

[Digite aqui]

[Digite aqui]

[Digite aqui]



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:  
DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA FORMAÇÃO MÉDICA**

**ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER**

**Brasília**  
**2020**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:  
DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA FORMAÇÃO MÉDICA**

**ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Processos Clínicos.

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Larissa Polejack Brambatti**

**Brasília/DF, outubro de 2020**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Larissa Polejack Brambatti - Presidente  
Instituto de Psicologia / UnB  
Departamento de Psicologia Clínica / UnB

---

Prof. Dr. Alberto Carlos Moreno Zaconeta – Membro externo  
Faculdade de Medicina / UnB  
Hospital Universitário de Brasília / EBSEH

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Dayde Lane Mendonça da Silva – Membro externo  
Faculdade de Ciências da Saúde / UnB  
Hospital Universitário de Brasília / EBSEH

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Elizabeth Queiroz – Membro interno suplente  
Instituto de Psicologia / UnB  
Departamento de Psicologia Clínica / UnB

Brasília, outubro de 2020

## Dedicatória

*Dedico este trabalho à minha mãe,  
pois o mestrado sempre foi o seu sonho.  
Obrigada pela possibilidade de poder realizá-lo.*

## **Agradecimentos**

A Deus que se fez presente e realizou milagres ao longo deste mestrado.

À Dinha, minha tia avó e meu anjo da guarda, que onde quer que esteja, sempre me protege, orienta e guia.

Ao Marcelo, meu amado esposo, e ao meu filhote, Augusto. Obrigada por sempre me acompanharem nos desafios da vida. Vocês são o meu lar!

Aos meus pais, Ilza e Carlos, por sempre acreditarem em meu potencial e investirem em minha formação. À minha irmã, Thais, e aos meus sobrinhos, Caio e Nena, por me apoiarem nesta jornada.

À Paçoca, minha pequena “cãopanheira” de colo e de longas horas de estudo. Se ela pudesse falar, vocês veriam como é inteligente “pra cachorro”!

À minha orientadora, Larissa Polejack, por me acolher na UnB, uma casa de saberes, e por compartilhar comigo a paixão pela Psicologia da Saúde e tantos conhecimentos.

Às minhas queridas auxiliares de pesquisa, Débora, Maria Clara, Esthér, Luisa, Elen e Estefany, vocês foram verdadeiras parceiras de trabalho. Obrigada pelos ensinamentos, orientações, advertências e pelos momentos de descontração em nossos encontros online. Este trabalho é como um filho para mim e vocês são as madrinhas dele. Muito orgulho de vocês!

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura pelos ensinamentos e, em especial, à Prof<sup>a</sup> Eliane Seidl pelas orientações acerca da paciência científica.

À Ana Maria Tillmann, minha médica querida. Muito mais do que minha endócrino, a Sr<sup>a</sup> é nossa médica de família e de coração.

Às minhas parceiras de mestrado, Graça, Izabella e Luisa, por compartilharem o mestrado e tantos conhecimentos comigo.

À Adriana Flores e à Jozilda Brasileiro pela amizade, cuidado e apoio com o mestrado. Muito mais do que gerenciar indivíduos, vocês semeiam atitudes e colhem competências das pessoas.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em contribuir com o aprimoramento interprofissional desse trabalho.

A todos os participantes que colaboraram com essa pesquisa, enriquecendo-a e contribuindo para meu aprendizado.

## Resumo

Notícias difíceis são quaisquer informações que afetem seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre o seu futuro. Na saúde, elas são hipóteses diagnósticas de condições clínicas (agudas ou crônicas), com prognóstico limitado, terapia desfavorável de quadros irreversíveis (sequelas) ou sem tratamento modificador do curso da doença, (assistência paliativa, óbito). Aos médicos é atribuída a competência de comunicá-las, mas nem sempre eles se sentem preparados e motivados a fazê-la. Assim, realizou-se uma pesquisa descritiva-exploratória, de caráter qualitativo, com objetivo de compreender como ocorre a preparação de médicos residentes para comunicar notícias difíceis em um hospital universitário do Distrito Federal. Participaram 19 médicos dos programas de residência em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, dentre *staffs*, R1, R2 e R3, que responderam a uma entrevista semiestruturada com 10 perguntas. Compôs a coleta dos dados uma pesquisa documental dos projetos pedagógicos dessas residências, analisando carga horária, objetivos associados à comunicação de notícias difíceis, cenários de atuação hospitalar e disciplina sobre comunicação de notícias difíceis, assim como os registros vivenciais da pesquisadora em campo. A análise das entrevistas usou como método o discurso do sujeito coletivo (DSC). Os participantes relataram etapas preparatórias dos protocolos SPIKES e P-A-C-I-E-N-TE. A falta de espaço privativo para conversar, a reação comportamental do paciente ou da família, as barreiras de comunicação e as interferências familiares foram as dificuldades mais apontadas. A tentativa de providenciar um ambiente adequado, checar com o paciente o que ele já sabe, o apoio familiar, o apoio da equipe multiprofissional e o linguajar acessível foram as estratégias mais citadas. Para aprimoramento dos programas, os residentes apontaram a necessidade de treinamento médico, o suporte da equipe multiprofissional, a realização de grupos de apoio e discussão com apoio matricial, enquanto os *staffs* sinalizaram a possibilidade de aulas com a Psicologia para orientação teórica e técnica quanto a abordagem dessas notícias. Por fim, a educação interprofissional em saúde surgiu como fator relevante para a abordagem e prática dessas comunicações.

Palavras-chave: más notícias, notícias difíceis, formação médica, educação interprofissional, educação permanente

## Abstract

Difficult news are any information that seriously and adversely affect an individual's view of their future. In health, they are diagnostic hypotheses of clinical conditions (acute or chronic), with limited prognosis, unfavorable therapy for irreversible conditions (sequelae) or without treatment that changes the course of the disease (palliative care, death). Physicians are empowered to communicate them, but they are not always prepared and motivated to do so. Thus, a qualitative descriptive-exploratory research was carried out with the objective of understanding how the preparation of resident doctors to communicate difficult news occurs in a university hospital in the Federal District. Nineteen physicians from the residency programs in General Surgery, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics and Pediatrics participated, among staffs, R1, R2 and R3, who answered a semi-structured interview with 10 questions. The data collection comprised a documentary research of the pedagogical projects of these residences, analyzing the workload, objectives associated with the communication of difficult news, scenarios of hospital activities and discipline on communication of difficult news, as well as the experimental records of the researcher in field. The analysis of the interviews used the collective subject discourse (CSD) as a method. Participants reported preparatory steps for the SPIKES and P-A-C-I-E-N-TE protocols. The lack of private space to talk, the patient's or family's behavioral reaction, communication barriers and family interference were the most pointed difficulties. The attempt to provide an adequate environment, check with the patient what he already knows, family support, support from the multidisciplinary team and accessible language were the most cited strategies. To improve the programs, the residents pointed out the need for medical training, the support of the multidisciplinary team, the holding of support groups and discussion with matrix support, while the staffs signaled the possibility of classes with Psychology for theoretical and technical guidance regarding approach to these news. Finally, interprofessional health education emerged as a relevant factor for the approach and practice of these communications.

**Keywords:** bad news, difficult news, medical training, interprofessional education, continuing education



## Sumário

Dedicatória.....	IV
Agradecimentos.....	V
Resumo.....	VII
Abstract .....	VIII
Sumário .....	IX
Apresentação.....	13
Capítulo 1 - Comunicação: percursos interativos, informativos e relacionais.....	16
Capítulo 2 - Comunicação e saúde: possibilidades de assistência e de cuidado humanizado.....	24
Capítulo 3 - A comunicação de notícias difíceis em saúde e os protocolos SPIKES e P-A-C-I-E-N-T-E.....	34
Capítulo 4 - Comunicação de notícias difíceis e estratégias de ensino na formação médica: uma revisão integrativa.....	44
Capítulo 5 - Objetivos.....	58
Capítulo 6 - Método.....	59
6.1 Delineamento do estudo.....	61
6.2 Cenário da pesquisa .....	61
6.3 Participantes.....	62
6.4 Procedimentos para realização da pesquisa.....	63
6.5 Instrumentos.....	66
6.5.1 Entrevista semiestruturada.....	66
6.5.2 Bloco de notas vivenciais (diário de bordo) .....	67
6.6 Análise dos dados qualitativos.....	67
6.6.1 Análise documental dos programas de residência médica.....	67
6.6.2 Análise das entrevistas.....	68
6.6.3 Metodologia de análise das entrevistas.....	69
6.7 Cuidados éticos.....	73
Capítulo 7 – Resultados e discussão.....	75
7.1. Análise documental dos programas de residência médica.....	75
7.2. Análise das entrevistas.....	84
7.2.1. Aspectos motivacionais relacionados à escolha da área de especialização.....	84
7.2.2. Situações em que notícias difíceis são comunicadas a pacientes ou familiares.....	88
7.2.3. As notícias mais difíceis de serem comunicadas.....	93
7.2.4. O preparo para comunicar notícias difíceis.....	96
7.2.5. As dificuldades para se comunicar notícias difíceis.....	100
7.2.6. As estratégias para se comunicar notícias difíceis.....	106
7.2.7. A formação universitária e a preparação para comunicar notícias difíceis.....	111
7.2.8. Déficit de abordagem de comunicação de notícias difíceis na graduação.....	116
7.2.9. Os sentimentos de quem comunica notícias difíceis.....	123
7.2.10. Recomendações para aprimoramento dos programas de residência médica.....	127
Capítulo 8 - Considerações finais.....	132
Referências.....	136
Anexo I.....	153
Anexo II.....	157
Anexo III.....	158
Anexo IV .....	160
Anexo V.....	162
Anexo VI.....	163

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Dados comparativos das residências segundo distribuição de carga horária entre disciplinas teóricas e práticas.....	78
Tabela 2 - Distribuição de participantes por especialidade.....	80

## Lista de figuras

Figura 1 - Modelo Teórico Matemático da Comunicação.....	18
Figura 2 - Quadro comparativo entre protocolos de comunicação de notícias difíceis.....	43
Figura 3 - <i>Flow diagram</i> da seleção dos artigos para revisão integrativa.....	49
Figura 4 – Dados dos artigos analisados na revisão integrativa sobre estratégias de ensino na formação para comunicação de notícias difíceis.....	52
Figura 5 - Linha do tempo do HUB.....	62
Figura 6 - Fluxograma metodológico do discurso do sujeito coletivo (DSC).....	74
Figura 7 - Quadro comparativo projetos pedagógicos das residências segundo objetivos associados à comunicação de notícias difíceis, cenários de atuação e disciplina sobre comunicação de notícias difíceis.....	80
Figura 8 - Distribuição dos participantes por especialidade médica e sexo.....	81

**Lista de siglas**

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
APA	American Psychological Association
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP/CHS	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CG	Cirurgia Geral
COREME	Comissão de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DM1	Diabetes mellitus tipo 1
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECH	Expressões-chave
EIP	Educação Interprofissional
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GO	Ginecologia e Obstetrícia
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IAD	Instrumento de análise do discurso
IC	Ideias centrais
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
R1	Residente do 1º ano
R2	Residente do 2º ano
R3	Residente do 3º ano
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

## **Apresentação**

Tratando-se da vida como ela é, tenho a necessidade de entender, desenvolver e aprimorar estudos e intervenções a respeito de processos de comunicação em saúde, especialmente, no que se refere à comunicação de notícias difíceis. O interesse por esta temática surgiu por ocasião de uma situação de doença crônica há quase 30 anos, quando fui diagnosticada com diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Apesar dos desafios de se manejar um quadro crônico na adolescência, ao longo do tempo e com o apoio da família, aprendi a usar a informação a meu favor, o que despertou em mim curiosidade pela área da saúde.

Na faculdade, ingressei no curso de Psicologia e os assuntos e matérias que mais chamavam minha atenção eram os relacionados à Psicologia Aplicada à Saúde. Eles me mostravam uma realidade com a qual eu já tinha alguma familiaridade e na qual eu me imaginava atuando no futuro. Na época dos estágios, lembro de procurar algo que trabalhasse com saúde mental em contexto de saúde geral e foi quando surgiu uma vaga para Psicologia Hospitalar. Não hesitei em me matricular e, na reunião com o grupo de estágio, descobri que o cenário de prática seria no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), especificamente, na Cirurgia Geral, o que me ofertou muitos aprendizados.

Um ano após a graduação, fui convocada para tomar posse em um concurso público e fui informada de que seria lotada na Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF). Após duas semanas de treinamento abordando práticas comunicacionais e conhecendo colegas que atuavam na rede hospitalar, recebi minha carta de apresentação com lotação no HBDF. Permaneci lá por 12 anos e 10 meses, em unidades de clínicas médica e cirúrgicas e em pronto-socorro como parecerista. Como psicóloga em instituição hospitalar, tive a oportunidade de atender pessoas em sofrimento psíquico decorrente tanto da indefinição quanto da comunicação de diagnósticos, prognósticos ou situações adversas de maneira despreparada. Frente a tais

ocorrências, os pacientes comumente reportavam uma gama de sentimentos (medo, raiva, desamparo) e reações comportamentais (choque, choro) em relação aos comunicantes (médicos).

Como eu circulava em equipes de saúde, também ouvia o “outro lado da história” e as dificuldades comentadas pelos médicos na abordagem dessas comunicações. Apesar da frieza e do distanciamento emocional relatados pelos pacientes e familiares, algumas vezes, eu também acolhi profissionais assustados, angustiados, com medo, se sentindo inseguros e desamparados diante do processo de comunicar notícias difíceis ou até após ele. Em virtude dessas experiências, me perguntava “Quem está errado?” E, ao longo do tempo, fui me dando conta que talvez a pergunta fosse outra como “Onde está o problema?”.

Usualmente, quando tinha tempo disponível, eu me disponibilizava para acompanhar os médicos nesse processo de comunicação a pacientes e familiares. Alguns consentiam com a ideia, outros achavam que não era preciso e tinha aqueles que achavam que eu indo, os pouparia de comunicar e, por conta desta última situação, eu comecei a triar as possibilidades de me disponibilizar para essa ajuda. No entanto, quando lembro das vezes que acompanhei esse processo, me recordo do sentimento de tensão que também sentia e me vem à cabeça um verso da música “Quem de nós dois”, de autoria de Ana Carolina que diz “Se eu tento esconder minhas verdades, você conhece o meu sorriso, lê o meu olhar, meu sorriso é só disfarce, o que eu já nem preciso”. De alguma forma, este verso retrata a maneira como me sentia em um contexto de comunicação de notícias difíceis, um contexto de desconforto que não tinha como ser disfarçado ou negligenciado. E o interessante é que quando eu compartilhava isso com os colegas que realizavam a comunicação, eles também referiam algo similar.

Decidi voltar à Universidade para fazer o mestrado e tentar encontrar algumas respostas para a pergunta “Onde está o problema?” Por entender que a comunicação é uma habilidade

social que pode ser desenvolvida, por que não a desenvolver na área de saúde já que há demanda para isso? Frente ao exposto, escolhi trabalhar com o tema de notícias difíceis, usualmente, conhecido como más notícias e, para tanto, adotei uma metodologia qualitativa que emprega “discursos” justamente para dar voz ao silêncio dos profissionais, que muitas vezes, optam pelo distanciamento emocional como medida protetiva ao sofrimento nesse tipo de comunicação.

A partir do exposto, o estudo pretende conversar com o leitor e como toda conversa nos conta uma história, vou apresentar alguns detalhes do enredo que se segue. O capítulo 1 resgata a etimologia da palavra comunicação, apresenta alguns conceitos e duas teorias da comunicação, a teoria matemática a teoria da Escola de Palo Alto. O segundo capítulo aborda a relação comunicação e saúde e as possibilidades de assistência e cuidado. O capítulo 3 apresenta o conceito de notícia difícil e dois protocolos para comunicações de notícias difíceis em saúde, o SPIKES e o P-A-C-I-E-N-TE. O quarto capítulo traz uma revisão integrativa da literatura com estratégias de ensino na formação médica para comunicar notícias difíceis. O capítulo 5 apresenta os objetivos da pesquisa, enquanto o sexto descreve a metodologia qualitativa adotada no trabalho, a análise documental e o discurso do sujeito coletivo (DSC). O sétimo capítulo apresenta os resultados, articulando-os com a discussão, enquanto o capítulo 8 traz as considerações finais. Sem mais, o intuito deste trabalho é fornecer informações e conhecimentos que subsidiem a prática clínica no cenário de notícias difíceis, buscando compartilhar algumas dificuldades e estratégias dos profissionais que lidam com tão árdua tarefa. Desde já, agradeço a atenção e desejo-lhe uma boa leitura!!!

## Capítulo 1 - Comunicação: percursos interativos, informativos e relacionais

A comunicação é uma atividade básica da experiência humana e uma importante ferramenta relacional em nossas vidas. Sua origem etimológica é latina (*communicatio*, *communicare*), sendo traduzida literalmente como tornar comum e sendo-lhe atribuído o significado do ato de repartir, dividir, distribuir (Cunha, 2010). Nenhum grupo social existe sem esta ferramenta, de modo que cabe à comunicação tanto a troca quanto o compartilhamento de ideias, informações e sentimentos entre seus membros e isso também afeta o comportamento daqueles que se comunicam. Quando inadequada, torna-se fonte de conflitos interpessoais. Para que se torne eficiente, é importante que contemple aspectos motivacionais, proporcione expressão emocional e afetiva, gerando informação para a tomada de decisão que auxilie na regulação do comportamento do grupo (Robbins, 2004; Mattelart & Mattelart, 2005; Martino, 2017).

Por ser uma atividade social, depreende-se que há partes envolvidas nesse processo, isto é, autores e sujeitos da comunicação, além de espaços de desenvolvimento. Robbins (2004) considera que, antes da comunicação acontecer, é necessário que haja uma mensagem a ser transmitida entre um emissor e um receptor, que é transmitida por um canal, assim tipificando o processo de comunicação. Esse processo sofre influência das habilidades, das atitudes e do conhecimento dos envolvidos no processo, assim como do sistema sociocultural do qual fazem parte. Conseqüentemente, o elo final desse fluxo, ou seja, o circuito de retorno da informação também poderá ser comprometido, caso a comunicação não obtenha êxito quanto a sua compreensão.

Ainda há que se considerar que nem toda comunicação ocorre verbalmente, de modo que os movimentos e as expressões corporais, o modo como modulamos a voz, a ênfase que damos às palavras ou a distância física entre o emissor e o receptor configuram a comunicação



não-verbal. A linguagem corporal soma-se à comunicação verbal dando um significado mais completo à mensagem de um emissor. Salienta-se a importância de que o receptor esteja atento aos sinais não-verbais da comunicação, assim como aos significados literais das palavras do emissor, além também das contradições entre as mensagens (Martino, 2017; Mattelart & Mattelart, 2005; Robbins, 2004; Watzlawick et al., 1993).

As trocas comunicacionais acontecem entre pessoas diferentes, por inúmeras razões e de diversas formas. Assim, há modelos teóricos de comunicação que buscam compreender as situações e os elementos essenciais que permeiam essas interações, tentando clarificar a multiplicidade das variáveis envolvidas no processo. Logo, uma teoria da comunicação é o estudo sistemático dos processos interacionais humanos que ocorrem por meio de troca de mensagens nos grupos de pertencimento, quer estes processos se deem presencialmente ou mediados por dispositivos, tais como escrita, telefone, rádio, televisão ou redes multimídia. Portanto, como a comunicação é um fenômeno complexo e multifacetado, nem sempre um único modelo ou teoria consegue descrevê-la satisfatoriamente (Rodrigues, 2000; Serra, 2007).

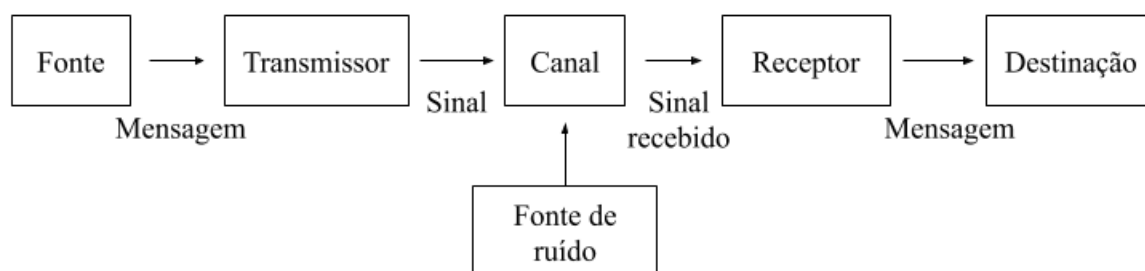
Uma das teorias mais empregadas no estudo da comunicação é a Teoria Matemática da Comunicação, desenvolvida por Claude Shannon (engenheiro elétrico, matemático e criptógrafo) e Warren Weaver (matemático). Esta teoria foi precursora de outros modelos de comunicação tanto no que se refere aos elementos constitutivos do processo de comunicação (emissor, receptor, mensagem, canal, código, codificação, decodificação) quanto na forma como a comunicação usualmente é compreendida até os dias atuais, como algo linear e transmissível. Esse modelo teórico surge nos anos 40 do século XX, período da 2ª Guerra Mundial, em que houve uma grande expansão científica e tecnológica no mundo capitalista. Nessa época e em decorrência disso, uma grande quantidade de massa documental foi gerada numa conjuntura não adaptada a essa realidade e em curto espaço de tempo. Para tanto, tornou-se necessário o tratamento dos dados produzidos, no que se refere ao seu armazenamento e

recuperação, a fim de se manejar o volume informacional produzido. Em decorrência dessas mudanças globais, a Teoria Matemática da Comunicação emergiu alicerçada na crença hegemônica de que apenas a tecnologia poderia dar cabo desse universo informacional. Ademais, é nesse cenário que surge o conceito de informação como um recurso estratégico, econômico e político a ser gerenciado (Sá, 2018).

De acordo com a Teoria Matemática da Comunicação (Figura 1), a informação nasce de uma fonte produtora da mensagem e há um codificador/emissor (aparelho transmissor) que converte a mensagem em sinal. Este navega por meio de um canal, ao longo do qual pode sofrer interferência de um ruído. No canal, esse sinal é captado por um decodificador/receptor, que converte o sinal em mensagem, a fim de que o destinatário a compreenda. Nesta teoria, os ruídos interferem na mensagem, ocasionando incerteza e, para evitar ou reduzi-los, emprega-se a redundância para promover a abertura do canal de comunicação e o contato entre o emissor e receptor. Essa etapa tem importante função social já que se refere ao preparo para a comunicação, constituindo um preâmbulo necessário à disponibilidade de interagir entre as partes. Atualmente, é importante sinalizar que os teóricos já não consideram o ruído como algo necessariamente ruim, podendo inclusive ser considerado como um fator positivo, visto que leva o emissor a modificar ou retificar a mensagem, contribuindo para o aprimoramento da mesma (Sá, 2018; Serra, 2007; Shannon & Weaver, 1975).

### Figura 1

*Modelo Teórico Matemático da Comunicação, de Shannon e Weaver (1975)*



A Teoria Matemática da Comunicação marca um ponto decisivo no entendimento do conceito da informação. Até esse trabalho, a informação era compreendida como um “conteúdo” de uma proposição ou de um discurso, individualmente considerados, sendo identificada como o fato ou o estado das coisas, assim postulando uma objetividade e uma universalidade de sentido. Por sua vez, essa proposição gerava algumas dificuldades, tais como: uma impossibilidade de explicar a real variação do sentido da informação entre sujeitos e entre grupos; assim como a redução tendencial da informação à modalidade verbal, negligenciando outras formas de informação (Serra, 2007). Além disso, como essa teoria interpreta a comunicação a partir de uma perspectiva quantitativa do fluxo de informação e de quantidade de mensagens entre emissores e receptores, em uma relação simétrica, ela apresenta limitações quanto à influência do comportamento não-verbal e a interação na comunicação.

Outra abordagem teórica na área refere-se à Escola de Palo Alto também denominada de Nova Comunicação ou de Colégio Invisível. Essa teoria surgiu na década de 1950, em contraposição ao modelo matemático de Shannon e Weaver, articulando áreas interdisciplinares, tais como Psiquiatria, Antropologia, Linguística, Matemática e Sociologia. Os precursores da Escola de Palo Alto foram Gregory Bateson, Ray Birdwhistell, Edward Hall, Don Jackson, Janet Helmick Beavin, Arthur Scheflen e Paul Watzlawick. Essa abordagem preconiza que o processo comunicativo acontece numa perspectiva interpessoal, de forma sistêmica e em diversos níveis circulares, o que, por sua vez, gera uma relação assimétrica. Assim, a comunicação não deveria ser explicada exclusivamente por variáveis lineares operadas por lógicas matemáticas, mas sim estudada a partir de um modelo próprio das ciências humanas e sociais (Said et al., 2017; Serra, 2007; Valente, 2011).

A Escola de Palo Alto formulou três hipóteses acerca do fenômeno comunicacional: o cerne da comunicação reside nas interações desenvolvidas entre o emissor e o receptor; todo e qualquer comportamento humano é um tipo de comunicação; é possível identificar uma lógica

comunicativa a partir da observação sistematizada de mensagens sucessivas no cenário interacional. Importante sinalizar que o contexto de formação dessa teoria é de extrema importância para sua compreensão, haja vista o seu contexto histórico de criação após a Segunda Guerra Mundial. Seus fundamentos alicerçam-se na teoria da cibernética e do *feedback* de Norbert Wiener, em 1948, e na teoria dos sistemas de Ludwig von Bertalanffy, em 1950 (Mattelart & Mattelart, 2005; Valente, 2011).

A Cibernética é uma ciência interdisciplinar que estuda os fluxos de informação (*feedback*) que permeiam um sistema, assim como a forma que esta informação é usada por esse sistema para controlar ou regular a si próprio. O *feedback* nos sistemas produz uma matriz de comunicação que gera fluxos de informação, moldando os indivíduos ou os ambientes em um sistema interativo, nos quais estes logo se adaptam. Para a cibernética, essa capacidade é intrínseca aos organismos vivos, de modo que pode ser reproduzida em máquinas e organizações. No caso dos sistemas sociais, essa interação é de ordem interpessoal e atua em diversos sistemas, quer seja com parceiros, família, cultura ou outros. No mais, essa interação não se circunscreve apenas à comunicação verbal, posto que esta é em grande parte condicionada pela informação não-verbal que recebemos constantemente a nossa volta (Mattelart & Mattelart, 2005; Serra, 2007; Valente, 2011).

De acordo com Said et al. (2017), o estudo da comunicação humana subdivide-se em três eixos: a sintaxe, que trata dos problemas de transmissão da informação; a semântica, que contempla o significado da mensagem; e a pragmática, que estuda os efeitos comportamentais da comunicação. Watzlawick et al. (1993) empreenderam estudos observando as interações humanas, os comportamentos e a interpessoalidade nas trocas comunicativas, o que inclusive fundamentou a propositura de algumas premissas, denominadas de cinco axiomas da Pragmática da Comunicação Humana. Conforme Watzlawick et al. (1993), esses axiomas referem-se a:

1. *A impossibilidade de não comunicar* - não há um não comportamento e não existe a não comunicação, posto que qualquer ação, palavra, silêncio ou olhar emite uma mensagem e comunica algo. Todo comportamento é comunicação e toda comunicação afeta o comportamento;

2. *O conteúdo e os níveis de relação da comunicação* - toda comunicação tem dois níveis, sendo que o primeiro transmite uma mensagem específica, ou seja, um conteúdo, enquanto o segundo nível contempla o modo como esse conteúdo será interpretado e entendido a partir das relações estabelecidas entre os comunicantes;

3. *Pontuação e sequência de eventos* - os processos interativos implicam em trocas contínuas de mensagens, de modo que se faz necessária a imposição de uma pausa para organização dos comportamentos dos indivíduos enquanto se comunicam. Isso é vital para a interação, pois os participantes introduzem a pontuação e a sequência de eventos comunicacionais, de acordo com seus interesses, interpretações e percepções individuais sobre os eventos, o contexto e as relação entre os comunicantes;

4. *Comunicação analógica e digital* – a comunicação digital ocorre quando há um código criado, codificado e de natureza verbal. Quando se usa uma palavra para denominar algo, a relação entre o nome e a coisa denominada já foi arbitrariamente estabelecida pela linguagem e cultura. Por outro lado, quando empregamos a semelhança autoexplicativa – apontar para algo ou desenhar, ao invés de falar a palavra – a comunicação ocorre em nível analógico, sendo tipicamente não-verbal e abrangendo a postura, os gestos, a expressão facial, a inflexão de voz, a sequência, o ritmo e a cadência das palavras, bem como quaisquer outras manifestações não-verbais que o corpo seja capaz de emitir como pista comunicacional em um contexto interativo;

5. *Interação simétrica e complementar* – a interação é simétrica quando o comportamento de um dos indivíduos reflete o do outro, buscando a igualdade e a minimização

das diferenças. Já a interação é complementar quando uma pessoa desempenha um papel primário e a outra um papel secundário sem que haja imposição de nenhuma das partes. Uma relação complementar pode ser estabelecida pelo contexto sociocultural (a exemplo de mãe e filho, médico e paciente ou professor e aluno) ou caracterizar um estilo relacional idiossincrático de uma determinada díade.

Outro conceito da Escola de Palo Alto é o duplo vínculo (*double bind*), desenvolvido por Bateson, que também era antropólogo, a partir de observações realizadas nas aldeias de Bali, nas interações entre pais e filhos. Bateson formulou esse conceito para explicar a natureza psicológica da esquizofrenia, trazendo um olhar para além das disfunções cerebrais ou hipóteses biomédicas (Said et al., 2017; Valente, 2011).

O duplo vínculo expressa um paradoxo comunicacional que gera sofrimento em decorrência da diferença entre o que é expresso não-verbalmente e o que é dito de forma verbal. O duplo vínculo constitui um dilema comunicacional e emocional, onde o sujeito recebe duas ou múltiplas mensagens conflitantes, sendo que uma nega a outra. Devido a isso, uma resposta adequada a uma mensagem implica necessariamente em falha de resposta à outra. Logo, independente da resposta dada, o sujeito estará automaticamente errado. Importante ressaltar que Bateson pontuou que essa incongruência não era apenas de ordem psiquiátrica, mas também um perfil vigente nas sociedades contemporâneas, o que inclusive o levou a investigar as características das relações interpessoais e os processos de interação de uma forma aprofundada (Valente, 2011).

A teoria da comunicação da Escola de Palo Alto mobilizou críticas na comunidade científica devido à pouca aproximação aos procedimentos metodológicos acadêmicos e à junção de múltiplas ideias teóricas. Além disso, alguns pesquisadores a desaprovam por limitar-se a estudar fenômenos interpessoais. Apesar disso, suas contribuições epistemológicas são inegáveis, considerando que abordou o complexo fenômeno comunicativo a partir da interação

sistêmica entre as partes constituintes desse processo e não considerou a comunicação meramente como um ato verbal, consciente, voluntário e isolado (Mattelart & Mattelart, 2005; Valente, 2011). Dessa forma, como pontua Said et al. (2017):

A comunicação deve ser analisada, portanto, a partir de uma lógica paradoxal que revela as contradições que certas mensagens comportam. A lógica formal, cartesiana, permite perceber a comunicação apenas dentro de quadros de coerência que não permitem explicar, por seu turno, certas situações. (p. 82)

Devido à diversidade teórica no campo da comunicação, a atribuição de uma única definição ao termo não logra êxito. Todavia, é possível identificar três características comumente aceitas entre os modelos que apontam para a comunicação quanto à sua natureza processual, simbólica e transacional. A primeira característica confere-lhe um sentido dinâmico, contínuo e complexo, o que não é arbitrariamente isolado. O segundo relaciona-se aos símbolos, verbais ou não, necessários para o processo comunicativo, enquanto o terceiro refere-se ao sentido transacional que contempla o contexto dos atores e o *feedback*, construindo um significado compartilhado. Com isso, há uma transição na concepção dos atores envolvidos, transcendendo a noção de emissores e receptores, pois o que é transmitido é um conteúdo que se torna uma mensagem na medida em que os atores lhe atribuem um significado (Fernández & Galguera, 2009).

Este estudo não se propõe a travar um antagonismo entre comunicação verbal e não verbal. Segundo P.Ruiz (2006), somente no contexto interacional em que há múltiplas formas de se comportar é que se torna possível que o significado do comportamento adquira sentido, comunicando algo sobre si. Assim, frente a necessidade de se posicionar no mundo quanto à informação a ser compartilhada com os resultados e discussões, o trabalho adotará a concepção da Escola de Palo Alto, visto que esta autora também compreende a comunicação a partir da integração de áreas interdisciplinares e de uma perspectiva relacional e sistêmica.

## Capítulo 2 - Comunicação e saúde: possibilidades de assistência e de cuidado humanizado

Por demandar cuidados contínuos, o processo saúde-doença não se faz de maneira linear, resultante apenas de causas e efeitos. Conforme a etimologia latina, cuidar (*cogitare*) significa imaginar, pensar, tratar, dar atenção, ter cuidado com a saúde, curar (Cunha, 2010). Com isso, podemos entender que o trabalho em saúde versa sobre o cuidado com o outro em um processo interativo e relacional, a partir de trocas comunicativas que afetam as partes constituintes dessa relação.

M.N.P. Ramos (2008) e N. Ramos (2017) consideram que comunicar-se com o paciente implica em considerar a identidade, a interação e as reações desse outro em sua alteridade, ou seja, na condição do que lhe é distinto. Campos (2017) entende que a comunicação pode ser estabelecida como um processo que visa à criação de espaços que viabilizem a expressão da satisfação e da inquietação do paciente quanto às suas necessidades de cuidado, possibilitando uma estratégia terapêutica e humanizada no sentido de aproximar o cuidador da realidade de quem é cuidado, buscando compreender o mundo da experiência vivida, que permeia os processos relacionais vigentes e silentes, ainda que despercebidos, a partir de um contexto situacional da saúde.

A comunicação compõe-se de muitos significados e isso permite um olhar compreensivo a partir do processo de reciprocidade entre os indivíduos, que compartilham ideias construídas nas relações cotidianas, possibilitando assim um melhor entendimento do mundo dos sentidos de nossos semelhantes. Cada um de nós tem visões de mundo, vivências e culturas e, quando interagimos com as pessoas, novos conceitos e perspectivas podem ser “modificados”. Cotidianamente, essa relação se opera na sociedade, por meio de trocas comunicativas, nos possibilitando formar ou ressignificar nossos conceitos sobre a vida (Azevedo, 2018). Nas trocas comunicativas, a saúde e o adoecimento dos sujeitos interagem de



modo particular, estabelecendo uma relação clínica. Esta, quando estabelecida a partir de uma comunicação adequada, torna-se fundamental para o compartilhamento de informações diagnósticas, terapêuticas e bioéticas, fortalecendo também os laços de empatia e de confiança dos envolvidos nessa relação (R.Ruiz, 2003). Por isso, a comunicação se faz essencial no desempenho de quaisquer atividades profissionais de cuidados à saúde, pois possibilita a construção intersubjetiva inerente à atuação profissional e à relação com o paciente, pois é a intersubjetividade ou interação entre as pessoas que promove mudanças na forma de agir e pensar dos indivíduos (Azevedo, 2018; Stellyes, 2017).

A cultura influi em nossa percepção do mundo exterior a partir dos nossos sistemas de valores, crenças, atitudes, visão de mundo e das relações interpessoais estabelecidas ao longo da nossa história. Por sua vez, isso reverbera em nossa organização social e política através dos códigos culturais e linguísticos expressos nos processos verbais e não verbais, os quais compõem os rituais de interação, as representações de saúde-doença e as práticas assistenciais dos grupos culturais e dos contextos de desenvolvimento. No campo da saúde, é importante salientar que a heterogeneidade cultural dos usuários, nos coloca diante da necessidade de se adotar estratégias e políticas adequadas frente a realidade comunicacional e sanitária em que atuamos. O desconhecimento ou não respeito dessas normas e regras, nos diversos contextos, acarreta problemas de comunicação e pode reforçar estereótipos e intensificar preconceitos, comprometendo a relação clínico-assistencial prestada (M.N.P.Ramos, 2008; Campos, 2017).

Para além da transmissão de informações, a comunicação é um importante recurso no tratamento, sendo de fundamental importância na coleta de informações relevantes para as condutas em saúde. Assim, cabe ao profissional empregar o conhecimento a respeito da comunicação humana em prol de uma comunicação terapêutica, estabelecendo uma relação de cuidado e de ajuda ao outro, em que este possa descobrir e utilizar sua capacidade para enfrentar os desafios restritivos a sua funcionalidade e autonomia, ajustando-se ao que não pode ser

mudado (Almeida & Ciosak, 2013; Stefanelli & Carvalho, 2012). Quando empregada intencionalmente, a comunicação terapêutica possibilita o reconhecimento da dimensão humana e de suas idiossincrasias, contribuindo para que os serviços de saúde adaptem seus recursos à especificidade de cada pessoa ou comunidade, ampliando assim também os benefícios aos usuários (Coelho & Sequeira, 2014).

É importante valorizar a comunicação não-verbal, interpretando o não dito e dando um significado às mensagens, para não ficarmos restritos apenas à existência de um emissor e de um receptor. Por ser um processo interativo e relacional que envolve sentimentos e do qual se espera que surjam mudanças nos envolvidos, o emprego de uma comunicação terapêutica efetiva com o paciente funciona como uma ferramenta útil, no sentido de promover uma melhor adesão ao tratamento e nos cuidados assistenciais prestados (Campos, 2017). Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, com o objetivo de reduzir problemas na assistência, elaborando seis metas de cuidado, sendo que a meta 2 refere-se justamente à importância da comunicação efetiva.

Como a saúde não pode prescindir da comunicação para a adequada prestação dos serviços assistenciais, R.M.Oliveira et al. (2014) consideram a comunicação efetiva como sendo uma das metas internacionais de segurança do paciente. Segundo as autoras, essa comunicação corresponde às informações compartilhadas pela equipe multidisciplinar no cuidado prestado ao paciente, no âmbito hospitalar, sendo que a sua falha pode resultar em dano ao paciente, demonstrar déficit no processo assistencial, falta de integração entre os profissionais assistentes, além de incoerência nas condutas adotadas. Para H.L.Johnson e Kimsey (2012), a comunicação efetiva ocorre pelo contato visual, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento multidisciplinar, discussões clínicas com troca de informações pertinentes ao funcionamento da equipe, além da capacidade de antecipar com precisão problemas vindouros.

Em relato de experiência de discussão clínica compartilhada por equipe interdisciplinar, em unidade de internação cirúrgica ortopédica, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Guzinski et al. (2019) apresentam a comunicação efetiva a partir da experiência de *rounds* interdisciplinares. Conforme as autoras, antes desses *rounds*, a discussão técnica à beira leito era realizada apenas pelos preceptores e pelos residentes da cirurgia ortopédica. No entanto, como as fraturas da extremidade proximal de fêmur têm prevalência em idosos com comorbidades e apresentam alta taxa de mortalidade, elas tornam as internações potencialmente críticas e elevam os custos do tratamento, esse modelo de discussão com foco biomédico não apresentava condutas assertivas aos problemas que apareciam no transcorrer da internação e comprometiam aspectos subjetivos, sociais e/ou culturais relacionados ao processo de adoecimento. Frente a isso e a constatação de situações evitáveis quanto à evolução dos quadros, houve a necessidade de se organizar um *round* interdisciplinar semanal, com discussão ampliada das práticas assistenciais, otimização do tempo e foco no paciente.

A equipe multiprofissional elaborou um roteiro a ser seguido nos encontros do *round* interdisciplinar: (1) Breve apresentação dos membros da equipe; (2) Exposição da equipe médica (cirurgião ortopédico, médico clínico e anesthesiologista) com relato do caso, checagem dos laudos de exames, data prevista da cirurgia e da alta; 3) Atualização clínica pelo enfermeiro que descreve os sinais vitais e alterações recentes, tais como: riscos de queda e lesão por pressão, se houver, dentre outros cuidados prestados; (4) Análise dos itens de segurança: enfermeiro comenta o tempo de permanência ou necessidade de uso de sonda vesical de demora, uso de cateter venoso central; farmacêutico clínico discorre sobre a terapia medicamentosa, a reconciliação medicamentosa, ajuste da prescrição aos protocolos institucionais, como o de profilaxia de tromboembolismo venoso, prevenção de infecções em pacientes cirúrgicos, anticoagulação oral e dor em adultos; (5) Plano terapêutico: equipe multiprofissional ilustra evolução do paciente e seus planos de tratamento; fisioterapeuta relata

aspectos da mobilidade e da deambulação; assistente social descreve situação familiar e esquema para alta; nutricionista informa sobre dieta ofertada, aceitação e ingesta alimentar; (6) Conduitas adotadas: médico resume o plano de cuidados, confirmando as ações definidas conjuntamente pela equipe (Guzinski et al., 2019).

A partir desse relato de experiência, as autoras reportaram que a prática dos *rounds* interdisciplinares propiciou a troca de informações e de vivências hospitalares diárias entre os membros da equipe, promovendo um processo participativo entre os mesmos, pautando-se no conhecimento tácito, experiências, valores e habilidades em desenvolver ações que priorizassem a segurança do paciente. Isso, por sua vez, constituiu um tipo diferente de evidência, com forte influência sobre a tomada de decisão para o planejamento do gerenciamento do cuidado, corroborando a importância da comunicação efetiva tanto para benefício do paciente quanto da própria equipe (Guzinski et al., 2019). Esse relato corrobora a importância da equipe interprofissional, e se tivesse um psicólogo na mesma, este poderia contribuir com informações acerca de aspectos psicológicos e cognitivos da clientela atendida, visto que essas informações são de extrema relevância para o tratamento e adesão de pacientes idosos.

Outro aspecto importante na saúde refere-se à inclusão de recursos tecnológicos, os quais podem interferir tanto na comunicação terapêutica quanto na efetiva. Devido as mudanças céleres de nossa sociedade que abrangem cada vez mais avanços técnico-científicos, em que há predomínio da racionalidade em detrimento das emoções e da expressão do afeto, a prática clínica intersubjetiva acaba sendo negligenciada. Campos (2017) assinala que nem sempre os conhecimentos técnicos e a objetividade atendem às situações de dificuldades e angústias sentidas e referidas pelo paciente, como as informações subjetivas reveladas na comunicação terapêutica. Dessa forma, faz-se necessário o reconhecimento de que a condição de presença e de acolhimento às suas queixas ouvindo o que o paciente nos comunica é uma intervenção

terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde. Isso inclusive atende aos princípios do cuidado humanizado que preserva a integridade do paciente, percebendo-o de forma ampla e privilegiando o encontro terapêutico. Quanto a isso, vale ressaltar que não se trata de estabelecer maniqueísmo quanto ao uso de recursos em saúde, visto que inexoravelmente vivemos em um mundo mediado por técnicas que viabilizam a aplicação de tecnologias no dia a dia, melhorando inclusive nossas vidas.

Merhy e Feuerwerker (2016) pontuam que a extrema objetivação e a focalização do olhar sobre o corpo biológico centram a ação do profissional de saúde nos procedimentos, esvaziando a escuta que traz consigo elementos constitutivos da vida e das intervenções desenvolvidas pelo sujeito ao longo de sua história. Quando a escuta é negligenciada, as ações de saúde tornam-se empobrecidas e, mesmo com os inúmeros progressos científicos, há perda de potência e eficácia no cuidado. Essa relação esvaziada estabelece uma abordagem vertical e unidirecional que pode tanto demandar cooperação súbita do sujeito no tratamento, a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas a serem enfrentadas, quanto prescindir da ação de quem está sendo “tratado”. Em ambas as situações, podemos concluir que isso não é estabelecido de forma racional ou relacional.

A ideia de tecnologia integra não só as ferramentas ou instrumentos usados na produção, mas também um certo saber tecnológico e um modo de operação que auferem sentido ao que será ou não a razão instrumental do equipamento. Enquanto processo de produção, o trabalho constitui-se na ação do homem em si, nos elementos tomados como matéria-prima e nas ferramentas ou instrumentos empregados nesse processo. Ao usar esse saber e o *modus operandi* que nos possibilita agregar todos esses componentes e suas ações, surge a possibilidade de se gerar um produto novo ou específico, possibilitando assim um trabalho vivo em ato. Por outro lado, quando o trabalho se circunscreve meramente aos produtos resultantes de uma produção humana prévia, dada ou reproduzida, sem que haja a possibilidade de

aplicação do saber tecnológico e do *modus operandi* de quem executa a atividade, temos a produção de um trabalho morto (Merhy & Feuerwerker, 2016; Seixas et al., 2019).

Considerando que, no encontro do profissional de saúde com o usuário, o médico ou qualquer outro trabalhador lança mão de caixas de ferramentas tecnológicas que são saberes e desdobramentos materiais e imateriais que ocupam um espaço e apresentam uma finalidade nesse encontro. Merhy e Feuerwerker (2016) sinalizam que a primeira caixa de ferramentas é a das tecnologias duras, que aborda os métodos que permitem acesso aos dados físicos (exames laboratoriais ou de imagem), aos equipamentos e aos medicamentos, os quais fundamentam o raciocínio clínico do profissional. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores. A segunda caixa é a das tecnologias leves duras que contemplam o olhar armado e o pensamento estruturado do raciocínio clínico com a leveza exigida pelo usuário, em situação específica. É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. Como não há uma forma apenas de se conduzir o ato clínico, há também a possibilidade de se prevalecer a dureza (e os processos mais estruturados) ou a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis) nos procedimentos e relações.

Já a terceira caixa envolve as tecnologias leves que permitem a estruturação das relações desenvolvidas no encontro trabalhador usuário, que se operacionalizam mediante a escuta e a construção de vínculos. Isso possibilita ao agir tecnológico se abrir para um acontecer não tecnológico, pois enriquece e amplia o raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde, ao captar o contexto cultural e as idiossincrasias vividas pelo usuário. Com as tecnologias leves, os processos produtivos são coletivos e se realizam nas intercessões entre o trabalhador e o usuário, de modo que a deontologia e os saberes sobre a relação com o paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo em ato do médico também possibilitando ao usuário maior atuação e interação no processo de cuidado. A depender de

como se articulam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde. Quando há um empobrecimento do emprego de tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leves duras, o trabalhador da saúde restringe-se a uma unidade de produção de procedimentos, que passa a ser o ato de saúde pretendido (Merhy & Feuerwerker, 2016).

Importante lembrar que as intervenções tecnológicas não são restritas ao universo biomédico das ações em saúde e a dificuldade reside na maneira quase ilimitada e automatizada do uso dessas intervenções; pois, antes de tudo, elas se constituem como mediadoras de relações. Assim, o problema não é o uso preponderante da tecnologia médica, mas qual o papel que esta assume na ordem do cuidado construído e nas relações entre os sujeitos. Recorrentemente, somos persuadidos a pensar e a agir de forma dicotômica como se o exímio manejo de técnicas e/ou tecnologias impossibilitasse uma reflexão crítica sobre seu uso ou se apenas sua aplicação assegurasse o êxito de um procedimento ou tratamento (Deslandes & Mitre, 2009). Contudo a não problematização do quanto delegamos a estes dispositivos práticas fundamentais na produção do cuidado, tais como: o acolhimento, a escuta, a negociação, a interpretação de histórias e a troca de experiência com o outro, pode nos levar a focar meramente na execução do procedimento, não refletindo sobre a forma como interagimos em nossos atendimentos (Ayres, 2005).

O conceito de vínculo no cuidado em saúde, mesmo que por vezes massificado, pode ser nutrido por um projeto ético-estético-político, em construção contínua, que enfoque a centralidade das práticas de cuidado nas demandas e necessidades de cada usuário, assim potencializando suas escolhas e considerando aquelas com significados para ele. Para tanto, nesse projeto, a que se evitar ser guiado pelo juízo moral ou pela criminalização dos desejos e escolhas que diferem das nossas. Isso demanda abrir mão do lugar de saber e do papel de condutor acerca do que é melhor para o outro, reconhecendo nossos desconhecimentos e a

necessidade de uma ação ativa na busca pelo compartilhamento da produção do cuidado entre trabalhadores e usuário, de forma ativa, conjugada e singular (Seixas et al., 2019).

O emprego de tecnologias não se restringe apenas a meios para se chegar a um determinado fim, quer seja diagnóstico ou de adesão a certo tratamento/prescrição. Seu uso auxilia inclusive na instituição de novos parâmetros para a produção de cuidados. Trata-se de uma racionalidade comunicativa, e não instrumental, a ser posta em ação, seja do planejamento à realização do cuidado (Deslandes & Mitre, 2009). Ademais, a forma de se empregar as técnicas e as tecnologias falam a respeito também tanto da instituição quanto da equipe que lida com as mesmas e aprende com elas (Ayres, 2005).

Como a comunicação pode ser empregada como tecnologia relacional em saúde, Araújo e Leitão (2012) pontuam que a rapidez e a urgência de tempo dos profissionais são fatores intervenientes na qualidade da comunicação. Em cenários de instituições de saúde, em função da grande demanda de usuários, não é incomum pacientes referirem dificuldades quanto ao esclarecimento de dúvidas após as consultas. Melo (2018) cita que o emprego de jargões técnicos ou a adoção de linguagem infantilizada é outro fator que compromete a boa comunicação, dificultando a compreensão pelo paciente e/ou familiares. Além disso, a comunicação também é influenciada pela postura do profissional ao comunicar uma notícia ao paciente e seus acompanhantes e o modo como as informações são transmitidas pode influir na forma de enfrentamento tanto do paciente quanto de sua família ante o processo de adoecimento.

Frente ao exposto, cabe afirmar que a comunicação é uma importante ferramenta do HumanizaSUS, programa da Política Nacional de Humanização (PNH), do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse programa foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), em 2003, e visa à execução dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil. O HumanizaSUS atravessa diferentes ações, políticas públicas e



instâncias gestoras, demandando trocas comunicativas entre os sujeitos e os cenários envolvidos, tendo por finalidade a valorização e a implicação dos diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde, quer sejam estes usuários, trabalhadores e gestores. Seu intuito é fomentar a autonomia e o protagonismo desses atores e dos coletivos, intentando o aumento do grau de corresponsabilização, humanização da gestão e participação dos trabalhadores nos processos de decisão e estabelecimento de vínculos na produção de saúde em rede (Brasil, 2010).

A comunicação movimenta a PNH por meio dos seus princípios, tais como: acolhimento, escuta qualificada e construção de relações de confiança e vínculo entre os serviços, equipes, trabalhadores e usuários. Isso inclusive influi na rede de atenção à saúde, viabilizando o acesso oportuno do usuário a tecnologias apropriadas a partir da adequada avaliação de suas necessidades e da construção de um projeto terapêutico singular. No que se refere à valorização do trabalho e do trabalhador na PNH, a comunicação visa à promoção do diálogo e da análise, de modo que o profissional se aproprie do seu próprio processo de trabalho, formulando estratégias de intervenção e de enfrentamento ante os principais desafios nos serviços de saúde. Por fim, no que cabe à defesa dos direitos dos usuários, trabalhadores e da gestão na PNH, é por meio da comunicação que os direitos garantidos por lei são informados e prestados pelos serviços assistenciais (Brasil, 2010).

### **Capítulo 3 - A comunicação de notícias difíceis em saúde e os protocolos SPIKES e P-A-C-I-E-N-T-E**

A comunicação de más notícias é uma tarefa importante na rotina dos profissionais de saúde, apesar de não ser a preferida pela maioria. Essa modalidade de comunicação versa sobre conteúdos e/ou temas que constituem situações de ameaça à vida e ao bem-estar, devido a repercussões físicas, sociais e emocionais que causam ao paciente e à família. Uma má notícia pode ser definida como qualquer informação que afete seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre o seu futuro. Na saúde, ela relaciona-se a situações diagnósticas de condições clínicas (agudas ou crônicas), no prognóstico e terapêutica desfavorável de quadros irreversíveis ou sem tratamento modificador do curso da doença, a exemplo de sequelas funcionais, assistência paliativa ou óbito (Araújo & Leitão, 2012; W.F. Baile et al., 2000; Chehuen Neto et al., 2013).

A comunicação de más notícias deve sempre ser contextualizada na perspectiva de quem a experiencia, de modo que não há como calcular de antemão seu dano até que se tenha determinado as expectativas e a compreensão de quem a recebe (W.F. Baile et al., 2000). Desse modo, este trabalho optou por adotar o termo notícia difícil, ao invés de má notícia, já que este último pode exacerbar um juízo de valor prévio, adicionando um cunho pejorativo à informação compartilhada. Ademais, o termo notícia difícil também é adotado pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), ambos ligados ao Ministério da Saúde (INCA, 2010; IFF, 2019).

Comunicar notícias difíceis é tarefa árdua, podendo desencadear conflitos morais e questionamentos éticos relacionados à autonomia e livre arbítrio na relação estabelecida entre o profissional, a família e o paciente (Geovanini & Braz, 2013). Como esse tipo de comunicação

pode acontecer em cenários complexos permeados por insegurança, medo e desconhecimento, o adequado manejo do assunto pelos profissionais envolvidos torna-se uma necessidade.

Após recebimento de uma notícia difícil, a maior parte das pessoas pode expressar sentimentos negativos, o que pode ser agravado quando a comunicação é feita de maneira inapropriada. Para se evitar isso, a capacitação profissional médica é fundamental. Ademais, esse preparo é necessário, pois a comunicação diagnóstica é uma das atribuições descritas no Código de Ética Médica, capítulo V, artigo 34, que veda ao profissional “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (Conselho Federal de Medicina - CFM, 2019, p. 27).

Dentre as experiências e estratégias apresentadas para se lidar com a comunicação de notícias difíceis em saúde, a precursora na área foi a de Robert Alexander Amiel Buckman, nascido em 22/08/1948 e falecido em 09/10/2011, aos 63 anos. Buckman era um oncologista britânico que emigrou para o Canadá, em 1985. Atuou no Hospital Princess Margaret, foi professor no Departamento de Medicina da Universidade de Toronto e professor adjunto no M.D. Anderson Cancer Center, no estado americano do Texas. Ele se especializou em câncer de mama e no ensino de habilidades de comunicação em Oncologia. Juntamente com seu grupo de estudo do Canadá e dos Estados Unidos, ele criou o protocolo SPIKES para comunicação de notícias difíceis aos pacientes. Importante ressaltar que, além de médico e professor universitário, Buckman também foi comediante, autor de livros, comentarista de rádio e presidente da Associação Humanista do Canadá (The Guardian, 2011).

Os antecedentes históricos do Protocolo SPIKES remontam às décadas de 50 e 70, na qual grande parte dos médicos consideravam danoso e desumano a comunicação de diagnóstico oncológico a seus pacientes. Nessa época, as próprias perspectivas de tratamento também eram incertas, o que adicionava mais temor ao assunto. No entanto, os avanços na área e o

desenvolvimento de tecnologias para tratamento mudaram o curso da doença, ofertando esperança aos pacientes no momento do diagnóstico. Isso, por sua vez, gerou a necessidade de se desenvolver uma habilidade médica mais qualificada para se discutir outras notícias difíceis (W.F. Baile et al., 2000; Buckman, 2005).

O protocolo SPIKES visa a atender aos requisitos básicos do processo de comunicação no que se refere à revelação diagnóstica de notícias difíceis. Seu objetivo é levantar informações de saúde e transmiti-las, conforme o entendimento, as necessidades e os desejos do paciente. Isso promove apoio afetivo e técnico, estimulando o paciente a aderir ao tratamento, além de auxiliar os próprios médicos na comunicação, minimizando o efeito estressor dessa tarefa junto ao profissional (Cruz & Riera, 2016). O Protocolo SPIKES (Figura 2) é mnemônico e composto por seis passos estratégicos (W.F. Baile et al., 2000; Buckman, 2005):

1. *Planejamento da entrevista (S – setting up the interview)*: consiste no preparo para o encontro com o paciente e familiares a partir da busca de informações em prontuário e exames, assim como junto à equipe multiprofissional, quando houver. Ainda que pareça difícil, tente manter a calma. Na preparação da cena, recomenda-se a busca de alguma privacidade, pois o local físico pode interferir nessa comunicação, promovendo tanto o fracasso quanto auxiliando a introdução do assunto. Orienta-se o envolvimento de pessoas importantes para o paciente, assim pergunte a este quem ele gostaria que o acompanhasse. Caso haja muitos familiares, peça que escolha uma ou duas pessoas para isso. Conecte-se com o paciente por meio de contato visual, apresentando-se pelo nome e função e, se possível, sente-se sem que haja objetos entre vocês. Coloque no silencioso ou desligue equipamentos que possam atrapalhar a comunicação, a exemplo de celulares. Apesar do clima tenso, preste atenção ao que o paciente lhe diz. Isso demonstra ao paciente interesse pelo seu relato.

2. *Avaliação da percepção do paciente (P – perception)*: aqui aplica-se bem a premissa: “antes de contar, pergunte!”. Nessa etapa, o profissional usa perguntas abertas para

levantar informações acerca de como o paciente e/ou acompanhantes percebem o quadro clínico. Algumas perguntas podem auxiliar nisso, por exemplo: “*O que já lhe foi dito sobre seu quadro até agora?*” ou “*Você fez um exame XXX, por que você acha que esse exame foi pedido?*” ou “*O que você lembra do que aconteceu? Me fale um pouco a respeito*”. Essas perguntas servem de aquecimento para a próxima etapa e ofertam um panorama do entendimento do paciente e/ou do acompanhante sobre a situação.

3. *Convite ao diálogo (I – invitation)*: trata-se de identificar até onde o paciente tem interesse em tomar ciência do que lhe passa, se quer ser informado por completo ou se prefere designar alguém que tome as decisões por ele. Se o paciente não quiser saber dos detalhes, se disponibilize a responder qualquer pergunta no futuro, caso mude de ideia.

4. *Compartilhamento de conhecimento e informações com o paciente (K – knowledge)*: adote linguagem clara e simples, evitando termos técnicos e detalhes desnecessários. Caso use esses termos, traduza-os para o paciente. Repasse a informação em pequenas partes. Use frases curtas e, algumas vezes, pergunte ao paciente se está entendendo o que lhe é dito. Se o prognóstico for muito ruim, evite expressões deterministas como “*Não há mais nada que possa ser feito ou falta lhe pouco tempo de vida*”. Isso tende a gerar desamparo no paciente, além de raiva dirigida a quem comunica a notícia difícil.

5. *Expressão de emoções (E – emotions)*: comumente, a expressão afetiva é de choque, isolamento e dor, mas as reações emocionais dos pacientes podem contemplar silêncio, incredulidade, choro, negação ou raiva. Aguarde a resposta emocional que vier e dê tempo ao paciente, mantendo-se presente no local. Se possível, identifique a emoção experimentada pelo paciente ou familiar, nomeando-a para si mesmo (ex.: “*Sinto que isso seja muito triste para você...ou Percebo que você está com muita raiva...Entendo isso ou Isso é devastador, eu também esperava um resultado melhor*”). Até que uma emoção se desfaça, será difícil seguir adiante discutindo outros demandas. Reconheça que chorar e ter raiva são emoções naturais

após o recebimento de uma notícia difícil. Valide os sentimentos expressos, pois isso provê suporte psicológico ao paciente, minimiza o sentimento de solidão, expressa solidariedade e demonstra empatia profissional.

6. *Estratégia e resumo (S – strategy and summary)*: momento de resumir e organizar as estratégias terapêuticas. Apresentar as opções de tratamento aos pacientes quando estes estiverem aptos não é apenas uma obrigação legal, mas estabelece a percepção de que o profissional de saúde vê os desejos do paciente como importantes. Pontue ao paciente que ele não será abandonado, ainda que o tratamento não seja curativo.

Outro instrumento auxiliar para comunicação de notícias difíceis refere-se ao Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E (Figura 2). Trata-se de um instrumento mnemônico, baseado no SPIKES e em consonância à realidade brasileira. Essa ferramenta decorreu de um estudo prospectivo realizado ao longo de dois anos, após treinamentos específicos de profissionais de saúde em habilidades de comunicação de notícias difíceis. Os dados foram coletados em eventos científicos promovidos pela Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia e pela Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo.

Os treinamentos foram oferecidos a 200 participantes (100 enfermeiros e 100 médicos) e consistia em uma breve introdução ao tema de notícias difíceis e a apresentação do Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E. Os recursos didáticos adotados nesse estudo abrangeram um vídeo demonstrativo com situação prática, discussão de caso em forma de dinâmica de grupo e “*role play*” (dramatização) com os participantes, em que estes puderam vivenciar uma situação hipotética desse tipo de comunicação (C.R.Pereira et al., 2017). O Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E consiste em sete etapas (C.R.Pereira, 2010):

1) *Preparar-se (P)* – primeiramente, é fundamental que a informação seja confirmada. Desse modo, para esclarecimentos de quaisquer dúvidas, a releitura do prontuário, a revisão dos exames e/ou a consulta à literatura médica costumam ser boas estratégias. É

necessário preparar o ambiente, a fim de oferecer privacidade e conforto, evitando barreiras físicas entre o profissional e o paciente. Importante precaver-se quanto a interrupções inesperadas (ligações, por exemplo) e sentar-se na mesma altura do paciente, para que possa ser mantido contato visual.

2) *Avalie o quanto o paciente sabe e o quanto quer saber (A)* – essa avaliação é importante, pois constitui um preambulo para a informação. C.R.Pereira (2010) pontua que podem ocorrer quatro situações. A primeira quando o paciente já possui indícios de informação, pois todo o processo foi compartilhado com ele. Na segunda, há situações em que a família crê que o paciente não sabe sua real situação; no entanto, considerando os tratamentos, as informações acessíveis da mídia e a conversa com outros pacientes, ele junta indícios suficientes sobre a situação e ainda com algum grau de certeza. A terceira é quando o paciente não tem informação alguma de sua condição de saúde, quer seja porque ela nunca foi compartilhada com ele ou porque é um fato novo ou ainda porque a informação foi repassada com linguagem incompreensível, por meio de jargões técnicos ou minimizando o real diagnóstico. Já a quarta situação acontece quando o paciente já possui informação suficiente para deduzir o fato e desenvolve mecanismos defensivos de negação. Uma pessoa com esse perfil usualmente demandará mais tempo para que o protocolo seja seguido.

3) *Convite à verdade (C)*: um cenário favorável ao profissional é quando, no processo de investigação diagnóstica, a questão sobre o quanto o paciente deseja saber já tenha sido abordada. Assim, pode-se perguntar a ele se gostaria de saber do diagnóstico sozinho ou ter alguém consigo na hora da comunicação. Os pacientes têm o direito de receber a informação, assim como de recusá-la. Nesses casos, respeitando sua autonomia, peça para que indique alguém de sua rede de apoio com quem a informação possa ser compartilhada. Geralmente, após o questionamento de convite à verdade, uma boa estratégia é aguardar e deixar espaço para que o paciente sinalize o andamento do processo. Usualmente, o que acontece é que os

próprios solicitam ao médico que compartilhe e comente a informação, quer seja ela diagnóstica, prognóstica ou resultados de exames e costuma perguntar: “*Dr<sup>a</sup>/Dr., o que eu tenho?*”. No caso de o paciente ficar quieto, não prosseguindo com o convite, isso pode indicar que ele necessita de mais tempo para assimilar o que se passa. De toda forma, o Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E não precisa ser executado em um único atendimento. Em muitas situações, os passos podem ser retomados em consultas posteriores, quando o paciente retornar com algum acompanhante ou até sozinho. O importante é não insistir na informação, caso o paciente não esteja preparado ou negando, pois isso costuma ser iatrogênico.

4) *Informar (I)* – oferecer a informação de forma clara e honesta, mantendo a esperança do paciente, costuma ser um desafio. Nessa etapa, o vocabulário deve ser claro, acessível e inteligível ao ciclo de vida (infância, adolescência, vida adulta ou velhice) e nível cultural do paciente, evitando-se termos muito complicados. Isso costuma causar mais temor e apreensão do que promover um real significado da condição, esclarecendo-a. Da mesma forma, o uso de eufemismos pode fazer com que o paciente interprete a condição sem gravidade. Após cada informação, recomenda-se ao profissional checar o entendimento do paciente e, nessas circunstâncias, as pausas podem ser muito úteis. Infelizmente, há situações em que não há apenas uma notícia difícil a ser comunicada, mas sim uma sucessão, tais como: o prognóstico, o custo ou o acesso ao tratamento, a possibilidade de cura, o impacto nas atividades de vida diária e várias outras questões. Como as respostas podem ser tão ou mais angustiantes do que o próprio diagnóstico em si, todas as notícias difíceis não precisam ser comunicadas ao paciente em uma única consulta, a não ser que ele assim demande. Ressalta-se que o ato de informar é uma atribuição da equipe de saúde e a comunicação de notícias difíceis ao paciente é uma competência médica, de modo que isso não deve ser delegado aos familiares.

5) *Emoções (E)*: depois que a informação é revelada, o paciente precisa de algum tempo para reagir às emoções. Costumeiramente, as reações são o choque e o choro, contudo



o médico e/ou equipe podem ter que lidar com outras, tais como: raiva, silêncio, negação ou desqualificação do profissional que revelou a notícia difícil e isso pode causar desconforto ou dificuldade aos profissionais de saúde envolvidos na situação. Tendo em vista a diversidade de cenários, recomenda-se a estes que simplesmente permitam ao paciente sentir toda a emoção, tendo tempo para chorar e se expressar livremente. Assim, sugere-se ao profissional mais ouvir do que falar, deixando o paciente se acalmar. Neste momento, é possível se utilizar do toque, pois a cultura brasileira tende a ser calorosa e afetiva, bem como oferecer lenços de papel ou copos de água ao paciente e seu acompanhante, se possível. Comentar frases como: *“Eu também gostaria que a situação fosse diferente...ou Eu posso ver o quanto isso é difícil para você... ou O que mais te assusta nesta situação?”* transmitem solidariedade e empatia, fazendo com que o paciente se sinta amparado. Todavia, desaconselha-se o uso das expressões *“não se preocupe”* ou *“não é nada”*, pois elas podem desqualificar o sofrimento, fazendo com que o paciente e seu acompanhante se sintam desamparados e incompreendidos.

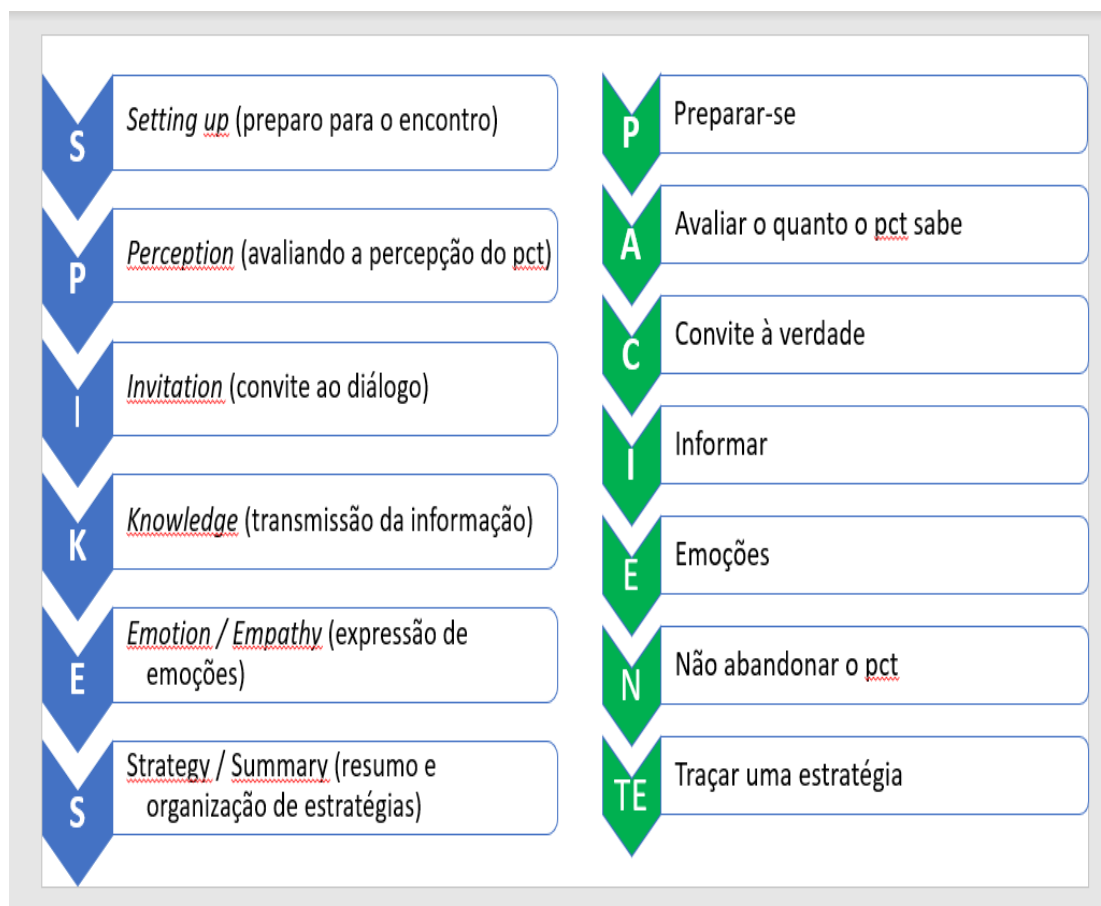
6) *Não abandonar o paciente (N)* – infelizmente, as instituições de ensino em saúde, principalmente as faculdades de Medicina, ainda apresentam uma formação primordialmente curativa, não preparando os profissionais para lidarem com comunicação diagnóstica de condições clínicas graves, no prognóstico e/ou terapêutica desfavorável de quadros irreversíveis ou sem tratamento modificador, a exemplo de falecimentos, sequelas ou assistência paliativa (Azeredo et al., 2011; Borges et al., 2012). Muitas vezes, tais situações são tidas como insucessos e, devido a isso, muitos médicos param de acompanhar seus pacientes, proferindo a sentença: *“Não há mais nada que possa ser feito por você”* e, conseqüentemente, abandonando seus pacientes. O correto a informar é que, a despeito do que venha a acontecer, o médico ou a equipe de saúde estará a seu lado. Isso é importante, pois a continuidade de cuidados gera conforto, segurança e confiança no paciente e na família (I.B. Oliveira, 2012).

7) *Traçar uma estratégia (TE)* – na saúde, costumeiramente, os profissionais decidem o plano de ação sozinhos, não levando em conta a autonomia do paciente na tomada de decisão sobre o melhor caminho a seguir. Isso inclusive reflete uma conduta extremamente paternalista e reducionista, pautada no modelo de saúde biomédico. Neste, o foco paira sobre os processos anatômicos e patológicos, implicando em uma abordagem mecanicista de causa-efeito. Nessa perspectiva, a implicação subjetiva e os fatores sociais do paciente não são relevantes no processo saúde-doença. Ademais, o modelo biomédico desconsidera a negociação entre profissionais de saúde e paciente, posto que este é entendido como um ser passivo no tratamento, ou seja, como alguém que será o destinatário dos cuidados, mas não necessariamente implicado a estes (Geovanini & Braz, 2013; Scliar, 2007; Straub, 2013).

Segundo C.R.Pereira (2010), é possível planejar os cuidados a serem oferecidos e as opções de tratamento com o paciente, incluindo cuidados interdisciplinares, sempre que possível. Ao final do atendimento, recomenda-se que o paciente saia com o agendamento de nova consulta com o médico assistente ou multiprofissionais que acompanharam o caso, sendo assegurado a si e sua família a disponibilidade de contatos (telefone fixo ou celular) e de acesso a serviços (referência de uma clínica ou de um hospital), em caso de necessidade. Por fim, ressalta-se que o acompanhamento interdisciplinar inclusive reforça o protagonismo do paciente e a assistência à família, posto que se pauta em uma prestação de serviço ampla, integrada e contínua, orientada pelo modelo de saúde biopsicossocial (Scliar, 2007; Straub, 2013).

**Figura 2**

Quadro comparativo entre protocolos de comunicação de notícias difíceis



## **Capítulo 4 - Comunicação de notícias difíceis e estratégias de ensino na formação médica: uma revisão integrativa**

A comunicação terapêutica em saúde nem sempre é trabalhada na graduação e na pós-graduação médica, sendo aprendida na prática e, muitas vezes, sem reflexões sistemáticas e regulares. Nesse caso, não é incomum que as habilidades de comunicação sejam ensinadas por meio da abordagem *veja um, faça um, ensine um* - “*see one, do one, teach one approach*” (Lamba et al., 2016, p. 105). Essa abordagem não costuma priorizar as implicações emocionais do processo, pautando-se na execução operacional dos procedimentos e condutas. Para tanto, é necessário trabalhar também as emoções e os sentimentos envolvidos no processo de comunicação de notícias difíceis; pois, quando o profissional identifica a emoção experienciada, ele consegue adequar sua atuação e melhorar seu desempenho junto a pacientes e familiares, promovendo assim uma permanência saudável em sua área de atuação (Afonso & Minayo, 2017).

Um estudo qualitativo finlandês, com 374 estudantes de Medicina, identificou que a comunicação de notícias difíceis é um evento estressante, não só para os médicos com longa experiência, mas também para os estudantes. Os resultados sinalizaram uma clara tensão entre sentir empatia e ter distância profissional. O distanciamento emocional foi descrito como contraditório aos pensamentos empáticos dos estudantes. Devido a isso, a supressão emocional e a redução propositiva da empatia foram empregadas como mecanismos de enfrentamento, sendo o distanciamento também usado como uma estratégia para gerenciar o estresse da comunicação de notícias difíceis. Esses achados sugerem falta de estratégias de enfrentamento adequadas para manejo de encontros desafiadores e o estudo discute que sentimentos desconcertantes devem ser abordados e os alunos devem receber apoio com relação a esses desafios. Assim, faz-se necessário o emprego de meios educacionais para desenvolver a empatia

e o enfrentamento por meio de aprendizagem experiencial, humanidades médicas, além de intervenções baseadas em escrita reflexiva e em grupo (Toivonena et al., 2017).

Segundo um estudo brasileiro qualitativo e descritivo, realizado com 15 médicos, sobre a percepção destes quanto à comunicação de notícias difíceis em Oncologia, não há uma capacitação capaz de dirimir por completo os sentimentos negativos envolvidos nesse processo. Isto porque é evidente a existência de algum grau de sofrimento no paciente que recebe uma notícia difícil, assim como no profissional que a comunica, especialmente em situações de finitude de vida ou de cessão terapêutica curativa. Todavia, a abordagem deste tema e o reconhecimento de sua complexidade são oportunidades para se aprender a lidar com os sofrimentos inerentes à morte e ao morrer. Para tanto, ressalta-se a necessidade de se implantar estratégias educacionais que vão ao encontro de uma formação médica sincronizada com o processo de humanização assistencial em saúde (A.E. Silva et al., 2018).

Quanto aos pontos apresentados, observa-se que se a comunicação terapêutica carece de preparo tanto na graduação quanto nas residências médicas. Assim, não é de se estranhar que isso também ocorra no cenário de comunicação de notícias difíceis. Essa situação não é circunscrita apenas à realidade brasileira, pois um estudo norte-americano de revisão integrativa, feito com 18 artigos, identificou lacunas na literatura quanto ao ensino e ao preparo dos residentes cirúrgicos para esse tipo de comunicação em ambiente de trauma e de centro cirúrgico, após eventos inesperados. Além da dificuldade em manejar essa situação, os resultados da revisão apontaram dificuldades dos cirurgiões em repassar notícias aos familiares, especialmente quando não havia uma relação médico-paciente previamente estabelecida no contexto do evento traumático (Lamba et al., 2016).

Frente ao exposto e com as mudanças na sociedade, que envolvem o uso de novas tecnologias e o acesso à informação, o campo biomédico sofre o impacto desse processo demandando a reformulação dos paradigmas de cuidado em saúde. Não desconsiderando os

avanços farmacológicos, o grande rol de mudanças na área biomédica centra-se na alteração do paradigma estabelecido na relação médico-paciente, especialmente no que tange ao lugar da revelação de informações fidedignas nesse ínterim. Cada vez mais, os pacientes ocupam um espaço diferenciado e menos passivo, enquanto os profissionais de saúde seguem sendo formados para não lidar com essa realidade (Geovanini & Braz, 2013). Assim, o preparo médico para comunicar notícias difíceis desponta com premência no cenário atual, em que pacientes buscam informações diagnósticas na internet. Isso inclusive repercute na relação clínica, demandando novas formas de se relacionar e de se comunicar em saúde. Frente a isso, uma proposta viável para se lidar com essa situação seria a adoção de metodologias ativas de ensino na formação dos profissionais. A partir disso, Paiva et al. (2016) sinalizam que:

Os procedimentos de ensino são tão importantes quanto os próprios conteúdos de aprendizagem. Portanto, as técnicas de ensino tradicional passam a fazer parte do escopo de teóricos não só da área da Educação, mas de toda a comunidade intelectual que busca identificar suas deficiências e buscam propor novas metodologias de ensino-aprendizagem. (p. 146)

Uma característica comum entre as metodologias ativas de ensino é a concepção de educação problematizadora, em que o aprendiz é instigado a se implicar com o mundo a sua volta, elaborando uma compreensão acerca de sua realidade. Isso, por sua vez, lhe possibilita intervir nessa realidade, transformando-a. Essa perspectiva rompe com o modelo tradicional centrado na abordagem conteudista, com enfoque individual no processo de ensino (Paiva et al., 2016). Nas metodologias ativas, o aluno é o centro do processo de aprendizagem, contrapondo-se à ideia de expectador. Nela, o ensino nasce na prática e busca uma teoria que o explique. Com isso, há uma mudança do ensinar para o aprender, havendo um desvio do foco do docente para o aluno, que se responsabiliza por seu aprendizado (Souza et al., 2014).

A metodologia ativa pode trabalhar com situações problemas, de modo que o docente necessita ter conhecimento da temática, do cenário e experiência com essas situações, a fim de instigar a curiosidade dos discentes. Essas metodologias problematizam a realidade, possibilitando a aprendizagem a partir da cena e do contexto em que o aprendiz se encontra inserido. Isso faz com que ele interaja com o seu processo de aprendizado, exercitando habilidades futuras de diálogo, observação, reflexão crítica e de tomada de decisão quanto à conduta a ser adotada (Diesel et al., 2017). Em uma revisão integrativa brasileira, identificou-se predomínio do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem no ensino superior, principalmente, no contexto de educação em saúde (Paiva et al., 2016). Disso, infere-se que as metodologias ativas contribuem na formação médica, ao promover o contato do estudante ou do profissional com vivências cotidianas ou limítrofes de sua profissão, em um ambiente preparado e protegido de ensino.

Frente ao exposto, a presente seção teve por objetivo identificar qual metodologia ativa ou procedimentos de ensino foram descritos na formação médica para comunicação de notícias difíceis, no período de 2014 ao 1º semestre de 2019, em cenário mundial, voltados tanto para estudantes de graduação quanto para residentes ou médicos. Assim, foi realizada uma revisão integrativa da literatura que visou sintetizar e analisar a produção científica de artigos empíricos sobre o uso de metodologia ativa na formação médica para comunicação de notícias difíceis.

A revisão integrativa viabiliza a organização do conhecimento científico, possibilitando ao pesquisador contatar outros trabalhos e questões similares àquelas que ele se propõe investigar, assim delineando o cenário científico do tema a ser estudado. Ademais, isso possibilita pensar outras oportunidades a serem trabalhadas, já que oferta informações sobre procedimentos usados em trabalhos prévios (Botelho et al., 2011). Por se caracterizar como uma sinopse dos principais pontos de um conceito ou área de estudo, a revisão integrativa reúne e sintetiza métodos, teorias e/ou estudos empíricos, tendo abrangência ampla ou limitada em

pesquisas quantitativas, qualitativas ou de métodos mistos. Seu uso é versátil na definição de conceitos, na revisão de teorias e evidências, bem como na análise de problemas metodológicos de um tema específico (Ercole et al., 2014; Souza et al., 2010).

Foi realizada a definição do problema a partir de revisão bibliográfica, buscando identificar artigos empíricos nas seguintes bases de dados: PsycINFO, base de dados da *American Psychological Association* – APA, e nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da PubMed, a partir da fórmula de descritores: (“*medical education*”) AND (“*bad news*” OR “*difficult news*”) AND (“*learning*”). Os descritores foram definidos conforme o *medical subject headings* (MeSH) e os descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram considerados elegíveis os artigos disponíveis na íntegra, publicados em português ou inglês, no período de 2014 até o 1º semestre 2019, precisamente maio. Foram excluídas outras publicações científicas (editoriais, comentários, artigos de revisão, relatos de experiência, teses, dissertações, artigos de profissionais não-médicos), manuscritos que não apresentassem informações quanto ao uso de metodologias ativas no resumo ou trabalhos que tivessem por objetivo a validação de instrumentos para avaliar a comunicação de notícias difíceis.

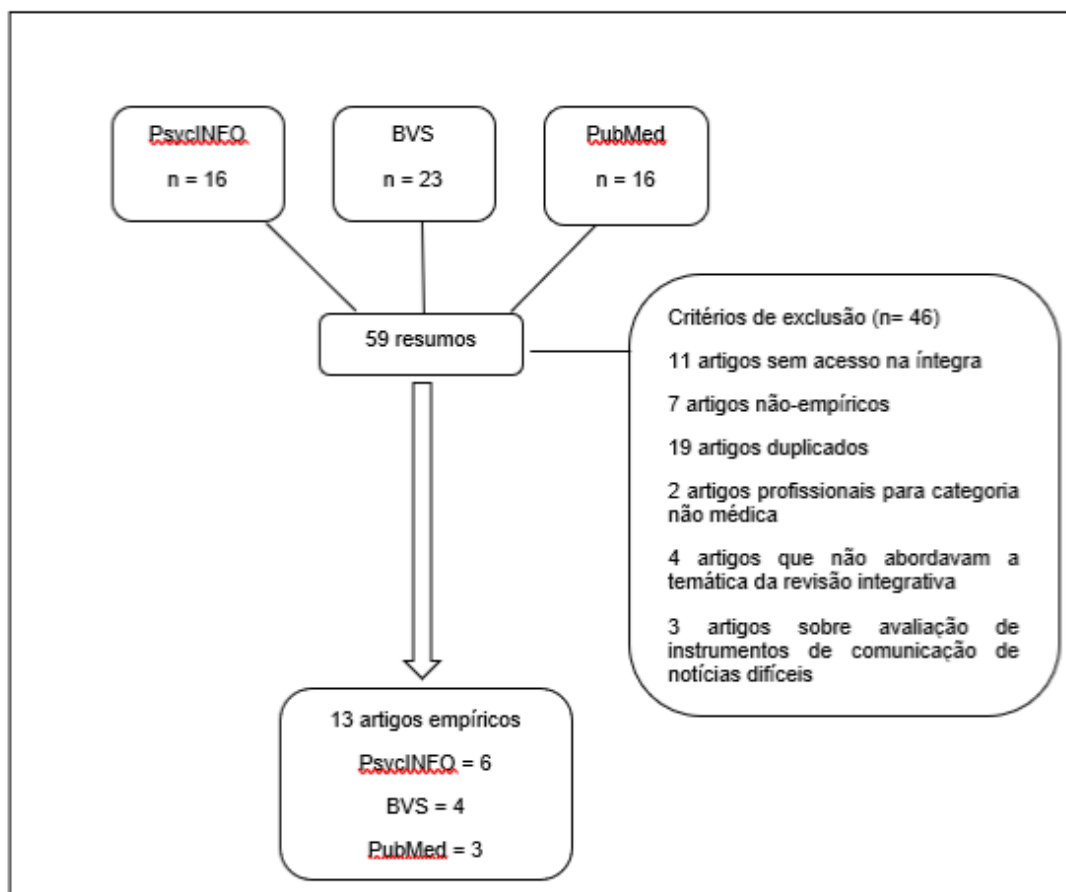
As informações coletadas dos artigos foram agrupadas em uma planilha Excel, constando *link* e doi, a referência conforme a APA, palavras-chave, país do estudo, base de dados ou portal identificados, título, idioma, ano de publicação, delineamento do estudo, objetivo(s), participantes, método, resultados principais, discussão/comentários. Por fim, foi realizada a análise dos resultados com a síntese dos artigos selecionados de maneira descritiva, possibilitando apresentação da metodologia ativa levantada ou das estratégias de ensino, conforme o objetivo deste estudo. Foram identificados 59 resumos nas bases de dados e nos portais selecionados. Após aplicação dos critérios de exclusão, foram analisados 13 artigos empíricos, sendo 12 em língua inglesa e um em língua portuguesa. Quanto ao ano de publicação: três são de 2014; dois de 2015; um de 2016; quatro de 2017 e três de 2018. No que



se refere ao país de realização dos estudos, seis eram dos Estados Unidos, dois eram estudos transculturais realizados entre Canadá, China e Estados Unidos, um era de Israel, um da Finlândia, dois da Suíça e um do Brasil (Figura 3).

### Figura 3

Flow diagram da seleção dos artigos para revisão integrativa



Quanto ao delineamento metodológico, identificou-se: nove estudos de intervenção com métodos mistos; dois estudos descritivos qualitativos; um estudo longitudinal de coorte com métodos mistos e um estudo transversal quantitativo. No que tange ao perfil dos participantes dos estudos, 10 artigos foram realizados com estudantes de Medicina e três com médicos residentes. Da amostra analisada, quatro abordaram temáticas de treinamento, capacitação ou formação curricular relacionada à comunicação de notícias difíceis para estudantes e residentes

(E. M. Johnson et al., 2017; Luttenberger et al., 2014; Parikh et al., 2017; Williams-Reade et al., 2018).

Quatro artigos apresentaram teorias como abordagem pedagógica de ensino de comunicação de notícias difíceis, sendo estas: a terapia centrada no cliente de Rogers (Luttenberger et al., 2014), a aprendizagem de adultos de Knowles também conhecida como aprendizagem de resultados (E.M. Johnson et al., 2017), os quatro estágios experienciais de Kolb associado com a teoria familiar sistêmica (Williams-Reade et al., 2018) e a teoria da metacognição (Lajoie et al., 2015). Todos os artigos sinalizaram a importância dos aspectos emocionais na comunicação de notícias difíceis, contudo apenas seis estudos pontuaram a necessidade de acolhimento emocional das angústias, da insegurança e do distanciamento emocional reportados pelos participantes, como forma de prepará-los para lidar com a temática de notícias difíceis (Hurst et al., 2015; Karnieli-Miller et al., 2018; Lajoie et al., 2015; Skye et al., 2014; Toivonena et al., 2017; Williams-Reade et al., 2018)

Do total de artigos, 11 pontuaram que os estudos realizados ou descritos decorreram de atividades instituídas nos currículos de formação médica, quer seja na graduação ou nos programas de residência (Hurst et al. 2015; E.M. Johnson et al., 2017; Karnieli-Miller et al., 2018; Kron et. al., 2016; Luttenberger et al., 2014; Neto et al., 2017; Parikh et al., 2017; Schmitz et al., 2018; Skye et al., 2014; Toivonena, et al., 2017; Williams-Reade et al., 2018). Esses artigos sinalizaram que, apesar das exigências de participação nos cursos ou disciplinas constituírem requisitos obrigatórios na formação, a participação nas pesquisas tinha caráter voluntário, de modo que aqueles que se abstivessem de participar delas não sofreriam sanções no processo de avaliação das referidas práticas de ensino.

Dentre as técnicas de ensino identificadas, os artigos apresentaram uma perspectiva multimodal, trabalhando com dois ou mais procedimentos. A simulação ou *role-playing* foi o mais citado, sendo descrito em 10 estudos (Hurst et al., 2015; E.M. Johnson et al., 2017;

Karnieli-Miller et al., 2018; Kron et al., 2016; Lajoie et al., 2014; Luttenberger et al., 2014; Neto et al., 2017; Parikh et al., 2017; Skye et al., 2014; Williams-Reade et al., 2018). Nessa técnica, o papel do paciente ou familiar era desempenhado por atores ou pessoas treinadas, conforme um roteiro padronizado. Desses 11 artigos, em um houve inversão de papéis, de modo que os participantes experienciaram o papel do paciente (Luttenberger et al., 2014).

Quatro estudos empregaram ambiente instrucional multimídia com tecnologias digitais, tais como módulos de ensino online, realidade virtual, aprendizagem mediada por computador, discussão em grupo em *chats* de conversa (Lajoie et al., 2014; Lajoie et al., 2015; Kron et al., 2016; Schmitz et al., 2018). Desses quatro, dois estudos tinham características transculturais e foram realizados em países diversos, sendo eles: Estados Unidos, Canadá e China (Lajoie et al., 2014; Lajoie et al., 2015). A apresentação de vídeo casos também foi descrita em três artigos (Lajoie et al., 2014; Lajoie et al., 2015; Schmitz et al., 2018)

Por fim, quatro artigos detalharam a aprendizagem baseada em problemas – ABP, como metodologia norteadora dos trabalhos (Hurst et al., 2015; Johnson et al., 2017; Lajoie et al., 2014; Lajoie et al., 2015). Os demais nove artigos, apesar de não descreverem a metodologia de ABP, apresentaram técnicas ou procedimentos de ensino (simulação com pessoas ou em computador, discussão entre pares, escrita reflexiva, reunião compartilhada com pacientes, vídeos casos, realidade virtual), focando a apresentação de situações rotineiras ou padronizadas nas áreas estudadas (Figura 4).

**Figura 4**

*Dados dos artigos analisados na revisão integrativa sobre estratégias de ensino na formação para comunicação de notícias difíceis*

Autores e ano	Objetivo	Delineamento	Estratégia
Hurst et al. (2015)	Investigar a influência de uma intervenção de ensino simulada com pacientes, integrando a aprendizagem de habilidades de comunicação, ética às atitudes e preocupação em relação à verdade.	Estudo longitudinal de coorte com métodos mistos	Simulação com pacientes padronizados
Johnson et al. (2017)	Desenvolver curso de comunicação pediátrica em cuidados intensivos para residentes em formação na área.	Estudo intervenção com métodos mistos	Discussões em grupo, simulação com atores especificamente treinados como pais de pacientes, exercícios auto reflexivos.
Karnieli-Miller et al. (2018)	Melhorar a compreensão da aprendizagem na escrita reflexiva de comunicação de más notícias, identificando componentes que inibem esse aprendizado.	Estudo descritivo qualitativo	Reunião com pacientes para compartilhamento de vivências, escritas narrativas
Kron et. al (2016)	Comparar a comunicação entre estudantes de Medicina expostos a simulação em computador com seres humanos virtuais com o módulo multimídia de aprendizado baseado em computador.	Estudo intervenção com métodos mistos	Apresentação multimídia sobre comunicação, Simulação com realidade virtual
Lajoie et al. (2014)	Examinar a facilitação de grupos interculturais na aprendizagem baseada em problemas (ABP) usando ferramentas e vídeos digitais on-line.	Estudo intervenção com métodos mistos	Ambiente instrucional por computador, vídeos digitais on-line, simulação virtual com paciente
Lajoie et.al. (2015)	Examinar o papel dos processos regulatórios em estudantes de Medicina que transmitem más notícias a pacientes, em contexto de aprendizagem	Estudo intervenção com métodos mistos	Ambiente computacional para comunicação entre estudantes e facilitadores médicos à

	baseada em problemas (ABP) na web.		distância, discussão de caso em ambiente computacional entre pares, vídeo caso
Luttenberger et al (2014)	Desenvolver currículo para estudantes de Medicina, incluindo dramatizações sobre anamnese, tomada de decisão compartilhada, prevenção, comunicação más notícias e as chamadas “interações difíceis”.	Estudo intervenção com métodos mistos	Dramatizações desempenhadas por estudantes nos papéis de médico e paciente
Neto et al. (2017)	Aprimorar a habilidade de comunicação de más notícias na prática médica.	Estudo transversal quantitativo	Simulações pacientes atores, treinamento em pares, exame clínico objetivo estruturado
Parikh et al. (2017)	Examinar o acompanhamento a longo prazo no treinamento de habilidades de comunicação no fim da vida, avaliação e retenção de habilidades em estudantes de Medicina.	Estudo intervenção com métodos mistos	Simulação com pacientes padronizados
Schmitz et al. (2018)	Examinar os efeitos da aprendizagem na comunicação diante de diferentes formatos de abordagem de paciente simulado.	Estudo intervenção com métodos mistos	Abordagem do paciente com texto, abordagem do paciente com versão de vídeo e abordagem de paciente com versão de vídeo enriquecida com texto do protocolo SPIKES, simulação com paciente
Skye et al. (2014)	Explorar contextos, experiências e reações em dar e receber más notícias no ensino médico, a partir do uso do teatro interativo e da dramatização.	Estudo intervenção com métodos mistos	Dramatizações de casos, simulação com pacientes padronizados, discussão em grupo
Toivonena et al. (2017)	Conhecer as reflexões de estudantes de Medicina sobre as emoções no contexto de comunicação de más notícias	Estudo descritivo qualitativo	Simulação com paciente padronizado e discussão em grupo
Williams-Reade et al. (2018)	Conduzir treinamento de residentes de cirurgia pediátrica sobre como comunicar compassivamente más notícias de morte pediátrica a familiares.	Estudo intervenção com métodos mistos	Simulação com atores, discussão em grupo

A partir da revisão integrativa realizada, pode-se observar que vários países discutem a necessidade de se adotar um currículo e uma formação médica adequados à realidade dos sistemas de saúde. Para isso, faz-se necessário articular práticas de assistência ao paciente, conhecimento médico, habilidades interpessoais e de comunicação, profissionalismo e aprendizagem baseada em práticas problematizadoras. Como exemplo disso, citam-se as diretrizes do Conselho de Credenciamento para Educação Médica de Pós-Graduação nos Estados Unidos (*Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME*, 2019) e o CanMEDS (2019), estrutura educacional canadense que detalha e apresenta as habilidades médicas necessárias para atendimento efetivo às necessidades de saúde da população. No Brasil, as diretrizes curriculares nacionais (DCN) nos cursos de Medicina também acompanham as mudanças globais nos referenciais educacionais e nas políticas de saúde, primando por uma formação profissional aliada às mudanças contemporâneas da sociedade (Gomes et al., 2009; Ministério da Educação [MEC], 2014).

Os resultados da revisão integrativa para este estudo identificaram uma prevalência de trabalhos realizados com estudantes de graduação e isso se correlaciona com as diretrizes curriculares apresentadas acima. Como essas diretrizes estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da habilitação médica, elas têm papel norteador no projeto pedagógico de formação. No entanto, observada uma escassez de trabalhos com os docentes, peça primordial no processo de ensino. Segundo Costa e Azevedo (2010), o papel do docente seria o de oferecer experiências que aumentem o autoconhecimento, o poder de escuta, o respeito e a tolerância, auxiliando os estudantes a detectar suas fragilidades, medos e preconceitos. Isso também proporciona ao aluno uma observação mais ampliada da atuação médica, que pode ser terapêutica em si. Disso, depreende-se a importância do papel do professor, não só como transmissor de conhecimento, mas também como multiplicador de

modelos assistenciais na prática médica, de modo que esses profissionais necessitam também de aprimoramento e educação permanente em suas atividades docentes junto à comunicação de notícias difíceis.

Apesar de apenas 31% dos artigos detalharem o uso da ABP, o presente estudo identificou que os demais artigos descreveram práticas problematizadoras propostas a partir dessa metodologia. A ABP trabalha com situações do dia a dia, promovendo a integração entre a teoria e prática, bem como o desenvolvimento e o aprimoramento de habilidades técnicas, cognitivas, afetivas e de atitudes na formação (W.F. Baile & Blatner, 2014). Para otimizar seu trabalho, ela concilia o emprego de múltiplas técnicas ou estratégias de ensino, tais como as identificadas neste estudo para troca ou compartilhamento da informação. Mesmo não havendo uma diferenciação clara entre a metodologia ativa e as técnicas empregadas, depreende-se que as estratégias de ensino em saúde por serem múltiplas nos remetem à própria diversidade no campo, pois existem inúmeras formas de se compartilhar as experiências e o conhecimento na área. Além disso, para se contatar a experiência humana na saúde e na doença, essa diversidade também se faz necessária na educação médica.

Os resultados sinalizaram o emprego de tecnologias digitais e de recursos da rede mundial de computadores como forma de mediação do ensino e da aprendizagem. Um ponto identificado no estudo refere-se ao uso dessas tecnologias digitais em situações com distâncias geográficas ou continentais. Isso inclusive reflete o panorama mundial, pois todos os setores da sociedade contemporânea utilizam-se das tecnologias digitais com o objetivo de facilitar as relações de informação e comunicação. Atualmente, não há praticamente nada que não seja intermediado por essas novas tecnologias. Isso corrobora a ideia de que a Educação precisa se familiarizar com os recursos tecnológicos para incentivar as atividades pedagógicas propiciando melhor interação entre os agentes envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (Andrade, 2015).

Dos artigos analisados, quatro sinalizaram a necessidade de acolhimento ao medo, às angústias, à insegurança e ao distanciamento emocional reportados pelos participantes no processo de comunicação de notícias difíceis. Esse dado vai ao encontro da literatura, ao sinalizar que o processo de ensino interatua com afetos e sentimentos, os quais podem promover ou impactar os processos cognitivos envolvidos na comunicação e aprendizagem de modelos de assistência em saúde (Hurst et al., 2015; Karnieli-Miller et al., 2018; Lajoie, 2015; Toivonena et al., 2017;). Ceccim (2008) afirma que o campo das construções cognitivas é também espaço de requalificação de afetos (processo de singularização) e de convite às aprendizagens de natureza complexa (processos intelectivos). Contudo como, usualmente, os métodos educacionais legitimam o saber acumulado e negligenciam as aquisições intensivas (a criação do trabalho coletivo, a interdependência com os usuários, a adoção de práticas externas às instituições de ensino e a transdisciplinaridade), a implicação afetiva no espaço de produção do saber acaba sendo denegada na formação.

Esta revisão integrativa identificou que a aprendizagem baseada em problemas (ABP) foi a metodologia ativa mais descrita na formação médica, nos últimos cinco anos. Conforme identificado, essa metodologia coloca o aluno no centro do processo de aprendizagem e o envolve em seu processo de ensino, ao colocá-lo em contato com situações problemas. Identificada também múltiplas técnicas ou estratégias de ensino, as quais podem ser aplicadas aos mais diversos cenários, desde que contextualizadas aos objetivos do processo de ensino e aos recursos disponíveis para sua implementação. Reforça-se a importância do uso da ABP e dessas estratégias como medidas complementares à profissionalização médica contemporânea. Recomenda-se também investigar outras metodologias ativas de ensino diversas à ABP e que contribuam com vivências ampliadas no processo de ensino-aprendizagem.

Este trabalho pretende sinalizar a necessidade de se explorar estudos de comunicação de notícias difíceis na perspectiva da interdisciplinaridade e não unicamente na perspectiva



médica. O levantamento de condutas acerca desse tipo de comunicação por equipe com múltiplas áreas de formação pode contribuir para a melhoria do compartilhamento de informação entre os atores envolvidos, quer sejam eles pacientes, familiares ou profissionais implicados no cuidado. E, quanto a isso, a Psicologia da Saúde tem muito a contribuir no campo das construções intersubjetivas e da comunicação terapêutica; pois, como bem afirma Straub (2014), a Psicologia da Saúde é uma área científica que estuda o comportamento humano e suas implicações nas experiências de saúde e de enfermidade, a partir de um olhar biopsicossocial.

A Psicologia da Saúde, conforme Matarazzo (1980), é uma área com abrangência profissional, científica e educacional que busca atender a promoção e a manutenção da saúde; visando à prevenção e ao tratamento dos processos saúde-doença e à identificação dos fatores relacionados ao desenvolvimento de enfermidades, contribuindo assim para a análise e a melhoria do sistema dos serviços de saúde e para a elaboração de políticas sanitárias. Dessa forma, como campo de conhecimento e de atuação, Alves et al. (2017) ressaltam que ela se atém às condutas que intervêm nos processos de cuidado, disponibilizando teorias e práticas psicológicas que contribuem para a resolução de dilemas e de questões fundamentais encontrados nos serviços de saúde.

No mais, tendo em vista sua natureza interdisciplinar e sua possibilidade de aplicação em diversos cenários de ensino, a Psicologia da Saúde tem muito a contribuir na formação dos profissionais da área, provendo não apenas informações técnicas, mas também conhecimentos que ofereçam possibilidades de se explorar com ações integradas, planejadas e humanizadas, o campo vivencial de saúde dos atores envolvidos, quer sejam eles o usuário ou o profissional assistente.

## Capítulo 5 - Objetivos

Um objetivo é o propósito que pretendemos alcançar quando realizamos uma ação. Ele sinaliza expectativas futuras quanto ao que almejamos obter ao fim de um trabalho e corrobora assim a sua etimologia latina *obiectum*, que significa “o que está posto diante, em frente” (Cunha, 2010). Para que os objetivos sejam contemplados, é importante haver sentido e direção em sua propositura, a fim de nos situar quanto ao que é esperado ao término de uma ação. Assim, tendo em vista o comentário anterior, seguem os objetivos deste estudo, os quais esperam-se que sejam atingidos à frente no trabalho.

### *Objetivo geral:*

- Compreender como ocorre o processo de preparação de médicos residentes para comunicação de notícias difíceis em um hospital universitário.

### *Objetivos específicos:*

- Identificar os conteúdos e a metodologia utilizadas sobre comunicação de notícias difíceis na residência médica;
- Identificar as dificuldades enfrentadas e as estratégias empregadas pelos participantes na comunicação de notícias difíceis;
- Mapear aspectos facilitadores ou dificultadores do processo de ensino e aprendizagem de notícias difíceis na residência médica de um hospital universitário do DF.

## Capítulo 6 – Método

Em uma viagem, inúmeras são os caminhos que podem nos levar a algum lugar. Para ilustrar isso, relembremos a história de Alice no País da Maravilhas. Ao encontrar o Gato de Cheshire, Alice pergunta a ele se poderia ajudá-la com informações sobre qual caminho tomar. O Gato lhe diz que isso depende muito de onde ela deseja chegar, mas Alice responde que pouco se importa, desde que chegue a algum destino. Então, o Gato lhe retruca sorrindo que, para quem não sabe para onde vai, qualquer caminho basta e, com certeza, ela chegaria a algum lugar, pois caminharia por muito tempo (Carrol, 2007). Essa fábula é rica de interpretações e se aplica à metodologia científica, pois tão importante quanto o destino ou o objetivo a ser alcançado é a apresentação do caminho trilhado ou a construção metodológica delineada pelo pesquisador em seu trabalho.

Creswell (2010) delinea diferenças entre os projetos, sinalizando os planos que envolvem a adoção de um dos modelos do projeto de pesquisa, quer sejam eles qualitativos, quantitativos ou de métodos mistos. Segundo ele, a seleção de um projeto baseia-se em múltiplos fatores, podendo-se citar a natureza do problema estudado, as experiências pessoais dos pesquisadores, o cenário de coleta dos dados, bem como o público a quem se dirige o estudo. Ademais, além do contexto coletivo, há que se olhar as concepções e os paradigmas de quem o realiza, de modo a se entender as orientações gerais sobre o mundo e sobre a natureza da pesquisa defendida pelo pesquisador. Isso nos falará do percurso ou método adotado no trabalho.

Em se tratando de estudos relacionais que busquem compreender significados, motivações, crenças, aspirações, valores e atitudes, a pesquisa qualitativa é uma excelente opção, pois responde a questões muito particulares que nem sempre são completamente quantificáveis (Lefèvre & Lefèvre, 2003). A análise de dados é indutiva, partindo-se de

questões particulares até se chegar a considerações passíveis de serem aplicadas a situações diversas. Nessa perspectiva metodológica, os indivíduos compartilham suas histórias, ouvindo suas vozes e reflexões, minimizando as relações de poder frequentemente existentes entre o pesquisador e os participantes do estudo (Creswell, 2010). Para Vigorena e Battisti (2012, p.98):

A pesquisa qualitativa, de maneira mais detalhada, é entendida como uma investigação que tem como preocupação central o exame dos dados em um tipo de profundidade que não é captada pelos números, tabelas e dados quantitativos, mesmo que não sejam eles representativos a outros casos de estudo, ou seja, o que se pretende descobrir, muitas vezes, é particular àquela situação e, por isso, é examinado no detalhe para aquele caso, tendo em conta a perspectiva histórica e/ou social do momento em que se faz a análise.

Nessa opção metodológica, quanto mais o pesquisador se inserir no ambiente da coleta, melhor será sua absorção da realidade. Como busca compreender as relações implícitas no contexto do trabalho, o pesquisador reúne informações *in loco*, falando diretamente com as pessoas e vendo como elas se comportam e agem dentro do seu contexto. A interação com os participantes compõe a produção do conhecimento e extrapola a ideia de neutralidade científica e de sujeito-objeto. Como a preocupação do pesquisador é acessar o significado que os participantes conferem as suas vivências, ele investiga a percepção dos envolvidos para compreender a realidade que os cerca, confirmando muitas vezes com os próprios participantes a interpretação a que se chegou (Costa & Tuleski, 2017; Flick, 2009).

Para Taquette e Minayo (2015), o engajamento em pesquisa qualitativa requer do pesquisador abertura e disponibilidade para refletir sobre si mesmo e suas ações, atuação em intersubjetividade com os entrevistados, um olhar teórico para interpretação dos dados, bem com o habilidade para lidar com conflitos ou situações inusitadas, sendo criativo, paciente e persistente. Creswell (2014) afirma que a escolha por essa orientação metodológica requer

atenção interpretativa na investigação, correlacionando o estudo a partir do contexto político, social e cultural das partes envolvidas, assim refletindo a presença do pesquisador nos relatos que ele apresenta. Como a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva, ela discorrerá sobre a realidade experienciada tanto pelos sujeitos da pesquisa quanto pelo próprio pesquisador em campo. Dessa forma e frente ao exposto, como o trabalho em questão aborda a temática da educação médica em programas de residência hospitalar, a opção por esse tipo de metodologia mostrou-se como mais adequada para fins de aprofundamento e compreensão das experiências relatadas pelos participantes, bem como pelo interesse da pesquisadora pelo campo.

### **6.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com orientação qualitativa, que buscou conhecer a realidade e o contexto de um hospital universitário quanto ao processo de formação de médicos residentes para comunicar notícias difíceis.

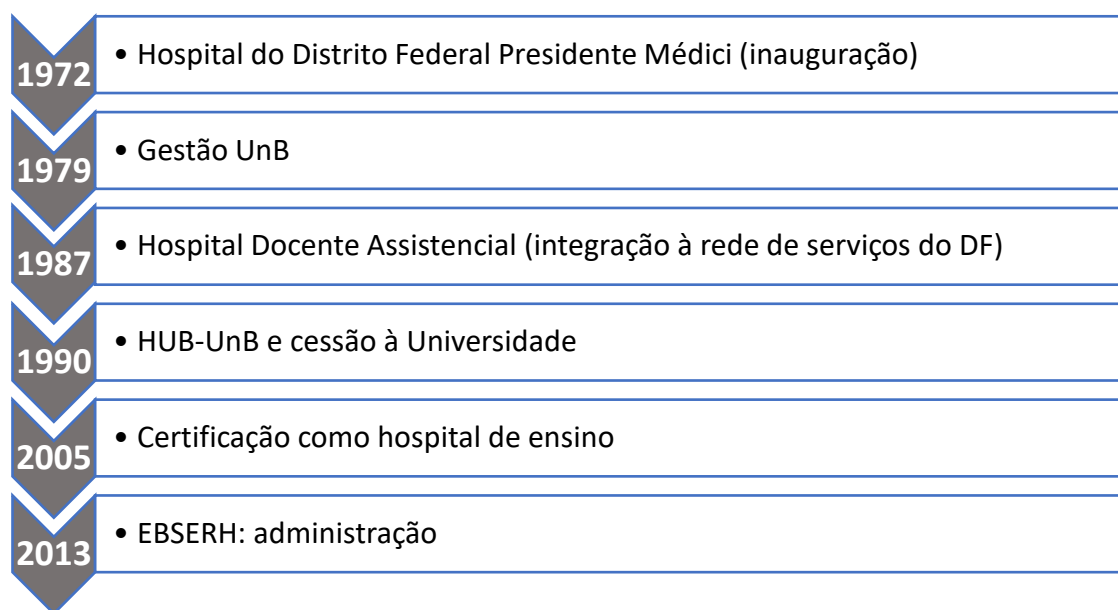
### **6.2 Cenário da pesquisa**

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é uma instituição pública federal que realiza atendimentos gratuitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e integrado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Foi inaugurado em 1972, recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici e dedicando-se à atenção exclusiva dos servidores públicos federais (Figura 5). Em 1979, passou a ser gerido pela Universidade de Brasília (UnB); em 1987, foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal, sendo denominado de Hospital Docente Assistencial. Em 1990, a instituição foi cedida à Universidade de Brasília, passando a se chamar Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB) e, desde 2005, é certificado como hospital de ensino. A partir de 2013, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, assumiu a administração hospitalar (EBSERH, 2019).

O HUB-UnB dispõe de 203 leitos operacionais ativos e 335 leitos globais e, em média, realiza 19 mil consultas ambulatoriais por mês, em mais de 40 especialidades. Seu cenário hospitalar oferta campo de prática a estudantes de graduação e de pós-graduação. Há 34 programas de residência médica e três programas de residência multiprofissional, além de pesquisas e projetos de extensão, os quais contribuem para o desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem e para a qualificação da atenção à saúde secundária e terciária (EBSERH, 2019).

### Figura 5

#### *Linha do tempo do HUB*



### 6.3 Participantes

Participaram do estudo médicos *staffs* e residentes (R1, R2 ou R3) de quatro programas de residência médica do HUB: Ginecologia e Obstetrícia (GO), Pediatria, Cirurgia Geral (CG) e Clínica Médica (CM). Estes programas são pós-graduações que conferem ao profissional um título de especialista em uma determinada especialidade. A especialização em CM e CG (pré-requisito de área cirúrgica básica) têm dois anos de duração; enquanto na GO e na Pediatria, a

duração é de três anos. Esses quatro programas compõem o quadro de acesso direto à residência médica, de modo que não demandam especializações prévias para ingresso na residência. Os candidatos às residências passam por três etapas de avaliação, composta por prova escrita, avaliação curricular e prova prática de habilidades clínicas (EBSERH, 2019).

Os critérios de inclusão contemplaram médicos, de ambos os sexos, que tinham, pelo menos, três meses de atuação profissional e já haviam realizado comunicação de notícias difíceis em seu exercício profissional. Já os de exclusão foram aplicados aos médicos que não tinham tido experiência com comunicação de notícias difíceis.

#### **6.4 Procedimentos para realização da pesquisa**

Em novembro/2018, foi realizada reunião da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUB com o INTEGRA, Núcleo de Estudos e Práticas em Psicologia, Cronicidades e Políticas Públicas em Saúde, vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da UnB. Nessa reunião foi discutida a pertinência da pesquisa e a utilidade para o próprio hospital, sendo solicitada a contribuição do setor sobre quais questões seriam importantes para eles. Em maio/2019, para início da pesquisa, iniciou-se os trâmites administrativos junto ao Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUB. Em seguida, foi agendado, por *e-mail*, uma reunião com a Comissão de Residência Médica (COREME) do hospital para apresentação do tema da pesquisa, levantamento de informações sobre os programas de residência da instituição, identificação dos possíveis cenários de coleta de dados e as possibilidades de acesso às coordenações dos programas. Essa reunião inclusive ajudou na reformulação do projeto a ser apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS), da UnB, devido à diversidade de cenários de residências médicas no HUB. Frente a isso, optou-se por trabalhar com quatro áreas comuns à

formação dos profissionais, nas quais os participantes já haviam tido contato durante a graduação, no internato médico.

Após a aprovação do projeto no CEP/CHS/UnB (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética [CAEE] 16723619.8.0000.5540), em agosto/2019, o parecer ético (nº 3.528.098 - Anexo 1) foi enviado ao Setor de Pesquisa do HUB que emitiu declaração de acesso ao HUB (Anexo 2), comunicando a GEP sobre a realização do trabalho, no período de setembro a dezembro/2019. A pesquisadora contactou a COREME para disponibilização de contato dos supervisores das residências, assim como das ementas das disciplinas de comunicação em saúde e relação médico-paciente. Conforme informado, as ementas das disciplinas solicitadas não foram disponibilizadas, pois estavam em processo de construção, sendo assim liberados os programas das residências em estudo, os quais se encontram vigentes por cinco anos.

Enviado e-mail aos supervisores de cada residência com o projeto de pesquisa do mestrado, em anexo, e solicitada os dias de reunião clínica de cada especialidade. Como não houve resposta, foi realizado contato por aplicativo de mensagens. A Pediatria foi a primeira clínica a acolher a proposta do trabalho e a supervisora solicitou comparecimento a uma sessão clínica semanal que conta com a participação de residentes, preceptores, *staffs* e internos de Medicina. Os outros supervisores foram contatados presencialmente em visita aos serviços de ambulatório ou de enfermagem.

Ao apresentar a proposta da pesquisa de mestrado na sessão clínica da Pediatria, a pesquisadora foi convidada a expor brevemente no que consiste a comunicação de notícias difíceis. Assim, na reunião seguinte, a aula: “Notícias difíceis: desafios e oportunidades na comunicação terapêutica” foi apresentada ao grupo, abordando tópicos sobre a comunicação e seu papel tanto na relação médico-paciente quanto nos processos clínicos de saúde-doença; a prerrogativa médica de se comunicar más notícias; a diferença entre notícia difícil e má notícia



e o porquê de se adotar o termo notícias difíceis; os sentimentos suscitados no profissional e a preparação para essa ação; os protocolos SPIKES e PACIENTE; e a importância de se comunicar notícias difíceis a pacientes e familiares juntamente com a equipe multiprofissional. Estimava-se 20 minutos para exposição, contudo com a diversidade do assunto e os apontamentos dos presentes, dobrou-se o tempo da apresentação.

Apesar de não ter sido previsto no projeto de pesquisa, isso inclusive ajudou no contato com os participantes, pois a partir daí agendou-se o dia para realização das entrevistas. A apresentação dessa aula foi realizada ainda nas sessões clínicas da Ginecologia e Obstetrícia e da Cirurgia Geral. No caso da Clínica Médica, a apresentação foi feita em reunião administrativa a: um preceptor do programa, especialista em Medicina Interna; uma enfermeira da CM, uma hematologista e duas residentes, uma R1 e outra R2, pois não foi possível agendamento na sessão clínica dessa especialidade. Ademais, a identificação dos R1 e dos R2 da Clínica Médica recrutou atenção e tempo extras, haja vista que eles rodam por múltiplas especialidades dentro dos campos práticos da residência, motivo pelo qual foi a última residência a ser acessada na pesquisa. Importante relatar que no caso da Ginecologia e Obstetrícia e da Pediatria, a pesquisadora assistiu a algumas sessões clínicas, nas quais pode contatar informações de cada especialidade, termos técnicos das áreas e relato de práticas de serviço, constituindo assim uma imersão no cenário da coleta de dados.

As entrevistas foram previamente agendadas por aplicativo de mensagens ou combinadas com os participantes durante as visitas da pesquisadora ao HUB, conforme a disponibilidade de ambas as partes. No caso dos preceptores ou *staffs*, a coleta de dados foi realizada nos intervalos das atividades da residência, enquanto com os residentes nos horários protegidos de estudo ou em horários de intervalo sinalizados por eles. No dia da entrevista, como etapa preliminar da coleta, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Anexo 3) foi lido conjuntamente com cada participante, promovendo assim um aquecimento para a

atividade e possibilitando o esclarecimento de eventuais dúvidas quanto à pesquisa. As entrevistas só aconteceram após a assinatura do TCLE pelos participantes.

## **6.5 Instrumentos**

### *6.5.1 Entrevista semiestruturada (Anexo 4)*

O emprego de entrevistas, como instrumento de coleta de dados, torna-se necessário quando se deseja conhecer as experiências do entrevistado, para além do que é expresso verbalmente. Como demanda interação, ela capta sentimentos, a realidade experimentada, as reações, os gestos, o tom e o ritmo da voz. Com isso, pelo não dito, expressa-se a subjetividade do entrevistado, inerente a todo ser humano. As entrevistas apresentam maior utilidade se associadas a outros métodos, como o da observação participante ou o da pesquisa documental (Vergara, 2009). As entrevistas são técnicas alternativas, sobre um determinado tema, para se coletar dados não documentados, possibilitando análises quantitativas e qualitativas. Elas podem ser aplicadas a qualquer segmento da população e são um recurso eficiente na obtenção de informações pertinentes ao comportamento humano.

É importante salientar que foram realizados dois testes pilotos com as entrevistas, sendo realizados um com uma endocrinologista e outro com um neurocirurgião. O estudo piloto é de fundamental importância, pois pode revelar falhas sutis na estruturação ou implementação do estudo, as quais nem sempre estão evidentes no projeto de pesquisa. Para a sua realização, a quantidade de participantes não precisa exceder a 10% da cota de participantes estimada. Ele é necessário, visto que possibilita ao pesquisador se familiarizar com o instrumento, chegando ao campo de pesquisa mais experiente e com escolhas metodológicas mais afinadas (Bailer et al., 2011; Canhota, 2008). Os testes pilotos deste estudo não compuseram a análise de resultados do trabalho, pois tiveram a finalidade de reflexão e ajuste do roteiro da entrevista

semiestruturada, além de ter possibilitado um treinamento da pesquisadora e das auxiliares de pesquisa para a coleta de dados.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram o consentimento dos participantes. Ao final, estes foram questionados se consentiam com um contato por aplicativo de mensagens, após três dias da coleta, para verificar presença de algum incômodo psicológico decorrente da coleta. Todos os entrevistados anuíram com o contato.

#### *6.5.2 Bloco de notas vivenciais (diário de bordo)*

Registro de observações, percepções, apontamentos e sentimentos experienciados pela pesquisadora, ao longo do cenário de coleta de dados, para posterior análise e composição do estudo.

### **6.6 Coleta dos dados qualitativos**

#### *6.6.1 Análise documental dos programas de residência médica*

Vigorena e Battisti (2012) descrevem a pesquisa documental como um tipo de pesquisa que utiliza fontes primárias, ou seja, dados e informações sem tratamento analítico ou científico prévio. Como os documentos englobam os registros formais encontrados nas instituições ou organizações, essas autoras consideram que a pesquisa documental oferece duas vantagens principais: o baixo custo e uma rica fonte de dados, podendo ser aplicável aos mais diversos tipos de estudos. Dentre as dificuldades com essa modalidade de pesquisa, uma recorrente é a de acesso à documentação quando a instituição não quer divulgar certas informações ou por fornecer apenas uma parte da realidade. Kripka et al. (2015) afirmam que a pesquisa documental em pesquisas qualitativas proporciona melhor compreensão e conhecimento de situações específicas, a partir dos registros documentais, usando-a como método autônomo de utilização ou em complementação a outras técnicas de coleta e análise de dados. No caso deste estudo, a

pesquisa documental foi empregada complementarmente e realizou a análise dos projetos pedagógicos de residência médica da CG, da CM, da GO e da Pediatria.

A análise documental compôs a coleta de dados, buscando identificar a presença ou não de conteúdos, metodologias, referenciais teóricos e práticas adotados na prática de comunicação de notícias difíceis ao longo da residência médica nos programas de Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Clínica Médica e Pediatria. Os pontos analisados pautaram-se em quatro eixos: carga horária; cenários de atuação hospitalar; objetivos do projeto pedagógico associados à comunicação de notícias difíceis e identificação de disciplinas sobre esse tipo de comunicação. O objetivo disso foi identificar informações quanto ao perfil da especialização, no que se refere à comunicação de notícias difíceis nos diversos cenários do hospital universitário. A análise documental foi feita pela pesquisadora e pela coordenadora das auxiliares de pesquisa, estudante de Psicologia, no mês de maio/2020.

#### *6.6.2 Análise das entrevistas*

O presente estudo adotou o uso de entrevistas semiestruturadas, em que a pesquisadora sistematizou um conjunto de questões sobre a temática estudada e até incentivou que os entrevistados comentassem livremente sobre assuntos que desdobrassem do tema principal, conforme considera Pádua (2003). Na primeira parte, foram coletados dados de identificação referentes ao sexo do entrevistado, local de realização da entrevista, especialidade de formação, tempo de graduação médica e situação na residência (*staff*, R1, R2 ou R3).

Em seguida, foram feitas 10 perguntas abertas abrangendo tópicos, tais como: a motivação pela escolha da área de formação (experiências pessoais, familiares, outras); como o entrevistado se sentia ao comunicar notícias difíceis e quais notícias considerava mais difíceis de serem comunicadas; quais as dificuldades enfrentadas, as estratégias usadas e como se

preparava para esse tipo de comunicação; no caso da formação universitária, o que lhes ajudou ou faltou para abordar esse tema com pacientes ou familiares.

No caso das perguntas 1, 2 e 3, a análise dos dados foi feita a partir da área de especialidade (CG, CM, GO ou Pediatria) e nas demais perguntas, a análise foi feita a partir do momento na carreira (*staff*, R1 ou R2/3). A última pergunta, que abordava a comunicação de notícias difíceis na residência médica, foi a única em que houve diferenciação entre os participantes. Aos residentes, perguntou-se o que lhes ajudaria a se sentir melhor preparados para realizar esse tipo de comunicação; enquanto aos *staffs*, o que lhes ajudaria a se sentir melhor preparados para orientar ou supervisionar as comunicações de notícias difíceis aos residentes. O material foi gravado com o consentimento dos participantes, sendo, posteriormente, transcrito *in verbatim*, ou seja, a partir da transcrição literal dos discursos dos entrevistados.

### 6.6.3 Metodologia de análise das entrevistas

Como método de análise das falas adotou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo - DSC (Lefèvre et al., 2000). Trata-se de uma proposta de sistematização de dados qualitativos, de gênero verbal, coletados por meio de entrevistas. Esta técnica seleciona expressões chave das respostas individuais dos participantes, relacionando-as a ideias centrais, as quais são o resumo da temática discursiva externada nessas expressões. Com o material das expressões chave das ideias centrais são construídos discursos sínteses, em primeira pessoa do singular, que são denominados o DSC. Nesta técnica, a consideração reflexiva do grupo ou da coletividade é expressa como se fosse um discurso individual, o que resguarda o sigilo quanto à identidade do participante.

O DSC foi criado por Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, no final dos anos 90, e trouxe mudanças investigativas significantes na seara das pesquisas qualitativas

sociais empíricas. As representações sociais são composições sociocognitivas que utilizamos no dia a dia para emitir juízos, opiniões ou valores acerca da realidade comum de um grupo social. Elas representam um conhecimento, socialmente construído, elaborado e compartilhado por pessoas que vivenciam uma determinada coletividade. (Lefèvre & Lefèvre, 2003; 2010). Essa proposta metodológica possibilita conhecer pensamentos, crenças e valores sobre um determinado tema, utilizando-se de métodos científicos que preservam a identidade dos participantes, pois não identifica os discursos individuais (Figueiredo et al., 2013).

O DSC agrega em discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular, depoimentos com conteúdos similares. A reunião de conteúdos de mesmo sentido, agrupados em um único discurso, produz no leitor um efeito de coletividade que fala. Isso aprofunda a densidade semântica das representações sociais, possibilitando o desenvolvimento e o enriquecimento das ideias ou dos pontos de vista expressos individualmente, gerando grande volume de conteúdo compartilhado socialmente (Lefèvre, & Lefèvre, 2003; 2005).

Para a formulação do DSC (Figura 6) é imprescindível que sejam feitas perguntas abertas a um grupo representativo de pessoas, coletando-se depoimentos que criarão um discurso a partir da expressão livre desses indivíduos. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003; 2005; 2006; 2010), o processo de análise extrai do material verbal coletado as ideias centrais ou ancoragens e as suas respectivas expressões chave com as ideias centrais/ancoragens e expressões chave semelhantes, assim tecendo um ou vários discursos síntese, os quais são os discursos do sujeito coletivo e que expressam uma representação coletiva, que pode ser discutida. Conforme os autores, entende-se por:

- *Expressões-chave (ECH)*: pedaços ou trechos do depoimento que devem ser sinalizados pelo pesquisador, revelando o conteúdo central do tema investigado no discurso;

- *Ideias centrais (IC)*: nomes ou expressões linguísticas que descrevem e nomeiam sinteticamente o sentido dos discursos analisados em cada grupo de ECH. Como as IC apenas enunciam o sentido do depoimento ou do conjunto de depoimentos, elas não têm caráter interpretativo;
- *Ancoragem*: expressão de uma determinada teoria ou ideologia que quem discursa acredita ou professa. A ancoragem está implícita em seu discurso tipificando uma situação qualquer ou específica. Chamon (2006) considera que a ancoragem promove a integração cognitiva do objeto representado num sistema de pensamento preexistente.
- *Discurso do sujeito coletivo (DSC)*: discurso síntese redigido em primeira pessoa do singular das ECH e que apresenta IC ou ancoragens complementares e correlatas.

Enquanto nas IC, as expressões-chave nos remetem a um sentido mais direto e concreto; nas ancoragens, essas expressões nos remetem à teoria, ideologia ou crença subjacente. Desse modo, as IC estão sempre presentes e são identificáveis nos depoimentos, já a manifestação das ancoragens pode não ser explícita. No caso do DSC, as ancoragens só são consideradas para análise quando manifestamente expressas. Ao mesmo tempo em que apresenta o discurso de um indivíduo, o DSC exprime uma coletividade na qual esse sujeito fala pelo ou em nome do grupo social do qual faz parte, viabilizando assim um pensamento ou uma representação social desse coletivo (Lefèvre, & Lefèvre, 2003). Conforme Brambatti (2007), como estratégia metodológica, o DSC possibilita a articulação de um diálogo com o social a partir da perspectiva ou olhar do sujeito. Sua aplicabilidade na Psicologia se faz necessária, pois o maior material de trabalho psicológico se dá pela fala do outro, o que possibilita acessar as experiências e a visão de mundo de quem fala.

Por fim, a análise dos dados foi feita pela pesquisadora e seu grupo de pesquisa, composto por seis estudantes de Psicologia, em modelo de revisão por pares. A auxiliar mais antiga da pesquisa assumiu o papel de coordenadora das demais e cada uma das cinco

estudantes ficou responsável por duas perguntas da entrevista, contemplando assim as 10 questões. Cada uma das perguntas feitas a todos os entrevistados foi analisada pela pesquisadora, pela coordenadora das auxiliares e por uma auxiliar de pesquisa, que compuseram uma tríade de análise para levantamento das expressões chave (ECH) e identificação das ideias centrais (IC). Na semana seguinte, a tríade lia para o grupo de pesquisa o levantamento feito por cada uma individualmente e todo o grupo discutia e conferia se os tópicos listados eram congruentes ou não e se respondiam às perguntas feitas. A partir disso, preenchia-se um instrumento de análise do discurso 1 (IAD 1 – Anexo 5) com as IC mais recorrentes em cada entrevista e o documento era denominado IAD1– revisão por pares.

No IAD 2, copiavam-se todas as ideias centrais, de mesma cor, listadas no IAD 1 – revisão por pares. Em seguida, trabalhava-se a construção do DSC, na 1ª pessoa do singular, a partir da sequência de ideias centrais e de sua organização em discurso (do geral para o particular) dentre as falas em comum dos diferentes entrevistados e usando conectivos para promover a ideia de integração (exemplo: *assim, então, portanto, enfim...*). As repetições eram retiradas e a identidade dos participantes preservada, trabalhando-se a universalidade dos discursos (Figura 5). Além das reuniões semanais para elaboração do IAD 1, a construção do IAD 2 demandou nova reunião, de modo que a pesquisadora e o grupo acabaram se reunindo no início e no fim da semana, respectivamente, às 2ª e 6ª feiras, no período de maio a setembro de 2020. Também eram realizadas reuniões semanais com a orientadora da pesquisa para discussão dos dados.

Ressalta-se que a revisão por pares se fez necessária no processo de análise dos resultados, justamente, por ela ser um dos pilares da comunicação científica. Ademais, a discussão, as recomendações de alteração e o rigor inerente a esse processo de avaliação proporcionam refinamento, solidez, qualidade e confiabilidade na informação a ser divulgada (Nassi-Caló, 2015). Por fim, compuseram também a análise dos dados, o registro afetivo do



bloco de notas vivenciais com as percepções da pesquisadora e das auxiliares de pesquisa que participaram do processo de coleta dos dados.

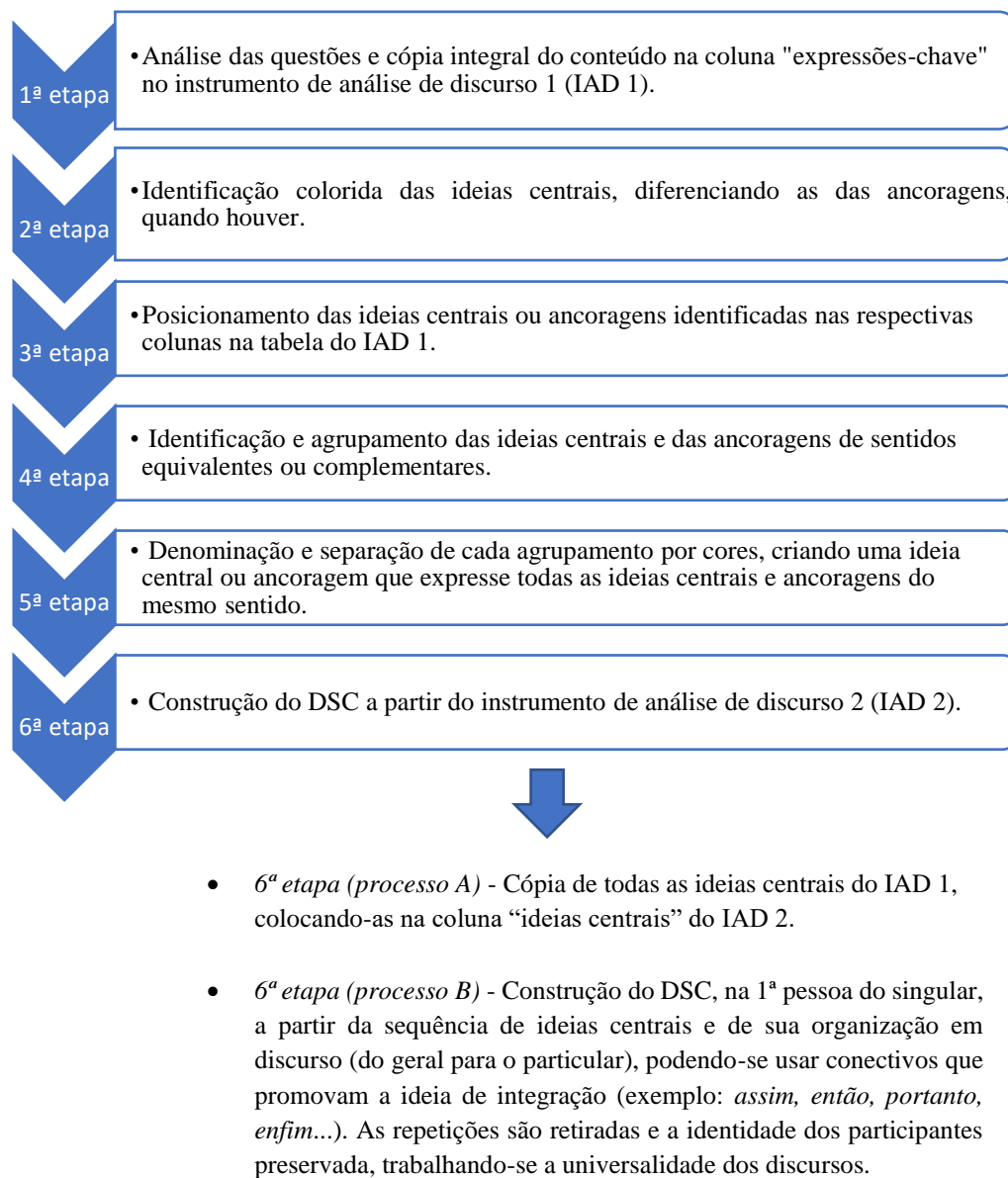
### **6.7 Cuidados éticos**

Conforme a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), toda pesquisa com seres humanos implica em algum tipo de risco aos participantes (CNS, 2012). Frente a isso, esta pesquisa adotou todas as orientações éticas previstas na referida resolução, bem como as orientações éticas sinalizadas no art. 16, do Código de Ética Profissional da Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2005) e na resolução 510/16, do CNS (CNS, 2016). Os princípios éticos com seres humanos foram rigorosamente observados e cumpridos, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas, da Universidade de Brasília - CEP/CHS/UnB (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética [CAEE] 16723619.8.0000.5540, parecer 3.528.098/2019). O sigilo de identidade e a participação voluntária foram assegurados aos participantes.

Apesar de oferecer risco mínimo aos participantes, três dias após as entrevistas foi feito contato com os participantes para identificar se houve ocorrência de algum desconforto psicológico decorrente da pesquisa. Caso relatassem isso, seria feito um atendimento breve e focal com a pesquisadora ou algum membro da equipe de pesquisa, sob supervisão da pesquisadora, com conseqüente encaminhamento ao Centro de atendimentos e Estudos Psicológicos (CAEP) da UnB, à Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (RAPS/DF) ou a outro serviço psicológico que o participante dispusesse. Dessa forma, os participantes estariam assegurados contra possíveis complicações ou danos decorrentes do envolvimento com a pesquisa.

## Figura 6

*Fluxograma metodológico do discurso do sujeito coletivo - DSC (Lefèvre, & Lefèvre, 2003; 2005)*



## Capítulo 7 – Resultados e discussão

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação, constituído a partir de treinamento em serviço e realizado em instituições de saúde, universitárias ou não, com supervisão de médicos de elevada qualificação ética e profissional. Ela é considerada o padrão ouro da especialização médica e foi regulamentada pelo Decreto nº 80.281/1977 (Brasil, 1977). Essas residências, assim como as multiprofissionais ou as de áreas específicas de saúde, têm duração mínima de dois anos, carga horária mínima de 60h semanais e ao seu término totalizam 5.760h de atividades teórico-práticas, segundo o Ministério da Educação (Brasil, 2018). Por se tratar de treinamento ou ensino em serviço, as residências destacam-se pela sua elevada carga prática, em relação à teórica e há residências médicas que duram cinco anos, a exemplo da Neurocirurgia.

### *7.1 Análise documental dos programas de residência médica*

A partir da análise documental (tabela 1 e figura 7), observou-se que a carga horária total dos programas de residência médica do estudo excedeu a proposta pelo MEC. No caso da Cirurgia Geral e da Clínica Médica, essas especializações inclusive constituem pré-requisitos obrigatórios para outras modalidades de formação nessas áreas. Quanto aos cenários de atuação hospitalar, identificou-se rodízio em ambientes diversos (ambulatório, centro cirúrgico/obstétrico, enfermaria, urgência e emergência, unidade de tratamento intensivo [UTI]), nos quais há comunicação de notícias difíceis relacionadas a situações diagnósticas de condições clínicas (agudas ou crônicas), prognóstico e terapêutica desfavorável de quadros irreversíveis ou sem tratamento modificador do curso da doença, a exemplo de sequelas funcionais, assistência paliativa ou óbito (Araújo & Leitão, 2012; W.F. Baile et al, 2000; Chehuen Neto et al., 2013).

No que se refere aos objetivos a respeito da comunicação de notícias difíceis, não houve menção ao tema nos projetos pedagógicos dos programas da Cirurgia Geral e da Ginecologia e Obstetrícia. Observado que a Clínica Médica se referiu à comunicação em termos gerais, mas não propriamente às notícias difíceis. Já a Pediatria listou inúmeros objetivos relacionados a atividades que fazem jus ao conceito. Em contrapartida, o aspecto comum identificado nos quatro projetos pedagógicos aponta para a ausência de disciplina sobre essa sobre essa temática. Aliás, isso poderia auxiliar os residentes, ainda que teoricamente, diante eventos que afetam seriamente e de forma adversa a visão do paciente e/ou de sua família sobre o futuro, conforme pontuam W.F. Baile et al. (2000) sobre as notícias difíceis.

Quanto às atividades teóricas dos quatro programas em estudo, em média, a Cirurgia Geral dispõe de 308h de atividades teóricas, a Clínica Médica – 330h, a Ginecologia e Obstetrícia – 480h e a Pediatria - 344h, o que sinaliza a possibilidade de apresentação e inclusão da temática de notícias difíceis na formação dos residentes. Isto porque os projetos pedagógicos contemplam atividades de clube de revista com revisão de temas científicos da atualidade, atividades teóricas independentes nos diversos estágios, reuniões clínicas para discussões de casos, além de carga horária semanal para aulas temáticas. Essas atividades tendem a ser atualizadas com temáticas pertinentes à formação, não sendo necessário criar demandas extras para a residência ou “reinventar a roda”, mas simplesmente usar os horários protegidos de estudo já previstos no projeto pedagógico do programa. A apresentação dessa temática inclusive poderia ser feita não só pelos médicos, mas também por multiprofissionais do hospital, com *expertise* no assunto ou que já atuam junto às unidades de cada especialidade ou em outros programas de residência.

Dentre as atividades práticas, observada ênfase em atividades assistenciais, a exemplo de análise semiológica, acompanhamento dos pacientes nos diversos cenários hospitalares (pronto socorro, centro obstétrico e/ou cirúrgico, enfermaria, UTI, ambulatórios

específicos), evolução e prescrição dos casos, os quais colocam os residentes em contato diário com notícias difíceis. Cabe ressaltar que esse foco é imprescindível para a formação profissional, especialmente, em um hospital como o HUB, de atenção terciária ou alta complexidade; pois esse nível de assistência em saúde contempla um conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, que é o perfil do hospital em estudo, conforme EBSEH (2019). No entanto, conforme indicam Merhy e Feuerwerker (2016), o entrave se dá quando a extrema objetivização e o foco biologizante concentram a ação do profissional de saúde em procedimentos, exaurindo a escuta que traz consigo elementos da vida e das intervenções desenvolvidas pelo sujeito em sua historicidade. Segundo esses autores, quando a escuta é negligenciada, as ações de saúde empobrecem e perdem eficácia no cuidado, o que inclusive se coaduna com o que Campos (2017) argumenta que nem sempre nossa objetividade ou conhecimentos e habilidades técnicas atendem às diligências do paciente, principalmente, se o que for solicitado for condição de presença e acolhimento no processo assistencial.

A inclusão do tema de notícias difíceis na formação médica poderia até mesmo promover uma comunicação terapêutica, ainda que em contexto adverso, ao estabelecer uma relação de cuidado e de suporte ao outro, ressignificando também as experiências de saúde que serão permanentes, a exemplo das doenças crônicas ou com sequelas permanentes (Almeida & Ciosak, 2013; Stefanelli & Carvalho, 2012). No mais, trabalhar a comunicação na relação de saúde possibilita a construção intersubjetiva inerente à atuação profissional e à relação com o paciente, pois como sinaliza Azevedo (2018) e Stellyes (2017) é a intersubjetividade ou a interação entre as pessoas que promove mudanças na forma de agir e pensar dos indivíduos.

**Tabela 1 - Dados comparativos das residências segundo distribuição de carga horária entre disciplinas teóricas e práticas**

<b>Cirurgia Geral</b>				<b>Clínica Médica</b>			
<i>Carga horária:</i>				<i>Carga horária:</i>			
	Atividades teóricas	Atividades práticas	Total		Atividades teóricas	Atividades práticas	Total
R1	312 h	2.936 h	3.248 h	R1	348 h	2.976 h	3.324 h
R2	304 h	2.648 h	2.952 h	R2	312 h	2.664 h	2.976 h
			6.200 h				6.300 h

<b>Obstetrícia e Ginecologia</b>				<b>Pediatria</b>			
<i>Carga horária:</i>				<i>Carga horária:</i>			
	Atividades teóricas	Atividades práticas	Total		Atividades teóricas	Atividades práticas	Total
R1	480 h	3.008 h	3.488 h	R1	360 h	2.880 h	3.240 h
R2	480 h	3.480 h	3.488 h	R2	336 h	2.880 h	3.216 h
R3	480 h	2.460 h	2.940 h	R3	336 h	2.640 h	2.976 h
			9.916 h				9.432 h

**Figura 7 - Quadro comparativo projetos pedagógicos das residências segundo objetivos associados à comunicação de notícias difíceis, cenários de atuação e disciplina sobre comunicação de notícias difíceis**

	<b>Cirurgia Geral</b>	<b>Clínica Médica</b>	<b>Obstetrícia e Ginecologia</b>	<b>Pediatria</b>
<i>Objetivo (s) associados à comunicação de notícias difíceis</i>	Não citado	- Comunicar-se adequadamente com pacientes e familiares.	Não citado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver habilidade para comunicar e aconselhar pacientes/responsáveis sobre indicações, contraindicações e complicações dos procedimentos propostos no plano terapêutico;</li> <li>- Participar das questões desafiadoras da atenção, em situações difíceis como comunicação de más notícias/n</li> <li>- Estar capacitado para fornecer orientação e aconselhamento ao paciente e seus familiares com relação aos diagnósticos, opções de tratamento, complicações e prognóstico das doenças mais prevalentes em Pedi incluindo Cuidados Paliativos;</li> <li>- Expor à criança e aos seus familiares, de forma verdadeira e compreensível, as indicações dos procedimentos necessários ao atendimento, explicitando seus riscos e benefícios, discutindo as eventuais evoluções desfavoráveis;</li> <li>- Estar atento e responsivo a sinais não verbais;</li> <li>- Transmitir informações ao paciente, aos seus familiares e demais profissionais de maneira humanizada, de modo compreensível e que estimule a discussão e a participação no processo de decisão;</li> <li>- Coordenar e liderar situações em que seja adequado discutir a introdução de Cuidados Paliativos e terminais;</li> <li>- Participar, junto com a família e o restante da equipe multidisciplinar, da discussão de eventual morte de pacientes e oferecer apoio ao luto da família</li> </ul>
<i>Cenários de atuação:</i>	Ambulatório, centro cirúrgico, enfermaria, urgência e emergência, UTI	Ambulatório, enfermaria, urgência e emergência, UTI	Ambulatório, centro cirúrgico/obstétrico, enfermaria, urgência e emergência, UTI	Ambulatório, centro obstétrico, enfermaria/berçário, urgência e emergência, UTI
<i>Disciplina sobre comunicação de notícias difíceis</i>	Não citada	Não citada	Não citada	Não citada

Na época das entrevistas, estimava-se entrevistar 20 médicos, contudo se disponibilizaram para estas 19 profissionais, sendo 14 do sexo feminino e cinco do masculino. Dentre estes, oito eram residentes do 1º (R1), três residentes do 2º ano (R2), quatro residentes do 3º ano (R3) e quatro *staffs* (Tabela 2). Dos *staffs*, dois eram preceptores de programas de residência médica, mas que não foram sinalizadas as especialidades, a fim de não os identificar. Três dias após a entrevista, os participantes foram contatados por mensagem de texto para saber se apresentaram algum desconforto psicológico após o procedimento. Dos 19 entrevistados, 17 responderam não ter sentido mal-estar psicológico algum e dois não responderam às mensagens.

Quanto aos aspectos de demografia médica, o presente estudo limitou-se a identificar a área de especialização, se Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia ou Pediatria; tempo de graduação; condição no momento da entrevista, se *staff* ou residente do 1º, 2º ou 3º ano. No caso dos *staffs*, foi perguntado há quanto tempo participavam da residência médica e se eram preceptores também. A idade não foi indagada, tendo em vista que o tempo de graduação foi adotado como escolha metodológica para composição do estudo.

**TABELA 2**

*Distribuição de participantes por especialidade*

	<i>R1</i>	<i>R2</i>	<i>R3</i>	<i>Staff</i>	<i>Total</i>
<i>Cirurgia Geral</i>	2	2	0	1	5
<i>Clínica Médica</i>	2	1	0	1	4
<i>Ginecologia e Obstetrícia</i>	2	0	2	1	5
<i>Pediatria</i>	2	0	2	1	5
<i>Total</i>	8	3	4	4	19

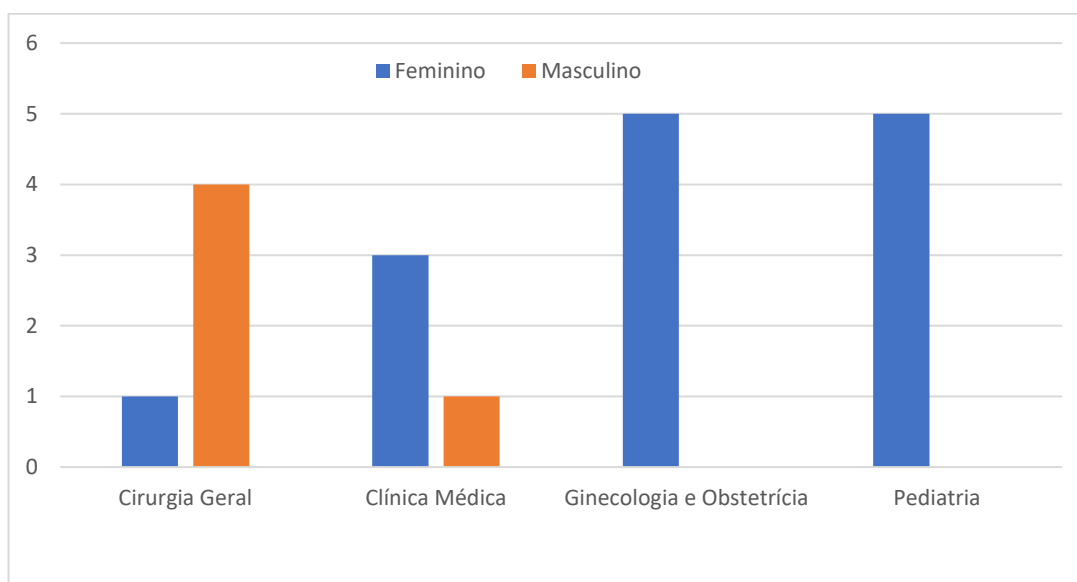
*Nota:* R1 – residente do 1º ano, R2 – residente do 2º ano e R3 – residente do 3º ano



O trabalho corroborou os dados levantados na pesquisa demográfica médica brasileira, realizada por Scheffer et al. (2018), que identificou uma crescente feminização da Medicina no país. Dos 19 participantes, 14 eram mulheres e representaram 74% dos entrevistados. Segundo Scheffer et al. (2018), no período de 2000 a 2016, houve um aumento gradativo no percentual de mulheres médicas, ao se observar a distribuição por ano de entrada. Importante observar que dos cinco entrevistados na Cirurgia Geral (Figura 8), quatro foram homens e isso converge com os dados sobre a prevalência de homens em áreas cirúrgicas (Scheffer et al., 2011; Scheffer et al., 2018).

### Figura 8

*Distribuição dos participantes por especialidade médica e sexo*



O tempo de graduação dos participantes distinguiu-se por momentos na carreira. No caso dos R1 (oito pessoas), na época da entrevista, o participante com menor tempo de formação estava graduado há nove meses, enquanto o mais antigo há dois anos e três meses. Quanto ao tempo de formação em Medicina, a média desse grupo foi de um ano e sete meses. No caso dos R2 (três pessoas), o participante mais recente tinha dois anos e três meses e o mais antigo três anos, contabilizando dois anos e oito meses, em média, de tempo de graduação. Quanto aos R3 (quatro pessoas), a média do grupo foi de cinco anos de graduação em Medicina, tendo o mais

novato se graduado há quatro anos e o mais antigo há seis. Já no que se refere aos *staffs*, como houve variações extremas quanto ao tempo de graduação entre os participantes não foi calculado média ou mediana, pois esses valores, não representavam o tempo de formação dos *staffs*. O *staff* mais antigo tinha 29 anos de formação e 20 anos de participação na residência e o novato tinha 6 anos de formação e 3 anos de participação da residência. Os outros dois participantes tinham, respectivamente, 20 anos de graduação e 3 de participação na residência e 15 anos de graduação e 5 de participação na residência.

A entrevista com os R1 teve por objetivo o contato com profissionais que ingressaram na especialização médica e com os R2 ou R3 com os que finalizavam as especialidades estudadas. Na apresentação dos discursos do sujeito coletivo (DSC), os R2 e R3 foram apresentados como R2/3. Já a participação dos *staffs* teve por finalidade levantar informações acerca da formação para comunicar notícias difíceis e como se sentiriam melhor preparados para ensiná-las aos residentes. Nas questões 1, 2 e 3, a identificação das expressões chaves (ECHs), a análise das ideias centrais (ICs) e a construção do DSC foram feitas por especialidades, posto que essas perguntas abordavam especificamente aspectos relacionados à área de formação. Nas demais questões, esses mesmos pontos foram feitos na perspectiva do momento da carreira, se R1, R2/3 ou *staff*.

Creswell (2014) reitera que a pesquisa qualitativa requer atenção interpretativa na investigação, correlacionando-a ao contexto político, social e cultural das partes envolvidas. Tendo em vista isso e a manifestação da pandemia de coronavírus (COVID-19), em que foi decretado emergência de saúde pública de importância nacional– ESPIN (Brasil, portaria nº 188/2020), essa situação promoveu um impacto biopsicossocial na população global devido ao isolamento social e aumento de medidas sanitárias com restrição de contato. Houve reestruturação das atividades de vida diária, sendo grande parte concentrada nos lares (teletrabalho, aulas online e atividades escolares dos filhos, no caso de quem os tivesse), com

sobrecarga dos serviços domésticos, promovendo aumento da ansiedade e do estresse, redução da qualidade do sono e aumento do trabalho inclusive aos profissionais que já se encontravam em linha de frente, bem como pontua Ficanha et al. (2020). Frente ao exposto, no caso das mulheres em atividades científicas, isso inevitavelmente implicou em diminuição do tempo de trabalho dedicado à ciência, visto que culturalmente é atribuído a esse grupo as atividades domésticas.

Em estudo sobre pesquisadoras brasileiras, Prado e Fleith (2012) identificaram que as mulheres têm dificuldades de conciliar os múltiplos papéis, especialmente os familiares e profissionais. Assim, supõe-se que, com a pandemia de COVID-19, houve implicações no engajamento e na produção de conhecimentos científicos pelas mulheres, quer seja para realizar ou concluir pesquisas ou ainda disponibilizar horas de estudo para um curso de especialização extenso, a exemplo de uma residência médica. Desse modo, frente às dificuldades compartilhadas por essa população no campo científico, em que há desigualdades de papéis entre homens e mulheres (Grossi et al., 2016; Bolzani, 2017) e levando em consideração a composição feminina deste estudo, tanto no que se refere à participação das entrevistadas quanto ao grupo de pesquisa (composto por sete alunas do curso de Psicologia, a pesquisadora e a orientadora), o presente estudo optou por dar visibilidade aos esforços empenhados pelas mulheres à Ciência.

Desse modo, deliberou-se pela adoção do gênero feminino na elaboração dos DSC das questões 1, 2 e 3 nas especialidades em que a participação feminina foi majoritária (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia,). Já no caso da Cirurgia Geral, os DSC foram redigidos no masculino, nessas mesmas questões, considerando a predominância dos homens nessa especialidade e no grupo entrevistado. Nas questões em que a análise foi feita por momento na carreira, a adoção do feminino foi aplicada na elaboração de todos os DSC. Por

fim, salienta-se que essa opção morfológica de apresentação do discurso não interferiu nos objetivos propostos para este estudo.

## 7.2 Análise das entrevistas

### 7.2.1 – Aspectos motivacionais relacionados à escolha da área de especialização

*Questão 1: O que motivou a escolha de sua área de formação? Você poderia citar experiências pessoais, familiares ou outras quaisquer que tenha tido e contribuído para sua escolha profissional?*

Especialidade	IC	DSC
Cirurgia Geral	<b>Um interesse construído durante a formação</b>	<i>Para mim foi mais um interesse construído durante a formação. Foi uma questão de me encontrar, à medida que fui passando na graduação, conhecendo as áreas, as especialidades, fui me encontrando na área cirúrgica. Até o internato, eu queria fazer clínica, a gente tem uma disciplina de Clínica Cirúrgica, e só no internato que roda na Cirurgia mesmo, de entrar em campo e tudo mais. Tem também áreas onde você teve contato e seus professores foram mais bacanas ou te ajudaram mais.</i>
Cirurgia Geral	<b>O ato cirúrgico em si</b>	<i>A residência de Cirurgia Geral é porque percebi que gostava de procedimento, não gostava de ficar só sentado no consultório, gostava do centro cirúrgico e achei que a Cirurgia Geral era o que me traria um dia a dia que eu gostasse mais. O ato cirúrgico em si, isso foi o que mais me motivou. Não tinha tido muito contato, não tinha muito interesse, mas a primeira semana em que eu entrei em campo, roubou meu coração. Quando eu entrei em campo, foi maravilhoso, não teve como voltar. É o ato cirúrgico em si, estar em campo. É bom demais pegar nas coisas, é muito bom.</i>

<p>Cirurgia Geral</p>	<p><b>A cirurgia é muito resolutiva</b></p>	<p><i>A minha escolha pela Cirurgia Geral foi mais por conta da questão de resolutividade. Na maioria das vezes, a gente consegue, por meio de intervenção cirúrgica, resolver o quadro do paciente. Quando eu passei na área da cirúrgica, eu sentia isso na pele. As pessoas que sentiam há anos sintomatologia que as incomodava e atrapalhava a qualidade de vida, quando diagnosticadas na cirúrgica, ainda que fosse num pequeno intervalo de tempo, de realização dos exames, até chegar ao fim do diagnóstico e após o processo cirúrgico, as pessoas tinham de volta sua qualidade de vida ou nem que fosse uma melhoria dela. Eu via acontecer isso na Cirurgia Geral, em questão de dias ou semanas. Essa questão da objetividade, essa resolutividade foi o que sempre me chamou atenção associadas ao fato da presença de procedimentos, que é algo que sempre me interessou na graduação. A outra coisa que me motivou é a evolução do paciente. A gente sempre fala que a cirurgia é muito resolutiva. O paciente chega aqui no ambulatório com problema, opera, evolui para a enfermaria, que é bem diferente da enfermaria de Clínica Médica, porque o paciente está lá só para resolver o problema dele. É a enfermaria onde os pacientes ficam internados por pouco tempo e saem com o problema resolvido. Então você vê o paciente mal e logo ele está bem, zerado, pronto para outra. Isso para mim é muito bom, de você conseguir resolver bem o problema do paciente, ver ele bem evoluído.</i></p>
<p>Clínica Médica</p>	<p><b>Gosto muito da área clínica</b></p>	<p><i>Eu gosto muito da área clínica, de discussão diagnóstica, discussão terapêutica. Durante a faculdade, na Clínica eu achei que tem maior contato com o paciente, que é o que eu também gosto.</i></p>

Ginecologia e  
Obstetrícia

**Experiências  
prévias com  
familiares**

*A Medicina foi uma escolha pessoal de experiências prévias com familiares, início do contato com o hospital. No parto de uma pessoa da família, ela não tinha quem a acompanhasse e ninguém tinha coragem, fui com ela e fiquei na dúvida se eu ficava acompanhando-a ou “curiando” a cirurgia. Essa mesma familiar teve outro bebê, como eu já era aluna, consegui acompanhar.*

Ginecologia e  
Obstetrícia

**Gosto muito de  
botar gente no  
mundo**

*Na época do internato, já um pouco na graduação também, que eu tive contato com a área da maternidade. Durante o curso, quando eu entrei não pensava em fazer isso, mas ao longo do contato com a área fui considerando a GO, especificamente. A gente roda na matéria como aluna, então foi no meu 3º para o 4º ano, quando a gente inicia a matéria de GO, que eu gostei. Eu queria alguma área cirúrgica... Um dia a gente deu plantão, me liberaram meia-noite e eu não quis ir embora, saí do plantão feliz e falei “Gente...acho que é isso que eu tenho que fazer da minha vida”. Ainda relutei porque GO é uma área muito desgastante, mas realmente é uma coisa que me apaixona, eu gosto muito de botar gente no mundo.*

Ginecologia e  
Obstetrícia

**Uma especialidade  
bastante dinâmica**

*Eu escolhi GO porque gosto muito de especialidades que são clínicas e cirúrgicas. Gosto de fazer procedimento, cirurgias, gosto de contato com a paciente, de conversar, de examinar e tal, mas também adoro procedimento. Então eu quis fazer os dois juntos, o leque de opções é muito grande, dá para fazer várias coisas. A GO é uma especialidade bastante dinâmica, porque você faz parto, depois faz cirurgia, mexe com ultrassom, faz consulta, você faz um pouco de tudo e meio que ao mesmo tempo.*

Pediatria	<b>Eu sempre gostei de criança</b>	<i>Acho que sempre foi Medicina, era uma certeza. Eu tinha uma certa empatia por muitas coisas e sempre gostei de tudo. Eu já gostava de Pediatria desde antes, quando eu dava plantão de Pediatria e atendia criança, percebia que eu ficava mais à vontade, me sentia melhor. Eu sempre gostei de criança, escolhi Pediatria por isso.</i>
Pediatria	<b>Contato com a profissão na família</b>	<i>Meu pai é médico, meu irmão, meu tio e meus dois avôs também eram, então tinha contato com a profissão na família e achava bonito. Era uma coisa que eu queria fazer, eu tive vivência com eles, desde a graduação.</i>

A Questão 1 aborda os aspectos motivacionais relacionados à escolha da área de especialização. Há inúmeras teorias que se propõem a explicar o que seja motivação, contudo, para efeitos deste estudo, é suficiente entendê-la como a vontade de empreender esforços em direção a metas, necessidades e desejos individuais, situacionais ou laborais, assim compreendendo a motivação como resultado da interação entre o indivíduo e o contexto (Robbins, 2004; Chiavenato, 2008; Ribeiro & Santana, 2015). A partir disso, observa-se que os aspectos motivacionais apresentados nos discursos contemplam aspectos individuais (perfil, afinidade e preferência pela área da especialização), situacionais (contato com a área na graduação), contextuais (experiências ou contatos familiares prévios), bem como a própria natureza do trabalho de cada especialização.

## 7.2.2 – Situações em que notícias difíceis são comunicadas a pacientes ou familiares

*Questão 2: Na sua área, em que situações são comunicadas notícias difíceis a pacientes ou familiares?*

Especialidade	IC	DSC
Cirurgia Geral	<b>O mais comum é dar a notícia de que é câncer</b>	<i>Com certa frequência, a gente tem notícia não agradável e a mais comum é dar a notícia de que é câncer. O paciente vem para a investigação diagnóstica e, quando chega no fim da investigação, é câncer. Então esses são os diagnósticos mais relacionados com a comunicação de más notícias.</i>
Cirurgia Geral	<b>Outras complicações cirúrgicas</b>	<i>Mesmo a cirurgia menos invasiva, com o diagnóstico não tão ruim, pode ter outras complicações cirúrgicas, principalmente intra e pós operatórias.</i>
Cirurgia Geral	<b>Explicar para os familiares</b>	<i>Falar, passar ou explicar para os familiares o que a gente viu no exame ou o que a gente achou no exame físico, aquilo que o paciente possa ter, sem deixar eles entrarem num desespero, naquela coisa de receber notícia ruim.</i>
Clínica Médica	<b>Cada família é uma abordagem diferente</b>	<i>O trabalho maior é com a família mesmo. A gente trabalha muito com os filhos, com as esposas, é uma conversa com a família toda. Às vezes, eles não estão conseguindo ver como o paciente está evoluindo ou como pode evoluir, então a gente tem que ir dia após dia, ir aos poucos abordando. Cada família é uma abordagem diferente. Tem algumas famílias que são mais fáceis, que já entendem, quando a gente começa a conversar, elas já demonstram que estão entendendo todo o processo e ajudam, então a gente comunica até mais para a família do que para o próprio paciente.</i>
Clínica Médica	<b>Chega a outro diagnóstico</b>	<i>Às vezes, a gente está investigando algum grupo de sintomas e chega a outro diagnóstico, por meio de algum exame de imagem ou alguma evidência.</i>
Clínica	<b>Quando o tratamento não é</b>	<i>Quando o tratamento não é modificador e vai falar sobre palição. Aqui tem a equipe de Cuidados Paliativos, mas sempre a primeira</i>



Médica	<b>modificador e vai falar sobre palição</b>	<i>conversa tem que ser comigo para eu poder introduzir e falar porque que eles vão acompanhar.</i>
Ginecologia e Obstetrícia	<b>Os diagnósticos de câncer</b>	<i>Na Oncogineco, os diagnósticos de câncer. Os cânceres mais comuns são mama, colo de útero e ovário, então a gente tem muito que dar notícia ruim. Às vezes, falar para paciente jovem que não tem prole constituída que ela tem um câncer, uma doença séria e que vai começar com um tratamento, que não necessariamente ela vai melhorar, que o prognóstico às vezes é bom ou ruim, isso é difícil de dar.</i>
Ginecologia e Obstetrícia	<b>As notícias são boas, você está trazendo vida, mas ocasionalmente a gente tem casos graves.</b>	<i>No geral, as notícias são boas, você está trazendo vida, mas ocasionalmente a gente tem casos graves. Quando você já sabe que vai ser uma vida difícil, no bebê que tem Síndrome de Down, por exemplo, que vai ter uma complicação ou alguma cromossomopatia ou quando a mãe tem alguma complicação que dificulte e tem uma gestação não planejada, que não vai bem e pelas complicações maternas, ela não vai poder gestar novamente. Daí você encerrar a vida reprodutiva de uma pessoa, por critério médico, sendo quem vai dizer a ela que não poderá mais ter filho é difícil.</i>
Ginecologia e Obstetrícia	<b>Os casos de óbito são muito ruins</b>	<i>Os casos de óbito são muito ruins, principalmente óbito fetal, quando é aquele bebê que já chegou até o final e já tem tudo pronto em casa. Às vezes, às vésperas do trabalho de parto, a pessoa chega e, por algum motivo, o feto já faleceu no caminho ou dentro da sala de parto... Tem ainda o óbito materno, porque é uma paciente jovem, que veio para ganhar um bebê e falar para a família que a paciente morreu é horrível.</i>
Pediatria	<b>Passar o diagnóstico para a família é muito difícil</b>	<i>Às vezes, passar o diagnóstico para a família é muito difícil. O nascimento é o momento que a gente espera só alegria, “Ahhh...eu vou pra maternidade, meu filho vai nascer”, mas a gente não espera chegar e ouvir: “Olha, seu filho não vai andar, seu filho não vai falar...”. Então é uma coisa difícil para a gente dizer e para eles receberem essa notícia. Na transferência de paciente grave para a UTI,</i>

Pediatría	<b>O falecimento das crianças</b>	<p><i>por conta de sepse ou qualquer outra doença grave, às vezes, o pai e a mãe perguntam: “Dr<sup>a</sup>, o quadro é grave?” A gente sabe que é, mas não sabe direito como falar a verdade de uma maneira que não machuque tanto. Até quando a gente fala que o paciente tem asma, tem pais que se assustam muito também, então temos que tomar bastante cuidado na hora de passar as informações que para a gente é rotineiro, mas para os pais geralmente é algo que assusta.</i></p> <p><i>A principal que eu acho que é o que mais comove a gente é o falecimento das crianças, porque acaba que é a médica que comunica o óbito, as situações de morte aos pais.</i></p>
-----------	-----------------------------------	--

A Questão 2 procurou identificar em quais situações os participantes comunicam notícias difíceis a pacientes ou familiares, em suas respectivas áreas. Por notícia difícil entende-se qualquer transmissão de informação que afete negativamente e de forma adversa, drástica ou traumática a visão de uma pessoa quanto o seu futuro. Na saúde, ela acontece em situações diagnósticas de condições clínicas (agudas ou crônicas), no prognóstico e terapêutica desfavorável de quadros graves, irreversíveis ou sem tratamento modificador do curso da doença, a exemplo de sequelas funcionais, assistência paliativa ou óbito (W.F. Baile et al., 2000; Chehuen Neto et al., 2013; Rosa et al., 2018).

Na Cirurgia Geral, os discursos indicam que isso se passa na própria comunicação diagnóstica, principalmente de casos graves, sendo os mais comuns os diagnósticos oncológicos. Para além disso, foi referido casos de outras complicações cirúrgicas, intra ou pós operatórias, que não se trata de erros médicos, mas sim de riscos decorrentes e associados aos procedimentos realizados. Isso, muitas vezes, requer dos profissionais capacidade comunicativa para se expressar bem e clarificar dúvidas do paciente ou da família, a fim de dirimir possíveis desentendimentos acerca do procedimento executado.

A Clínica Médica referiu que as situações indagadas ocorrem na própria investigação diagnóstica quando esta chega a um resultado diverso do que se era esperado. Nessa clínica, usualmente, tais situações se remetem às condições de difícil prognóstico e de tratamento com curso não modificador da doença, desse modo demandando abordagem sobre encaminhamento para Cuidados Paliativos. Usualmente, isso é feito pelo próprio residente.

No que se refere à Ginecologia e Obstetrícia, as notícias difíceis contemplam a saúde do bebê (gravidez e parto), assim como a evolução da saúde feminina. Na Obstetrícia, tais situações ocorrem nos casos de abortamentos, identificação de doença genética, suspeita ou constatação de má formação fetal e prognóstico ruim de bebês quanto à sobrevivência extrauterina, devido gravidez de alto risco, o que pode resultar em óbito fetal. Na Ginecologia, as situações de comunicação de notícias difíceis perpassam o diagnóstico de doenças oncológicas, com possibilidade de tratamento sem curso modificador da doença, bem como o comprometimento ou encerramento da vida reprodutiva da mulher, ou ainda óbito materno.

Já na Pediatria, a comunicação de notícias difíceis é feita aos responsáveis legais (mãe e/ou pai, família substituta ou tutor), conforme artigo 129, do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, Lei n.8.069/1990) e Código de Ética Médica, artigo 34, a comunicação diagnóstica deve ser feita ao representante legal” (CFM, 2019). Foram sinalizadas como situações de comunicação de notícias difíceis nessa especialidade: os diagnósticos de cronicidade, as situações graves de internação e a identificação de sequelas ou quadros síndrômicos que promovem incapacidade funcional nos recém nascidos ou nas crianças, assim como o falecimento destas.

Apesar da diferença entre situações de comunicação de notícias difíceis entre as especialidades, observado um aspecto comum referido por todas: a dificuldade de se abordar o paciente e a família para comunicar notícias difíceis, o que corrobora outros estudos já

realizados (W.F. Baile et al., 2000; Buckman, 2005; C.R.Pereira, 2010; Gabarra & Crepaldi, 2011; Geovanini & Braz, 2013; C.R. Pereira et al., 2017). Ainda que haja essa dificuldade, a percepção médica quanto a importância de cuidado a esse quesito se mostrou presente diante dos relatos de como explicar o que se passa para não piorar o desespero, ter cautela quanto ao que falar sobre a situação para não machucar tanto a/o paciente e a família, entender as diferenças entre as famílias, a fim de ajustar o processo de comunicação a quem necessitar.

Em casos de famílias que acompanham o tratamento, referido também contato dos médicos com os familiares para repasse de informações diagnósticas e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, pois as famílias exercem papel fundamental no processo de comunicação, o que também foi confirmado em outras pesquisas de saúde (Crepaldi & Gabarra, 2011; Brotto & Guimarães, 2017; Lançoni Júnior et al., 2017). No entanto, conversar mais com a família do que com o próprio paciente pode deixar este a par do processo de cuidado, desencadeando conflitos morais e questionamentos éticos relacionados à autonomia e livre arbítrio na relação estabelecida entre o profissional e o paciente, como afirmam Geovanini e Braz (2013).

## 7.2.3 – As notícias mais difíceis de serem comunicadas

*Questão 3: Quais notícias você considera mais difíceis de serem comunicadas?*

Especialidade	IC	DSC
Cirurgia Geral	<b>Os casos de câncer são sempre diagnósticos muito ruins</b>	<i>Os casos de câncer são sempre diagnósticos muito ruins e ainda mais quando se descobre que é inoperável.</i>
Cirurgia Geral	<b>Não tem mais opção terapêutica, só palição</b>	<i>O pior é quando o tratamento já não vai ser modificador da doença. Isso é o mais difícil, até mais do que a notícia “você está com um câncer”. Quando é aquele paciente que chega sempre muito animado com a esperança de um tratamento e, de repente, a gente descobre que é situação paliativa e que não pode fazer mais nada pelo paciente, além de promover um certo conforto ou uma cirurgia para a realização de um cateter para quimioterapia. Às vezes, a gente dá alta para casa, porque é melhor falecer lá do que no hospital. Isso é muito ruim...Não ter mais opção terapêutica, só palição.</i>
Cirurgia Geral	<b>Óbito é mais difícil</b>	<i>Óbito é mais difícil, principalmente para o paciente que não é paliativo exclusivo. Às vezes, o paciente vai morrer por tal coisa e você não teve tempo hábil de ter seu raciocínio clínico para tentar salvá-lo. Isso acontece e não é erro ou iatrogenia, às vezes, o paciente já chega praticamente morto. Isso é difícil e traz uma certa frustração para a gente. Querendo ou não, a gente é ser humano e vai carregar aquilo. Às vezes, de uma forma boa pensando “Eu poderia ter feito algo mais rápido ou pensado em algo mais rápido” ou, na forma ruim da coisa, quando você fica ali, tendo esse tipo de pensamento e gerando até uma certa ansiedade.</i>
Clínica Médica	<b>A investigação de neoplasia é a pior parte</b>	<i>A investigação de neoplasia é a pior parte. Quando você quer sentar e falar que o resultado do exame é tal coisa e o paciente fica muito chateado ou irritado, a gente fica na posição em cima do muro, porque no meio da investigação você ainda não tem nem a certeza e nem pode falar que não tem. Você tem 75% de chance nessa parte, acho que dar o diagnóstico certo é melhor do que você ficar em cima do muro. E aqui o que mais tem é isso, diagnóstico de câncer mesmo.</i>

Clínica Médica	<b>A questão da palição é difícil</b>	<i>Diagnóstico de doença terminal e Cuidados Paliativos são mais difíceis, até mais do que o diagnóstico, mais do que o tratamento, pois é sobre o falecimento. Então falar “Ah, foi a óbito” é mais fácil, porque até chegar esse momento, a gente já vai preparando a família. Às vezes, tem muita divergência, então um filho quer, o outro não quer, a esposa. Isso torna a questão da palição é difícil.</i>
Ginecologia e Obstetrícia	<b>Prognóstico limitado e morte do bebê</b>	<i>São notícias que geralmente têm pior prognóstico, como a dos bebês que têm uma má formação e que não têm uma perspectiva de vida extra uterina muito grande ou então durante o trabalho de parto, quando não evolui bem. A gente tem muito bebê que vai nascer, mas que sabemos que não tem chance de vida fora da barriga. E, nesses casos, ele nasce vivo, mas a gente faz um parto chamado de ritualístico. A mulher tem o neném, mas ele já entra direto no programa de palição. Então, ela tem o momento do parto, recebe o neném, fica com ele, só aguardando o momento em que realmente ele vai falecer. Às vezes, leva uma hora ou menos tempo... Claro que é pessoal, cada um consegue evoluir as coisas de um jeito, mas você sentar e dar o diagnóstico para a paciente gestante de 9 meses que teve perda fetal ou então que o bebê nasceu e faleceu logo após. É muito difícil.</i>
Pediatria	<b>Como R1, não tive a experiência de comunicar morte ainda</b>	<i>Como R1, não tive a experiência de comunicar morte ainda, mas acho que vai ser a mais difícil, de comunicar para um pai, uma mãe que sua criança faleceu.</i>
Pediatria	<b>O mais difícil é o óbito mesmo</b>	<i>Notícias de morte. Sempre a notícia de óbito é a pior para dar para os familiares. Nem sempre é uma criança que a família percebe que está evoluindo mal e começa a se preparar. O mais difícil é o óbito mesmo.</i>

Na Questão 3, praticamente, todas as especialidades reportaram o óbito como sendo uma das notícias mais difíceis de se comunicar, correlacionando-a a aspectos de prognóstico limitado e palição. Tais ocorrências constituem desafio aos profissionais e ratificam os dados apontados pela literatura (W.F. Baile et. al, 2000; Chehuen Neto et al., 2013; Castro, Peuker, & Pinto, 2018; A.E. Silva et. al., 2018). Observado que o diagnóstico de doenças oncológicas e

palição foram indicados como comunicação de notícia difícil tanto pela Cirurgia Geral quanto pela Clínica Médica Já a Ginecologia e Obstetrícia referiu-se às gravidezes de alto risco evidenciando assim o perfil de alta complexidade (assistência terciária) realizada por essas especialidades no HUB (EBSERH, 2019) e, na questão anterior, a Ginecologia e Obstetrícia também indicou a Oncoginecologia como sendo uma área de notícias difíceis no hospital. No caso da Pediatria, na ocasião da coleta dos dados, as R1 relataram que não havia ainda comunicado notícias de morte a familiares, apesar de que já intuía que isso seria um desafio a ser experienciado na residência.

A partir dos discursos, pode-se observar uma crença equivocada acerca do *“não ter mais o que a gente fazer pelo paciente, não ter mais opção terapêutica, só palição”*, sugerido pela Cirurgia Geral. Segundo a OMS (2002), os Cuidados Paliativos consistem em assistência, visando à melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

O termo paliar deriva do latim *pallium* (Cunha, 2010), remetendo-se ao manto ou proteção que os cavaleiros usavam para se resguardar das intempéries em sua jornada. Paliar significa proteger e assistir àqueles que necessitam de cuidados diante de situações ameaçadoras da vida, o que não necessariamente implica terminalidade imediata. Falar de morte significa também olhá-la como um processo da vida, ainda que difícil e assustador. Isso se faz importante, pois o diagnóstico de uma doença grave desencadeia uma série de indagações relacionadas às mudanças físicas, o medo da morte e de deixar a família desamparada, os conflitos do passado, fechamento de um ciclo de vida ou até problemas práticos, como o afastamento do trabalho e a diminuição de renda, por exemplo (Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, 2020). Como enfatiza Gomes e Othero (2016), essa especialidade

é essencialmente multidisciplinar, visto que seria impraticável um único segmento profissional dar cabo à complexidade das demandas assistenciais dos pacientes e das famílias. Desse modo, essa atuação em equipe se faz necessária tanto como medida terapêutica ao paciente e à família quanto como medida preventiva aos membros da equipe, pois como dizia Cicely Saunders, precursora dos Cuidados Paliativos na era moderna, que se graduou como enfermeira, assistente social e médica “O sofrimento só é insuportável quando ninguém cuida”.

#### 7.2.4 – O preparo para comunicar notícias difíceis

*Questão 4: Como você se prepara para comunicar notícias difíceis?*

Momento na carreira	IC	DSC
R1	<b>A gente só vai</b>	<i>Não me preparo, não tem nenhuma preparação, a gente só.</i>
R1	<b>Vou com uma equipe</b>	<i>Vou com uma equipe, eu, o R3, o R2. Também consulto os meus staffs e outros colegas, uma vez que a gente tem uma segurança maior daquilo que vai transmitir na mensagem.</i>
R1	<b>Mini-roteiro na minha cabeça</b>	<i>Ajuda preparar como se fosse um textinho, não um texto pronto, mas um roteiro do que eu tenho que seguir. Em geral, eu faço uma análise mental do que vou falar, pelo menos, uma introdução, um mini-roteiro na minha cabeça de quais informações eu vou dar, em que ordem, de que forma eu vou falar. Por mais que a gente planeje, geralmente não sai exatamente daquele jeito, mas pelo menos você vai com um roteirinho na cabeça de como comunicar. Às vezes, a gente nem segue direitinho, mas você vai vendo ali qual é mais confortável para você e para o paciente.</i>
R1	<b>A gente pergunta o que ele sabe</b>	<i>Tem gente que gosta de saber, tem gente que não. A gente pergunta tudo que o paciente sabe da doença, o que entende, o que acha que está acontecendo e até onde quer saber. Dependendo de como ele vai receber o diagnóstico, aí a gente fala todo o prognóstico.</i>
R1	<b>Sempre busco ter algum componente familiar</b>	<i>Conhecer a família é o melhor jeito... Sempre busco ter algum componente familiar. Quando você está comunicando a notícia, também está procurando quem ali é o líder da comunidade, daquele seio familiar que vai estar ao lado do paciente, mais bem preparado e mais disposto a estar com ele. Nem sempre todos os familiares vão estar junto do paciente ou vão estar preocupados com aquilo. Às vezes, nem vão poder estar na mesma cidade. Você tem que estar sempre</i>



*atenta ao comportamento deles e como vão reagir às orientações. Então, ao mesmo tempo que eu tenho que olhar para o paciente, eu também tenho que olhar para os familiares, porque são eles que vão estar com o paciente.*

- |       |  |   |
|-------|--|---|
| R1    | <b>Não posso deixar transparecer ao paciente que também estou sofrendo com ele</b> | <i>A empatia sempre vai acontecer, mas não posso deixar transparecer ao paciente que eu também estou sofrendo com ele. Na verdade, sou um ponto de apoio. Tento fazer com que ele sinta que estou transmitindo uma coisa que não vai ser boa, mas que ao mesmo tempo eu não estou triste, eu estou ciente do que está acontecendo e estou buscando ser um ponto de apoio e de equilíbrio emocional para que ele também se sinta confortável em desabar, expressar o que ele vai sentir, após ou durante a comunicação da notícia.</i>   |
| R1    | <b>O principal jeito de você se preparar é ter esse vínculo</b>                    | <i>A melhor preparação é você estar consciente há muito tempo, esse é o maior problema daqui, não só daqui, mas de todo lugar, porque a gente passa por rodízios. Então você já pega um paciente de muito tempo de outras pessoas e começam a sair os resultados e você é que tem que dar a notícia, mas nem sabe de tudo que aconteceu bem antes. Você é obrigada a chegar e falar a notícia para ele, acho isso muito ruim. O principal jeito de você se preparar é ter esse vínculo, aquele contato, saber os horários dele, saber o jeito dele, perguntar o que já falaram e o que entende e ir explicando aos pouquinhos. É completamente diferente quando você pega o paciente no primeiro dia, começa a investigar e a vê-lo todos os dias. A relação com o paciente muda muito, porque quando você tem uma relação mais longa, você acaba tendo mais ferramentas.</i> |
| R1    | <b>Me preparo também sendo muito clara e não omitindo informações</b>              | <i>Me preparo também sendo muito clara e não omitindo informações. Às vezes, termos médicos são bem difíceis de passar, mas eu tento fazer isso da maneira mais simples e fácil de entender. Porque, muitas vezes, a gente subestima a capacidade do paciente achando que ele não vai entender, mas ele entende. Então eu tento passar em termos compreensíveis, abrangendo tudo e que não fique dúvida para o paciente e para o familiar.</i>  |
| R2/R3 | <b>Eu não sei se me preparo muito</b>  | <i>Eu não sei se me preparo muito. Para ser sincera, acho que não tem um preparo, depende muito do momento.</i>   |
| R2/R3 | <b>A gente tem exemplos</b>  | <i>Na graduação, sempre que tinha uma situação que a equipe precisava comunicar uma notícia difícil, eu procurava participar para ver como é, como que mexe com a gente. Aqui temos os exemplos dos nossos colegas e dos nossos staffs, que nos auxiliam com a questão das condutas, o jeito de conversar. Então a gente tem esses exemplos.</i>  |

R2/R3	<b>Conhecer a história do paciente</b>	<i>Primeiro pego o prontuário. Dou uma lida nele, antes de chamar o paciente para saber exatamente qual é o caso. Conhecer a história do paciente como um todo é importante, saber todos os sintomas e os exames desde o início para explicar para ele tudo que pode ser feito.</i>
R2/R3	<b>Tento ter um plano em mente do que vou falar</b>	<i>Daí dou uma treinadinha na cabeça, tento ter um plano em mente do que vou falar. Já penso em quais perguntas ele pode fazer para eu responder e no que vou falar de possibilidades de cura, se tem algum tratamento ainda para propor, se vai ser só palição e qual o tipo. Com base nisso e nas propostas do que a gente pode ou não fazer, penso nos caminhos para falar para conversar com o paciente, porque ele vai querer buscar resposta.</i>
R2/R3	<b>Perceber um pouco a situação da família</b>	<i>A gente tem que perceber um pouco a situação da família e escolher mais ou menos de que forma dar a informação. Não tem uma receita de bolo. Vai de como você vai conhecendo a família do paciente, para ter também a percepção de até que ponto você vai falar e eles vão ter a compreensão. Então ter uma percepção prévia do quanto essa família é capaz de compreender, o tanto que eles têm de compreensão da área médica e dos termos. Reconhecer a questão social, se são pessoas mais humildes ou se são pessoas que têm um nível de instrução maior.</i>
R2/R3	<b>Sondar o paciente</b>	<i>Quando eu vou falar, primeiro eu tento sondar o paciente para saber o que ele sabe e o que quer saber. Porque, às vezes, eles também não querem todas as informações completas, preferem que converse com alguém da família. Então eu tento ver o que ele quer saber e até onde ele sabe. E aí dou as informações.</i>
Staff	<b>Você vai bolando hipóteses que possa ser questionada</b>	<i>Tem que ter conhecimento da doença, da complicação, o que seja que você vai passar. A depender do diagnóstico, antes de falar com o familiar ou com o paciente, você vai bolando hipóteses que você possa ser questionada: como vai ser o tratamento, se tem tratamento... Então você já formula essas questões na sua cabeça antes de dar a notícia.</i>

Inicialmente, tanto os R1 quanto os R2/3 referiram percepção de não preparo para a comunicação de notícias difíceis, de modo que atrelam isso a aspectos circunstanciais. Apesar dessa percepção, ambos grupos sinalizaram etapas preparatórias, tais como: 1) conhecer detalhadamente o histórico do paciente, 2) estruturar um roteiro com perguntas hipotéticas

sobre as quais possam ser questionado, 3) conhecer e perceber a situação da família que acompanha o paciente, 4) sondar a receptividade deste quanto à abordagem do diagnóstico, 5) empregar linguagem clara para compreensão do paciente ou da família. Esses dados conferem com passos preparatórios propostos nos protocolos SPIKE e P-A-C-I-E-N-TE (W.F. Baile et al. 2000; Buckman, 2005; C.R.Pereira, 2010; C.R. Pereira et al., 2017).

Outro aspecto apontado por ambos grupos de residentes refere-se à busca de apoio da família e da importância de perceber a dinâmica de funcionamento e de entendimento desta quanto ao diagnóstico, o que é indicado por outros pesquisadores da saúde (A.P.Pereira, 2018; Rocha & Rocha, 2018). Estar acompanhado por outros médicos não consta nos referidos protocolos, mas foi referido pelos R1 como aspectos que lhes ajudam a se sentir preparados para a comunicação e também porque isso é esperado no cenário da residência médica. Isso é importante, porque se o médico estiver sozinho, independente do momento da carreira, é possível que a comunicação se torne (mais) estressora para o profissional, caso não consiga manejar as expressões afetivas no momento. Já os R2/3 informaram a abordagem veja um, faça um, ensine um - *see one, do one, teach one approach*, descrita por Lamba et al. (2016). Como essa abordagem foca a execução operacional dos procedimentos e condutas, ela não se atém às implicações emocionais do processo por quem comunica. No caso dos R1 foi sinalizado o dilema entre sentir empatia e manter o distanciamento profissional, sendo este usado como estratégia de enfrentamento para gerenciamento do estresse na comunicação de notícias difíceis, conforme referido por Toivonena et al. (2017). Os *staffs* indicaram os números 1 e 2 das etapas preparatórias tal como os residentes.

No mais, o estabelecimento do vínculo com o paciente foi referido a partir das trocas comunicativas. Estas, quando estabelecidas a partir de uma comunicação adequada, possibilitam o compartilhamento de informações diagnósticas, terapêuticas e bioéticas, fortalecendo também os laços de empatia e de confiança na assistência, possibilitando a

intervenção no cuidado e a mudança nas formas de agir e pensar do indivíduo, conforme referido pelos R1 e defendido pela literatura (Azevedo, 2018; R.Ruiz, 2003; Stellyes, 2017)

### 7.2.5 – As dificuldades para se comunicar notícias difíceis

*Questão 5: Quais as dificuldades enfrentadas na comunicação de notícias difíceis?*

Momento na carreira	IC	DSC
R1	<b>Ter um local privativo para falar</b>	<i>O ambiente, o espaço, ter um local privativo para falar. A gente tem poucos espaços aqui para fazer uma reunião, rápida que seja, com mais privacidade. Se tivesse, você poderia levar para uma salinha, para um canto separado, pedir para sentar-se e conversar com o paciente, com os familiares, de forma mais reservada. Outra coisa que acho que poderia melhorar é a enfermaria. Geralmente, no hospital público, elas são compartilhadas e, às vezes, o paciente até perde o foco porque está olhando para outro colega de quarto, tem uma pessoa numa cama e tem outra do outro lado Isso é ruim porque perde um pouco do foco.</i>
R1	<b>A família interfere em muita coisa</b>	<i>Aqui no Brasil tem um entrave muito grande, a família interfere em muita coisa. Tento desfazer isso quando chega paciente grave e a família fala “Ele não pode saber, não é para falar para ele”. Eu falo “Não, não é assim! Não é assim que é feito, vamos sentar e conversar todo mundo”. É o corpo do paciente. A decisão é tomada em conjunto e tudo mais, mas a família não pode ter essa decisão. E chega um momento que não dá mais, quando eu tenho que falar o diagnóstico, tem gente que chora, outro te xinga, fala que não é aquilo, que você não sabe de nada. Ninguém quer falar sobre o paciente. Acho isso a pior parte.</i>
R1	<b>Depende da reação do paciente e da família</b>	<i>Depende da reação do paciente e da família.... Às vezes, é uma bomba, você nunca sabe como eles vão reagir. Isso é difícil porque tem paciente que deposita uma caixinha de dúvidas na gente, apesar da gente sempre estar à disposição. Isso tudo vai depender do entendimento dele, da aceitação e do que você está falando. Com a família, às vezes, a gente fala “Nossa...ela vai sofrer muito e vai ser muito ruim para ela...”, mas daí a família está mais preparada do que você. Outros, a gente não espera uma reação tão exacerbada e tem, um chora, o outro te xinga, fala que não é aquilo, que você não sabe de nada. Acho que a pior parte é isso.</i>

- Muitas vezes, a gente vê que a compreensão é muito difícil. A forma de falar, o que dizer, como dizer são as maiores dificuldades. Aqui os pacientes têm uma linguagem muito simples e essa linguagem simples deles é um “É ou, não é?”, “Vou morrer ou não vou morrer?” Quase um binário. Mas mesmo sendo o “vou morrer”, eu ainda tenho quimioterapia, eu ainda tenho coisas para fazer, tem os Cuidados Paliativos que vai durar mais um ano, um ano e tanto. Eu consigo lidar com seu sofrimento, eu ainda tenho coisas para fazer por você, não estou desistindo de você. Só que conseguir levar isso na comunicação do paciente, em uma linguagem acessível que faça ele entender, é muito difícil. Quando o paciente leva para o lado binário, ele vai exigindo mais de você e você se sente mais pressionada e vai para um lado mais rebuscado. Isso faz com que a compreensão fique mais difícil. Por conta do nível socioeconômico da maioria dos nossos pacientes, eles não entendem. Você fala uma coisa com todas as letras, como, por exemplo, seu filho ou sua esposa...seu familiar não vai viver... E a pessoa não entende e pergunta “Ah, mas é grave?”. Não assimila a informação. Eu não sei até que ponto é só uma fase do luto, uma negação ou se é realmente porque eles não compreendem.*
- R1**                    **A compreensão é muito difícil**
- Há também uma dificuldade técnica minha. Eu não tenho capacidade técnica para maioria das coisas ainda, para dizer categoricamente que aquilo vai levar a tal desfecho. Então eu tenho muita dificuldade de dar informação sem parecer que estou dando uma esperança baseada em evidências muito pequenas de que alguma coisa possa vir a dar certo, mas também falar “Então... Seu filho...seu familiar vai morrer”, acho que eu não tenho capacidade ainda, talvez experiência clínica nem de estudo suficiente para dizer “Não, esse quadro aqui realmente não tem perspectiva de viver”. Então é isso, fazer essa transição da teoria para realidade.*
- R1**                    **Não tenho capacidade técnica para maioria das coisas ainda**
- Tem a parte das emoções do paciente e da família. Às vezes, você dá uma notícia ruim e eles já começam a chorar, desabar ou tem uma reação agressiva. Isso acontece com frequência. Daí para frente, eles já não ouvem mais nada do que você está falando.*
- R2/3**                    **Tem a parte das emoções do paciente e da família**
- A gente tem um público muito leigo, são pessoas não tão esclarecidas e que têm dificuldade para entender. Às vezes, a nossa proposta não é muito esclarecedora, eles não têm muita ideia daquilo que a gente está falando. Então, a partir disso, a gente tem que tentar usar uma linguagem mais clara, transparente, objetiva ou*
- R2/3**                    **A gente tem um público muito leigo que tem dificuldade**

- para entender** *semelhante a que eles usam, para que consigam absorver nosso feedback. Isso é uma barreira, não falar com o nosso “mediquês”, falar do jeito que eles vão entender. Às vezes, a gente fala e percebe que eles não estão entendendo, então tem que saber falar muito bem, pausadamente, devagar e sempre repetindo, um dia depois do outro...*
- R2/3 **Crenças por parte do paciente** *A questão cultural, crenças por parte do paciente. Tem muitas pessoas que a gente vai comunicar e as crenças religiosas passam a assumir determinado patamar, não descreditando a crença religiosa, mas isso dificulta a comunicação, o entendimento por parte deles na explicação do processo cirúrgico, das complicações, do prognóstico.*
- R2/3 **A não aceitação do paciente e da família** *A não aceitação do paciente e da família também, pois estão em negação, não querem entender ou não assimilaram. Às vezes é difícil, principalmente nas doenças psiquiátricas, porque muitas pessoas não as aceitam e acham que isso não é doença.*
- R2/3 **Local apropriado para você comunicar** *O local apropriado para você comunicar. Muitas vezes, a gente não tem uma sala específica para você levar esse paciente, às vezes você precisa ter uma conversa mais longa com tranquilidade num ambiente que seja acolhedor para a médica e para família. Não só aqui, mas em outros hospitais, a gente não tem isso. Geralmente, são ambientes tumultuados que têm um fluxo grande de pessoas, onde nem você e a família ficam à vontade, então isso acaba prejudicando muito a comunicação. Já que a notícia não vai ser agradável, então o ambiente deveria minimamente ser confortável para ambas as partes, para que você possa oferecer um copo com água, um papel para enxugar as lágrimas e que tenha onde se sentar. A gente não tem nada disso. Eu me colocando no lugar da pessoa que está recebendo, me sentiria desamparada pela condição física do local.*
- R2/3 **O plantão é muito tumultuado, então tem a questão do tempo** *Às vezes, o plantão é muito tumultuado e tem a questão do tempo. O que eu pude perceber ao longo da residência é que fica uma pessoa encarregada de dar essa notícia e essa pessoa só fica para as questões da família que teve o óbito, ela fica direcionada para aquilo, porque realmente não tem como você dar atenção a várias coisas ao mesmo tempo. Às vezes, você está sozinha, você tem que dar atenção para aquela família, mas tem paciente chegando num contexto de emergência, que ocorre muitos óbitos, então acho que isso acaba prejudicando.*

<i>Staff</i>	<b>A reação do paciente ou da família é uma coisa totalmente inesperada.</b>	<i>A reação do paciente ou da família é uma coisa totalmente inesperada. Tem gente que, apesar da aflição, leva isso muito bem e tem outras pessoas que entram em desespero. A reação deles é o mais difícil de você conseguir lidar, porque você não vai preparado para todas as possibilidades. Você vai com algumas, mas às vezes te surpreende a reação, entra uma carga de emoção pesada, uma ansiedade terrível e o sentimento do paciente ou da família em relação àquilo também. Se eles vão entender, se vão se sentir ofendidos, se ficam com raiva, com tristeza. Então o sentimento deles é a dificuldade, a gente não sabe como ele vai reagir.</i>
<i>Staff</i>	<b>A dificuldade é quando tem a divergência na família</b>	<i>A dificuldade é quando tem a divergência na família, conseguir uniformizar ou manejar isso sem provocar mais conflito.</i>
<i>Staff</i>	<b>A dificuldade de encontrar palavras, porque você pode estar muito envolvida.</b>	<i>A dificuldade de a gente encontrar palavras, porque você pode estar muito envolvida e não encontrar palavras que possam confortar. Às vezes, falar alguma coisa mais objetivamente e ter dificuldade de falar algo que conforte mais ou, ao contrário, falar uma coisa com muita emoção e não ser tão objetiva, então a dificuldade é o sentimento, com que sentimento você vai falar aquilo.</i>

Quanto aos aspectos dificultadores para se comunicar notícias difíceis, todos os grupos entrevistados foram unânimes a respeito das reações do paciente e/ou da família, assim confirmando dados da literatura (W.F. Baile et al, 2000; Araújo & Leitão, 2012; Chehuen Neto et al., 2013, Cruz & Riera, 2016). Em pesquisa com 200 profissionais de saúde (100 médicos e 100 enfermeiros), C.R.Pereira (2010) identificou que, do total da amostra, 84% referiu desconforto ao lidar com as reações e emoções dos pacientes e 44% dos entrevistados sequer teve algum treinamento para isso.

Outro aspecto dificultador refere-se à interferência familiar para determinar como seja feito o manejo do paciente. Essa interferência não é exclusiva da temática de notícias difíceis e perpassa diversos outros cenários na saúde, tal como sinalizado por outros autores (Pinheiro et al., 2005; Barroso et al., 2013; Barbosa et al., 2014). A partir dos discursos, entende-se que essa

interferência tem por finalidade poupar ou proteger o paciente quanto a severidade da situação, caracterizando assim uma superproteção familiar. No entanto, essa é uma proteção que desprotege o paciente, visto que restringe sua possibilidade de entender o que se passa consigo e de tomar decisões quanto ao seu futuro, interferindo em sua autonomia, como já indicado por Geovanini e Braz (2013). Ademais, isso pode vir a se tornar um estressor familiar, gerando insegurança e dependência no paciente e, caso ele tome ciência do que se passa consigo por terceiros, pode se sentir enganado tanto pelo profissional quanto pela família. Como bem pontua Pinheiro et al. (2005), o melhor caminho para atenuar essa interferência é pela educação dos familiares, para que estes sejam informados a respeito das implicações psicossociais e éticas de não se fazer essa comunicação.

Tanto os R1 quanto os R2 referiram que a dificuldade de compreensão do paciente ou da família interfere na comunicação, de modo que se faz necessário adaptar e repetir por mais de uma vez o que é dito, empregando-se linguagem clara, objetiva ou adaptada, conforme sinalizado por Melo (2018). Isso é importante para que os profissionais percebam se o conteúdo da informação foi assimilado, evitando a disseminação de dúvidas que possam reforçar crenças desadaptativas sobre o que se passa. Para tanto, é relevante que os profissionais também se atentem ao modo como falam, evitando o mediquês ou medicinês. Dessa forma, pode-se minimizar problemas comunicacionais relacionados à transmissão da informação (sintaxe), ao significado da mensagem (semântica) e aos efeitos da comunicação no comportamento, conforme referido por Said et al. (2017). Já no caso de situações de negação ou de dificuldade para assimilar a informação, a atuação de psicólogos junto às equipes seria de grande relevância nesses momentos, posto ser isso um campo de conhecimento e de atuação da Psicologia da Saúde defendido por Alves et. al (2017).

A dificuldade relacionada ao ambiente ou à falta de espaço para comunicar notícias difíceis foi referida por ambos os residentes tanto no que se refere a ofertar um espaço privativo,



acolhedor e agradável ao paciente, à família e ao próprio profissional. Vianna et al. (2008) apontam que, mesmo que o hospital se mostre apto ao controle de infecções, distribuição de fluxos, acomodação de rotinas, procedimentos e equipamentos, o ambiente hospitalar deve se mostrar capaz de acolher as pessoas que por ali circulam, quer sejam pacientes, familiares, profissionais ou visitantes. Isto porque a doença e a hospitalização são momentos singulares e de vulnerabilidade na vida das pessoas e, ainda que passageiras, elas podem estar imbuídas de aspectos emocionais negativos, os quais podem ser influenciados pelo ambiente, repercutindo no agravamento da doença. Esses autores consideram que o espaço hospitalar deve ter a capacidade de acolher e contribuir para o restabelecimento dos pacientes, compondo o processo terapêutico, por meio de medidas que contemplem o controle da privacidade e a confortabilidade ambiental, com visibilidade da área externa da edificação e acessibilidade à natureza, assim promovendo o encontro entre sujeitos e o respeito ao trabalho dos profissionais de saúde. Ressalta-se que isso inclusive é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, a Humaniza SUS, sendo denominada de ambiência (MS, 2015).

Os R1 sinalizaram percepção quanto à dificuldade técnica para afirmar categoricamente que algo acontecerá, levando a um desfecho, o que demonstra senso crítico quanto ao evento acompanhado e reconhecimento do papel de aprendiz em um treinamento em serviço. No mais, essa percepção condiz e é coerente com o momento profissional experienciado por eles. Já os *staffs* indicaram a possibilidade de os próprios aspectos emocionais interferirem na abordagem, dificultando a comunicação. Quanto a isso, Britto e Elias (2009) afirmam que as emoções devem ser entendidas como atividades dos organismos resultantes da interrelação singular que perpassa condições biológicas e ambientais ligadas os contextos históricos e presentes na manifestação desse comportamento. Devido a isso e conforme já discutido, o acolhimento às emoções dos profissionais nessas situações é imprescindível para o trabalho.

## 7.2.6 – As estratégias para se comunicar notícias difíceis

Questão 6: Quais estratégias você considera que a/o ajudam a comunicar notícias difíceis?

Momento na carreira	IC	DSC
R1	<b>É o preparo</b>	<i>É o preparo. Antes pensar no que vou falar, não chegar lá e jogar várias informações. Estudar melhor o caso, falar para o paciente que vou ler e conversar com outras pessoas antes de dar para ele qualquer informação. Para ter um tempo de reuni-las e conseguir falar com propriedade e ele ter confiança em você. Isso mostra que você não está falando “abobrinha” e nem uma coisa que você não sabe. Daí começo a apresentar o quadro, o cenário em que a gente está, por exemplo, “olha, a gente está lidando com alto risco e tivemos várias doenças ao longo desse percurso”. Assim, você vai mostrando qual é o cenário e a cronologia em que se desenrolou.</i>
R1	<b>Providenciar um ambiente adequado</b>	<i>Primeiro providenciar um ambiente adequado para falar com o paciente, um espaço agradável para tentar uma comunicação que seja dos dois lados e não só da parte médica. Eu gosto de ir para um lugar separado, falar no meio da enfermaria é ruim, porque sempre fica o acompanhante do lado querendo se intrometer. Não “jogar” a notícia se o paciente estiver no leito, melhor chamá-lo para um lugar mais reservado ou se sentar. Muitas vezes, a gente está no pronto socorro e me perguntam coisas no box. Eu não falo, não é o momento. Precisava de um espaço adequado, um silêncio, não aquela agitação do pronto socorro, não dava.</i>
R1	<b>Primeiro tentar ver o que o paciente já sabe</b>	<i>Primeiro tentar ver o que o paciente já sabe, ninguém é cem por cento cego. Muita gente olha no Google, começa a imaginar, até sonha. Tem gente que olha para o paciente ao lado. Todo mundo tem alguma ideia, mesmo que seja a coisa mais esdrúxula possível, você consegue partir daí. Isso dá um norte que já ajuda. Gosto dessa estratégia “O que você sabe da sua doença?”, “Até onde quer saber?”. Você pode ir vendo até onde conversar com o paciente, até onde ele aceita e o que ele acha daquilo, antes de falar o que ele tem. Nem sempre resolve, mas o que mais ajuda é basicamente isso: o que o paciente sabe, o que ele tem de base de comparação, tanto do caso dele quanto dos próximos e sobre o que a família contou para ele.</i>

- R1 **Chegar com um sorriso na cara** *A própria fisionomia, como você está se portando, está vestida, como você é. Você chegar com um sorriso na cara, mesmo acordando cedo todo dia, com uma olheira gigante e se “fudendo”. O paciente percebe que você tenta se esforçar para estar bem e fazer alguma coisa por ele, então ele não fica na postura defensiva com você.*
- R1 **Tentar fazer um vínculo ajuda** *Para a gente que vê o paciente todo dia, tentar fazer um vínculo ajuda. Buscar coisas íntimas ou algumas referências para colocar no meio da conversa criando um link, às vezes, até umas brincadeiras para deixar o clima mais ameno. Isso já é um ponto positivo para você quando for falar com ele, conhecer o paciente.*
- R1 **A família é muito importante estar perto** *Buscar familiares ou responsáveis que estejam com ele, que ele se sinta à vontade. A família é muito importante estar perto, se ele tiver uma por aqui, ajuda muito. Muitas vezes, a gente não consegue acolher e não vamos ficar lá tanto tempo quanto eles, então a gente dá uma bomba, fica um pouco com o paciente e ele vai ter que gerir aquela notícia. Às vezes quem aguenta mais é a família que fica lá, então integrá-la é muito importante nesta parte.*
- R1 **Auxílio da equipe multiprofissional** *Na enfermaria, a gente conta com o auxílio da Enfermagem, da fisioterapia, da Nutrição, da Psicologia e da Assistência Social. Geralmente, são esses profissionais que estão mais próximos a nós e ao paciente, mas claro, cada um com seu horário. Algumas visitas na enfermaria, a gente consegue ter com o pessoal da Nutrição, da Fisioterapia e da Enfermagem, mas como o serviço é muito pesado e cada um tem seu horário, isso é difícil. Às vezes, a gente fala diretamente com outro profissional para ele ir lá avaliar junto ou em outro momento quando ele puder avaliar, mas é difícil estarem todos juntos. Até mesmo uma visita multiprofissional é difícil. A gente não tem esse espaço ainda, mas seria de bom grado e de muito bom proveito para o paciente. Para fechar condutas, casar as coisas para não ficar aquela coisa “ah, mas cadê a médica para falar da dieta”. Então é difícil ter uma abordagem pontual do paciente com todos juntos.*
- R1 **Não posso ficar falando muito “mediquês”** *Você tem que falar de forma clara, que a pessoa entenda. Não posso ficar falando muito “mediquês”. Tenho que chegar, conversar, explicar o que está acontecendo dentro do que vai ser o entendimento do paciente, dos familiares ou dos cuidadores. Não vou*

*ficar falando em termos difíceis e complicados, porque eles não vão entender. Uma hora, você dá notícia ruim e, quando você volta, o familiar fala “Ai... mas ninguém me falou isso”. Só que você já falou, mas demora para assimilar. Então, não dá para ficar usando palavra difícil. Tento ser clara, porque nessas horas não tem como. Ser clara é diferente de ser indiferente e insensível.*

R1 **Não posso ficar amenizando**

*Eu sempre procuro falar a verdade dentro do entendimento de uma pessoa leiga. Não amenizo se o quadro for grave, falo que é grave, o paciente tem direito de saber a real situação que está passando. Checo se o paciente compreende o cenário, a gravidade, ofereço a informação e testo se ele está entendendo. Não posso ficar amenizando como se não tivesse nada errado. Porque, afinal de contas, o meu objetivo é transmitir uma notícia ruim.*

R1 **Chamar alguém que tenha mais experiência**

*Ter ajuda, chamar alguém que tenha mais experiência naquilo e perguntar o que essa pessoa faria. Como sou R1, gosto de ir com mais de uma pessoa, ou R2, ou R3... Ou até com o staff. Dependendo do staff, eles vão com a gente, tem alguns staffs aqui que a gente considera muito a opinião, conversar com eles sempre ajuda.*

R1 **O essencial é você ter um tempo adequado**

*O essencial é você ter um tempo adequado. Se você não tem que dar a notícia naquele momento, você pode sossegar um pouquinho. Por exemplo, no pronto socorro que tem pouco tempo e vários pacientes, é preciso se preparar e reservar tempo para explicar para o paciente e a família o que se passa. O preparo essencial é ter tempo para isso, para você falar e para você também escutar o paciente. Tem gente que fala, acaba e não deixa espaço para dúvidas que vão ter.*

R2/R3 **Usar um linguajar mais acessível**

*Usar um linguajar mais acessível, que possa facilitar um melhor entendimento, fazendo uma breve introdução, para que o paciente entenda. Às vezes, eu desenho, faço tudo para que a pessoa entenda e os familiares entendam. Se for câncer, a gente fica “É uma neoplasia...ah, é um tumor” e eu acho que o paciente tem que entender o que é. Justamente porque a nossa população tem essa dificuldade de entendimento. Então falar “Ah, tem um caroço, tem um tumor”, você tem que falar que é maligno, que é câncer, mas que tem tratamento. Porque eu vejo isso como uma reclamação muito comum dos pacientes: “A médica quase não falou nada comigo, não me*

*explicou”, a pessoa quer ter uma compreensão, mesmo que ela seja humilde, que seja analfabeta, que tenha um transtorno que não consiga entender ou um déficit intelectual. Eu acho que isso já ajuda muito, ela saber que a pessoa tentou explicar para ela entender.*

**Ter sempre uma equipe trabalhando junto**

R2/3

*Ter outro profissional do lado também, não ir só. Às vezes, a gente vai assim, mas não ir sozinho. Ter uma equipe toda para o paciente ver que não é só a gente. Para ele entender que é toda uma equipe, que a gente está falando para ele que o tratamento não vai modificar mais e não que a gente não está querendo tratá-lo. Mas tem uma psicóloga para ele, vai ter a fisioterapia sempre, uma nutricionista sempre, acho que é isso, a equipe mesmo. Essa seria a melhor estratégia, ter sempre uma equipe trabalhando junto. Às vezes que eu precisei, eles sempre se mostraram disponíveis, principalmente a Psicologia e o Serviço Social. Acaba que a gente tem que acionar porque não consegue suprir a demanda toda e não é função nossa exclusiva isso. Eu acho que a gente tem que compartilhar isso com os profissionais e pedir ajuda mesmo, porque eles têm uma formação que vai focar em outras partes.*

**Perguntar para o paciente o que ele já sabe**

R2/3

*Gosto de perguntar para o paciente o que ele já sabe, se ele sabe o que ele tem. Também acho que é uma boa estratégia deixar o paciente falar primeiro, porque às vezes você já dá até a oportunidade dele desabafar alguma preocupação que ele tenha de que aquilo seja grave, por exemplo, “Ah, eu estou com câncer, é isso?”, aí você já abre a porta do que está mais preocupando o paciente para você partir dali, para você construir a notícia.*

**Conversar sobre todo o processo**

R2/3

*A minha estratégia pessoal é ir com cautela. Conversar sobre todo o processo que a pessoa passou, todo o processo que aconteceu, do porquê que aconteceu e, no final, eu chego ao desfecho clínico. Prefiro ir com calma e, no final, gosto de falar bem claramente, para já ir preparando a pessoa para ela, pelo menos, ter uma percepção do que aconteceu e dar atenção para ver se ela entendeu o diagnóstico e o que ela entendeu daquilo.*

Staff

Não houve discurso.

A Questão 6 retomou aspectos da questão 4 para identificar as principais estratégias de preparo dos participantes na comunicação de notícias difíceis. Dos pontos em comum aos R1 e R2/3, apareceram novamente, perguntar o que o paciente já sabe e empregar linguagem acessível. Nessa questão, ambos os grupos comentaram sobre o apoio e a importância da equipe multiprofissional na assistência ao paciente e à família e que isso poderia ser melhorado, por meio de visitas multiprofissionais, tanto para discussão dos casos quanto para delineamento das condutas. Esse tópico já havia sido listado pelos R1 na questão 4 e corrobora dados da literatura que defendem a necessidade de se criar espaços de discussão entre os profissionais da equipe para que sejam compartilhadas as informações do processo de trabalho. Isso abre espaço para se repensar o cuidado em suas múltiplas dimensões e promove uma mudança do eixo assistencial biomédico para ações propositivas biopsicossociais. Além de possibilitar um processo participativo entre os membros da equipe, essas ações influenciam o planejamento e o gerenciamento do cuidado, trazendo segurança ao paciente e à própria equipe (A.F. Silva et al., 2015; Guzinski et al., 2019). Quanto aos *staffs*, não houve composição de discursos, pois, apesar de terem sido citadas estratégias por eles, tais como: saber de antemão qual é o estado do paciente, comunicar com mais de um profissional, o paciente ter um apoio ou ir preparando o familiar do paciente, não houve ideias centrais que se repetissem, o que é necessário para composição do discurso.

## 7.2.7 – A formação universitária e a preparação para comunicar notícias difíceis

*Questão 7: Em sua formação universitária, o que lhe ajudou na preparação para comunicar notícias difíceis a pacientes ou familiares?*

Momento na carreira	IC	DSC
R1	<b>Tive uma matéria chamada Psicologia Médica</b>	<p><i>Na faculdade, eu tive uma matéria chamada Psicologia Médica, no 2º ou 3º ano. Aprendemos sobre a importância das más notícias, a boa relação médico-paciente e o atendimento humanizado. Foi um ciclo básico, lá no comecinho. Quando a gente começou a vir para o hospital, eles abordavam várias questões sobre a gente e sobre a relação dentro do hospital. Era um psicólogo que acompanhava a turma. Nessa matéria, a gente tinha vários pontos interessantes, apesar de nunca ter falado de protocolo SPIKES, até porque é muito precoce, mas a gente foi ensinada a ter uma certa percepção das fases do luto, que era bem interessante. A gente tinha muito o hábito de discutir coisas e casos que a gente tinha visto. Eu me lembro dessa matéria!</i></p>
R1	<b>Foi bom ter essa ideia de Cuidados Paliativos</b>	<p><i>No internato, a gente passou em Medicina Paliativa, na Oncologia, um pouquinho da Geriatria... A gente tem notícias difíceis em outras especialidades, mas eu acho que nesses pontualmente foram momentos mais extremos. Então foi bom ter essa ideia de Cuidados Paliativos e as aulas me ajudaram bastante.</i></p>
R1	<b>Cada um se vira do jeito que pode.</b>	<p><i>Na minha experiência universitária, não lembro de nada que tenha me ajudado muito... A gente nunca foi preparada para chegar e falar notícia ruim. Fica sendo algo mais informal, um “aprendizado de orelha” que a gente fala, sem nenhuma formalidade. Não considero que tenha tido um embasamento ou preparo teórico. Ninguém nunca me ensinou nada disso. Eu vi raros casos de gente comunicando. Não foi porque isso fazia parte da minha formação, foi porque eu estava lá, um acaso. A primeira notícia difícil que tive que dar, já formada e antes da residência, foi horrível...foi péssimo. Eu não sabia o</i></p>

- que falar! A sorte é que a pessoa era muito tranquila e eu já tinha um vínculo, mas foi bem complicado. A gente não é preparada para isso, nem para lidar com o curso, nem para lidar com as notícias, nem para falar com os outros sobre a notícia ruim...Cada um se vira do jeito que pode.*
- R1 **O curso de Medicina em si é muito desgastante e pouco produtivo.** *O curso de Medicina em si é muito desgastante e pouco produtivo. Nesses dois primeiros anos você não entende para quê vai precisar das disciplinas, é maçante, é muito conteúdo jogado. E éramos novas, não tínhamos maturidade e nem contato com pacientes, então...às vezes gerava situações que ficavam muito na nossa imaginação. Não tínhamos aquela coisa do dia a dia, era tudo teórico.*
- R1 **Ver os outros falando notícia ruim** *Na faculdade, me preparei vendo os outros falando notícia ruim. Quando os residentes e os chefes davam essas notícias para as pessoas, eu acompanhava para me preparar e ver o que eu ia falar quando fosse minha vez, como se falava... No estágio em que passei pela UTI, os nossos staffs, chefes mandavam a gente ir junto com eles para conversar com a família. No começo eles que falavam, mas depois ensinaram a gente a introduzir, começar. Na residência, principalmente no começo do R1, eu ia muito de espectadora e tive oportunidades de ver staffs e professores dando notícias ruins. Pelos exemplos, aprendi vendo a forma como eles comunicavam e acaba que a gente faz muito “copia e cola” no começo.*
- R1 **As experiências e a prática** *É quase como se a gente fizesse isso aos trancos e barrancos da vida, é mais uma das coisas da Medicina que você aprende fazendo. Com as informações, as experiências e a prática, você vai dando uma notícia, vai dando outra, vê aquilo que deu errado, aquilo que foi melhor, em que se saiu bem e vai trabalhando, mas é cada um por si se virando do jeito que dá conta e depois... “Vai para vida”.*



- R2/R3 **Tem no programa da graduação um ano de Psicologia Médica** *A gente tem no programa da graduação um ano de Psicologia Médica, matéria obrigatória, que ajuda a discutir e abordar esses temas difíceis na área médica. A gente teve uma aula disso, que falava de luto, de más notícias e tal.*
- R2/R3 **Observação de professores** *Durante a faculdade, você não assume nenhuma responsabilidade assim, você vê os outros dando más notícias. Então eu me espelhava em alguns dos meus professores, os que eu achava que lidavam melhor com essa situação e que eu via que conseguiam uma resposta melhor e uma aproximação com o paciente. Foi mais com base na observação de professores e adotando o que eu achava e o que eu não achava que dava certo que eu fui fazendo.*
- R2/R3 **A gente nunca teve nenhum treinamento ou preparação específicos** *Acho que durante a formação universitária é bem falha, essa parte. Nem na graduação, nem na residência, até pouco tempo, a gente nunca teve nenhum treinamento ou preparação específicos. Quando tinha, não era com profundidade. Eu não me lembro de uma aula sobre comunicar em seis anos de curso. Às vezes, você nem vê, porque eles pedem para os alunos, os internos se retirarem. Às vezes, ficam só mesmo professores, residentes e paciente...Na residência foi onde eu tive um pouco mais de contato. Às vezes, algum staff ou professor falava isoladamente. Sei lá...A verdade é que, quando você é a única médica responsável e é você que tem que dar essa notícia, não sinto que os contatos pontuais que eu tive na graduação vão me ajudar muito.*
- R2/R3 **A gente acaba sendo preparada na marra** *E eu só fui começar a ter essa percepção de que talvez eu possa usar o protocolo SPIKES, a meu favor, no internato. Algumas coisas dele, eu uso hoje em dia, mas a princípio é mais o feeling mesmo, sentindo como que o paciente vai respondendo à relação médico-paciente do que seguir o protocolo em si. A gente acaba sendo preparada na marra, no dia a dia, o que é muito ruim.*

R2/R3	<p><b>Disciplinas de Psicologia Médica no início do curso e depois mais nada</b></p>	<p><i>A gente teve essa disciplina de Psicologia Médica no início do curso, 2º ou 3º ano da faculdade, e depois mais nada. Para ser sincera, isso não me ajudou muito. A gente tem que aprender os protocolos médicos, abordar a questão da notícia difícil, mas não dessa maneira. Essa disciplina é dada junto com um monte de matérias “mais importantes”, tipo anatomia, fisiologia, bioquímica, semiologia...Eu não consegui aproveitar da forma como, por exemplo, se eu tivesse tido agora na residência ou no internato da faculdade. Mas acho que mesmo tendo aproveitado pouco, deu um norte para a gente pelo menos saber como proceder.</i></p>
Staff	<p><b>Você não tem uma formação específica para esses eventos</b></p>	<p><i>Infelizmente, você não tem uma formação específica para esses eventos. Não existe isso na formação, pelo menos, na minha não teve. Não tinha uma matéria ou alguma coisa acerca disso, de como comunicar. Às vezes, você ia fazer um estágio na emergência e era aquela confusão. Ninguém se sentava com você e falava “Olha, se faz assim, se comunica assim...” Ninguém falou sobre isso. Tinha uma matéria sobre relação médico-paciente, mas não era focado em como comunicar. Honestamente, não me lembro do que me ajudou.</i></p>

A Questão 7 indagou aos participantes, na época da formação universitária, o que lhes ajudou na preparação para comunicar notícias difíceis. Tanto os R1 quanto os R2/3 citaram a disciplina de Psicologia Médica no ciclo básico, ministrada no início da graduação, por volta do 2º, 3º ou 4º semestre. Os R1 referiram discussão sobre luto, importância da relação médico-paciente e do atendimento humanizado, em associação com atividades educativas abordando a relação dos alunos com os cenários de saúde visitados e os casos que viram. Enquanto isso, nos discursos dos R2/3, os mesmos conteúdos temáticos foram citados a partir de uma perspectiva mais tradicionalista (aula). No primeiro discurso, observado o emprego de um recurso didático (discussão de casos) para auxiliar a conciliação da teoria com a prática. No entanto, ambos os

grupos relataram insatisfação com as disciplinas ministradas na graduação, não só a Psicologia Médica, visto que elas foram dadas no mesmo semestre e concorrentemente a outras matérias (anatomia, fisiologia, bioquímica, semiologia...), tidas como relevantes para a formação e muito difíceis. Com base nisso, não é de se estranhar que a disciplina de Psicologia Médica possa ter sido negligenciada pelos estudantes ao longo do curso, ainda que fosse obrigatória.

Observa-se também diferenças quanto ao discurso dos R1 no que se refere ao contato com conteúdos diversos e ofertados aos alunos na época da passagem pelo ciclo clínico. Como exemplo disso, fez-se referência a aula de Cuidados Paliativos, o que pode ser justificado levando em consideração o tempo de graduação dos residentes. Isto porque, na época da coleta dos dados da pesquisa, em média, os R1 tinham um ano e meio de formados (1,5), enquanto os R2/3, variavam entre três (3) e cinco (5) anos. Assim, apesar dos Cuidados Paliativos não ser tão recente já que, oficialmente, essa área surgiu como prática de saúde na década de 1960, no Reino Unido, com Cicely Saunders (ANCP, 2020). Observa-se que pode ter havido um retardo da chegada desses conhecimentos no ambiente acadêmico e uma dissociação entre teoria e prática ao considerar os Cuidados Paliativos como uma área de menor importância e com pouca aplicabilidade médica, tendo em vista o paradigma biomédico de saúde da época, pautado pelo pragmatismo, resolutividade e objetividade. Quanto a isso, parece-nos que felizmente experimentamos novos tempos e mudanças, ainda que tardios.

Quanto à falta de preparo para comunicar notícias difíceis, os *staffs* e os R1 e R2/3 foram uníssimos em dizer que não houve uma formação específica para esses eventos na graduação, de modo que esse dado corresponde aos apontados pela literatura nacional e internacional (Lajoie et al, 2015; Neto et al., 2017; Karnieli-Miller et. al, 2018; A.E.Silva et. al., 2018). Os participantes relataram que os contatos e as experiências com o tema decorreram das vivências e das práticas de acompanhamento a outros profissionais médicos, ao longo do internato e da residência, e que isso se deu por meio da abordagem veja um, faça um, ensine um (*see one, do*

*one, teach one approach*), conforme apontado por Lamba, et al. (2016). E, até o presente momento (2020), não foi identificado um embasamento teórico-prático nas residências médicas do HUB. Importante destacar que este trabalho não teve por objetivo depreciar esse tipo de abordagem, já que ela constitui uma prática importante no cenário de um hospital universitário, mas sim chamar atenção para o modo como, na maioria das vezes, ela é conduzida, sem reflexões sistemáticas e regulares, tipificando um aprendizado de orelha, uma aprendizagem na marra ou ainda um vai para a vida, conforme denominado nos discursos dos participantes. Esse dado inclusive confirma a revisão integrativa quanto a importância do uso de metodologias ativas, a exemplo da aprendizagem baseada em problemas (ABP), colocando o aluno no centro do processo de aprendizagem, em contato com situações problema vivenciadas que auxiliem seu processo de ensino-aprendizagem. Ressalta-se a relevância no uso de metodologias para consolidar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que será apresentada a seguir.

#### 7.2.8 – Déficit de abordagem de comunicação de notícias difíceis na graduação

*Questão 8: Na época de sua formação universitária, o que você considera que tenha faltado no preparo para abordagem de notícias difíceis com pacientes ou familiares?*

Momento na  
carreira

IC

DSC

R1

**Tem muito déficit  
inclusive na  
formação médica**

*Tem muito déficit inclusive na formação médica. Ninguém prepara para como que se conversa com o paciente. A gente não tem isso na formação. Vai da desenvoltura da pessoa. Porque é diferente falar de uma maneira informal, tem gente que às vezes não consegue desenvolver, então já é o primeiro momento que as pessoas ficam travadas na hora de conversar com o paciente...Agora imagina dar diagnóstico. Tem gente que vai só da formação da vida mesmo. Na semiologia, muita gente ficava mal, pois sabia bem as matérias e tirava boas notas, mas na hora de conversar com paciente era um desastre.*

- R1 **Faltou a parte teórica relacionada à comunicação de notícias difíceis** *Faltou a parte teórica relacionada à comunicação de notícias difíceis, acho que poderia ter tido esse embasamento de forma mais incisiva. A gente tem que pautar também a nossa conduta. A Medicina é baseada em evidências, então a gente tem que basear nossa conduta em estudos... Em momentos mais difíceis você pode até tentar, como última tentativa ao seu jeito, mas por meio de um embasamento teórico.*
- R1 **Faltou orientação** *Acho que faltou tratar disso de uma forma mais direta e objetiva por meio de orientação. A gente tem na realidade pouquíssimas aulas sobre a vida real na faculdade. Faltou aula, exemplos, simular sentar-se com o paciente e dar uma notícia ruim. Poderia vir um aluno de cada vez e ser ensinado como realizar a abordagem ou ter a orientação por um tempo maior com grupos de rodas de conversas conduzidos por um profissional que pudesse embasar teoricamente aquela conversa. Se tivéssemos isso, o preparo para quando realmente fosse preciso dar uma notícia ruim, seria melhor.*
- R1 **O interno não é chamado** *O interno não é chamado para o momento de comunicar notícias difíceis. Todos os momentos pelos quais a gente averiguava que tinha uma situação que precisava de uma conversa, ia o chefe, o residente, mais alguém e o interno nunca.*
- R1 **Falta de contato com protocolos** *Acho que a falta de contato com protocolos. Existem alguns que a gente teve aula recentemente, mas na faculdade, em nenhum momento, foi apresentado o protocolo SPIKES ou qualquer outro. É complicado e claro que em partes depende da sua personalidade. Cada um tem um jeito de lidar com as coisas, mas se fossem coisas mais protocoladas, se a gente tivesse mais contato com isso ao longo da graduação, acho que seria mais fácil da gente se preparar.*
- R1 *O que faltou foi a vivência, a experiência de comunicar más notícias de verdade. Acho que poderia aumentar muito e melhorar bastante a quantidade de prática que temos, se possível*

	<b>O que faltou foi a vivência</b>	<i>em todas as áreas. Porque igual eu falei, a gente não tem notícia difícil só na Oncologia, a gente tem em todas as áreas.</i>
R2/R3	<b>Contato mais frequente com esse tipo de situação</b>	<i>Eu acho que isso tinha que ser abordado mais vezes, em mais áreas, dando exemplos mais reais. Acredito que na faculdade falta muito isso que a gente adquire nas residências, o contato mais frequente com esse tipo de situação. A partir do momento que você tem contato mais frequente, você acaba se habituando e cria um jogo de cintura maior para esse tipo de comunicação, esse tipo de habilidade. Então participar dessa conversa, lógico que não falando, mas estando perto para poder ver como acontece, como se portar, como notificar, como estar pronta para responder às perguntas do paciente.</i>
R2/R3	<b>Não tem uma ligação entre a prática e a teoria</b>	<i>Acho que a parte do conhecimento técnico é supervalorizada. A faculdade trabalha muito com uma questão teórica, às vezes, não tem uma ligação entre a prática e a teoria. E normalmente são quatro, seis meses, um semestre só, mas é muito mais dentro da sala de aula, o professor falando e a gente ouvindo. E aí teoria, a gente aprende ali e esquece. Na faculdade, nunca ensinam como abordar notícias ruins. A gente fala sobre a ética médica, a ética entre o paciente e a médica, mas não em relação a como nos preparar para dar uma notícia ruim. Não tive essa preparação, não tinha mesmo.</i>
R2/R3	<b>A gente esquece que os alunos vão chegar lá um dia e vão precisar dar essas notícias</b>	<i>Na faculdade, a gente presencia a questão prática mais pelos nossos chefes ou residentes comunicando diagnóstico, prognóstico ao paciente. Então, é um contato quase que só visual. O fato de você escutar versus ser a agente promotora dessa informação tem uma grande diferença. Você vai aprender a dar notícia difícil, conforme você for dando, mas mesmo quando a gente entrou no internato, não teve essa prática toda. Já vi isso acontecer muitas vezes inclusive na residência. Quando você tem que dar uma má notícia, fica o staff e o paciente ou, no máximo, staff, residente e paciente. A gente pede para todo mundo sair, seja para não constranger os pacientes ou eles mesmos. Só que a gente</i>

		<i>esquece que os alunos vão chegar lá um dia e vão precisar dar essas notícias.</i>
R2/R3	<b>Faltou equipe multidisciplinar</b>	<p><i>Acho que o que faltou mesmo é essa equipe multidisciplinar. Às vezes, as comunicações de más notícias era só eu mesma, como interna, e o staff, normalmente não tinha uma psicóloga.</i></p> <p><i>Falta muito a nossa própria abordagem emocional. Porque o mais difícil nessas horas é como a gente emocionalmente lida com essa situação. Às vezes, os supervisores não se importam com o lado psicológico da pessoa que está dando a notícia, de uma forma completamente despreparada, o que também causa sofrimento. Sofrimento para quem está recebendo, que é uma vítima daquela situação, e que não deveria estar recebendo daquela maneira, porque deveria ser uma pessoa preparada para isso...E é um sofrimento também para quem está fazendo a ação. A pessoa está sofrendo em se sentir perdida, tanto por dar uma notícia ruim, vendo o sofrimento do outro, quanto por não saber como lidar com isso. As relações humanas não são totalmente engessadas e são coisas que trazem à tona uma série de questões nossas também. A faculdade não ensina como lidar com a morte e a nossa formação é muito deficiente em ensinar esse autoconhecimento emocional para você poder lidar com a emoção do outro. Falta justamente esse acompanhamento. Muitas vezes, na residência, a gente tem um tipo de relação abusiva entre os preceptores, entre os residentes com os internos, os internos com os acadêmicos e não é um ambiente acolhedor para a pessoa se preocupar naquele momento e saber se o aluno está se sentindo confortável em dar aquela notícia ou não. Ele só quer que você faça. Independente da forma que você vai chegar no fim, não importa o meio que você está fazendo.</i></p>
R2/R3	<b>Falta muito a nossa própria abordagem emocional</b>	
Staff	<b>Fica tudo no subjetivo</b>	<p><i>É justamente uma questão objetiva, uma questão de ensinar, não sei se uma disciplina, mas algo no currículo para realmente falar “Hoje a gente vai te ensinar ou tentar te passar como dar uma notícia ruim ou então a lidar com coisas difíceis na Medicina”. Não sei se</i></p>

		<i>tem uma coisa específica, fica tudo no subjetivo.</i>
<i>Staff</i>	<b>Faltou escuta e orientação</b>	<i>Faltou uma escuta, uma orientação, uma troca de informações, de como lidar com o paciente, manejá-lo.</i>
<i>Staff</i>	<b>O conhecimento ajuda, mas não é o fundamental</b>	<i>Eu acho que só a vida, não sei se eles poderiam me dizer. Porque uma notícia difícil é sempre difícil. Você nunca vai estar preparada. Você pode dizer “Ah, eu tive essa matéria na faculdade”, mas isso não quer dizer que você vai ter facilidade. Porque depende da ocasião, do momento, de para quem você está comunicando, de como você está, então é uma coisa que também não adianta. O conhecimento vai ajudar, sempre ajuda, mas não é o fundamental. Dizer “Ah, então você sempre vai comunicar notícias difíceis bem, porque você tem esse conhecimento”, não é isso. Às vezes, depende do que o outro escuta.</i>

Na Questão 8, os participantes indicaram os déficits na graduação médica para abordar notícias difíceis com pacientes ou familiares. Os três grupos falaram sobre a falta de embasamento teórico quanto ao tema para poder pautar a conduta com orientações protocolares. Os R1 indicaram a necessidade de protocolos, tal como o SPIKES (W.F. Baile et al., 2000; Buckman, 2005), já que a formação médica é pautada pela medicina baseada em evidências (MBE). Segundo Lopes (2000), a MBE é o exercício da Medicina em um contexto no qual a experiência clínica alia-se à análise crítica e à aplicação racional de dados científicos, assim qualificando a assistência médica. A partir disso, entende-se uma busca para conciliar teoria e prática, onde a incorporação de protocolos visa ao compartilhamento de experiências prévias realizadas e testadas no âmbito científico, sendo que as práticas tidas como mais eficientes acabam sendo adotadas e sistematizadas como norteadoras às questões de saúde.

Ainda que a formação privilegie a MBE, os R1 e os R2/3 comentaram que as disciplinas de Relação Médico-Paciente e a Psicologia Médica foram ministradas em fase muito inicial do curso, período em que não estavam em contato com os cenários de saúde e suas demandas



relacionais. Devido à carga conteudista e a estrutura curricular do curso, a prática é delegada para momento ulterior, ou seja, o internato. No entanto, quando se iniciou este, os entrevistados tiveram dificuldade em dar aplicabilidade ao conteúdo relacional outrora contatado e experimentaram um descompasso prático-teórico. Esse ponto articula-se com a discussão de Merhy e Feuerwerker (2016) sobre as três caixas de ferramentas tecnológicas que priorizam as tecnologias duras e as leves duras no ato clínico, estendendo-se também à formação médica. Como há um empobrecimento do emprego de tecnologias leves, os alunos (internos e residentes) podem apresentar dificuldade em práticas fundamentais de cuidado, tais como: o acolhimento, a escuta, a negociação, a interpretação de histórias e a troca de experiência com o paciente, tal como identificado em Ayres (2005).

No que se refere ao internato, os R1 e R2/3 afirmaram que a vivência e o contato com situações de comunicação de notícias difíceis foram escassos e, quando aconteciam, eram por observação de outros profissionais, ou seja, a abordagem veja um, faça um, ensine um - *see one, do one, teach one approach* (Lamba, et al., 2016). Quanto a isso, importante ressaltar que a observação nesse contexto foi adequada e condizente, pois não é atribuição dos internos comunicar notícias difíceis a pacientes e familiares no estágio, a menos que isso seja feito juntamente com os supervisores. Por sua vez, nota-se uma carência de abordagens pedagógicas para o ensino de comunicação de notícias difíceis no internato, a fim de auxiliar a transposição da teoria para a prática. Como exemplo de recursos de baixo custo, citam-se: a discussão em grupo (E.M.Johnson et al., 2017; Skye et al., 2014; Toivonena et al., 2017; Williams-Reade et al., 2018); exercícios auto reflexivos (Johnson et al., 2017), rodas de conversa com pacientes para compartilhamento de vivências (Karnieli-Miller et al., 2018), escrita narrativa (Karnieli-Miller et al., 2018) e simulações ou *role playing* de casos reais (Luttenberger et al., 2014; Skye et al., 2014). Outros déficits sinalizados pelos R2/3 referem-se à falta de psicólogo na equipe

para acompanhá-los no processo de comunicação de notícias difíceis e à falta de abordagem emocional dos alunos (internos ou residentes) na formação, os quais serão discutidos adiante.

Como os *staffs* mencionaram não ter tido preparação para comunicar notícias difíceis na graduação, isso explicaria a não empregabilidade de abordagens pedagógicas para ensino dessa temática por eles. Dias e Pio (2019) comentam a relevância dos formadores também se aperfeiçoarem em habilidades comunicacionais de notícias difíceis, de modo a serem facilitadores no processo de ensino-aprendizagem dessa temática. Para tanto, essas autoras comentam que a criação de programas de desenvolvimento aos docentes não se restringe ao nível individual, mas deve perpassar todos os níveis de formação, sensibilizando áreas de ensino, gestão e pesquisa para desenvolvimento de programas de treinamento dentro das instituições, aumentando e promovendo a formação de facilitadores neste tema tão relevante da formação médica. Isso é importante, pois é um dos pontos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pelo MS em 2004 e que se preocupa com os problemas e necessidades decorrentes do processo de trabalho em saúde, incorporando-os ao ensino, à assistência e à gestão do trabalho. A PNEPS busca qualificar e aperfeiçoar os processos de trabalho nos mais diversos cenários e níveis de atenção em saúde, produzindo conhecimentos e mudanças que melhorem o acesso, a qualidade e a humanização nos serviços prestados, bem como fortalecendo os processos de gestão político-institucional do SUS, nas esferas federal, estadual, municipal e distrital (MS, 2018).

## 7.2.9 – Os sentimentos de quem comunica notícias difíceis

Questão 9: Você poderia dar um exemplo de comunicação de notícias difíceis que te mobilizou e falar sobre como se sentiu nessa situação?

Momento na carreira	IC	DSC
R1	<b>A gente acaba levando muita coisa para casa</b>	<i>A gente acaba levando muita coisa para casa, choramos, ficamos tristes, muito mal. É cansativo, mas depois passa. Eu mesma sou bem sensível com essas coisas de paciente, absorvo tudo. Há uns meses, um paciente idoso morreu e eu fiquei muito triste. Não transpareci isso para a família, pelo menos, não na frente deles. Só que eu fiquei muito chateada mesmo, eu gostava tanto dele. Foi uma coisa que mexeu comigo e marcou a minha vida porque o engraçado é que essa notícia ruim parece que afetou muito mais a mim do que a família. Parece que eles lidaram tão bem com a situação e eu tão mal. Lembro até hoje disso.</i>
R1	<b>A gente vai com o coração na mão</b>	<i>Paciente de pronto socorro que a gente precisa levar para a UTI, a gente fica em cima, vê todas as horas, quer saber como vai evoluir. Nessas situações, não tem jeito, a gente vai com o coração na mão. Sempre fico muito preocupada.</i>
R1	<b>Foi duro porque ela tinha câncer e era muito jovem</b>	<i>Teve uma paciente que me marcou, ela era muito jovem... quase 40 anos. Foi duro porque estava tratando câncer. Um dia, ela estava um pouco melhor e menos desconfortável da respiração, ela até tinha se sentado, comido, sorrido para todo mundo na enfermaria. Eu e os R+ chegamos para conversar com ela e falamos “Maria, saiu o resultado da sua biópsia e confirmou, você tem câncer e já está bem avançado”. Ela se desesperou, começou a chorar e a gritar, lembrou da mãe que tinha morrido de câncer também. Foi uma situação bem dramática e complicada. Essa paciente nunca tinha tido filhos. Foi uma situação muito difícil e foi uma das primeiras vezes que eu vi uma notícia tão ruim e senti um impacto tão pesado.</i>
R1	<b>Não temos suporte emocional algum</b>	<i>Não temos suporte emocional algum, de psicólogo nenhum. O máximo que eu faço é conversar com os outros residentes no corredor. Só isso.</i>

R2/R3	<p><b>É como um filme que passa na minha cabeça...sair da sala para dar a notícia.</b></p>	<p><i>No ambiente de emergência, tem mortes muito complexas por causas externas. Às vezes, é uma pessoa que estava tendo uma vida totalmente saudável e vem um episódio específico e ela evolui para o óbito. Uma vez, teve uma situação super desconfortável em que a gente estava reanimando um paciente com a porta fechada e a família estava do outro lado da parede. Quando sai da sala, só de olhar para a minha cara, a mãe falou “Drª, não diz para mim que meu filho morreu!!!” E ela ficou se abraçando em mim e gritando “Não diz que ele morreu...não diz que ele morreu”. Eu não consegui falar nada, só fiquei parada e o médico que estava comigo já saiu da sala chorando. A única reação que eu tive foi ficar parada, não tive reação nenhuma, só fiquei em choque e não pude dar o conforto que eu gostaria à família, eles estavam tão ansiosos para ter uma resposta e já sabiam que ele ia morrer, mas ainda tinham esperança da gente dar uma notícia diferente, só que não foi o que aconteceu. Então, foi muito ruim, me impactou bastante. São coisas difíceis de se esquecer e é como um filme que passa na minha cabeça...Sair da sala para dar a notícia.</i></p>
R2/R3	<p><b>Não existe suporte emocional</b></p>	<p><i>De forma geral, não existe suporte emocional, não tem um espaço para isso com uma psicóloga, não tem algo institucionalizado de apoio psicológico. Recentemente, com alguns casos que tiveram de colega residente que se suicidou, parece que a COREME começou a tentar buscar umas alternativas e disponibilizar esse apoio psicológico para os residentes que quisessem procurar, mas não sei a que fim levou exatamente isso, nem sei se realmente chegou a acontecer. No máximo, a gente conversa entre si ou com algum colega de residência que está rodando junto e que é da mesma especialidade.</i></p>
Staff	<p><b>Às vezes, você chega em casa meio mal</b></p>	<p><i>Quando a pessoa chega com toda a esperança de que você vai dar uma solução para ela e você não tem o que fazer, isso traz uma angústia extrema para a gente, uma exaustão, ansiedade, cansaço, uma certa tristeza, dá vontade de chorar. Aquelas situações que acabam com o seu dia e, às vezes, você chega em casa meio mal. Mas a gente tem que ver também que não tem o que fazer. Somos humanos, não somos deuses, a gente não faz milagres. A gente fica “Por que o diagnóstico não</i></p>

*foi feito antes?”. Mas você tem que entender que, às vezes, não é culpa sua.*

*Staff*  
**Às vezes, falar com  
 alguém sobre isso  
 melhora**

*Na maioria das vezes, a gente conversa, conta para alguém. Eu converso com quem trabalho junto, alguém da área médica ou até com quem moro “Olha, aconteceu tal coisa”, faço isso meio que para me libertar um pouco, desabafar. Às vezes, falar com alguém sobre isso melhora. Para você não ficar internalizando a emoção, pois uma hora você começa a ficar doente porque todo dia tem notícias ruins.*

Na Questão 9 aparecem tópicos relacionados à comunicação não verbal nos relatos: *Não transpareci isso para a família, pelo menos, não na frente deles (R1) e Quando sai da sala, só de olhar para a minha cara, a mãe falou ‘Dr<sup>a</sup>, não diz para mim que meu filho morreu!!! (R2/3).* Tais relatos confirmam o paradigma da teoria da comunicação da Escola de Palo Alto que propõe que a comunicação reside nas interações desenvolvidas entre o emissor e o receptor, todo e qualquer comportamento humano é um tipo de comunicação e que é possível identificar uma lógica comunicativa a partir da observação sistematizada de mensagens sucessivas no cenário da interação (Mattelart & Mattelart, 2005; Valente, 2011). Ademais, esses relatos ratificam também o axioma relacionada a impossibilidade de não comunicar, proposto por Watzlawick et al. (1993), posto que qualquer ação, palavra, silêncio ou olhar emite uma mensagem e comunica algo. Logo todo comportamento é uma comunicação e toda comunicação afeta o comportamento.

Os *staffs* referiram-se mais ao desconforto da situação e como isso os sobrecarrega, abordando o compartilhamento da experiência com colegas da profissão ou terceiros. Esse compartilhamento de experiência com outros colegas também foi referido pelos R1 e R2/3 e, apesar dos relatos diversos, o ponto em comum declarado pelos R1 e R2/3 é quanto à falta de suporte emocional para lidar com as notícias difíceis na residência. Afonso e Minayo (2017) entendem que a abordagem das implicações afetivas no processo de ensino e de trabalho em saúde oferta ao indivíduo a possibilidade de identificar e reconhecer a emoção vivida,

possibilitando assim que ela consiga adequar sua atuação e melhorar seu desempenho junto a pacientes e familiares, auxiliando a permanência saudável em campo.

Toivonena et. al., (2017) defendem que os sentimentos desconcertantes e as emoções dos estudantes devem ser abordados, sendo dispensado apoio a eles quanto aos desafios vivenciados na prática. A literatura destaca ainda que a necessidade de acolhimento ao medo, às angústias e à insegurança no processo de comunicação de notícias difíceis se faz necessária, pois as emoções interagem com o processo de ensino, favorecendo ou impactando a comunicação e a aprendizagem de modelos de assistência em saúde (Hurst et al., 2015; Karnieli-Miller et al., 2018; Lajoie, 2015; Toivonena et. al, 2017).

Para além das demandas teórico-práticas, é importante salientar que o acolhimento emocional se torna necessário, pois é um excelente exemplo de treinamento em serviço e humanização em saúde, pois fala de respeito e reciprocidade nas relações, ensinando aos estudantes ou profissionais que pedir ajuda e ser acolhido não demonstra que você é fraco, mas apenas que não está sozinho nas dificuldades. Isso inclusive poderia ser adotado pela abordagem veja um, faça um, ensine um.

## 7.2.10 – Recomendações para aprimoramento dos programas de residência médica

## Questão 10

*Caso seja **residente**: Atualmente, no programa de residência médica o que lhe ajudaria a se sentir mais bem preparada para realizar as comunicações de notícias difíceis? Você poderia dar alguns exemplos?*

*Caso seja **staff**: Atualmente, o que lhe ajudaria a se sentir mais bem preparada para ensinar, orientar ou supervisionar as comunicações de notícias difíceis aos residentes? Você poderia dar alguns exemplos?*

Momento na  
carreira

IC

DSC

R1

**Treinamento médico  
para dar notícias  
difíceis**

*Nós temos que treinar, a gente precisa aprender muito ainda. Eu acho que as primeiras notícias ruins nunca serão tão boas, assim como não serão passadas da forma que a gente gostaria. Querendo ou não, estamos aprendendo na residência. Às vezes, falamos alguma coisa errada ou achamos que alguma estratégia vai ser boa, mas acaba não sendo. Então é o momento de nós sabermos, porque daqui para frente vamos levar isso. Acho que o treinamento médico para dar notícias difíceis é essencial, tanto para a saúde no geral, quanto para os pacientes que vão ficar com uma doença grave. Nós fazemos prova, se temos avaliações práticas de RCP, por que não fazer uma avaliação sobre esse tema também? Para começar, uma simulação, uma aula prática sobre o protocolo SPIKES, isso deveria ser feito com mais frequência. Podíamos ter em conjunto com o pessoal que já sabe fazer e que nos mostre. Se tivéssemos isso, a situação já mudaria 200%. Deveríamos ter exemplos e práticas porque só colocam assim “Olha, o protocolo é esse, tá bom”, mas e a prática? Fica defasada. No fim das contas, ficamos por nossa conta e se a gente não tiver um bom preparo na faculdade ou na residência, depois sozinha, você não vai conseguir fazer de uma forma adequada, porque é só um dominó que vai caindo para frente.*

R1 **Amparo multiprofissional**

*As comunicações de notícias difíceis poderiam ser todas de forma multiprofissional. Em alguns casos nós damos com um R+, mas passando a residência nós vamos sozinhas. Seria interessante ter um amparo ou algumas orientações de outros profissionais para saber a visão deles. Seria um amparo multiprofissional da Psicologia, Assistência Social, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, enfim o pessoal da equipe mesmo. Não estou jogando a responsabilidade para outros profissionais, até porque quem iria falar ia ser eu, a médica de qualquer forma, mas seria bom ter um amparo, discutir isso antes e até ter algum desses profissionais conosco, alguém que já tenha experiência com isso. Em alguns casos, já foi feita essa organização multidisciplinar, mas houve situações em que não teve todo esse preparo e só foi dado o diagnóstico, não teve a equipe envolvida. Se conseguimos fazer em alguns casos e deu certo, por que não fazer isso com os outros?*

R1 **Ter mais momentos de envolvimento e apoio dos supervisores**

*Eu acho que o apoio dos chefes, dos staffs, que são os nossos superiores mais velhos. Nós chegamos para falar com o paciente e ele, por nos achar novas, acaba não dando tanta credibilidade. Acho que estar supervisionada, tendo o apoio de uma pessoa que é nosso superior, responsável por tudo o que a gente faz, seria bom. Assim, veríamos como uma pessoa mais vivida com essa situação, lida com isso. No meu caso, eu aprendo muito com exemplo, ao ver o que a pessoa está fazendo, eu vou lá e penso “Ah, legal! Gostei disso, vou fazer”. Eu já aprendi muito vendo os meus staffs, mas acredito que ter o staff por perto, presente, orientando como falar, seria melhor. Não para ele dar a notícia, porque precisamos aprender a dar também, mas para compartilhar a experiência dele junto com a gente. Alguns staffs se preocupam muito quando tem algum caso mais complicado, então eles nos chamam e a gente dá a notícia de maneira conjunta, vendo como eles fazem e tentando fazer também. Portanto, ter mais momentos de envolvimento e apoio dos supervisores seria bom.*



- R1 **A própria questão do apoio psicológico\***
- Talvez a própria questão do apoio psicológico. Depois de várias reuniões que a gente teve, a COREME colocou, mas no fim das contas, a gente não tem muito tempo. Acho que uma coisa que não fosse uma terapia pessoal, mas de tempos em tempos, vir uma psicóloga aqui para conversar com os residentes sobre as demandas e o que está ficando difícil. Porque eu espontaneamente não tenho nem tempo de ir lá procurar uma psicóloga. São tantas coisas para fazer, é avaliação de paciente, registro de prontuário, preparo de aula, reunião, estudo para prova, além das coisas de casa e da vida. Na hora que eu tenho tempo livre, eu vou descansar.*
- \*Fala de uma única pessoa.
- R2/R3 **Grupos mensais de conversa, de apoio e discussão**
- Eu acho que seria muito útil ter grupos mensais de conversa, de apoio e discussão, para a gente conseguir discutir não só os casos, mas a nossa reação e dividir com os outros. Ter uma pessoa responsável justamente para a gente poder debater, discutir essa comunicação, definir estratégias emocionais para lidar com isso, seria importante, além de ver os professores fazendo e depois começar a fazer. Porque dividindo experiências, a gente consegue adquirir e incorporar uma experiência de uma outra pessoa. Às vezes, isso ajuda até no nosso controle emocional.*
- R2/R3 **As psicólogas daqui também ajudam muito**
- As psicólogas daqui também ajudam muito, porque às vezes a gente não sabe como falar e elas ajudam, “Não, você fala assim, desse jeito”, vai preparando. Inclusive, a minha ideia do mundo ideal é que a gente deveria ter uma psicóloga só para gente.*
- R2/R3 **Estudar e ter conhecimento do protocolo SPIKES**
- Da parte técnica, a gente sabe que até existem protocolos para isso. Por exemplo, tem o protocolo SPIKES, eu acho que estudar e ter conhecimento disso ajuda a, pelo menos, ter uma estratégia na cabeça do que tem que fazer na hora de comunicar uma situação difícil.*

*Staff*            **Aula com as psicólogas**            *Eu acho que a residência precisa de aula com as psicólogas para elas explicarem porque cada paciente é de um jeito, elas têm mais vivência com isso e conseguem ver isso na prática. Então, se elas dessem uma parte teórica seria importante também.*

Na Questão 10 houve uma diferenciação nas perguntas feitas aos residentes e aos *staffs*. No caso dos primeiros, indagou-se o que lhes ajudariam a se sentir mais bem preparados para comunicar notícias difíceis; enquanto aos segundos, foi perguntado o que lhes ajudariam a se sentir mais bem preparados para ensinar, orientar ou supervisionar as comunicações de notícias difíceis aos residentes. Em ambos os grupos foram solicitadas indicações de exemplos. Os R1 e os R2/3 relataram a importância do treinamento médico por meio de aulas teórico-práticas, simulação com protocolo SPIKES (Hurst et al., 2015; Luttenberger et al., 2014; Neto et al., 2017; Schmitz et al., 2018; Skye et al., 2014; Williams-Reade et al., 2018), atuação de equipe multiprofissional e suporte na comunicação de notícias difíceis (Guzinski et al., 2019; Gibelo, Parsons, & Citero, 2020), grupos de discussão e apoio (Johnson et al., 2017; Karnieli-Miller et al., 2018; Skye et al., 2014; Toivonena et al., 2017; Williams-Reade et al., 2018), bem como mais momentos de envolvimento e apoio dos supervisores já que estes são referências de atuação e de comportamento na prática médica (Dias & Pio, 2019; Lamba et al., 2016). Além das discussões em grupo, os *staffs* referiram também o suporte multiprofissional por meio de aulas com as psicólogas.

Quanto ao suporte multiprofissional, ressalta-se que isto se trata de um dos eixos da PNEPS, denominado de Educação Interprofissional (EIP). A PNEPS (2018) entende que as complexas demandas de saúde contemporâneas exigem a formação de profissionais aptos a lidar com os desafios que envolvem mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico e dispositivos de trabalho adequados para atendê-los. O Ministério da Saúde considera que há uma EIP quando tem um modelo de formação estabelecido com ações integradas entre duas ou mais áreas, as quais favorecem mudanças em proveito da colaboração e da qualidade da atenção

dos usuários. Desse modo, frente a essas mudanças, a atuação em equipe interprofissional surge como medida estratégica para qualificação das ações em saúde e fortalecimento do trabalho colaborativo em equipe.

Houve um relato (R1), que apesar de não ter sido referido pelos outros participantes, foi adotado como um discurso no trabalho, pois aborda a questão do apoio psicológico não dentro de uma perspectiva individualista ou patologizante, mas sim a partir das referências de matriciamento Sousa e Jorge (2018) discutem que o apoio matricial ou matriciamento trata-se de um novo paradigma e uma metodologia para a gestão em saúde, a gestão das organizações e a gestão formativa nos serviços assistenciais. O matriciamento possibilita a construção de processos de trabalho fundamentados no encontro entre equipes de saúde, generalistas e especializadas, a partir do diálogo. Essa metodologia se estrutura por meio da troca de saberes e práticas, de maneira horizontal e compartilhada, onde ninguém é dono do conhecimento ou da verdade. O matriciamento busca romper as estruturas rígidas e hierarquizadas da clínica tradicional, alicerçadas na sintomatologia do modelo biomédico, buscando produzir uma clínica ampliada com atos de saúde que contemplem o sujeito, a subjetividade e as relações sociais. Sendo assim, frente a esse relato, espera-se que os dados apresentados neste estudo possam dar voz, acesso e espaço aos saberes vivenciais e renovação dos afetos dos participantes.

## Capítulo 8 - Considerações finais

Os resultados e a discussão demonstraram não haver abordagem teórico-prática para comunicação de notícias difíceis na residência, o que nos leva a concluir que a dificuldade nesse tipo de comunicação não se trata de especificidade dos participantes do estudo, mas sim de um déficit estrutural na formação curricular médica que, desde a graduação, não prioriza o ensino de habilidades comunicacionais como ferramentas ou instrumentos necessários à produção de cuidado em saúde. Dessa forma, torna-se necessário também estudos com os estudantes universitários para levantamento de outras informações acerca do perfil da graduação quanto à comunicação de notícias difíceis.

A partir dos relatos dos participantes, pode-se observar o emprego de processos pedagógicos conteudistas e estruturados em teorias e ferramentas tecnológicas duras, a fim de treinar o raciocínio clínico para torná-lo cada vez mais preciso. Isso tem sua função na formação médica, entretanto a crítica recai sobre a ênfase aplicada aos processos pedagógicos e tecnológicos duros que concorrem de forma desigual com as ferramentas tecnológicas leves, gerando um campo árido ao uso de práticas relacionais necessárias nos cuidados de saúde, tais como acolhimento, escuta, negociação, interpretação de histórias e troca de experiência com o outro. Tais práticas constituem requisitos precípuos não apenas para a comunicação de notícias difíceis, mas também para as outras abordagens assistenciais. Quando não devidamente trabalhadas, elas produzem sentimentos de despreparo e acarretam descompasso entre teoria e prática.

Diante de sentimentos como medo, ansiedade e insegurança vivenciados na prática clínica, o suporte emocional se faz necessário, a fim de se evitar fadiga ou esgotamento que interfiram no raciocínio clínico, na tomada de decisão e na relação dos profissionais de saúde com quem é assistido. No entanto, a crença da neutralidade na relação terapêutica e a aridez na

formação quanto às questões subjetivas podem dificultar o pedido de ajuda por quem vivencia um sofrimento emocional associado ao trabalho. Desse modo, como é possível transmitir segurança em comunicação de notícia difícil a um paciente ou uma família quando o próprio médico se sente despreparado ou inseguro para lidar com ela? Frente a isso, não é de se estranhar que os estudantes ou médicos adotem uma postura de distanciamento emocional diante do sofrimento no trabalho, transmitindo a ideia de frieza com a situação. Aqui vale a pena resgatar um verso da música Esquinas (1984), de Djavan, que diz: *Sabe lá, o que é não ter e ter que ter pra dar...Sabe lá*. Na verdade, o que se sabe é que se tratando de notícias difíceis, isso já pode ser um empecilho.

Em contexto de residência em saúde, recomenda-se que a abordagem psicológica seja prestada em caráter de apoio matricial ou matriciamento, o que inclusive otimiza o suporte psicológico prestado, pois o atendimento psicológico individual a residentes ou profissionais criaria uma demanda impossível de se dar seguimento por poucos psicólogos, podendo gerar demanda aos psicólogos hospitalares para que façam psicoterapia dos colegas de trabalho, o que não costuma ser eficiente.

O matriciamento trabalha com duas ou mais equipes, possibilitando o acolhimento destas e o compartilhamento de experiências no serviço, o que favorece a construção de uma proposta pedagógica-terapêutica delineada para o cenário de intervenção. Conforme o relato dos participantes do estudo, rodas de conversa, discussões em grupos e práticas de simulação, acompanhadas por pessoas com experiência nos assuntos, poderiam ser espaços fecundos para reflexão e (re)conciliação da teoria com a prática. Além disso, identificado nos programas pedagógicos horários protegidos de estudos que poderiam acolher essas práticas (clube de revista com revisão de temas científicos da atualidade, atividades teóricas independentes nos diversos estágios, reuniões clínicas para discussões de casos, além de carga horária semanal para aulas temáticas). A pesquisa identificou necessidade de se implementar atividades ou

programas de treinamento tanto para os residentes quanto para os *staffs* para melhor prepará-los para abordar ou ensinar notícias difíceis. Como foi referido pelos participantes, ver outros profissionais atuando (R+, *staffs* ou supervisores) constitui modalidade prática de aprendizagem na área, aqui identificada como a abordagem veja um, faça um, ensine um.

No caso de notícias difíceis, para além da atuação uniprofissional, ressalta-se a importância de ampliar a formação médica para uma abordagem interprofissional, por meio da articulação com diferentes campos, olhares e práticas de cuidado, em uma perspectiva biopsicossocial e de integralidade na assistência em saúde. Não se trata de delegar ou abrir mão de competências específicas da formação, mas sim de recorrer ao suporte de outros profissionais ou estar acompanhado destes em situações adversas, quando possível. Conforme observado na análise documental e nas entrevistas, a formação médica de fato é difícil; pois, além da carga horária vultosa, ela coloca o profissional em contato com cenários e situações complexas que mobilizam sentimentos tanto no paciente ou na família quanto no profissional. Isso é importante, pois como bem sinaliza Boff (1997) “Todo ponto de vista é a vista de um ponto” e agregar os esforços interprofissionais transmite a ideia de seguimento dos cuidados, minimizando a sensação de desamparo ou abandono do paciente e da família, mesmo quando o tratamento já não for mais modificador do curso da doença ou não reverter sequelas.

Quanto às limitações do estudo, a falta de espaço privativo no hospital para realização das entrevistas dificultou a coleta dos dados, pois houve interrupções de terceiros ou ruídos que inviabilizaram escuta de alguns trechos dos áudios. A questão do ambiente e da falta de espaço privativo foram listadas inclusive pelos participantes como um dos dificultadores para comunicação de notícias difíceis no hospital. Outra limitação refere-se à quantidade de participantes, o que dificultou a formulação de discurso pelos *staffs* na questão 6, pois não houve IC que se repetisse entre eles. O fato de ter sido realizado em apenas um hospital universitário também pode ser apontado como uma limitação, posto que dados de outros

cenários de residência trariam mais informações a respeito da formação na residência médica. Sugere-se também o aprofundamento dos estudos com cada especialidade, pois há a questão do perfil das áreas que também deve ser levado em consideração.

Entende-se que a mudança do termo má notícia para notícia difícil pode requerer algum tempo, posto que alguns conceitos são constituídos a longo prazo e decorrem de um senso coletivo e de práticas previamente estabelecidas, as quais nem sempre se mostram receptivas às mudanças. No mais, espera-se que o estudo contribua na discussão e no aperfeiçoamento da formação médica para a comunicação de notícias difíceis, a partir de uma perspectiva interprofissional para abordagem dessa temática, pois a Psicologia tem muito a contribuir nessa seara, assim como outras profissões de saúde. Por fim, para finalizar com uma boa notícia, vale resgatar um provérbio africano que diz: “Se você quer ir rápido, vá sozinho, mas se quiser ir longe, vá acompanhado!”.

## Referências

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2020). O que são cuidados paliativos?  
<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>
- Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME (2019). Seção: *What we do*.  
<https://www.acgme.org/What-We-Do/Overview>
- Afonso, S. B. C., & Minayo, M.C.S. (2017). Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 53-62  
<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.14592016>
- Almeida, R.T. & Ciosak, S.I. (2013). Comunicação do idoso e equipe de saúde da família: há integralidade? *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21(4), [7 telas].  
[scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf](https://scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf).
- Alves, R., Santos, G., Ferreira, P., Costa, A., & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180221>
- Andrade, E. F. (2015). Tecnologias digitais e ensino. *Artefactum – Revista de Estudos em Linguagem e Tecnologia.*, 7 (1). <http://artefactum.rafrom.com.br/index.php/artefactum/article/view/667>
- Araújo, J. A. & Leitão, E.M.P. (2012). A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11, 58-62.  
[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=327](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=327)
- Ayres, J.R.CM (2005) *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 549-560.
- Azeredo, N. S. G., Rocha, C. F., & Carvalho, P. R. A. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 37-43. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100006>



- Azevedo, A.P.M. (2018). *Trocas comunicativas sobre a violência: experiências intersubjetivas do Movimento pela Vida* (dissertação de mestrado), Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., & Kudelka, AP (2000). SPIKES – um protocolo em seis etapas para transmitir más notícias: aplicação ao paciente com câncer. *The oncologist*, 5, 302-311. <https://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baile, W. F. & Blatner, A. (2014). Teaching communication skills: Using action methods to enhance role-plays in problem-based learning. *Sim Healthcare*, 9, 220-227. <https://dx.doi.org/10.1097/SIH.0000000000000019>
- Bailer, C., Tomitch, L.M.B., & D'Ely, R.C.S. (2011). Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. *Revista Intercâmbio*, 14, 129-146. ISSN 2237-759x.
- Barbosa, H.M., Costa, I.M.M., Lopes, R.M.S, Tapety, F.I. Landim-Almeida, C.A.P. (2013). Desafios e perspectivas de profissionais que atuam em um serviço de atendimento domiciliar. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 3(4), 64-69. <https://dx.doi.org/10.26694/reufpi.v3i4.3323>
- Barroso, S. M., Ribeiro, S. B. F., Fonseca, M. C. I., & Silva, D. P. da. (2013). Dificuldades na Avaliação Neuropsicológica de Pacientes com Esclerose Múltipla. *Revista Neurociências*, 21(1), 53-59. <https://dx.doi.org/10.34024/rnc.2013.v21.8203>
- Boff, L. (1997). *A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana*. Vozes.
- Bolzani, Vanderlan da Silva. (2017). Mulheres na ciência: por que ainda somos tão poucas? *Ciência e Cultura*, 69(4), 56-59. <https://dx.doi.org/10.21800/2317-66602017000400017>
- Borges, M. S., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3),113-126.

- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. de A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136. <https://dx.doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Brambatti, L.P. (2007). *Compartilhado olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique* (tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Brasil (1977). Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/D80281.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm)
- Brasil (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)  
[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias)
- Brasil (2010). Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS): a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/sobre-o-programa>
- Brasil (2018). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): o que se tem produzido para o seu fortalecimento? (1ª ed. rev.). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)
- Brasil (2020). *Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020*, declara emergência de saúde pública de importância nacional (ESPIN), decorrente de infecção por COVID-19. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>

- Britto, I.A.G.S. & Elias, P.V.O. (2009). Análise comportamental das emoções. *Psicologia para América Latina*, (16).  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870350X2009000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2009000100004&lng=pt&tlng=pt).
- Brotto, A. M., & Guimarães, A. B. P. (2017). A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), 43-68. ISSN 2175-3547.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v15n1/15n1a04.pdf>
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad News: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138-142. <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>
- CanMEDS (2019). Seção: About CanMEDS.  
<http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101. <https://dx.doi.org/10.25752/psi.9725>
- Canhota, C. (2008). Qual a importância do estudo piloto? SILVA, E. E. (org.). *Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica* (p.69-72). Lisboa: APMCG.
- Carroll, L. (2007). *Alice no País das Maravilhas*. São Paulo: Martin Claret.
- Castro, E.K., Peuker, A.C., & Pinto, M.J.C. (2018). Perspectivas contemporâneas em saúde da mulher: contribuições da psicologia da saúde. In E.M.F. Seidl et al. (orgs). *Psicologia da saúde: teorias, conceitos e práticas* (pp. 133-154). Curitiba: Juruá.
- Ceccim, R.B. (2008). A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidade. *Revista Ciência e Saúde*, 1(1), 9-23. <https://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2008.1.3859>
- Chamon, E. M. Q. O. (2006). Representação Social da pesquisa pelos doutorandos em ciências exatas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 8-12.

- Chehuen Neto, J. A., Sirimarco, M. T., Cândido, T. C., Bicalho, T. C., Matos, B. O., Berbert, G.H., & Vital, L.V. (2013). Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4), 518-25. <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20130079>
- Chiavenato, I. (2008). Recursos humanos: o capital humano das organizações (8ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Coelho, M.T.V.C., Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 31-38. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Conselho Federal de Medicina (CFM) (2019). *Código de Ética Médica*. <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2005). *Resolução nº 010/05* sobre o Código de Ética Profissional do Psicólogo. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2012). *Resolução nº466/12* sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2016). *Resolução nº 510/16* sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Costa, F. D. & Azevedo, R. C. S. (2010). Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 261-269. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000200010>

- Costa, E.M. & Tuleski, S. C. (2017). Epistemologia pós-moderna e sua leitura de Vigotski. *Germinal: marxismo e educação em debate*, 158-167. <https://dx.doi.org/10.9771/gmed.v9i2.16811>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Cruz, C.O. & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Revista diagnóstica e tratamento*, 21(3), 106-108. [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt\\_v21n3\\_106-108.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf)
- Cunha, A. G. C. (2010). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (4ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Editora Lexikon.
- Deslandes, S. F., & Mitre, R.M.A. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 641-649.
- Dias, N.C. & Pio, D. A.M. (2019). Percepção dos Estudantes de Medicina sobre Comunicação de Más Notícias na Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1),254-264.<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180163>
- Diesel, A., Baldez, A.L.S., & Martins, S.N. (2017). Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Revista Thema*, 14(1), 268-288. <https://dx.doi.org/10.15536/thema.14.2017.268-288.404>
- Djavan (1984). *Esquinas*. <https://www.letras.mus.br/djavan/45521/>
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)(2019). *Hospitais universitários federais*. <http://www2.ebserh.gov.br/web/hub-unb>

- Ercole, F. F., Melo, L. S., & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Integrative review versus systematic review. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 102-106. <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- Fernández, C. & Galguera, L. (2009). *Teorías de la comunicación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ficanha, E.E., Silva, E.V., Rocha, V.M.P., Badke, M.R., Cogo, S.B., Silva, E.V., & Jacobi, L.F. (2020). Aspectos biopsicossociais relacionados ao isolamento social durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(8), e709986410, ISSN 2525-3409. <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6410>
- Figueiredo, M.Z.A., Chiari, B.M., & Goulart, B. N. G. de (2013). Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali quantitativa. *Distúrbios da comunicação*, 25(1), 129-136.
- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Gabarra, L.M. & Crepaldi, M.A. (2011). A comunicação médico-paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. *Psicologia Argumento*, 29(65), 209-218. <https://dx.doi.org/10.7213/rpa.v29i65.20335>
- Geovanini, F. & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias. *Revista Bioética*, 21(3), 455-462. doi:10.1590/S1983-80422013000300010
- Gibello, J., Parsons, H. A., & Citero, V.A. (2020). Importância da Comunicação de Más Notícias no Centro de Terapia Intensiva. *Revista da SBPH*, 23(1), 16-24. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582020000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582020000100003&lng=pt&tlng=pt).
- Gomes, R., Brino, R. F., Aquilante, A. G., & Silva de Avó, L.R. (2009). Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão

- bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 444-451. doi:10.1590/S0100-55022009000300014
- Gomes, A.L.Z., & Othero, M.B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155-166. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
- Grossi, M.G.R., Borja, S.D.B., Lopes, A.M., & Andalécio, A.M.L. (2016). As mulheres praticando ciência no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, 24(1), 11-30. <https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p11>
- Guzinski, C., Lopes, A.N.M., Flor, J., Migliavaca, J., Tortato, C., Dal Pai, D. (2019). Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-5. <https://dx.doi.org/10.1590/19831447.2019.20180353>.
- Hurst, S. A., Baroffio, A., Ummel, M., & Burn, C. L. (2015). Helping medical students to acquire a deeper understanding of truth-telling. *Medical Education Online*, 20(1). <https://dx.doi.org/10.3402/meo.v20.28133>
- Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF) (2019). *Principais questões sobre comunicação de notícias difíceis*. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-comunicacao-de-noticias-dificeis/>
- Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2010). *Comunicação de notícias difíceis: compartilhamento de desafios na atenção à saúde*. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/comunicacao-de-noticias-dificeis-compartilhamento-de-desafios-na-atencao-saude>
- Johnson, H.L. & Kimsey, D. (2012). Patient safety: break the silence. *AORN Journal*, 95(5), 591-601. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2012.03.002>.

- Johnson, E. M., Hamilton, M. F., Watson, R. S., Claxton, R., Barnett, M., Thompson, A. E., & Arnold, R. (2017). An intensive, simulation-based communication course for pediatric critical care medicine fellows. *Online Clinical Investigations*, 18(8), 348-355. doi:10.1097/PCC.0000000000001241
- Karnieli-Miller, O., Palombo, M., & Meitar, D. (2018). See, reflect, learn more: qualitative analysis of breaking bad news reflective narratives. *Medical Education*, 52(5), 497-512. <https://dx.doi.org/10.1111/medu.13582>
- Kripka, R.M.L., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa documental nas pesquisas qualitativas: conceitos e caracterização. *Revista de Investigações UNAD*, 14(2), 55-73. ISSN 0124 793X. <https://core.ac.uk/download/pdf/322589335.pdf>
- Kron, F. W. K., Fetters, M. D., Scerbo, M. W., White, C. B. Lypson, M. L., Padilla, M. A.... Becker, D. M. (2016). Using a computer simulation for teaching communication skills: a blinded multisite mixed methods randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 748-759. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.024>
- Lajoie, S. P., Hmelo-Silver, C., Wiseman, J., Chan, L. K., Lu, J., Khurana, C..... & Kazemitabar, M. (2014). Using online digital tools and video to support international problem-based learning. *The Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning*, 8(2), 60-75. <https://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1412>
- Lajoie, S. P., Lee, L., Poitras, E., Bassiri, M., Kazemitabar, M., Cruz-Panesso, I., ..., & Lu, J. (2015). The role of regulation in medical student learning in small groups: Regulating oneself and others' learning and emotions. *Computers in Human Behavior*, 52, 601-616. doi:10.1016/j.chb.2014.11.073
- Lamba, S., Tyrie, L.S., Bryczkowski, S., & Nagurka, R. (2016). Teaching surgery residents the skills to communicate difficult news to patiente and family members: A literature review. *Journal of Palliative Medicine*, 19 (1), 101-107. <https://dx.doi.org/10.1089/jpm.2015.0292>



- Lançoni Jr, A.C., Azevedo, A.V.S, & Crepaldi, M.A. (2017). Comunicação entre equipe de saúde, família, criança em unidade de queimados. *Revista Psicologia em Estudo (Maringá)*, 22(4), 623-634. <https://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v22i4.35849>
- Lefevre, F. & LefèvreA.M.C. (2003). *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs.
- Lefevre, F. & LefèvreA.M.C. (2005). *Depoimentos e discursos*. Brasília: Liberlivro.
- Lefevre, F. & LefèvreA.M.C. (2006). O sujeito coletivo que fala. *Interface*, 10(20), 517-524.
- Lefevre, F. & LefèvreA.M.C. (2010). *Pesquisa de Representação Social*. Brasília: Liberlivro.
- Lefevre, F. & LefèvreA.M.C., & Marques, M.C.C. (2009). Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência e saúde coletiva*, 14(4), 1193-1204.
- Lefèvre, F. & Lefèvre, A. M. C., & Teixeira, J. J. V. (2000). O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS.
- Lopes, A.A. (2000). Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46(3), 285-288. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302000000300015>
- Luttenberger, K., Graessel, E., Simon, C., & Donath, C. (2014). From board to bedside - training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Medical Education*, 14, 135-145. <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-135>
- Martino, L.M.S. (2017). *Teoria da comunicação: ideias, conceitos e métodos* (4ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Mattelart, A & Mattelart, M. (2005). *História das teorias da comunicação*. São Paulo: Edições Loyola

- Melo, N.T.P. (2018). *Comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde durante o processo de transplante de medula óssea em um centro especializado no Distrito Federal* (dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Merhy, E.E. & Feuerwerker, L.CM (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: E. E. Merhy et al. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* (pp.59-72). Rio de Janeiro, RJ: Hexis.
- Ministério da Educação (2014). *Diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina*. <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>
- Ministério da Educação (2018). *Residência Médica*. <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>
- Nassi-Calò, L. (2015). *Avaliação por pares: ruim com ela, pior sem ela*. [https://blog.scielo.org/blog/2015/04/17/avaliacao-por-pares-ruim-com-ela-pior-sem-ela/#.X2o7yWhKi02=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](https://blog.scielo.org/blog/2015/04/17/avaliacao-por-pares-ruim-com-ela-pior-sem-ela/#.X2o7yWhKi02=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)
- Neto, L. L. S., Silva, V. L. L., Lima, C. D. D., Moura, H. T. de M., Gonçalves, A. L. M., Pires, A. P. B., & Fernandes, V. G. (2017). Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(2), 260-268. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160063>
- Oliveira, I.B. (2012). Suporte ao paciente e à família na fase final da doença. In R.T. Carvalho & H.A. Parsons (orgs). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - 2ª ed.* (pp.544-555). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Oliveira, R.M., Leitão, I.M.T.A., Silva, L.M.S., Figueiredo, S.V., Sampaio, R.L., & Gondim, M.M. (2014). Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos

- às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery*, 18(1), 122-9. doi:10.5935/1414-8145.20140018.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines (2ª ed). Genebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004). World Alliance for Patient Safety: forward programme. Genebra. [https://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)
- Pádua, E. M. M. (2003). Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática (9ª ed.). Campinas, SP: Papyrus.
- Paiva, M. R. F., Parente, J. R. F., Brandão, I. R., & Queiroz, H. B. (2016). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. *SANARE*, 15(2), 145-153. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049>
- Parikh, P. P., White, M. T., Buckingham, L., & Tchorz, K. M. (2017). Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. *Journal of Surgical Research*, 211, 172-177. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2016.11.006>
- Pereira, A. P. (2018). A relevância do apoio familiar no tratamento do alcoolismo. *Anais De Medicina*. <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/15775>
- Pereira, C.R. (2010). *Comunicando más notícias: protocolo PACIENTE* (tese de doutorado), Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.
- Pereira, C. R., Calônego, M.A.M., Lemonica, L., & Barros, G.A.M. (2017). The P-A-C-I-E-N-TE Protocol: an instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43-49. <https://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>

- Pinheiro, M., Alves, M., Preto, G. R., & Almeida, L. C. (2005). Sobre as epilepsias e a aprendizagem do aluno epilético. *Revista Educação Em Questão*, 24(10), 191-210. <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/8317>
- Prado, R. M. & Fleith, D.S. (2012). Pesquisadoras brasileiras: conciliando talento, ciência e família. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64 (2), 19-34. ISSN: 0100-8692.
- Ramos, M.N.P. (2008). Comunicação e Saúde em contexto multicultural. IV ENECULT- Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. Faculdade de Comunicação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- Ramos, N. (2017). Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde. In: M.L.Rangel-S, & N. Ramos (org). *Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas* (pp. 149-172). Salvador: EDUFBA.
- Ribeiro, L.A. & Santana, L.C. (2015). Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. *Revista de Iniciação Científica Cairu*, 02(02), 75-96, ISSN 2258-1166.
- Robbins, S.P. (2004). *Fundamentos do comportamento organizacional* (7 ed.). São Paulo, SP: Pearson.
- Rocha, E.N.T. & Rocha, R.R. (2019). O tratamento de crianças hospitalizadas. *Journal of Specialist*, 1(2). ISSN 2595-6256. <http://www.journalofspecialist.com.br/jos/index.php/jos/article/view/99>
- Rodrigues, A D. (2000). Dicionário breve da informação e da comunicação, Lisboa: Presença.
- Rosa, B.M., Romeiro, F.B., & Castro, E.K. (2018), Comunicação de más notícias em saúde. In E.K. Castro & E. Remor (orgs). *Bases teóricas da psicología da saúde* (pp. 215-30). Curitiba: Appris.

- Ruiz R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: Una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6(4):159-167. <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v6n4/original7.pdf>
- Ruiz, P. (2006). *Psicología social de la comunicación: aspectos básicos y aplicados* (1ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sá, A. T. (2018). Uma abordagem matemática da informação: a teoria de Shannon e Weaver – possíveis leituras. *Logeion: Filosofia da Informação*, 5(1), 48-70. ISSN 2358-7806. <https://dx.doi.org/10.21728/logeion.2018v5n1.p48-70>.
- Said, G.F., Lima, C.C., & Alves, T. M. (2017). Não leia este texto! A Escola de Palo Alto e os paradoxos comunicacionais. *Comunicologia*, 10(2), 70-84. ISSN 1981-2132. <https://dx.doi.org/10.24860/comunicologia.v0i0.8793>
- Scheffer, M., Biancarelli, A., & Cassenote, A. (2011). *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp.
- Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A.G.A., Biancarelli, A., Miotto, B.A., & Mainardi, G.M. (2018). *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp. ISBN: 978-85-87077-55-4
- Schmitz, F. M., Schnabel, K. P., Bauer, D., Bachmann, C., Woermann, U., & Guttormsen, S. (2018). The learning effects of different presentations of worked examples on medical students' breaking-bad-news skills: A randomized and blinded field trial. *Patient Education and Counseling*, 101(8), 1439-1451. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.02.013>
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Seixas, C.T., Baduy, R.S., Cruz, K.T., Bortoletto, M.S.S., Slomp Junior, H., & Merhy E.E. (2019). O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface*, 23, 1-14. [doi.org/10.1590/Interface.170627](https://doi.org/10.1590/Interface.170627)

- Serra, J. P. (2007). Manual de teoria da comunicação. Portugal: Livros Labcom.
- Shannon, C. E. & Weaver, W. (1975). *A teoria matemática da comunicação*. Tradução de Orlando Agueda. São Paulo: DIFEL.
- Silva, A. E., Sousa, P. A., & Ribeiro, R. F. (2018). Comunicação de notícias difíceis: percepção de médicos que atuam em oncologia. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8(2482). doi:10.19175/recom.v7i0.2482
- Silva, A.F., Issi, H.B., Motta, M.G.C., Botene, D.Z.A. (2015). Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Revista gaúcha de enfermagem*. 36(2), 56-62. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129504>
- Souza, F.S.P. & Jorge, M.S.B (2018). Matriciamento como arranjo para gestão. In M.S.B. Jorge, M.R.R. Carvalho e L.S.P. Costa (orgs). *Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas* (pp.14-19). Fortaleza: EdUECE.
- Skye, E. P., Wagenschutz, H., Steiger, J. A., & Kumagai, A. K. (2014). Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *Journal of Cancer Education*, 29(4), 704-708. doi:10.1007/s13187-014-0641-y
- Souza, C. S., Iglesias, A. G., & Pazin-Filho, A. (2014). Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. *Medicina*, 47(3), 284-292. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p284-292>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Stefanelli, M.C. & Carvalho, E.C. (2012). *A contribuição nos diferentes contextos da enfermagem* (2ª ed.). São Paulo: Manole.

- Stellyes, C. E. V. (2017). Comunicação em el currículo médico. *Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 36(1), 59-70. <https://dx.doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a08>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Taquette, S. R. & Minayo, M. C. S. (2015). Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(1), 60-67. [doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02112014](https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02112014)
- The Guardian (2011, 12 de outubro). *Robert Buckman obituary*. <https://www.theguardian.com/books/2011/oct/12/rob-buckman>
- Toivonena, A. K., Lindblom-Ylänne, S., Louhialaa, P., & Pyörälä, E. (2017). Medical students' reflections on emotions concerning breaking bad news. *Patient, Education and Counseling*, 100(10), 1903-1909. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.036>
- Valente, R.G.M.R. (2011). *A comunicação organizacional e as tecnologias de informação e comunicação: um estudo de caso no grupo DST*, (dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Vergara, S. C. (2009). *Métodos de coleta de dados no campo*. São Paulo: Atlas.
- Vianna, L.M., Bruzstyn, I., & Santos, M. (2008). Ambientes de Saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. *Caderno de Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 16(1), 7-20. [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008\\_1/artigos/CSC\\_IESC\\_2008\\_1\\_1.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008_1/artigos/CSC_IESC_2008_1_1.pdf)
- Vigorena, D.L. & Battisti, P.S. (2012). Procedimentos de coleta de dados em trabalhos de conclusão do curso de Secretariado Executivo da Unioeste/PR. *Secretariado Executivo Em Revist@*, 7. <http://seer.upf.br/index.php/ser/article/view/2329>
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1993). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.

Williams-Reade, J.; Lobo, E.; Whittemore, A. A.; Parra, L., & Baerg, J. (2018). Enhancing Residents' Compassionate Communication to Family Members: A Family Systems Breaking Bad News Simulation. *Families, Systems, & Health*, 36(4), 523-527. <https://dx.doi.org/10.1037/fsh0000331>



**Anexo 1**

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Notícias difíceis na formação médica: desafios e possibilidades de comunicação em um hospital universitário **Pesquisador:** ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER **Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16723619.8.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.528.098

**Apresentação do Projeto:**

Texto informado pela pesquisadora: "Embora a comunicação de notícias difíceis seja bastante recorrente em saúde, ela constitui um campo incerto e uma tarefa árdua aos profissionais que nem sempre se encontram preparados e motivados a fazê-la. No caso dos médicos, isto se torna particularmente importante, considerando a prerrogativa de comunicação diagnóstica, conforme orientação do código de ética profissional que os coloca frente ao imperativo dessa ação. Desse modo, este estudo propõe-se compreender como ocorre a preparação de médicos residentes para comunicação de notícias difíceis em um hospital universitário do Distrito Federal (DF), levantando aspectos que contribuam ou não para a prática do profissional. Será feita uma análise documental das ementas das disciplinas relacionadas aos tópicos de relação médico-paciente e comunicação no tratamento. Nessas disciplinas, procurar-se-á identificar a presença ou não do tema de notícias difíceis na abordagem com o paciente/familiar, a metodologia empregada na formação dos profissionais e as referências teóricas adotadas no ensino. Com entrevista semiestruturada, espera-se entrevistar 20 participantes (quatro preceptores ou staffs, oito residentes do primeiro ano e oito residentes do último ano) dos programas de residência em clínica médica, cirurgia geral, pediatria e ginecologia e obstetria do Hospital Universitário de Brasília (HUB). A partir dos resultados, espera-se contribuir com informações pertinentes à Educação Permanente e os possíveis desafios na comunicação de notícias difíceis na formação médica".

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral da pesquisa é compreender como ocorre a preparação de médicos residentes para comunicação de notícias difíceis em um hospital universitário do Distrito Federal (DF), levantando aspectos que contribuam ou não para a prática do profissional. Como objetivos secundários, pretende-se: 1) identificar os conteúdos e a metodologia utilizados sobre comunicação na residência médica; 2) identificar as dificuldades enfrentadas e as estratégias empregadas pelos participantes na comunicação de notícias difíceis; 3) mapear aspectos facilitadores ou dificultadores do processo de ensino e aprendizagem de notícias difíceis na residência médica de um hospital universitário do DF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Texto informado pela pesquisadora: "A pesquisa oferece risco mínimo aos participantes. Três dias após a entrevista, será feito contato com os participantes via whats app para verificar como os mesmos se encontram em relação ao trabalho realizado na coleta de dados. Caso os participantes sinalizem desconforto psíquico ou a pesquisadora identifique necessidade de suporte psicológico, será disponibilizado um atendimento breve e focal com consequente encaminhamento para o serviço psicológico do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) da UnB, para a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (RAPS/DF) ou a outro serviço psicológico que o participante disponha. Dessa forma, os participantes estarão assegurados de possíveis complicações ou danos decorrentes do envolvimento com a pesquisa. (...) A pesquisa proporcionará benefícios a médio e longo prazo aos participantes. Após a

finalização do mestrado será feita devolutiva dos resultados ao HUB, com intuito de formular uma atividade de Educação Permanente junto aos programas de residência participantes da pesquisa".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa está de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou todos os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Conforme consta do projeto de pesquisa, não haverá gravação da imagem dos participantes. Assim, não é necessário utilizar o termo de uso da imagem e som de voz para fins de pesquisa. Da mesma forma, recomenda-se a retirada da referência à filmagem no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Este projeto de pesquisa não apresenta pendências. Foi aprovado pelo CEP/CHS.

**Considerações Finais a critério do CEP:****Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1367726.pdf	02/07/2019 23:58:21		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	02/07/2019 23:56:07	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Outros	instrumento_2.pdf	02/07/2019 23:54:38	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Outros	instrumento.pdf	02/07/2019 23:54:00	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Outros	lattesesther_pesquisadora.pdf	27/06/2019 23:14:32	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Outros	latteslarissa_orientadora.pdf	27/06/2019 23:10:58	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Outros	lattesestefany_auxiliar.pdf	27/06/2019 23:10:03	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Outros	lattesdebora_auxiliar.pdf	27/06/2019 23:07:45	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromisso.pdf	24/06/2019 21:44:39	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciainstitucional.pdf	24/06/2019 21:41:46	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cienciainstituicaocoparticipante.pdf	24/06/2019 21:41:00	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	HUBprojeto.pdf	23/06/2019 22:37:41	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	23/06/2019 22:34:02	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/06/2019 22:03:57	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Outros	autorizacaovoz.pdf	23/06/2019 21:56:55	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/06/2019 21:53:22	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
---	----------	------------------------	--------------------------------	--------

Página 03 de

Outros	cartarevisaoetica.pdf	23/06/2019 21:26:39	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	23/06/2019 21:25:17	ESTHER ALMEIDA DA SILVA XAVIER	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 23 de Agosto de 2019

---

**Assinado por:**  
**Érica Quinaglia Silva**  
**(Coordenador(a))**

## Anexo 2



UnB | HUB

EBSERH

Ministério da  
Educação

## DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de acesso às dependências do Hospital Universitário de Brasília listadas abaixo, que a Pesquisadora **Esther Almeida da Silva Xavier**, CPF 938.812.071-04, teve sua pesquisa aprovada pelo HUB e CEP/IH e recebeu autorização para realizar suas visitas no período abaixo referido:

Período: **setembro a dezembro de 2019.**

Locais: Clínica Médica

Cirurgia Geral

Pediatria

Ginecologia/Obstetrícia

Brasília, 11 de setembro de 2019.

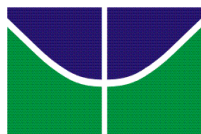
Fernando Araújo R. de Oliveira

Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica

GEP/HUB/UnB

SIAPE 2658839

### Anexo 3



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Departamento de Psicologia Clínica-PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPGPsiCC

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Notícias difíceis na formação médica: desafios e possibilidades de comunicação em um hospital universitário*”, de responsabilidade de *Esther Almeida da Silva Xavier*, aluna de mestrado da *Universidade de Brasília*. O objetivo desta pesquisa é compreender como ocorre a preparação de médicos residentes para comunicação de notícias difíceis em um hospital universitário do Distrito Federal (DF), levantando aspectos que contribuam ou não para a prática do profissional. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Asseguro-lhe de que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação (roteiro de coleta de dados e entrevista gravada) ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável. Será realizada também análise documental de ementas das disciplinas do programa de residência médica relacionadas à relação médico-paciente e à comunicação no tratamento.

Sua participação na pesquisa implica em risco mínimo. Caso você necessite de suporte psicológico em virtude de mal-estar decorrente da coleta de dados, será disponibilizado um atendimento breve e focal com a pesquisadora ou algum membro da equipe de pesquisa, com consequente encaminhamento para o serviço psicológico do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), da UnB, para a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (RAPS/DF) ou a outro serviço psicológico que você disponha. Dessa forma, você estará assegurado(a) contra possíveis complicações ou danos decorrentes do envolvimento com a pesquisa.

A pesquisa pretende levantar informações pertinentes à formação profissional de médicos de quatro programas de residência do HUB (clínica médica, cirurgia geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia), no tocante à comunicação de notícias difíceis. Assim, a partir dos resultados, espera-se contribuir com uma proposta de Educação Permanente ao serviço, tendo em vista a missão dessa instituição de “cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 98117-6954 ou pelo e-mail [esther.gea.ex@gmail.com](mailto:esther.gea.ex@gmail.com) . A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos HUB, orientando o trabalho das necessidades identificadas no estudo e podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas, da Universidade de Brasília - CEP/CHS. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/CHS [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br) . Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra contigo.

\_\_\_\_\_

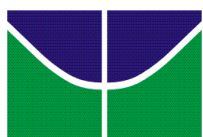
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora

Brasília/DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Anexo 4



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Departamento de Psicologia Clínica-PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC

### ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

#### Momento inicial

Apresentação da pesquisadora ou das auxiliares de pesquisa, informações gerais do trabalho, compartilhamento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para assinatura.

#### Entrevista semiestruturada

*“Iremos conversar sobre o preparo médico para comunicar notícias difíceis. Essas notícias podem ser qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares e que implique, direta ou indiretamente, em alguma alteração negativa em suas vidas, a exemplo da comunicação de um diagnóstico, prognóstico e tratamento de uma doença. Dessa forma, farei algumas perguntas e, por gentileza, compartilhe o que considere importante sobre esse tema. A partir do seu percurso pessoal e profissional, diga o que lhe ajudou ou não a abordar esse assunto com pacientes ou familiares. Caso não entenda a pergunta, fique à vontade para pedir que eu repita, ok.”*

Início da entrevista: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

Sexo: ( ) F ( ) M

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local da entrevista: \_\_\_\_\_

( ) Clínica Médica ( ) Cirurgia geral ( ) Pediatria ( ) Ginecologia e Obstetrícia

Há quanto tempo você se graduou em medicina? \_\_\_\_\_

Situação atual:

( ) Residente - ( ) 1º ano ( ) Último ano

( ) Preceptor / staff - Há quanto tempo participa da residência médica? \_\_\_\_\_



- 1) O que motivou a escolha de sua área de formação? Você poderia citar experiências pessoais, familiares ou outras quaisquer que tenha tido e contribuído para sua escolha profissional?
- 2) Na sua área, em que situações são comunicadas notícias difíceis a pacientes ou familiares?
- 3) Quais notícias você considera mais difíceis de serem comunicadas?
- 4) Como você se prepara para comunicar notícias difíceis?
- 5) Quais as dificuldades enfrentadas na comunicação de notícias difíceis?
- 6) Quais estratégias você considera que o ajudam a comunicar notícias difíceis?
- 7) Em sua formação universitária, o que lhe ajudou na preparação para comunicar notícias difíceis a pacientes ou familiares?
- 8) Na época de sua formação universitária, o que você considera que tenha faltado no preparo para abordagem de notícias difíceis com pacientes ou familiares?
- 9) Você poderia dar um exemplo de comunicação de notícias difíceis que te mobilizou e falar sobre como se sentiu nessa situação?
- 10) *Caso seja residente:* atualmente, no programa de residência médica, o que lhe ajudaria a se sentir melhor preparado(a) para realizar as comunicações de notícias difíceis? Você poderia dar alguns exemplos?  
*Caso seja preceptor(a)/staff:* atualmente, o que lhe ajudaria a se sentir melhor preparado(a) para ensinar, orientar ou supervisionar as comunicações de notícias difíceis aos residentes? Você poderia dar alguns exemplos?

*Apesar da participação na pesquisa implicar em risco mínimo, você poderia passar seu telefone para que possamos realizar contato posterior e checar se você ficou bem após a entrevista? \_\_\_\_\_*

Término da entrevista: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min



**Anexo 6****IAD 2**

Pergunta:

<b>IDEIA CENTRAL</b>	<b>DSC</b>