

## COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS QUE ATUAM EM ONCOLOGIA

### COMMUNICATION OF BAD NEWS: PERCEPTION OF PHYSICIANS WORKING IN ONCOLOGY

### COMUNICACIÓN DE NOTICIAS DIFÍCILES: LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS QUE TRABAJAN EN ONCOLOGÍA

Alexandre Ernesto Silva<sup>1</sup>, Paulo Alves Sousa<sup>2</sup>, Renato Ferreira Ribeiro<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** conhecer a prática de médicos que atuam em oncologia na comunicação de notícias difíceis, identificando estratégias e dificuldades em realizá-la. **Método:** qualitativo descritivo, realizada com quinze médicos que atuam em oncologia. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado elaborado pelos autores. **Resultados:** notou-se que, paradoxalmente ao contexto da humanização na atenção à saúde, o processo de ensino e aprendizagem tem desprezado pilares da atenção humanizada. Notou-se a insipiência do conhecimento sobre comunicação de notícias difíceis juntamente com a carência de disciplinas que abordam o tema durante a graduação médica. **Conclusão:** para o enfrentamento de situações adversas como a comunicação de notícias difíceis não existe uma capacitação apta a resolver totalmente os sentimentos negativos envolvidos nesse processo. Reafirma-se a necessidade da implantação de estratégias educacionais que caminhem em direção a uma formação médica sincronizada com o processo de humanização da assistência à saúde e com os fatores psicossociais que envolvem o tema da morte.

**Descritores:** Comunicação; Relações médico-paciente; Educação Médica; Ética.

#### ABSTRACT

**Objective:** to know the practice of physicians working in oncology on the communication of bad news, identifying strategies and difficulties in accomplishing it. **Method:** qualitative descriptive study performed with fifteen physicians working in oncology. We collected the data by means of an interview through semi-structured script prepared by the authors. **Results:** we noted that, paradoxically to the context of humanization in health care, the teaching and learning process has neglected pillars of humanized care. There is incipient knowledge about the communication of bad news, and lack of disciplines that approach this topic during medical training. **Conclusion:** in order to deal with adverse situations, such as the communication of bad news, there is no training available to fully resolve the negative feelings involved in this process. We reaffirm the need to implement educational strategies that move towards a medical education synchronized with the humanization process of health care and with the psychosocial factors that involve death.

**Descriptors:** Communication; Physician-patient relations; Education, medical; Ethics.

#### RESUMEN

**Objetivo:** conocer la práctica de médicos que actúan en oncología sobre la comunicación de noticias difíciles, identificando estrategias y dificultades en realizarla. **Método:** cualitativo descriptivo, realizado con quince médicos que actúan en oncología. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista con un guion semiestruturado elaborado por los autores. **Resultados:** se notó que, paradójicamente al contexto de la humanización en la atención a la salud, el proceso de enseñanza y aprendizaje ha despreciado pilares de la atención humanizada. Se notó la insipiente del conocimiento sobre comunicación de noticias difíciles, junto con la carencia de materias que abordan el tema durante la graduación médica. **Conclusión:** para el enfrentamiento de situaciones adversas, como la comunicación de noticias difíciles, no existe una capacitación apta a resolver totalmente los sentimientos negativos involucrados en ese proceso. Se reafirma la necesidad de la implantación de estrategias educativas que caminen hacia una formación médica sincronizada con el proceso de humanización de la asistencia a la salud y con los factores psicossociales que envuelven el tema de la muerte.

**Descritores:** Comunicación; Relaciones Médico-Paciente; Educación médica; Ética.

<sup>1</sup>Graduado em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente na Universidade Federal de São João del-Rei. <sup>2</sup>Graduado em Nutrição pela Universidade de Itaúna. <sup>3</sup>Graduado em Medicina pela Universidade Federal de São João del-Rei.

#### Como citar este artigo:

Sousa PA, Silva AE, Ribeiro RF. Comunicação de Notícias Difíceis: Percepção de Médicos Que Atuam em Oncologia. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018;8:e2482. [Access\_\_\_\_\_]; Available in:\_\_\_\_\_.  
<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2482>

## INTRODUÇÃO

As notícias difíceis no contexto dos cuidados de final de vida são aquelas que alteram drástica e negativamente a perspectiva do paciente. Incluem situações que apresentam ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social pelas repercussões físicas e psicossociais que acarretam. São geralmente relacionadas a uma doença grave, crônica e sem possibilidade de terapia curativa<sup>(1)</sup>.

O ato de transmitir notícias difíceis, provavelmente, estará presente em algum momento da prática médica. Segundo o atual Código de Ética Médica, entre outras tarefas, cabe ao médico comunicar diagnósticos ao paciente, ação que pode impor entraves na relação médico-paciente e entre os demais profissionais da equipe de saúde<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, a comunicação se configura como um elemento crucial no cuidado com o paciente oncológico e fora de possibilidades terapêuticas de cura atual, pois funciona como ferramenta para o estabelecimento e fortalecimento da relação entre ele e o médico que o assiste<sup>(3)</sup>.

É esperado que a maioria das pessoas após receber uma má notícia, apresente sentimentos negativos. No entanto, isso pode ser acentuado quando a notícia é transmitida de forma insensível e desorganizada<sup>(1)</sup>. Observa-se que menos de 25% das publicações científicas sobre como comunicar más notícias são baseadas em estudos originais e que os residentes em medicina geralmente não têm a competência necessária em transmiti-la aos pacientes<sup>(4,5)</sup>. Contudo, uma capacitação de residentes e acadêmicos com o intuito de desenvolver habilidades para comunicar más notícias pode reduzir essa lacuna da prática profissional<sup>(5)</sup>.

Assim, o presente estudo se justifica, principalmente, pela possibilidade de complementar o direcionamento de protocolos que dizem respeito à comunicação de notícias difíceis na atenção à saúde. Para tanto, a avaliação de médicos é justificada pelo fato de ser, este, o principal profissional eticamente incumbido de tal tarefa, especificamente, quando se refere ao diagnóstico médico. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo conhecer a prática de médicos que atuam em oncologia sobre a comunicação de notícias difíceis, identificando estratégias e dificuldades em realizá-la.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, que busca conhecer a percepção do profissional médico frente à comunicação de notícias difíceis aos pacientes oncológicos e seus familiares.

Como pesquisa qualitativa descritiva, o trabalho consistiu em descrever características de uma determinada população e fenômeno e estabelecer relações entre variáveis obtidas por meio da coleta de dados, visando compreender fenômenos voltados para a percepção, intuição, subjetividade no contexto das relações humanas<sup>(6)</sup>.

A pesquisa foi realizada numa unidade oncológica de um hospital de grande porte situado na região ampliada de saúde do Centro-Oeste de Minas Gerais. Esse serviço conta com 17 leitos, sendo 13 deles reservados para o SUS. Tal região de saúde possui uma população estimada de 438.297 habitantes segundo dados demográficos do DATASUS no ano de 2012<sup>(7)</sup>.

Os participantes foram quinze médicos que atuam na unidade oncológica citada anteriormente, diagnosticando, dentre outras situações, a impossibilidade de cura atual e encaminhando os pacientes aos Cuidados Paliativos. Foram incluídos médicos regulamentados pela lei do exercício profissional nº 12.842, por meio da inscrição no Conselho Regional Medicina (CRM- MG) e excluídos os que estiveram no período de férias ou licença médica.

A coleta de dados foi iniciada após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 1.234.799) e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante da pesquisa conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado elaborado pelos autores com as seguintes questões norteadoras: “O que você entende por comunicação de notícias difíceis?”, “Como você se sente a respeito de suas habilidades para transmitir notícias difíceis?”, “Quais as dificuldades encontradas ao comunicar más notícias?”, “Quais as estratégias que você utiliza para comunicar uma má notícia?”.

As entrevistas foram realizadas em consultório reservado, designado pela coordenação do serviço da unidade descrita, sendo gravadas em Mp4. O áudio foi

posteriormente transcrito na íntegra. Para assegurar o caráter sigiloso das informações, foram atribuídos códigos aos entrevistados (E1, E2, E3...).

Para a análise dos dados, foi usada a Análise de Conteúdo segundo Bardin, método que permite a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e/ou recepção das mensagens<sup>(6)</sup>.

A Análise de Conteúdo é composta por três etapas<sup>(6)</sup>:

1- Pré-análise: escolha do material a ser analisado, retomando as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e elaborando-se indicadores para a interpretação final.

2- Exploração do material: classificação e agrupamento dos dados, escolhendo as categorias que comandarão a especificação dos temas.

3- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: organização dos dados brutos, refletindo com base na revisão teórica, estabelecendo relações com a realidade e aprofundando a conexão de ideias.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados quinze médicos que trabalham na área oncológica, com uma média de 10 anos de prática profissional, incluindo clínicos e cirurgiões. A partir da análise das falas transcritas, foram obtidas as seguintes categorias:

### 1. A prática da comunicação de notícias difíceis e a formação médica

A prática médica apoia-se em três tipos de tecnologias. De forma simplificada, definem-se “tecnologias duras” como os equipamentos utilizados na prática profissional; “tecnologias leves-duras” como os conhecimentos estruturados; e “tecnologias leves” como a produção das relações entre dois sujeitos, basicamente ao que tange a relação médico-paciente<sup>(8)</sup>. Nota-se que a comunicação se configura como um elemento tanto da tecnologia leve-dura quanto das tecnologias leves, o que pode incluir o campo da comunicação de notícias difíceis. Tal habilidade funciona como ferramenta para o estabelecimento e fortalecimento da relação entre o paciente em situação desfavorável e o médico que o assiste<sup>(3)</sup>. No entanto, isso nem sempre ocorre de forma satisfatória e eficaz. Observa-se a existência de

uma tenuidade entre o sentido da expressão “tecnologias leves” e a real dimensão da tarefa de comunicar notícias difíceis. O trecho da fala do entrevistado E1 é ilustrativo neste aspecto: “O que eu considero difícil, muitas vezes, é o não entendimento ou quando o paciente tem uma negação muito grande pra aceitar o que está sendo comunicado, [...] quando existe uma negação dele ou por parte da família, isso gera um certo estresse nessa comunicação.” (E1)

A dificuldade em transpassar as barreiras das relações interpessoais e a harmonia necessária entre a emissão e a recepção de uma mensagem soma-se à complexidade do enfrentamento de situações de final de vida ou fim do processo curativo de uma determinada doença. Isso pode ser explicado, em parte, pelo fato de a formação médica ser pautada predominantemente no modelo biomédico. De forma paradoxal ao contexto da humanização na atenção à saúde, o processo de ensino e aprendizagem tem desprezado certos pilares da atenção humanizada, na medida em que a perspectiva biologicista do modelo biomédico se impõe no processo de formação. Isso se revela pela carência de disciplinas que abordam a morte, o processo de morrer, e as possibilidades no campo dos cuidados paliativos nos currículos dos cursos de graduação médica<sup>(1)</sup>.

Vê-se que a ciência assimilou muito bem o conceito de vida, mas há uma fragilidade em explicar o de morte, que é interpretada, na maioria das vezes, como uma contraposição contraditória da vida<sup>(9)</sup>. Isso reforça a tendência da formação e a da capacitação médica ser voltada para as “tecnologias duras”, com investimento na cura ou “não-doença”, e a escassez no investimento de ferramentas que possibilitam trabalhar alternativas e focos além do processo curativista. A fala do entrevistado E2 reforça essa ideia: “Tenho mais ou menos cinco anos de prática. Trabalho numa especialidade muito grave, com pacientes oncológicos graves, e ainda tenho dificuldade. Acabei de ter uma perda que aconteceu no sábado e até eu mesmo não estou aceitando a perda do meu paciente. [...] Então, até a gente precisa de um pouco mais de treinamento pra isso mesmo.” (E2)

Outros aspectos observados nas falas dos entrevistados foram a superficialidade e a insipiência sobre comunicação de notícias difíceis, mesmo não sendo possível estabelecer parâmetros para a avaliação do real

conhecimento dessa habilidade. Nota-se, nas falas, citações, sobre a existência de construções teóricas e protocolos; no entanto, poucos discorreram ou os detalharam como parte integrante e presente em suas práticas: “Se não me falha a memória, o que eu usei de guia no começo da minha carreira foi um manual do INCA de abordagem de paciente oncológico”. (E3) “[...] me lembro também de ter visto um manual, se não me engano do Ministério da Saúde, e achei a abordagem um tanto quanto superficial e muito pouco específica”. (E4)

A literatura oferece guias mostrando como sistematizar a comunicação de uma notícia difícil, tornando-a menos traumática para o profissional e ao mesmo tempo, focalizando a atenção no paciente. Muitos autores, desde a década de 1980, procuraram resumir as principais recomendações para esse processo de comunicação, sendo que a maioria segue uma abordagem linear e são constituídas por passos semelhantes: preparação para a informação; comunicação da notícia; e acompanhamento (*feedback* emocional, responder questionamentos, avaliar próximos passos, encerrar a consulta)<sup>(4)</sup>. Desde então, houve vários modelos criados, incluindo *ABCDE*, *GUIDE* e *BREAKS*; todos tendo seus principais elementos de comunicação em comum, com alguma variação nos termos específicos utilizados e na sequência dos elementos<sup>(10)</sup>.

O modelo mais comumente utilizado e citado na literatura, no entanto, é o protocolo *SPIKES*<sup>(11)</sup>. Ele é utilizado para orientar os médicos a comunicarem notícias difíceis, objetivando habilitar o médico a recolher informações dos pacientes, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento. Tal protocolo aborda diretrizes básicas como: postura do profissional (*setting*), percepção do paciente (*perception*), troca de informação (*invitation*), conhecimento (*knowledge*), explorar e enfatizar as emoções (*explore emotions*), estratégias e síntese (*strategy and summary*). São passos para “dar notícias difíceis” em situações adversas como óbitos, má formação de feto, comunicação ao paciente oncológico, entrevista familiar para captação de órgãos<sup>(11)</sup>. Alguns entrevistados o citam: “Você tem o *SPIKES*, você tem construções teóricas que falam sobre linguagem verbal, linguagem não verbal, sobre ambiente de

comunicação, sobre a forma adequada, horário, relacionamento com família, a importância de cada um desses tópicos aí de linguagem corporal, de olhar, de toque, de relação interpessoal, como que isso é construído de maneira a se ganhar o tempo de assimilação para esse doente.” (E5) “[...] nesses meus estudos, também eu conheci o *SPIKES* que é próprio pra oncologia e a gente vem tentando utilizar na nossa prática.” (E6)

Mesmo com protocolos instituídos, a maioria dos médicos utiliza sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia, porém, sabe-se que o resultado nem sempre é satisfatório<sup>(2)</sup>. Sobre este aspecto, um grupo de pesquisadores concluiu, por meio de um estudo randomizado com oncologistas do Reino Unido, que profissionais mais experientes não são necessariamente mais hábeis ao lidar com os problemas relativos à comunicação com seus pacientes. Segundo os pesquisadores do estudo citado, as habilidades de comunicação não são adquiridas com o tempo, mas sim com adequada capacitação<sup>(12)</sup>. Isso é contraposto nas falas dos entrevistados, deixando claro que é por meio de erros e acertos ou outras estratégias empíricas que suas ações e retroações são guiadas na prática profissional. Seguem as falas dos entrevistados E7 e E8: “O que eu sei sobre comunicação de notícias difíceis é o que eu aprendi no dia a dia mesmo, conversando com as famílias, vendo como é a aceitação da família do paciente da forma como isso é falado.” (E7) “Eu não conheço nenhum protocolo ou método científico para dar notícias difíceis [...]. Infelizmente, algumas vezes, vendo o que não deu certo e não se utilizando mais daquilo, e aquilo que dá certo, tentando praticar mais daquela forma.” (E8)

Torna-se congruente a necessidade de estratégias de incorporação de cuidados paliativos nos currículos de graduação. Isso pode impactar positivamente na atitude dos profissionais ao aumentar habilidades de comunicação e minimizar os fatores negativos em relação à morte e o morrer<sup>(13)</sup>. Isso foi mostrado num estudo coreano, em que foi revelado que alunos, após um curso sobre “humanização no fim da vida”, melhoraram suas habilidades de comunicação, a ansiedade e atitudes frente à morte<sup>(14)</sup>.

Já foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre os profissionais com e sem formação prévia em

cuidados paliativos quanto ao conhecimento de estratégias de comunicação. Foi mostrado melhor desempenho nesta prática em profissionais com formação paliativista prévia – estes tendem a valorizar enfaticamente a dimensão emocional do cuidado, desenvolvendo habilidades que lhes permitem atender demandas específicas no processo de comunicação nesse contexto<sup>(15)</sup>.

No entanto, cabe ressaltar que, ao longo da formação profissional, poucas são as situações de oportunidade para refletir sobre a morte de pacientes e seu impacto na formação profissional e pessoal. Sentimentos e reações emocionais são reprimidos e as competências de comunicação, capazes de aperfeiçoar relações interpessoais, ficam em segundo plano<sup>(15)</sup>. Em estudo semelhante, dentre os principais fatores atribuídos pelos participantes, como os responsáveis pelas dificuldades na comunicação de más notícias, destacam-se: a ausência de investimentos para o desenvolvimento das habilidades relacionais e de comunicação nos currículos da graduação médica; as representações sociais e o simbolismo da doença oncológica; a presença de fantasias relacionadas ao conhecimento do diagnóstico e as dificuldades para lidar com a finitude da vida<sup>(16)</sup>.

Além disso, a despeito dos protocolos básicos de habilidades comunicacionais, as relações interpessoais são complexas e precisam ser levadas em conta dentro da compreensão das subjetividades envolvidas. Isso inclui a interação entre o indivíduo, a história, valores, cultura da época, e ambiente familiar que o permeia<sup>(17)</sup>. Isso é abordado por um dos entrevistados: “[...] muitas coisas, a gente traz de formação de casa: o respeito, o saber escutar. Isso tudo faz parte de uma formação domiciliar [...]. Você não consegue ensinar questões que são mais estruturais, familiares. Isso aí é difícil, você, como adulto, trabalhar e mudar, porque já existe um *modus vivendi* já consolidado. Mas os protocolos nos ajudam muito a comunicar e acabam dando uma segurança de que não precisa ter medo de comunicar, de dar a notícia.” (E9)

## 2. Comunicação de notícias difíceis: desafios e estratégias

Ao comunicar notícias difíceis, os profissionais de saúde deparam-se ainda com dificuldades relevantes quanto ao aspecto biopsicossocial. Dentre as expressadas pelos profissionais envolvidos na comunicação de

notícias difíceis, destacou-se a criação do vínculo médico-paciente. Sabe-se que a empatia, o respeito, uma escuta atenta e sem julgamentos, além da utilização de linguagem clara e acessível, são características esperadas para o estabelecimento pleno dessa relação<sup>(18)</sup>. Nesse contexto, inclui-se, como habilidade para o estabelecimento de um cenário favorável, a capacidade de compreender e utilizar a linguagem não verbal. A demonstração de empatia e o transparecer de segurança por meio do olhar, do toque, dos gestos, das posturas corporais e do ouvir, constituem subsídios imprescindíveis para o estabelecimento do vínculo profissional-paciente nessa etapa da vida, pois permite, ao paciente, a exteriorização de suas angústias e medos<sup>(3)</sup>. Com isso, o vínculo profissional se constrói com base na práxis, ou seja, uma interação dialógica entre a experiência e o conhecimento técnico-científico<sup>(18)</sup>. Alguns dos entrevistados demonstram tais ideias: “[...] às vezes, é uma coisa mais corrida e a gente não consegue criar muito vínculo efetivo na primeira consulta. Eu acho mais difícil seguir assim.” (E10) “[...] Existem construções teóricas que falam sobre linguagem verbal, linguagem não verbal, sobre ambiente de comunicação, sobre a forma adequada, horário, relacionamento com família, a importância de cada um desses tópicos de linguagem corporal, de olhar, de toque, de relação interpessoal. Enfim, de como que isso é construído de maneira a se ganhar o tempo de assimilação para esse doente.” (E11)

Outro aspecto, colocado como problemático nesta categoria foi a dificuldade em se estabelecer uma relação harmoniosa entre paciente, família e médico, no que diz respeito à comunicação de notícias difíceis. A revelação do diagnóstico de câncer caracteriza um momento importante na vida do paciente e família, uma vez que marca o início de uma série de mudanças no cotidiano dos mesmos. Alguns médicos fornecem informações completas sobre as condições e prognóstico de seus pacientes, enquanto outros relatam razões para não fazê-lo. Justificam tal conduta como forma de proteger os pacientes de sofrimento psicológico causado pela revelação do diagnóstico e, também, como meio de satisfazer os anseios dos familiares que solicitam o sigilo dessas informações<sup>(19)</sup>.

Sabe-se que a comunicação entre a tríade médico, família e paciente é instrumento importante e deve ser aperfeiçoado para diminuir

o impacto emocional e permitir assimilação gradual da nova realidade. Visa-se flexibilizar as condutas conforme a situação imposta<sup>(20)</sup>. O entrevistado E12 expõe tal problema: “As famílias já vêm, muitas vezes, com aquela expectativa de não contar, de não deixar o paciente saber. Então eu acho que você tem que perceber essa dinâmica, como é que o paciente está inserido naquele contexto familiar.” (E12)

Oferecer informações mais específicas com relação à doença aumenta a qualidade dos cuidados oferecidos ao paciente em fase de final de vida, pois desenvolve uma relação de confiança e cumplicidade entre ele e o médico que o assiste<sup>(21)</sup>. Dessa forma, profissionais de saúde devem ser capacitados para realizar a comunicação segura e esclarecedora, no sentido de facilitar o fluxo de informação a ser oferecida, adequando a comunicação às necessidades específicas de cada paciente dentro da sua realidade e da sua forma de enfrentamento. Além disso, é necessário envolver os membros da família no processo de divulgação e tomada de decisão, pois são imprescindíveis no contexto das relações com o paciente e suas perspectivas<sup>(19)</sup>. Isso é observado e sumarizado na fala do entrevistado E13: “Então, eu explico isso pra família, que o paciente tem de dúvida, o que ele quer saber, a gente tem que responder. Porque senão ele se sente enganado, ele perde a confiança em você, o vínculo que ele tem com você, aquele vínculo de confiança que ele tem com o médico, ele perde, se você tentar ficar ‘engalobando’, vamos dizer assim. Então, eu respondo o que ele quer saber de um jeito cuidadoso, ameno e sempre tentando acolher tanto o paciente quanto a família.” (E13)

Assim, o médico deve ter sensibilidade e perspicácia para responder o que o paciente quer saber, sem infantilizar, sem eufemismos, sem banalizar o momento e sem retirar a esperança, levando em consideração o nível de entendimento e as dúvidas que cada paciente apresenta<sup>(22)</sup>. Considera-se que todas as informações devem estar inseridas no processo relacional de comunicação entre o médico, o paciente e a família, perpassando os diversos estágios enfrentados pelo doente, do início ao desfecho final do tratamento e da doença<sup>(16)</sup>.

A empatia, posta como a capacidade de experimentar reações emocionais ao se observar a experiência alheia, foi outro fator colocado à tona na análise das entrevistas. O entrevistado

E14 remete a este aspecto: “Mas é muito complicado se colocar no lugar do outro, porque a realidade que ele vive é outra, o que ele traz de história prévia, o que ele traz de história de vida, o que traz de história familiar é muito diferente do que eu trago.” (E14)

A empatia tem tido um reflexo positivo do ponto de vista emocional do paciente e familiar. Ter uma atitude aberta, ser honesto, estar preparado para ouvir, manter sua palavra promovendo conforto, consolo e confiança refletem o conceito de empatia. Nesse sentido, busca-se uma boa convivência e uma mudança no paradigma de como os profissionais se posicionam diante da vida e seu significado. Busca-se o entendimento da dor e sofrimento do outro, admitindo colocar-se no lugar daquele que está em situação desfavorável<sup>(23)</sup>. Assim, o médico precisa estar preparado para um contato que evoque seus próprios sentimentos<sup>(24)</sup>. Isso pode ser observado na fala do entrevistado E15: “E eu costumo falar que o principal fator que eu utilizo é realmente tentar ter o máximo de empatia e de se colocar no lugar do outro mesmo. Como que eu receberia aquela notícia naquele contexto familiar.” (E15)

Para se colocar no lugar do outro é importante que haja um bom diálogo, pois assim, o profissional poderá conhecer o contexto familiar e a história vivida pelo paciente. Ao compartilhar sentimentos, conhecer o contexto de vida do paciente, e usando adequadamente o bom humor, a tarefa de manter a empatia e a esperança tende a fluir sem dificuldades e a minimizar os sofrimentos, mesmo já não havendo foco curativo<sup>(25)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o enfrentamento de situações adversas como a comunicação de notícias difíceis, não existe uma capacitação capaz de resolver totalmente os sentimentos negativos envolvidos nesse processo. É conspícuo que algum grau de sofrimento é presente no paciente que recebe uma notícia difícil, e também no profissional, perante as situações de final devida ou fim do foco da terapêutica curativa. No entanto, a abordagem sobre este tema e o reconhecimento da complexidade que o envolve constituem-se como formas de aprender a lidar com os sofrimentos inerentes às questões da morte e do morrer.

Reafirma-se a necessidade da implantação de estratégias educacionais que caminhem em

direção a uma formação médica sincronizada com o processo de humanização da assistência à saúde e com os fatores psicossociais que envolvem o tema da morte. O recorte do cenário atual sobre o processo de comunicação de notícias difíceis, mostrado neste texto, demonstra o longo percurso a ser construído pelas instituições de ensino, de modo a garantir o reconhecimento da relevância deste tema e sua transversalidade no contexto da formação médica a despeito da maneira empírica de certas práticas ainda vigentes no processo de saúde-doença.

## REFERÊNCIAS

1. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Cândido TC, Bicalho TC, Matos BO, Berbert GH, et al. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2013;23(4):518-25. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130079>
2. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS, Feitosa LB, Caprara A. Uso de protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(1): 52-57. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>
3. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(9):2523-30. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
4. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev SBPH* [Internet]. 2007 [citado em 20 maio 2016];10(1):53-63. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005)
5. Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Weiner J, Polite RG, Davis EB, et al. The good news about giving bad news. *J Gen Intern Med*. 2002 Dec;17(12):914-22. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.20420.x>
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Ed. 70; 2011.
7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas [Internet]. Brasília, DF: 2015 [acesso 2016 Jul7]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?nova\\_pop/cnv/popbr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?nova_pop/cnv/popbr.def)
8. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko R (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2a ed. São Paulo: Ed Hucitec; 2002. p. 113-50.
9. Harman SM, Arnold RM. Discussing serious news. In: UpToDate [Internet], Block SD (Ed), UpToDate, Savarese DM. 2017 [Citado 2016 Jul 07]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/discussing-serious-news>
10. Narayanan V, Bista B, Koshy C. "BREAKS" protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care*. 2010 May;16(2):61-5. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401>
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Baele A, Kudelka AP. Spikes - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
12. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2002 Feb 23;359(9307):650-6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07810-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07810-8)
13. Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface*. 2016;20(59):1041-52. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>
14. Jo KH, An GJ. Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea. *Collegian*. 2015;22(1):91-7. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.11.008>
15. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):626-32. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
16. Geovanini F, Braz M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Rev Bioet*. 2013;21(3):455-62. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300010>
17. Rios IC, Sirino CB. A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(3):401-9. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00092015>

18. Stock FS, Sisson MC, Grosseman S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(1): 5-13. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100002>
19. Jonas LT, Silva NM, Paula JM, Marques S, Kusumota L. Comunicação do diagnóstico de câncer à pessoa idosa. *Rev Rene* [Internet]. 2015;16(2):275-83. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200018>
20. Volles CC, Bussoletto GM, Rodacoski G. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. *Rev SBPH* [Internet]. 2012 [citado em 17 out 2016];15(1):212-31. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100012)
21. Nakajima N, Hata Y, Onishi H, Ishida M. The evaluation of the relationship between the level of disclosure of cancer in terminally ill patients with cancer and the quality of terminal care in these patients and their families using the support team assessment schedule. *Am J Hosp Palliat Care.* 2013 Jun;30(4):370-6. <https://doi.org/10.1177/1049909112452466>
22. Becze E. Strategies for breaking bad news to patients with cancer. *ONS Connect.* 2010 Sep;25(9):14-5.
23. Rennó CSN, Campos CJG. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. *REME.* 2014;18(1):116-5. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140009>
24. Afonso SBC, Minayo MCS. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. *Cienc Saude Colet.* 2013;18(9): 2747-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900030>
25. Stenmarker M, Hallberg U, Palmérus K, Márky I. Being a messenger of life-threatening conditions: experiences of pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer.* 2010 Sep;55(3):478-84. <https://doi.org/10.1002/pbc.22558>

**Recebido em:** 18/09/2017

**Aprovado em:** 19/02/2018

**Endereço de correspondência:**

Paulo Henrique Alves de Sousa

Rua Bahia, 747 AP 102 - Centro

CEP: 35500-026 - Divinópolis/MG - Brasil

**E-mail:** [spaulohenrique@hotmail.com](mailto:spaulohenrique@hotmail.com)

**Nota:** Este estudo é produto do projeto de pesquisa intitulado "Aplicação do protocolo SPIKES para comunicação de notícias difíceis em oncologia: percepção de médicos", registrado conforme edital 002/2014 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPE) da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) Campus Centro-Oeste pelo Programa Institucional de Iniciação Científica (PIIC).