (PTACEK, MCINTOSH, 2009; SILVA, ZAGO, 2005).

Tabela 5 - Capacitação dos participantes para comunicar más notícias (n=30)

Variáveis	Respostas	f	%
Preparo para comunicar más notícias	Razoavelmente preparado	19	63,3%
	Pouco preparado	6	20%
	Muito bem preparado	5	16,6%
	Nem um pouco preparado	0	0%
Fonte de aprendizagem para comunicar más notícias	Observação de outros profissionais durante a transmissão de notícias ruins	8	26,6%
	Aulas na graduação em medicina	5	16,6%
	Curso de aperfeiçoamento ou treinamento	5	16,6%
	Residência médica ou curso de especialização	4	13,3%
	Capacitação em serviço	2	6,6%
	Orientação direta de outros profissionais no serviço	3	10%
	Nenhum embasamento	3	10%

Fonte: Elaboração própria

3.5 Principais desafios frente à comunicação de más notícias

Os médicos apontaram uma variedade de notícias como desafiadoras de serem comunicadas no contexto de seus atendimentos, com maior destaque, nesta ordem, para a informação de óbitos de crianças e adolescentes (66,6%), o diagnóstico de uma doença grave ou temida (63,6%), o fim do tratamento ativo e início dos cuidados paliativos (60%), o óbitos de adultos ou idosos (50%) e a necessidade de uma intervenção mutiladora (33,3%) (TABELA 6). Entretanto, os respondentes, em sua maioria, afirmaram ser afetados emocionalmente por este tipo de comunicação apenas algumas vezes (46,6%) ou raramente

(23,3%). Destoando destes, oito afirmaram sentir-se abalado emocionalmente sempre (13,3%) ou quase sempre (13,3%).

Tabela 6 - Notícias consideradas mais desafiadoras pelos participantes (n=30)

Respostas	f	%
Óbitos de crianças ou adolescentes	20	66,6%
Diagnóstico de uma doença grave ou temida	19	66,3%
Fim do tratamento ativo e início dos cuidados paliativos	18	60%
Óbitos de adultos ou idosos	15	50%
Necessidade de intervenção mutiladora	10	33,3%
Resultados desfavoráveis de exames médicos	3	10%
Recorrência de uma doença	3	10%
Necessidade de intervenção cirúrgica	3	10%

Fonte: Elaboração própria

Silva e Castro (2016) destacam a tarefa de comunicar más notícias como uma situação que pode gerar sofrimento nos médicos. As dificuldades desses profissionais estão relacionadas, por exemplo, ao fato de terem que ser portadores de informações que, em geral, causam fortes reações emocionais em pacientes e familiares, impondo a eles o desafio de terem que lidar com tais manifestações, além de estarem atentos às suas próprias emoções.

Os resultados mostram uma congruência entre as notícias mais frequentes que são comunicadas pelos participantes do estudo e as notícias apontadas por eles como mais desafiadoras, que se referem, sobretudo, a diagnósticos temidos, ao fim do tratamento ativo e ao anúncio da proximidade ou realidade da morte.

Comunicar a descoberta de doenças que requerem tratamentos agressivos ou monitorização periódica, bem como prognósticos reservados não é uma tarefa simples para um médico executar, pois se trata de mudanças que ameaçam não somente a continuidade da vida, mas também o bem-estar das pessoas devido às intensas repercussões físicas, sociais e emocionais que costumam provocar nos pacientes (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019; FREIBERGER; CARVALHO; BONAMIGO, 2019; SILVA-XAVIER, 2020). Os familiares também costumam sofrer desgastes emocionais, sendo usual ocorrerem exaustão física, dificuldades econômicas e impactos na dinâmica familiar (AREIA et al., 2017; ESPINÓLA et al., 2018).

No contexto hospitalar, a comunicação de más notícias pode se tornar mais complexa frente à iminência de morte ou a sua constatação, requerendo maiores habilidades comunicativas na atuação médica (SANTOS GFATF, et al., 2020). O fim de tratamentos ativos e a morte surgem como um terreno de emoções antagônicas para o paciente e a família, sendo o médico confrontado com os sentimentos próprios e de outros (LE BRETON, 2009).

Como afirma Kubler-Ross (1981), a morte é um dos medos da humanidade, ainda que seja um desfecho previsível para todos. Comumente é vista como um evento assustador, associado à tristeza, dor e pesar, sendo cada vez mais temida e negada diante dos avanços científicos que buscam prolongar a vida. Assim, embora seja parte do ciclo natural da vida, a morte fica relegada ao lugar de uma realidade que se pretende ignorar, tendo em vista a angústia existencial e a ambivalência de sentimentos que costuma ocasionar (IVO; PEDROSO, 2017; KOVÁCS, 1992).

Para Kovács (1992), a pessoa experimenta a morte em vida quando está frente a morte do outro, pois mesmo que a vivência de morte não seja literalmente a sua, costuma sentir como se uma parte de si mesma morresse junto com o outro, tendo em vista os laços afetivos estabelecidos. Entretanto, é preciso considerar que as reações perante a morte variam de acordo com a história de vida e singularidades dos diferentes sujeitos, bem como de acordo com a concepção de morte que possuem (GUIMARÃES; CARNEIRO, 2012).

Segundo Hoffmann (1993), apesar da presença do “tabu” social estabelecido em torno da morte, é preciso naturalizar e aceitar esse fato, lembrando que o homem percorre um ciclo de vida definido em que nasce, cresce, reproduz e morre. No entanto, isto parece mais desafiador quando se trata da morte de crianças. A morte na infância, para o autor, tende a ser vista pela maioria das pessoas como incoerente e desprovida de sentido, sendo representada como “vida frustrada”.

É importante considerar o impacto da morte de uma criança sobre a família no mundo contemporâneo, incluindo a própria identidade de seus membros frente a esse tipo de perda (BROMBERG, 1984). Outra questão a ser considerada é a dificuldade que a equipe de saúde e a família mostram em comunicar o quadro clínico ao próprio paciente pediátrico e, assim, lidarem com a expressão de suas emoções, fantasias e temores à morte de um modo condizente com seu nível de desenvolvimento cognitivo (KOVÁCS, 2008).

Mesmo para médicos com mais ampla experiência em comunicar má notícias, a tarefa de informar sobre doenças graves e óbitos de crianças é uma situação delicada que pode fazer emergir uma série de sentimentos e, assim, ter implicações no vínculo terapêutico, nas

condutas médicas e nas reações da família (NONINO et al, 2012), constituindo ainda uma situação de sofrimento para os próprios profissionais que se veem mobilizados a lidar com seus anseios e valores (KUMATA et al, 2015).

Os médicos inseridos na pesquisa também avaliaram suas próprias limitações no processo de comunicação de notícias difíceis em relação às habilidades que julgavam necessárias para uma adequada condução deste tipo de dever profissional. De acordo com suas respostas, verificou-se predominância de menção a dificuldades para discutir questões de fim da vida (50%), seguida por sentir-se impotente (46,6%). Outras dificuldades destacadas estavam relacionadas ao manejo da situação em relação ao comportamento ou às características do paciente/familiar, sobretudo ter que lidar com manifestação de desconfiança ou atitude de confronto destes (43,3%), levá-los a compreender a notícia (43,3%) e ter que lidar com pessoas que apresentam comprometimento cognitivo ou baixo nível de escolaridade (30%). Os médicos referiram-se ainda ao desafio de serem honestos sem tirar a esperança (33,3%) e ao receio de causar mais sofrimento ao paciente/familiar (30%) (TABELA 7).

Ao comunicarem a morte aos familiares, muitos profissionais manifestam uma vasta gama de emoções e reações, como sentimento de fracasso por não ter exercido o dever de salvar vidas, impotência, desgaste, medo, dificuldade em lidar com a reação de dor do familiar e questionamentos quando não compreendem a causa da morte (LAMBA et al., 2015). Na presença da família de alguém que veio a óbito, é possível perceber um paradoxo entre o técnico e o ser humano, composto de emoções e compaixão (LE BRETON, 2009). Desse modo, segundo Ariés (2015), há médicos que adiam ao máximo a tarefa de comunicar morte, devido se envolverem em uma corrente de emoções, que podem comprometer seu autocontrole.

Ainda que profissionais mais experientes possam se sentir mais preparados para lidarem com indagações sobre finitude em suas rotinas (SHOENBERGER et al., 2013), de um modo geral os médicos podem vivenciar conflitos nesta situação, dado a um possível envolvimento subjetivo (DELL'ACQUA; TOME; POPIM, 2013). A constatação da finitude tende a levar a sentimento de impotência e a morte a ser vista como fracasso médico, sobretudo quando este é depositário de esperanças e entende o “salvar vidas” como seu dever supremo. Como afirma Chantal (2000, p.14), “*A morte não tem lugar para si. Ela resulta de um acidente, duma carência técnica, dum engano. A morte tornou-se o “fracasso supremo”*”. Nesse sentido, o contato com o sofrimento do outro, com os parentes enlutados,

pode-se tornar penoso e difícil e essa proximidade pode ocasionar sentimentos negativos e vulnerabilidade no profissional (MARTINS, 2008).

Verificou-se que muitos participantes afirmaram dificuldades para lidar com reações dos receptores das más notícias, incluindo emoções negativas, desconfiança e atitude de confronto. Entretanto, é preciso esclarecer que a reação dos que recebem a notícia não é sempre igual, pois depende de várias condições. Entre elas, pode-se destacar as crenças religiosas, personalidade, presença ou ausência do suporte familiar, expectativas idealizadas e o contexto cultural onde se está inserido. Nesse sentido, é importante que os profissionais compreendam as famílias como únicas, aceitando seu funcionamento e favorecendo assim uma comunicação mais eficaz (TRAIBER; LAGO, 2012).

No que se refere ao contexto dos atendimentos, às situações apontadas pelos participantes como prejudiciais à comunicação de más notícias ao paciente e sua família foram, de acordo com suas experiências, principalmente de ordem estrutural, em especial dispor de pouco tempo para a tarefa (60%), falta de privacidade (43,3%) e ter que atuar em ambiente barulhento (30%). Também foram destacados aspectos relacionados ao paciente e familiares, como não terem informações prévias (50%) e manifestarem reações emocionais negativas (40%) (TABELA 7).

Bras e Ferreira (2016) ressaltam que a comunicação de más notícias demanda tempo e requer disponibilidade, porém o tempo para realizá-la é, em geral, limitado no cotidiano atribulado dos serviços. Isto torna difícil ao profissional organizar e efetivar todas as fases recomendadas no processo, desde a preparação do ambiente até o apoio e orientação posterior do paciente/família.

Tabela 7 – Dificuldades apontadas pelos participantes na comunicação de más notícias (n=30)

Variáveis	Respostas	F	%
Dificuldades pessoais	Discutir questões de fim da vida	15	50%
	Sentir-se impotente	14	46,6%
	Lidar com desconfiança ou atitude de confronto	13	43,3%
	Levar o paciente/familiar a compreender a notícia	13	43,3%
	Ser honesto, sem tirar a esperança	10	33,3%
	Receio de causar mais sofrimento ao paciente/família	9	30%
	Lidar com comprometimento cognitivo ou baixo nível de escolaridade	9	30%
	Incerteza quanto às reações do paciente/família	8	26,6%
	Lidar com reações de choro	6	20%
	Manter o autocontrole emocional	3	10%
	Utilizar uma linguagem acessível ao paciente/familiar	3	10%
	Não tenho dificuldades	2	6,6%
	Responder as dúvidas do paciente/familiar	1	3,3%
	Envolver o paciente/familiar na tomada de decisões	1	3,3%
	Ser empático ou acolhedor	1	3,3%
Dificuldades relacionadas ao contexto físico e social	Pouco tempo disponível	18	60%
	Falta de informações prévias por parte do paciente/família	15	50%
	Falta de privacidade	13	43,3%
	Falta de treinamento específico do profissional	13	43,3%
	Reações emocionais negativas do paciente/familiares	12	40%
	Baixa escolaridade do paciente/familiares	10	33,3%
	Ambiente barulhento	9	30%

Fonte: Elaboração própria

3.6 Fatores que favorecem a comunicação de más notícias

No conjunto das questões do questionário, também foram solicitados aos participantes a identificar condições que acreditavam contribuir para a comunicação de más notícias, operando como fatores facilitadores da atuação profissional. Segundo os dados obtidos, eles pontuaram primeiramente os benefícios de o médico atentar para o paciente/familiar, o que se verificou pela maior frequência de resposta a importância de ser empático e acolhedor no momento de dar a notícia (83,3%) e de conferir a compreensão acerca do que foi comunicado (76,6%). Valorizando também sua competência profissional e apoio técnico, os participantes indicaram ainda a importância de terem treinamento prévio sobre comunicação (73,3%), de

contarem com auxílio de psicólogos (70%) e de poderem emitir a notícia de modo claro e objetivo (60%) e com bom preparo emocional (53,3%) (TABELA 8).

Tabela 8 - Facilitadores da comunicação de más notícias segundo os participantes (n=30)

Respostas	f	%
Ser empático e acolhedor	25	83,3%
Verificar a compreensão do paciente sobre o que foi dito	23	76,6%
Treinamento prévio sobre comunicação	22	73,3%
Contar com auxílio de um profissional de psicologia	21	70%
Ser claro e objetivo	18	60%
Estar preparado emocionalmente para a comunicação	16	53,3%
Envolver, sempre que possível, familiares adultos do paciente	13	43,3%
Verificar o quanto o paciente quer saber sobre a notícia	12	40%
Tentar não se envolver emocionalmente	7	23,3%

Fonte: Elaboração própria

A empatia e o acolhimento foram elementos destacados nas respostas dos participantes da pesquisa como elementos facilitadores de uma boa relação médico-paciente na comunicação de más notícias. A empatia determina uma relação em que não só o que é dito influencia na transmissão da notícia, já que gestos, expressões faciais, tom e ritmo da voz e até o silêncio se conectam a uma escuta ativa e ao esforço de compreensão do outro (KOCH, et al., 2017).

A atuação médica deve compreender o sujeito em sua totalidade e respeitá-lo em sua individualidade. É importante que o profissional realize a comunicação com honestidade, de forma clara e objetiva, escutando-o e acolhendo suas dúvidas. Essa maneira de se relacionar se beneficia de uma formação acadêmica que tem como um de seus objetivos a aprendizagem ou fortalecimentos de habilidades voltadas para o cuidado do paciente (AMORIM et al., 2021).

Em um estudo realizado por Borges, Freitas e Gurgel (2012), o profissional apresentou receio de que o paciente ou familiar transferisse a dor do momento para o responsável pela má notícia. Esse medo está relacionado ao temor do profissional de que os receptores da notícia transfiram para eles a raiva, seja por uma transferência do sentimento de

culpa, ou por uma falha clínica. Assim, revela-se fundamental a adoção de métodos formativos e de treinamento (SCORSOLINI-COMIN; INOCENTE E MOURA, 2011).

É importante ressaltar que o treino prévio para más notícias foi considerado facilitador para 73,3% dos médicos participantes. No entanto, embora se saiba que o contexto de comunicação de notícias ruins pode impactar todos aqueles que estão envolvidos, essa responsabilidade raramente é abordada na graduação (OSTERMANN AC, et al., 2017) e mesmo na pós-graduação. Desse modo, os profissionais acabam por aprender a comunicar más notícias por acertos e erros ou pela observação de outros profissionais, tidos como mais experiente ou mais competentes, sem que isso lhes assegure uma comunicação de boa qualidade e eficaz (FREIBERGER MH, et al., 2019).

3.7 Colaboração de psicólogos na comunicação de más notícias

O psicólogo, como componente de equipes multiprofissionais de saúde, atua como mediador da relação entre profissionais e pacientes/familiares no cotidiano hospitalar com o intuito de colaborar para um atendimento integrado e um serviço humanizado. Em seus contextos de trabalho, a maior parte dos participantes da pesquisa afirmaram já ter contado com o apoio de profissionais de psicologia frente a necessidade de comunicar más notícias, tendo isso ocorrido frequentemente (43,3%) ou raramente (33,3%). Apenas sete respondentes (23,3%) disseram nunca ter atuado junto a profissionais de psicologia nestas situações, ainda que tivessem sentido necessidade deste tipo de auxílio (QUADRO 2)

Quadro 2 - Suporte da psicologia

Apoio dos profissionais de psicologia	%
Sim, com freqüência	44%
Sim, mas raramente	33%
Não, isso nunca ocorreu apesar da necessidade	23%

Fonte: Elaboração própria

Acerca do momento e maneiras como os médicos entrevistados acreditavam ser útil ter a colaboração de psicólogos em situações específicas envolvendo notícias difíceis, destacou-se a percepção da importância destes profissionais atuarem principalmente em

período posterior a transmissão da informação, realizando o devido acolhimento ao paciente e/ou a sua família (86,6%). Houve ainda médicos que sinalizaram o benefício da atuação conjunta do psicólogo durante a reunião com o paciente/familiar (73,3%) ou deste atuar previamente na avaliação e/ou preparo emocional das pessoas que irão receber a notícia indesejada (56,6%). Nas situações de manifestação emocional mais intensa dos pacientes/familiares, oito médicos sinalizaram que o psicólogo poderia assumir a tarefa e comunicar ele mesmo a notícia em questão (26,6%) (TABELA 9).

Tabela 9 – Colaboração de psicólogos no processo de comunicação de más notícias segundo a percepção dos participantes (n=30)

Respostas	f	%
Acolhimento a família após a notícia ser comunicada	26	86,6%
Auxílio durante a comunicação da notícia	22	73,3%
Preparação do paciente/família	17	56,6%
Suporte emocional para o profissional	12	40%
Comunicação da notícia nos casos de intensa reação emocional	8	26,6%

O apoio de psicólogos mostrou-se uma realidade presente para uma parte expressiva dos respondentes da pesquisa, o que evidencia um crescente aumento destes profissionais nas instituições hospitalares, embora os dados também apontem ser ainda necessário não só aumentar o quantitativo de psicólogos neste contexto como também tornar suas ações cada vez mais efetivas e integradas às ações de outros especialistas.

Quando questionados sobre o modo com os psicólogos vinham atuando na comunicação de más notícias em seus contextos de atendimento, os participantes informaram o tipo de má notícia que o psicólogo colabora mais diretamente, o momento em que isso comumente ocorre e destacaram tanto paciente e familiares como beneficiários deste tipo de apoio (QUADRO 3). De um modo geral, indicaram que a colaboração destes profissionais ocorria principalmente frente a agravamentos do quadro clínico dos pacientes e de óbitos, durante a comunicação ou, sobretudo, posteriormente. Reforçaram, assim, o entendimento destas situações como as mais mobilizadoras de insegurança e temores, além da visão dos psicólogos como profissionais mais preparados para lidarem com tais eventos, sendo que isto nem sempre ocorre, posto que, na formação dos psicólogos, a morte e o morrer tem sido

temas pouco contemplados (KOVÁCS, 1989), embora com importantes iniciativas mais recentes de cursos de educação para a morte para psicólogos, extensivos a outros profissionais, com o objetivo de ampliar os espaços de reflexão sobre o tema da morte em diversas instituições e locais que carecem de maior desenvolvimento (KOVÁCS, 2005).

Quadro 3 – Colaboração de psicólogos na comunicação de más notícias conforme relato dos participantes.

Colaboração do psicólogo	Frases Ilustrativas
Tipo de má notícia	"Nas notícias diárias da condição do paciente e nas notícias de piora clínica e óbito" "Acompanham todas as comunicações de óbitos"
Momento da atuação	"Estão na maioria das vezes juntos a notícia e posteriormente fornecendo suporte psicólogo" "Os psicólogos participam em conjunto na comunicação"
Alvo da atuação	"O profissional de psicologia sonda os familiares e acompanha ativamente a comunicação da notícia" "Mantém o suporte a família e paciente"

Fonte: Elaboração própria.

Por sua natureza ser relacional, a comunicação de más notícias não deve se constituir em um procedimento apoiado no saber e esforços de um só profissional (KRIEGER, 2017). Mesmo com os médicos sendo protagonistas do manejo hospitalar, uma vez que eles são responsáveis por decidirem sobre as técnicas, internações e prescrições medicamentosas, o saber especializado e o suporte técnico de outras áreas do conhecimento em saúde mostram-se fundamentais para o atendimento integral e, em consequência, para a qualidade do cuidado ofertado pela unidade de saúde. Um trabalho realizado por uma equipe multiprofissional pode facilitar o anúncio de uma notícia ruim, pois cada área de atuação colabora de uma forma peculiar a comunicação, deste modo beneficiando o manejo da situação (BORGES, 2012).

Nesse âmbito, a inserção de psicólogos nas equipes multiprofissionais tem se ampliado nas últimas décadas e o potencial de colaboração destes no serviço tem sido cada vez mais reconhecida, o que abarca o processo de comunicação de más notícias. A atuação central deste profissional implica em acolher, avaliar e fornecer assistência psicológica ao paciente e sua família, além de suporte técnico a outros profissionais e facilitar a comunicação entre todos estes (BRANDÃO et al., 2018).

Os psicólogos que atuam em instituições hospitalares intervêm em situações de ruptura que causam angústias e desestabilização psíquica. Cordeiro e Miranda (2020) observam que esses momentos muitas vezes dificultam o uso de palavras para nomear emoções, e, assim, cria-se um vazio. No entanto, é importante frisar que os aspectos emocionais de pacientes e familiares não podem ficar apenas sob responsabilidade do psicólogo, eximindo o dever do médico.

De acordo com relatos obtidos em uma pesquisa realizada com 17 psicólogos atuantes em hospitais gerais da rede pública no Brasil, a maioria deles acreditavam que a comunicação retrata uma prerrogativa médica, de modo que a função mais importante dos psicólogos deve ocorrer após o comunicado da má notícia. Seu papel, nesta perspectiva, implica em proporcionar escuta ao sofrimento impulsionado pelas informações dadas pelos médicos (GALLEGO; GOMES; PERES, 2022).

Segundo uma revisão de literatura brasileira realizada por Gallego, Gomes e Peres (2021) ainda são escassas as pesquisas sobre as atribuições dos profissionais de saúde de diversas áreas nas situações de comunicação de más notícias. Ademais, as referidas autoras averiguaram que a participação de psicólogos hospitalares tem sido pouco explorada na abordagem dessa temática, o que demarca uma lacuna a ser superada, tendo em consideração que tanto quem comunica quanto quem recebe a má notícia podem vivenciar algum nível de sofrimento emocional, mostrando a importância das intervenções psicológicas na área (AGUADO; CUESTA, 2019).

Os treinamentos com equipes multiprofissionais vêm mostrando bons resultados para o desenvolvimento de habilidades de comunicação. Um centro especializado em oncologia no Canadá elaborou um programa entre profissionais de várias áreas, como por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e especialistas em cuidados espirituais. O programa envolveu treino para resolução de problemas, aulas teóricas e simulações em equipe, fazendo com que os profissionais participantes alcançassem o aperfeiçoamento de suas habilidades e maior confiança para comunicar má notícia (PAPADAKIS et al., 2021).

Entretanto, a literatura aponta que somente 22% dos treinamentos são realizados por equipes interdisciplinares, mesmo sabendo que 70% a 80% dos erros médicos são cometidos por falhas de comunicação com outros profissionais de saúde (LACKIE et al., 2021; SZMULEWICZ et al., 2021). Uma boa performance da equipe no contexto de comunicação de más notícias demonstra ser fundamental, pois os pacientes e familiares necessitam de

suporte e assistência de diversas áreas, tanto físicas quanto psicológicas, além da confiança nos profissionais envolvidos, o que facilita a tomada de decisões e a forma de lidar com o sofrimento (CASTRO et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de análise dos dados, buscou-se compreender o modo como profissionais de saúde que atuam em unidades hospitalares vivenciam a necessidade de comunicar más notícias como parte de suas tarefas assistenciais. Em consonância com a literatura, verificou-se que, para os respondentes, comunicar uma má notícia é considerada uma tarefa de difícil realização e mobilizadora de aspectos emocionais, que se beneficia de preparo técnico específico, do uso de protocolos e do apoio de outros profissionais, sejam eles da mesma ou de outras especialidades.

O estudo reforçou a importância da capacitação dos médicos para o processo de comunicação de más notícias, pois, embora este profissional seja o responsável principal pela informação a pacientes e familiares quanto a diagnósticos, prognósticos e tratamentos, eles nem sempre se sentem preparados ou são treinados adequadamente para a tarefa, como atestado pelo relato dos profissionais participantes. As dificuldades principais recaíram sobre anúncios de doenças graves e de óbitos, sobretudo de crianças, confirmando o silenciamento destes temas nas sociedades contemporâneas e suas inúmeras repercussões psicossociais.

Nessa perspectiva, é necessário que haja maior investimento na capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo de médicos, para a realização de comunicações mais adequadas em torno de notícias temidas, do ponto de vista tanto do conhecimento técnico como de habilidades relacionais. Isto deve ocorrer desde as aulas e práticas na graduação e se manter em termos de formação continuada, com a expectativa de que os profissionais compreendam a subjetividade dos pacientes e aprendam a lidar melhor com situações que inclui os limites entre a vida e a morte.

Somente a comunicação pautada pela verdade e que tem por base a empatia, torna possível transmitir e receber uma má notícia de forma mais amena, com as pessoas envolvidas ancoradas em uma relação transparente e humanizada. Ademais, as evidências mostram que uma comunicação de más notícias eficaz favorece a adesão às orientações recebidas, contribui para melhores resultados terapêuticos e, diante da impossibilidade de cura ou controle da doença, colabora para uma morte mais digna e para melhor elaboração do luto.

Em suma, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir com trabalhos relacionados à formação e à atuação profissional em medicina, oportunizando a ampliação da

compreensão do tema da comunicação de más notícias na prática hospitalar. Entretanto, é preciso reconhecer as limitações deste estudo, que são relativas, principalmente, ao fato do instrumento utilizado não estar validado e ao pequeno tamanho da amostra, que não permite fazer generalizações.

Para avanço nos estudos na área, sugere-se a realização de novas pesquisas, principalmente para aprofundar o entendimento das contribuições da psicologia e dos psicólogos nesse campo, visto que as pesquisas com este enfoque ainda são escassas. Desse modo, passos estarão sendo dados em direção tanto à melhoria da assistência aos pacientes e seus familiares, como ao bem-estar dos profissionais que ofertam esse cuidado e também precisam ser considerados em suas necessidades e demandas diversas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, S. B.C.; MINAYO, M. C. S. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2747-2756, 2013

AGUADO, María; BENAVENTE CUESTA, María. Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. **Ciencias psicológicas**, p. 317–332, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22235/cp.v13i2.1889>>.

ALELWANI, Somia M.; AHMED, Yasar A. Medical training for communication of bad news: A literature review. **Journal of education and health promotion**, v. 3, p. 51, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4103/2277-9531.134737>>.

ALMEIDA, L. V. S. A atuação do psicólogo hospitalar diante da morte em unidades de terapia intensiva. **Psicólogo artigos**. 2015.

AMORIM, Caroline B. et al. Communication of difficult news in basic attention/Comunicação de notícias difíceis na atenção básica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** [online], Rio de Janeiro, v. 13, p. 34-40, 2021.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto; TRUCHART, Fernanda Alves Rodrigues; ROSA, Berger Kninikj; et al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 1994. Disponível em: <<https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/957>>.

ARAÚJO, Inesita. Comunicação e Saúde: Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2007. 152 p.

ARAUJO, Janete A.; LEITÃO, Elizabeth Maria Pini. A Comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, [s. l.], 2012.

ARBABI, M. et al. Patients' preference to hear cancer diagnosis. **Iran. J. Psych.**, v. 5, n. 4, p. 128, 2010

AREIA, Neide P. et al. Cuidados paliativos oncológicos em contexto de internamento e domiciliário: Necessidades, morbidade psicológica e luto antecipatório nos familiares do doente terminal e impacto na qualidade de vida familiar. *Psychologica*, Coimbra, v. 2, n. 60, p.27-44, 2017. **Coimbra University Press**. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_2.

ARIÈS, P. O homem diante da morte. 1ed. Tradução: Ribeiro, L. São Paulo: Unesp; 2014. 837p. ASCENCIO-ROMERO, M. C. et al. Brindar malas noticias en la sala de emergencias. **An Fac Med.**, v. 76, n. 1, p. 85-6, 2015

ÁVILA, Rebeca. Formação das Mulheres nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira De Educação Médica**, São Paulo, p. 142-149, 2014.

AZEVEDO, Ana Paula de Mesquita. **Trocas comunicativas sobre a violência: experiências intersubjetivas do Movimento pela Vida**. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018

BAILE, W. F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; *et al.* SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302–311, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>>.

BAQUIÃO, Ana Paula de Sousa Silva; GUEDES, Leonardo Melo; MÁRMORA, Claudia Helena Cerqueira; *et al.* Interdisciplinarity and interprofessionalism in teamwork: perceptions of multiprofessional residents in Hospital Care. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 43, p. e54332, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v43i1.54332>>.

BARAN, Caitlin N.; SANDERS, Justin J. Communication skills: Delivering bad news, conducting a goals of care family meeting, and advance care planning. **Primary care**, v. 46, n. 3, p. 353–372, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.003>>.

BASTOS, Barbara Rafaela; GALVÃO DA FONSECA, Ana Carolina; DA SILVA PEREIRA, Adrya Karolinne; *et al.* Formação dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 263–266, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2016v62n3.342>>.

BECZE, Elisa. Strategies for breaking bad news to patients with cancer. **ONS Connect**, v. 25, n. 9, p. 14–15, 2010.

BIAZAR, Gelareh; DELPASAND, Kouros; FARZI, Farnoush; *et al.* Breaking bad news: A valid concern among clinicians. **Iranian journal of psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 198–202, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18502/ijps.v14i3.1321>>.

BITTNER, Anja; Johannes; JONIETZ, Ansgar; *et al.* Translating medical documents improves students' communication skills in simulated physician-patient encounters. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 72, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0594-4>>.

BORGES, M. S.; FREITAS, G.; GURGEL, W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 113-126, ago. 2012

BORGES, Moema da Silva; FREITAS, Graciele; GURGEL, Widoberto. A comunicação de más notícias na visão dos profissionais de saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], 2012.

BORTAGARAI, Francine Manara; PERUZZOLO, Dani Laura; AMBRÓS, Tatiane Medianeira Baccin; *et al.* A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de

intervenção precoce. **Distúrbios da Comunicação**, v. 27, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/20851>>.

BRANDÃO, A. B. et al. Avaliação e registro da psicologia nos diferentes cenários em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T. et al. (Ed.). **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2018. p. 712-725.

BRÁS, Cláudia e FERREIRA, Manuela – A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão de literatura. In COSTA, António; [et al.] – **Atas de investigação qualitativa na saúde**. Vol. 2. Portugal: Atas CIAIQ2016, 2016. ISBN 9789728914592. P.572-577.

BRASIL. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Estudo projeta que até 2024, maioria dos profissionais de medicina será mulheres no Brasil. Brasil, 2023

BROMBERG, M. H. P. F. (1984). O Luto: Teorias, In: M. H. P. F. Bromberg. A psicoterapia em situações de perdas e luto. (pp. 19-67). São Paulo: **Ed. Psy II**.

BUCKMAN, R. Breaking bad news: a guide for health care professionals. **Baltimore: Johns Hopkins University Press**, 1992.

BUCKMAN, R. Talking to patients about cancer. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 313, n. 7059, p. 699–700, 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7059.699>>.

BUCKMAN, Robert. How to break bad news: A guide for health care professionals. Toronto, ON, Canada: **University of Toronto Press**, 1992.

BUDDEBERG-FISCHER, Barbara; STAMM, Martina. The medical profession and young physicians' lifestyles in flux: challenges for specialty training and health care delivery systems. **Swiss Med Wkly**, [s. l.], 2010.

BURLÁ, Claudia; PY, Ligia. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. **Revista Bioética**, v. 13, n. 2, 2009.

CALEGARI, R. C.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; SANTOS, M. J. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, esp. 2, p. 42-47, 2015.

CALSAVARA, Vanessa; JAQUELINE; FABIO; *et al.* **A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa**. [s.l.: s.n., s.d.].

CAMPOS, Cláudia Margarida. **A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem**. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25752/psi.9725>>.

CAMPOS, Vanessa F.; SILVA, Jhonata M.; SILVA, Josimário J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética, Brasília, DF**, v. 27, n. 4, p. 711-718, 2019.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139–146, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000100014>>.

CARNEIRO, Ana Catarina. **Comunicação de más notícias no serviço de urgência**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, [S. l.], 2017.

CARVALHO, Marcele Regine de; LUSTOSA, Maria Alice. Interconsulta psicológica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 31-47, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100004&lng=pt&nrm=iso>.

CASTRO, Isadora Rodrigues *et al.* Compassionate medical approaches to breaking bad news: Strategies and impacts. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 13, ed. 3, 2024.

CAVALCANTE, Moana. **A comunicação de más notícias por estudantes de Medicina: um estudo de caso**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ensino na saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, [S. l.], 2017.

CHANTAL, N. Morte: sociedade e cuidados paliativos. In N. Chantal, et al. *Cuidados Paliativos*. Coimbra: **Edições Formasau**, 2000.

CHEHUEN NETO, José Antonio; SIRIMARCO, Mauro Toledo; CÂNDIDO, Társsius Capelo; *et al.* Health professionals and the delivery bad news: patient perspectives. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 23, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20130079>>.

CHUNG, Han-Oh; OCZKOWSKI, Simon J. W.; HANVEY, Louise; *et al.* Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: a systematic review and meta-analysis. **BMC medical education**, v. 16, n. 1, p. 131, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0653-x>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). (2019). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: CFM.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Demografia Médica. Demografia Médica. 2018.

CORDEIRO, S. N., & MIRANDA, F. S. (2020). A vida por um fio: A escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 132-145. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3suplp132>

COSTA , Rafael Everton *et al.* Curso prático: habilidades de comunicação com paciente e família: relato de experiência. *Archivos en Medicina Familiar*, Brasília, v. 22, p. 149 - 156, 2020.

CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn. Tratamento*, [s. l.], 2016.

CRUZ, Carolina; RIERA, Rachel, II. **Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES.** Bvsalud.org. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2023.

DELL'ACQUA, M. C. Q; TOME, L. Y.; POPIM, R. C. O processo de trabalho em urgência e emergência em interface com a morte. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1149-1159, 2013

ESPÍNDOLA, Amanda Valério et al. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Bioética*, [s.l.], v. 26, n. 3, p.371-377, dez. 2018.

FORTES, Ifl; MENDES, Jmg. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem*, 2013.

FREIBERGER MH, et al. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. *Revista Bioética*, 2019; 27(2)

GABBI, Malena. **Comunicação de más notícias: um olhar da psicologia.** Revista da Sociedade de Psicologia do. Rio Grande do Sul: [s.n., s.d.].

GALLEGO, P. B., GOMES, L. R. S., & PERES, R. S. Comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde: Uma revisão *integrativa*. In B. A. D. Pestana, I. G. Souza, & I. L. Perissato (Orgs.), *Revisões em saúde coletiva: Tendências, recorrências e lacunas* (pp. 123-136), 2021.

GALLEGO, Patrícia Barberá; GOMES, Layla Raquel Silva; PERES, Rodrigo Sanches. Significados atribuídos por psicólogos hospitalares às relações entre profissionais de saúde na comunicação de más notícias. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 11, 2022.

GAMBOA, Sílvio Sanchez. Quantidade-qualidade: para além de um dualismo técnico e de uma dicotomia epistemológica. In: SANTOS FILHO, José Camilo; GAMBOA, Sílvio Sanchez (Org.). **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade.** São Paulo: Cortez, 1995

GARCIA, V. R., & RABELO, L. (2015). Role-play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39(4), 586-596. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01052014>.

GAZOTTI, Thaís De Castro; PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Aspectos técnicos e relacionais da interconsulta psicológica: a visão dos psicólogos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 209, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n1p209>>.

GEOVANINI, F. & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Revista Bioética**, 21(3), 455-562. Retirado de https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/854

GESSER, Ana Maria; DOS SANTOS, Mirian Silva; GAMBETTA, Marcelo Vier. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias / Spikes: a protocol for communicating bad news. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 103334–103345, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>>.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: **Atlas**, 2002.

GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New Jersey, USA: AldineTransaction, 2006.

GONÇALVES, Ângela. **Comunicação de más notícias a pessoas com doença Oncológica: a necessidade de implementar a (bio)ética na Relação – um estudo exploratório**. 2013. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade de Lisboa, [S. l.], 2013.

GRANDO, R. C.; NACARATO, A. M.; LOPES, C. E. Narrativa de Aula de uma Professora sobre a Investigação Estatística. **Educação & Realidade**, v.39, n.4, p.985-1002, 2014.

GUIMARÃES, Iraci; CARNEIRO, Maria Helena Silva. Envelhecimento e finitude - Qual a representação da morte?. **Estud. Interdiscipl.envelhec**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p.7-18, 2012.

HEBERT, H. D.; BUTERA, J.; MEGA, A. Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? A survey of hematology/oncology program directors. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 25, n. 18_suppl, p. 9023–9023, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2007.25.18_suppl.9023>.

HERRERA, Andrea; RÍOS, Matías; MANRÍQUEZ, José Manuel; *et al.* Breaking bad news in clinical practice. **Revista médica de Chile**, v. 142, n. 10, p. 1306–1315, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>>.

HOFFMANN, Leandro. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. **Cadernos de Saúde Pública**, 1993.

II FÓRUM NACIONAL SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2010, Brasília. **Fórum [...]**. [S. l.: s. n.], 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

IVO, Olguimar Pereira; PEDROSO, Karina Oliveira. O processo da morte e do morrer: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Psic.**, [s.l.], v. 11, n. 34, p.305-321, 2017.

KIM, J.H.; VON GERSDORFF, H. Suppression of spikes during posttetanic hyperpolarization in auditory neurons: the role of temperature, I h currents, and the Na⁺-K⁺-ATPase pump. **J. neurophysiol.**, v.108, n.7, p.1924-1932, 2012.

KNECHTEL, M. R. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba, PR: **Intersaberes**, 2014.

KOCH CL, et al. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. **Revista Bioética**, 2017; 25(3).

KOVÁCS, M. J. (2008). Representações de morte. In M.J. Kovács.

KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: **Editora Ltda.**, 1992.

KOVACS, Maria Julia. **A questão da morte e a formação do psicólogo**. 1989. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1989.

KOVÁCS, Maria Julia. Educação para morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], 2005.

KRIEGER, Mabel Viana. **Comunicação de más notícias em saúde: Contribuições à discussão bioética através de uma nova ética das virtudes**. 2017. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, [S. l.], 2017.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: **Editora Ltda.**, 1981. Tradução Paulo Menezes.

KUMATA, Camila Sayuri *et al.* COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS À FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA. **Cienc Cuid Saude**, [s. l.], 2015

LACKIE, Kelly *et al.* Interprofessional collaboration between health professional learners when breaking bad news: a scoping review protocol. **JBIC Evidence Synthesis**, [s. l.], 2021

LAMBA, S. et al. Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in nan Emergency Medicine Clerkship. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 16, n. 2, p. 344-352, 2015

LANE, R (2016). Breaking Bad News. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (Eds) **Clinical Communication in Medicine**. United Kingdom; John Wiley & Sons Ltd.

LANGEWITZ, Wolf. Breaking bad news—Quo vadis? Patient education and counseling, v. 100, n. 4, p. 607–609, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.002>>.

LE BRETON, D. As paixões ordinárias: antropologia das emoções. Tradução: Peretti, L. A. S. Rio de Janeiro: **Vozes**, 2009. 276p.

LECH, S.S.; DOS SANTOS DESTEFANI, A.; BONAMIGO, E. L. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 4, n. 1, p. 69-78, 2013.

LUCHESE, Fernando; LEDUR, Paulo. Comunicação Médico-Paciente. Um Acordo de Cooperação. Porto Alegre: **Editora AGE**, 2008. ISBN 9788574974125.

MAGALHÃES, Ana Renata Veloso. **A na Comunicação Clínica Importância da Empatia e Avaliação do seu Impacto Terapêutico**. 2019. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira, Covilhã, 2019.

MARTINS, J. C. (2008). **O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde**. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-03- 2012.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 203–227, 2011. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.14.441. Disponível em: <https://revista.sbph.org.br/revista/article/view/441>.

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro; KANTORSKI, Luciane Prado; HYPOLITO, Álvaro Moreira. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 282, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/217976922551>>.

MONTEIRO, D. T. et al. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 547-567, 2015.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; QUINTANA, Alberto Manuel. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324221>>.

MOREIRA, Herivelto. Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador/Herivelto Moreira, Luiz Gonzaga Caleffe. Rio de Janeiro. DP&A, 2006.

NAVARRO, M. P., & CAMPOS, V. L. (2020). Medicina intensiva. Aspectos bioéticos. Información y comunicación. **Revista de Bioética y Derecho**, 0(48), 23-39. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.48.28898>

NONINO, Alexandre *et al.* Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura. **Revista Brasileira De Educação Médica**, [s. l.], 2012.

NUNES SANTOS, Samantha *et al.* . Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 50-66, dez. 2011 .

NUNES, Lucília. **E quando eu não puder decidir?: ética no fim de vida**. [s.l.: s.n.], 2016.

OSTERMANN AC, *et al.* Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017; 33(8)

PAPADAKOS, Christine Tina *et al.* Effectiveness of a Multiprofessional, Online and Simulation-Based Difficult Conversations Training Program on Self-Perceived Competence of Oncology Healthcare Provider Trainees. **Journal of Cancer Education**, [s. l.], 2021.

PAZINATTO, Márcia M. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 234-243, 2019.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 18, n. suppl 1, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>>.

PEREIRA, Ana Teresa; FORTES, Isa Filipa; MENDES, João Manoel. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, 2013.

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

PEREIRA, C. R. *et al.* The P-A-C-I-E-N-T-E Protocolo: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 43-49, 2017.

PEREIRA, C. R., CALÔNEGO, M. A. M., LEMONICA, L., & BARROS, G. A. M. de .. (2017). The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, 63(1), 43-49. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>.

PEREIRA, Carolina Rebello. **Comunicando más notícias: protocolo PACIENTE**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, São Paulo, 2010.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves. **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Contributos para a formação em enfermagem**. 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia e de Ciência das Educação na Universidade do Porto., [S. l.], 2005.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & contexto enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 33–37, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072005000100004>>.

PTACEK, J. T.; MCINTOSH, E. G. Physician challenges in communicating bad news. **J. Behav. Med.**, v. 32, n. 4, p. 380-387, 2009.

RAMOS, Natália. Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde. *In: Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas*. [s.l.]: Edufba, 2017, v. 978, p. 149–172.

REISER, S. J. Words as scalpels: transmitting evidence in the clinical dialogue. **Annals of internal medicine**, v. 92, n. 6, p. 837–842, 1980. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-92-6-837>>.

RODRIGUES, Michele Viviane *et al.* Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, p. 86 - 91, 2010.

RODRIGUEZ, M. I. F. **Despedida silenciada: Equipe médica, família, paciente - cúmplices da conspiração do silêncio**. [s.l.: s.n.], 2014.

ROMANO, Wilma Bellkiss. *Princípios Para A Prática Da Psicologia Clínica Em Hospitais*. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 1999.

RUIZ MORAL, Roger. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. **Educación médica**, v. 6, n. 4, p. 159, 2003. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v6n4/original7.pdf>>.

RUMPOLD, Tamara; LÜTGENDORF-CAUCIG, Carola; LÖFFLER-STASTKA, Henriette; *et al.* Attitude towards end of life communication of Austrian medical students. **Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education**, v. 34, n. 4, p. 743–748, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s13187-018-1366-0>>.

SAMPAIO, Tuane Bazanella *Metodologia da pesquisa [recurso eletrônico] / Tuane Bazanella Sampaio*. – 1. ed. – Santa Maria, RS : UFSM, CTE, UAB, 2022.

SANTOS GFATF, et al. Cuidados Paliativos em Oncologia: Vivência de Enfermeiros ao Cuidar de Crianças em Fase Final da Vida. **Revista online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, 2020.

SASTRE, M. T. M.; SORUM, P. C.; MULLET, E. Breaking bad news: The patient's viewpoint. **Health Communication**, v. 26, p. 649–655, 2011.

SCHEFFER MC, CASSENOTE AJF. A feminização da medicina no Brasil. **Rev Bioética**. 2013.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

SCORSOLINI-COMIN, F.; FORLI INOCENTE, D.; KAZUMI MOURA, I. Aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento: pautas para a gestão de pessoas. **Rev. Bras, Orientt. Prof.**, v. 12, 2011.

SERRA, João Paulo. Manual da teoria da comunicação. Portugal: **Livros Labcom**, 2007.

SHOENBERGER, J. M et al. Death notification in the emergency department: survivors and physicians. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 14, n. 2, p. 181-185, 2013.

SHOENTHALER, A. Does improving patient-practitioner communication improve clinical outcomes in patients with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence. **Patient Educ. Counsel.**, v. 96, n. 1, p. 3–12, 2014.

SILVA, L. P. S.; DOS SANTOS, I.; DE CASTRO, S. Z. M. Comunicação de notícias difíceis no contexto do cuidado em oncologia: revisão integrativa de literatura [Giving bad news in the context of cancer care: integrative literature review]. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 24, n. 3, 2016.

SILVA, Maria Julia Paes da. Comunicação de Más Notícias. **O mundo da Saúde**, São Paulo, p. 49 - 53, 2012.

SILVA, Pollyane Lisita da; NOVAIS, Marina Rodrigues; ROSA, Isabela de Oliveira. A função do psicólogo no pronto-socorro: a visão da equipe. **Rev. SBPH**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 149-169, dez. 2019.

SILVA, S. M.; RAMOS, M. Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 693-714, 2014.

SILVA, V. C. E; ZAGO, M. M. F. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção dos pacientes. **Rev. Bras. Enferm. USP**, Brasília, DF, v.58, n.4, 2005.

SILVA-XAVIER, E. A. (2020). Comunicação de notícias difíceis em um hospital universitário: análise de processo de capacitação de médicos residentes. Dissertação de mestrado, **Universidade de Brasília**, Brasília, DF.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar. São Paulo, SP: **Casa do Psicólogo**, 2013.

SIMONETTI, Alfredo. Manual de psicologia hospitalar. **Casa do psicólogo**, 2004.

SOEIRO, Cristina Vidigal *et al.* Bioética e comunicação de más notícias em oncologia pediátrica: experiência em um hospital público. **Revista Artigos. Com**, [s. l.], v. 16, p. 49 - 53, 2020.

SOMBRA NETO, Luis L. et al. Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 41, n. 2, p. 260-268, 2017. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160063>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SOUTO, Danielle da Costa; SCHULZE, Mariana Datria. Profissionais de Saúde e Comunicação de Más Notícias: Experiências de uma Unidade Neonatal. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 173–184, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.690>>.

SOUSA, Fernando Henrique de. **A comunicação de más notícias: análise d treinamento de habilidades para profissionais da saúde**. 2017. Tese (Doutor em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, [S. l.], 2017.

SOUZA, Gislaine Alves; GIACOMIN, Karla; AREDES, Janaína Souza; *et al.* Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 28, n. 3, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280324>>.

SOUZA, Yanne V. et al. Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. **Revista Bioética, Brasília**, DF, v. 28, n. 2, p. 332-343, 2020.

STEFANELLI, Maguida Costa. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. [s.l.: s.n.], 2005.

STELET, Bruno; PEREIRA; CASTIEL, Luis; *et al.* Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica. **Cad. Saúde Pública**. [s.l.: s.n.], 2017.

SZMULEWICZ, C., ROUBY, P., BOYER, C., BENHAMOU, D., & CAPMAS, P. (2021). Communication of bad news in relation with surgery or anesthesia: an interdisciplinary simulation training program. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, 50(7), 102062. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102062>

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

TONETTO, Aline Maria; GOMES, William Barbosa. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 89–98, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2007000100010>>.

TORRALBA ROSELLÓ F. **Antropologia do cuidar**. São Paulo: Vozes; 2009.

TRAIBER, Cristiane; LAGO, Patrícia M. Comunicação de más notícias em pediatria. **Boletim Científico de Pediatria**, [s. l.], v. 1, ed. 1, 2012.

TWYXCROSS A, SHIELDS L. Statistics made simple. Part 2. Standard deviation, variance and range. **Paediatr Nurs**. 2004;16:24.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de saúde pública**, v. 10, n. 4, p. 497–504, 1994.

VOGEL, Karolyne. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [s.l.: s.n.], 2019.

WADA, Randal K. Leadership, behavioral science, and interprofessional teamwork. **Transl Behav Med**, [s. l.], 2020.

APÊNDICE 1

Questionário: Desafios médicos na comunicação de má notícias e suporte da psicologia

Dados sociodemográficos e profissionais

Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino Outro

Formação máxima:

Graduação

Especialização ou residência

Mestrado

Doutorado

Área(s) ou especialidade(s) médica(s) de atuação atual:

Tempo de exercício profissional na medicina: 1 - 4 anos 5 a 8 anos 9 anos ou mais

Tempo de exercício profissional no contexto hospitalar: 1 - 4 anos 5 a 8 anos 9 anos ou mais

Tipo(s) de hospital em que atua

Quanto à finalidade: Geral Especializado

Quanto a administração e ao objetivo financeiro: () Público () Privado () Não lucrativo ()
Filantrópico () Beneficente

Quanto ao porte: () Pequeno porte () Medio Porte () Grande Porte () Porte Especial

Setor(es) do hospital em que atua:

() Urgência e Emergência () Enfermarias () Ambulatório Médico () Centro cirúrgico
() UTI / CTI () Outro(s) _____

As questões apresentadas a seguir buscam conhecer suas percepções e vivências em relação à comunicação de más notícias em seu cotidiano de trabalho em instituições de saúde. Consideramos más notícias como as informações que implicam em mudanças negativas na vida da pessoa e em sua perspectiva de futuro, que envolvam, por exemplo, diagnóstico de doença grave, piora do quadro clínico, prognóstico reservado, necessidade de procedimento médico temido, resultado indesejado de exames e óbito.

I – Contexto de comunicação de más notícias na prática profissional

1) Em um mês, quantas vezes, em média, você comunica más notícias a um paciente ou a familiares deste?

- a) () Menos de 5 vezes.
- b) () 5 a 10 vezes.
- c) () 11 a 20 vezes.
- d) () Mais de 20 vezes.

2) Na sua prática diária, que tipo de más notícias você costuma comunicar com maior frequência?

- a) () Diagnóstico de doença grave ou temida
- b) () Resultados desfavoráveis de exames médicos
- c) () Prognóstico reservado
- d) () Recorrência de uma doença

- e) Necessidade de intervenção cirúrgica
- f) Necessidade de intervenção mutiladora
- g) Fim do tratamento ativo e início dos cuidados paliativos
- h) Óbitos de pessoas adultas
- i) Óbitos de crianças ou adolescentes
- j) Outros: _____

3) No seu local de trabalho, são feitas discussões, orientações ou planejamentos em equipe relacionados ao processo de comunicação de más notícias?

- Sim Não

4) No contexto de comunicação de uma má notícia, o que você considera mais prejudicial ao trabalho do médico conforme suas experiências?

- a) Pouco tempo disponível
- b) Reações emocionais negativas do paciente/familiares
- c) Falta de informações prévias por parte do paciente/família
- d) Baixa escolaridade do paciente/familiares
- e) Ambiente barulhento
- f) Falta de privacidade
- g) Falta de treinamento específico
- h) Outro: _____

5) O que você acredita que melhor facilita a comunicação de uma má notícia?

- a) Treinamento prévio sobre comunicação
- b) Verificar o quanto o paciente quer saber sobre a notícia
- c) Estar preparado emocionalmente para a comunicação
- d) Verificar a compreensão do paciente acerca do que foi dito
- f) Tentar não se envolver emocionalmente
- e) Ser empático e acolhedor
- g) Ser claro e objetivo
- h) Contar com auxílio de um profissional de psicologia
- i) Envolver, sempre que possível, familiares adultos do paciente
- j) Outro(s) _____

6) Você faz uso de algum protocolo de comunicação de más notícias?

- Sim, um adotado pelo hospital
- Sim, um da literatura utilizado por conta própria

Sim, um elaborado por mim mesmo(a)

Não

Se utiliza algum protocolo da literatura, qual é ele? _____

7) Frente a necessidade de informar uma notícia ruim a um paciente/familiar emocionalmente instável, qual o procedimento que habitualmente você costuma adotar? (Assinale até 3 opções).

a) Solicita o auxílio de outro profissional de saúde

b) Solicita a presença de outra pessoa da família

c) Dá a notícia da forma mais completa possível

d) Fornece apenas a parte da informação que considera essencial, no sentido de proteger o bem-estar do paciente/família

e) Fornece as informações conforme às perguntas formuladas pelo paciente/familiar

f) Outro: _____

II Autoavaliação na comunicação de más notícias

8) Fornecer esse tipo de notícia te afeta emocionalmente?

a) Nunca

b) Raramente

c) Algumas vezes

d) Quase sempre

e) Sempre

9) De um modo geral, você se sente preparado para comunicar notícias difíceis?

a) Muito bem preparado

b) Razoavelmente preparado

c) Pouco preparado

d) Nem um pouco preparado

10) Alguma vez você já postergou comunicar uma notícia difícil por não se sentir preparado para isso?

a) Sim

b) Não

11) Dentre estas notícias, quais você considera mais desafiadoras ao comunicar? (Assinale no máximo 3 opções).

- a) diagnóstico de uma doença grave ou temida
- b) resultados desfavoráveis de exames médicos
- d) a recorrência de uma doença
- e) necessidade de intervenção cirúrgica
- f) necessidade de intervenção mutiladora
- g) o fim do tratamento ativo e início dos cuidados paliativos
- h) óbitos de adultos ou idosos
- i) óbitos de crianças ou adolescentes

12) No processo de comunicação de uma má notícia, o que é mais difícil para você? (Assinale até 5 opções).

- a) Discutir questões de fim da vida
- b) Lidar com comprometimento cognitivo ou baixo nível de escolaridade do paciente/familiar
- c) Lidar com reações de choro
- d) Lidar com desconfiança ou atitude de confronto do paciente/família
- e) Manter o autocontrole emocional
- f) Levar o paciente/familiar a compreender a notícia
- g) Responder as dúvidas do paciente/familiar
- h) Incerteza quanto às reações do paciente/família
- i) Utilizar uma linguagem acessível ao paciente/familiar
- j) Ser honesto, sem tirar a esperança
- k) Receio de causar mais sofrimento ao paciente/família
- l) Sentir-se impotente
- m) Envolver o paciente/familiar na tomada de decisões
- n) Ser empático ou acolhedor
- o) Não tenho dificuldades
- p) Outro(s): _____

III – Formação para a comunicação de más notícias

13) Na sua formação médica, onde você conseguiu embasamento para transmitir más notícias?

- a) Aulas na graduação em medicina
- b) Curso de aperfeiçoamento ou treinamento
- c) Residência médica ou curso de especialização
- d) Capacitação em serviço
- e) Observação de outros profissionais durante a transmissão de notícias ruins

- f) Orientação direta de outros profissionais no serviço
- g) Nenhum embasamento
- h) Outro: _____

IV - Suporte de psicólogos na comunicação de más notícias

14) No seu cotidiano, você tem contado com o apoio de profissionais de psicologia quando tem que comunicar más notícias?

- a) Sim, com frequência
- b) Sim, mas raramente
- c) Não, isso nunca ocorreu apesar de ter sentido necessidade deste tipo de auxílio
- d) Não, pois não vejo necessidade

15) Na sua percepção, como o psicólogo pode colaborar no processo de comunicar más notícias

- a) Preparando o paciente/família
- b) Auxiliando durante a comunicação da notícia
- c) Acolhendo a família posteriormente a notícia ser comunicada
- d) Dando suporte emocional para o profissional
- e) Assumindo a comunicação nos casos em que o paciente/familiares indicam intensa reação emocional
- f) Outro(s) modo(s):

16) Caso você tenha experiências de apoio de psicólogos nesta tarefa, de que modo isso tem ocorrido?

APÊNDICE 2



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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “ Desafios da comunicação de más notícias na prática médica e contribuições potenciais da psicologia”, desenvolvida por Anna Tharyne de Almeida Nascimento, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sob orientação da Professora Dra. Lilian Maria Borges.

Os objetivos deste estudo são: levantar práticas e contextos de comunicação de más notícias conforme as experiências dos médicos participantes; identificar, por um lado, os principais desafios vivenciados pelos médicos frente à necessidade de comunicar más notícias a pacientes e seus familiares e, por outro, os principais fatores que acreditam ajudá-los no desempenho desta tarefa; verificar como estes profissionais avaliam seus conhecimentos, habilidades e reações emocionais quando lidam com situações em que precisam transmitir notícias indesejadas; verificar o auxílio que os profissionais esperam ter do serviço de psicologia quando precisam comunicar más notícias no contexto hospitalar; verificar se e como os profissionais têm obtido respaldo na psicologia e/ou apoio de psicólogos em situações relacionadas à comunicação de más notícias; analisar possíveis diferenças em percepções e práticas acerca da comunicação de más notícias entre médicos de especialidades distintas e de serviços públicos e privados de saúde.

Sua participação, caso aceite, será realizada ao responder um questionário, com levantamento de informações pessoais e profissionais para verificar suas percepções e vivências médicas de acordo com sua especialidade no processo de comunicação de más notícias em âmbito hospitalar. Esses instrumentos deverão ser respondidos de modo individual e online no link disponibilizado. Caso concorde em participar, para preservar sua identidade e anonimato, você não precisará informar seu nome ao preencher os questionários.

Os riscos da pesquisa são considerados mínimos para os participantes e dizem respeito a alguma alteração psicológica, tais como: ansiedade, estresse e desconforto emocional no preenchimento de questões dos questionários e pelas perguntas que tem relação com o ambiente de trabalho. Os benefícios estimados da pesquisa consistem na possibilidade de seus resultados gerarem conhecimentos com potencial para auxiliar os médicos na identificação de demandas psicológicas, favorecer o aprimoramento de habilidades no processo de comunicação de más notícias e promover uma melhor sistematização da atuação médica junto a equipe de saúde, esclarecendo o papel do psicólogo no contexto hospitalar.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõe o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução N510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação na pesquisa é voluntária e você poderá se recusar a participar diante do convite para colaborar na coleta de dados. Mesmo tendo aceito inicialmente, você poderá ainda retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete quaisquer penalidades ou prejuízos. Você é livre para interromper sua participação se assim o desejar ou se recusar a responder as perguntas que porventura lhe tragam algum constrangimento. Sua participação não implicará em custos financeiros, ou seja, você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos do estudo e, por outro lado, também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua contribuição. Após o recebimento do link do formulário da pesquisa, o mesmo ficará aberto para respostas durante o período de 15 dias e nesse tempo você poderá refletir e decidir se e quando participará da mesma.

É assegurado o sigilo de sua identidade e dados pessoais, incluindo a possível apresentação dos resultados em congressos e periódicos científicos. Os dados coletados ficarão sob a guarda do pesquisador envolvido no projeto e não será permitido acesso a terceiros, garantindo sua proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ou crítica. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466 de 2012. Para qualquer outra informação ou dúvida, você pode entrar em contato com a pesquisadora Anna Tharyne de Almeida Nascimento (021) 7527-5255 ou pelo endereço de e-mail: annatharyne33gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, localiza-se na sala CEP/PROPPG/UFRRJ, no segundo andar da Biblioteca Central, campus Seropédica. – pelo telefone (21) 2681-4749, ou por meio do e-mail: eticacep@ufrj.br. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é o órgão que tem como objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa no Brasil, além de contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Espera-se que este estudo ofereça uma melhor compreensão sobre os desafios que médicos podem apresentar ao se depararem com o processo de comunicação de más notícias e como a psicologia pode colaborar, conseqüentemente, contribuindo para uma melhor preparação das equipes de saúde. Em especial para os médicos e psicólogos hospitalares, a pesquisa poderá ajudar a clarear suas potenciais contribuições nos setores hospitalares.

Ao clicar no botão “Próxima” automaticamente concordarei em participar da pesquisa e terei acesso aos questionários.

Declaro que concordo em participar da pesquisa.

Contatos:

Anna Tharyne de Almeida Nascimento – (21) 7527-5255 - annatharyne33gmail.com

Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges – (Orientadora)