

# Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente

## *Health professionals and the delivery bad news: patient perspectives*

José Antonio Chehuen Neto<sup>1</sup>, Mauro Toledo Sirimarco<sup>2</sup>, Társsius Capelo Cândido<sup>3</sup>, Thais Chehuen Bicalho<sup>3</sup>, Bruno de Oliveira Matos<sup>4</sup>, Gabriela Hinkelmann Berbert<sup>4</sup>, Leandro Vinicius Vital<sup>4</sup>

DOI: 10.5935/2238-3182.20130079

### RESUMO

**Introdução:** “más notícias” são aquelas que alteram de forma drástica e negativa a visão do paciente sobre seu futuro. Sua comunicação é relevante no âmbito da saúde, podendo proporcionar impactos irreparáveis. Incluem situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões que acarretam. São incomuns os estudos que abordam esse assunto sob a perspectiva do paciente e as informações sobre uso de protocolos específicos. **Objetivo:** avaliar a qualidade da comunicação da má notícia segundo a visão do paciente. **Métodos:** realizou-se estudo transversal baseado no Protocolo SPIKES, em 500 participantes. **Resultados:** em 10% a notícia foi dada por profissional não médico, 5% por telefone e 17% em local não reservado; cerca de 1/3 da amostra considerou o profissional não preparado para a comunicação da má notícia; 60% dos ouvintes se consideravam despreparados para receberem a notícia; forma de transmissão: amigável (34%), tranquila (43%), indiferente (15%); sinceridade e tranquilidade foram os critérios citados como importantes no recebimento da má notícia. **Conclusões:** a comunicação da má notícia deve ser baseada numa boa relação médico-paciente; é esperado que a maioria das pessoas, após recebê-la, apresente sentimentos como angústia, desespero e tristeza, porém tais sentimentos podem ser exacerbados quando a notícia é transmitida de forma grosseira e indiferente; dos aspectos passíveis de melhora, a escolha de um local reservado é um dos menos complexos de se obter; os principais aspectos mencionados como necessários para um profissional comunicar uma má notícia de forma humanizada são comportamentais. **Palavras-chave:** Comunicação; Relações Médico-Paciente; Educação Médica; Psicologia Médica.

### ABSTRACT

**Introduction:** “Bad news” includes those that alter drastically and negatively patients’ view of their future. Delivery of bad news is relevant in the context of healthcare and can have irreparable impact, posing a threat to life, to personal, family, and social welfare. Studies addressing this issue from the perspective of patients and on the use of specific protocols are scarce. **Objective:** to assess the quality of bad news delivery through the eyes of patients. **Methods:** A cross-sectional study based on the SPIKES protocol with 500 participants. **Results:** in 10% of cases, news was delivered by non-medical professionals, 5% by phone and 17% in a non-private space. About 1/3 of the sample considered that the professional was unprepared for breaking bad news, and 60% of respondents considered themselves unprepared to receive such news. **Transmission was considered to be friendly (34%), calm (43%) or indifferent (15%). Calm and sincerity were cited as important when receiving bad news. Conclusions:** delivery of bad news must be based on a good doctor-patient relationship. **After bad**

Recebido em: 24/05/2012  
Aprovado em: 31/07/2012

Instituição:  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Autor correspondente:  
José Antônio Chehuen Neto  
E-mail: chehuen.neto@yahoo.com.br

*news are broken, while most patients are expected to report feelings of grief, despair, and sadness, such feelings can be exacerbated when news are transmitted tactlessly or indifferently. Among important areas for improvement, finding a private place to convey the news is one of the least complex to implement. The main aspects patients mentioned as requirements for professionals to deliver bad news more humanely are behavioral aspects.*

*Key words: Communication; Physician-Patient Relations; Education Medical; Psychology, Medical.*

## INTRODUÇÃO

A comunicação entre profissionais de saúde e pacientes ou familiares é um processo fundamental e base para a adequada relação médico-paciente. Habitualmente apresenta-se de duas formas: como um instrumento de trabalho do médico, para obter informações relevantes do paciente; e como uma maneira de se fazer entender pelo mesmo. Assim, é necessário que se compreenda esse processo, a sua importância e que se desenvolva habilidades para transmitir as informações em saúde, agregando grande qualidade nos serviços.<sup>1,3</sup>

As más notícias são definidas como aquelas que alteram de forma drástica e negativa a visão do paciente sobre seu futuro. “Elas incluem situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam. Estão associadas, na maior parte das vezes, a uma doença grave ou perda no seio de uma família, vivências únicas que podem ser influenciadas por um conjunto de fatores relacionados à própria doença, ao indivíduo, à família e ao contexto sociocultural em que vive”.<sup>2</sup>

Segundo o atual Código de Ética Médica, entre outras tarefas cabe ao profissional de saúde comunicar diagnósticos ao paciente, salientando que esse ato ou a maneira como a informação será transmitida nem sempre são tranquilos ou isentos de abalos na relação médico-paciente.<sup>2</sup> O processo de comunicação pode gerar sérios impactos psicológicos, de forma que quem recebe uma má notícia geralmente não esquece o local, a data e a forma como esta foi transmitida.<sup>4</sup>

Paralelamente aos grandes avanços técnicos da Medicina, a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente ainda está aquém da esperada, principalmente quando envolve a informação sobre um diagnóstico ou uma notícia indesejada, como falecimento e doença grave ou incurável. Além dessa frequente dificuldade, o ato de informar deve ainda

se basear em outros quatro princípios fundamentais estabelecidos na bioética (beneficência, autonomia, justiça e não maleficência).<sup>2</sup>

Dessa forma, Robert Buckman, em 1992, criou o Protocolo *SPIKES* para orientar os profissionais de saúde a comunicarem más notícias, abordando 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*).<sup>5,6</sup>

Assim, a forma mais adequada de analisar a qualidade da informação seria conhecer a satisfação do receptor que esteve envolvido nessa situação.<sup>7</sup> Também é de fundamental importância perceber se os receptores da notícia (pacientes e familiares) foram submetidos a um processo organizado de transferência de informações por meio de algum sistema técnico, como um protocolo.

O objetivo deste trabalho foi perceber a qualidade da comunicação de uma má notícia segundo a visão do paciente ou responsável, fundamentada nos princípios do Protocolo *SPIKES*.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, aplicada, original, de objetivo exploratório, de campo e quantitativa, utilizando-se um questionário com 19 perguntas de múltipla escolha baseado integralmente no Protocolo *SPIKES*, acompanhado do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Antes do preenchimento do questionário as pessoas foram informadas sobre a garantia de anonimato, já que este foi respondido individualmente e não foi identificado.

A pesquisa foi desenvolvida no período de setembro 2011 a maio de 2012.

A amostra foi de 501 participantes, convidados a responder ao questionário de forma voluntária, sem trazer algum custo, constituindo 0,1% da população de Juiz de Fora, com erro amostral de 5% (para mais ou para menos).<sup>8</sup> Esse espectro de amostra populacional atende rigorosamente aos critérios e à necessidade estatística.

Foram entrevistados habitantes do município compreendendo as cinco áreas demográficas da cidade (regiões norte, sul, leste, oeste e centro), o que contemplou todos os níveis socioeconômicos. Os sujeitos da pesquisa foram abordados nas vias públicas dos bairros.

Utilizou-se o programa *Microsoft Access* para a montagem do banco de dados e o programa *Microsoft Excel* para a análise dos dados colhidos. A análise estatística foi feita de forma quantiquantitativa usando-se o programa *Epi-Info*, levantando-se possíveis justificativas para os dados levantados.

Como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, residir no município de Juiz de Fora-MG e ter recebido uma má notícia nos últimos 10 anos. Foi considerada má notícia “toda informação dada pelo profissional de saúde que altera de forma drástica e negativa a sua visão ou de um parente sobre seu futuro”. Como critério de exclusão: entrevistas interrompidas por qualquer motivo e não assinar o termo de consentimento.

A participação na pesquisa implicou risco mínimo ao participante, ou seja, não houve interferência do pesquisador em qualquer aspecto do bem-estar físico, psicológico e social, bem como a intimidade do participante será respeitada conforme os parâmetros contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi devidamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) segundo parecer de número 122/2010 e protocolo 0079.0.180.000-10.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída de 501 participantes, sendo 45,90% (n=230) do gênero masculino e 54,10% (n=271) do feminino. Foram entrevistadas 100 pessoas (19,96%) em cada uma das seguintes regiões norte, sul, oeste e centro; e 101 (20,16%) da região leste. A caracterização da amostra encontra-se na Tabela 1.

Em relação ao período que em que a má notícia foi informada, notou-se que 29,60% (n=148) ocorreram até um ano atrás, 22,00% (n=110) de um a três anos, 16,60% (n=83) de três a cinco anos e 31,80% (n=159) de cinco a 10 anos.

Quanto ao profissional responsável por comunicar a má notícia, observou-se que 89,84% (n=451) da amostra ficaram cientes por intermédio do médico assistente, 2,59% (n=13) por outro médico, 3,98% (n=20) pelo enfermeiro, 0,80% (n=4) por assistente social, enquanto que 0,20% (n=1) foi informado por psicólogos e 2,59% (n=13) por outro profissional.

**Tabela 1** - Caracterização da amostra quanto à idade, cor da pele, escolaridade e renda familiar

Característica	Frequência relativa e absoluta
<i>Idade</i>	
Menor ou igual a 40 anos	40,60% (n=203)
Maior que 40 anos	59,4% (n=297)
<i>Cor da pele</i>	
Branca	69,55% (n=338)
Não Branca	30,45% (n=148)
<i>Escolaridade</i>	
Possui no máximo Ensino Fundamental Completo	45,80% (n=229)
Possui no mínimo Ensino Médio Completo	54,02% (n=271)
<i>Renda familiar</i>	
Menor ou igual a R\$ 2.000,00	66,8% (n=332)
Maior que R\$ 2.000,00	33,2% (n=165)

No que diz respeito ao tipo de serviço da instituição de saúde onde foi comunicada a má notícia, verificou-se que 61,91% (n=304) eram do setor público, enquanto que apenas 38,09% (n=187), do privado.

Segundo 70,82% (n=347) dos entrevistados, o profissional estava preparado para informar a má notícia, enquanto 29,18% (n=143) o consideraram despreparado. Entre os participantes, 59,27% (n=294) não se consideravam aptos a receber a má notícia, enquanto 40,73% (n=202) se consideravam preparados.

A porcentagem de profissionais considerados não preparados foi semelhante no sistema de saúde público e no privado: respectivamente, 29,53% (n=88) e 27,47% (n=50). Também foi pequena a diferença em relação à qualidade da informação recebida: daqueles que foram atendidos no serviço público, 39,90% (n=125) consideraram a comunicação da má notícia péssima, ruim ou razoável. No serviço privado, 31,10% (n=58) foram de mesma opinião.

Sobre a definição da má notícia, 17,73% (n=89) dos entrevistados relacionaram-na à morte de um familiar ou amigo. Além disso, 7,97% (n=40) informaram que a má notícia foi um diagnóstico de câncer, 8,57% (n=43) disseram ser um diagnóstico de câncer em familiar e apenas 2,99% (n=15) falha no tratamento curativo em familiares e 1,59% (n=8) falha no seu próprio tratamento. Nota-se, ainda, que 19,92% (n=100) relataram ser um diagnóstico de uma doença crônica, sendo a mais relatada o diabetes *mellitus* (DM) em 20,00% (n=20) dos casos, e 41,23% (n=207) outras razões, sen-

do a necessidade de procedimento cirúrgico a com maior número de citações 28,50% (n=59).

No momento em que recebeu a má notícia, 45,58% (n=227) dos entrevistados estavam sozinhos, 48,19% (n=240) em companhia de algum parente e 6,23% (n=31) com amigo.

A maioria dos entrevistados, 77,35% (n=386), estava em ambiente reservado quanto foi comunicada sobre a má notícia. Somente 17,64% (n=88) não estavam em local privado. Em 5,01% (n=25) o entrevistado informou ter sido informado por telefone.

Observou-se que 71,08% (n=349) das pessoas receberam a má notícia em um único encontro com o profissional de saúde, enquanto 28,92% (n=142) pessoas declararam que o profissional de saúde necessitou de mais de um encontro para comunicá-las. Destas, 35,92% (n=51) foram comunicadas em dois, 25,35% (n=36) em três e 38,73% (n=55) em mais de três encontros.

Em relação à compreensão da notícia recebida, 69,56% (n=345) dos entrevistados afirmaram tê-la entendido totalmente, 20,16% (n=100) manifestaram entendimento parcial e 10,28% (n=51) responderam nada terem entendido. Verifica-se, ainda, que o entendimento da notícia está relacionado ao grau de escolaridade do entrevistado. Entre os não alfabetizados, 41,20% (n=7) declararam nada terem entendido. O mesmo ocorreu com 14,10% (n=26) dos que tinham ensino fundamental. Entre os que tinham ensino médio e ensino superior, somente 8,60% (n=13) e 3,90% (n=5), respectivamente, fizeram a mesma declaração. Nenhum dos entrevistados pós-graduados comentou nada ter entendido.

Além disso, o entendimento das informações está relacionado ao julgamento do entrevistado quanto à qualidade da informação recebida. Entre os que nada entenderam, 62,80% (n=32) julgaram a informação péssima, ruim ou razoável. Dos que entenderam parcialmente, 53,00% (n=53) fizeram o mesmo julgamento, enquanto dos que entenderam totalmente somente 27,50% (n=95) foram de mesma opinião.

Os principais sentimentos citados após o recebimento da má notícia foram: tristeza 35,72% (n=210), indiferença 15,48% (n=91), angústia 12,24% (n=72), desespero 9,35% (n=55) e outros 15,48% (n=91).

Quando perguntados a respeito do tempo que levaram para superar tais sentimentos, pode-se perceber que 19,79% (n=93) entrevistados necessitaram de horas, 19,36% (n=91) de uma a três semanas, 20,00% (n=94) de um a 11 meses, 12,13% (n=57) de um ano ou mais e 28,72% (n=135) disseram, ainda, não terem superado.

Quanto à indicação de tratamento pelo profissional de saúde, 83,93% (n=350) das pessoas foram orientadas para a realização de alguma terapêutica e 16,07% (n=67) pessoas não receberam qualquer orientação. Entre os entrevistados que tiveram opção de tratamento, 78,00% (n=308) aderiram e 22,00% (n=87) não aderiram.

No que diz respeito à relação entre o paciente e o profissional de saúde, após a comunicação da má notícia foi constatado que para 36,64% (n=181) dos entrevistados fortaleceu-se a relação de confiança com o profissional de saúde, em 17,41% (n=86) a relação continuou indiferente, em 11,54% (n=57) a relação enfraqueceu e 34,41% (n=170) das pessoas nunca mais viram o profissional que lhes informou.

Em relação à conduta do profissional durante a comunicação da má notícia, 33,33% (n=171) dos entrevistados consideraram que aquele se comportou de forma amigável; de maneira tranquila, avaliados por 42,11% (n=216); de modo grosseiro, por 6,04% (n=31); 15,20% (n=78) consideraram o comportamento do profissional indiferente à situação; e 3,32% (n=17) citaram outros comportamentos. A partir disso, os entrevistados qualificaram o modo pelo qual foram informados em: péssima (10,20%; n=51), ruim (9,80%; n=49), razoável (16,60%; n=83), boa (38,80%; n=194), muito boa (10,80%; n=54) e excelente (13,80%; n=69). Aqueles que classificaram a comunicação da má notícia como “boa”, “muito boa” ou “excelente” em sua maioria referiram atitude “tranquila e/ou amigável” do médico (94,30%; n= 298).

Quanto aos aspectos definidos como mais relevantes no momento de receber uma má notícia, 11,24% (n=91) das pessoas consideraram como principal o local; 12,59% (n=102) afirmaram que a qualidade da informação é mais importante; já 31,11% (n=252) acreditam que a sinceridade do médico é fundamental; enquanto que 14,32% (n=116) acreditam ser a escolha do momento apropriado. Notou-se, ainda, que 25,43% (n=206) das pessoas valorizam a tranquilidade do médico e 5,31% (n=43) outros aspectos, entre os quais 13,95% (n=6) aludiram à necessidade da humanização.

Analisando as diversas variáveis de exposição e a variável de desfecho: qualidade da informação dada, nota-se que foram estatisticamente significativas (Tabela 2). As variáveis de exposição renda, etnia, gênero e o fato de não estar acompanhado durante o recebimento da má notícia não foram estatisticamente significativas.

**Tabela 2** - Variáveis de exposição associadas à classificação do atendimento- variável de desfecho

Variável de exposição	Variáveis de desfecho Classificação do atendimento sobre a má notícia							
	Bom		Ruim		Total	p-valor	OR	RR
	n.	%	n.	%	n.			
Idade maior que 40 anos	205	69,3	91	30,7	296	0,0013	0,37 - 0,79	0,68 - 0,92
Possuir no máximo Ensino Fundamental Completo	156	68,4	72	31,6	228	0,0372	1,10 - 2,14	1,09 - 1,31
Atendimento em serviço particular	129	69,4	57	30,6	186	0,0370	1,02 - 2,21	1,01 - 1,31
Único encontro com o profissional	138	61,1	88	38,9	226	<0,0001	1,82 - 4,59	1,22 - 1,56
Compreender totalmente a informação	250	72,7	94	27,3	344	<0,0001	0,19 - 0,43	0,49 - 0,72
Local reservado ao ser informado	277	67,7	132	32,3	409	<0,0001	0,23 - 0,60	0,51 - 0,83
Sentir-se preparado para receber o comunicado	159	78,7	43	21,3	292	<0,0001	0,20 - 0,46	0,59 - 0,77

Legenda: n= Frequência Absoluta, %=Porcentagem, OR: Odds Ratio, RR: Risco Relativo.

Quanto ao atendimento do profissional ao informar a má notícia, foi possível inferir com significância estatística que a melhor atuação do profissional está relacionada a um entendimento por parte do indivíduo e mais adesão ao tratamento proposto (p-valor <0,001).

## DISCUSSÃO

As representações das más notícias entre os profissionais de saúde e os cidadãos quase sempre estão associadas à doença grave, sem possibilidade de cura, doença oncológica e morte. O conceito também está algumas vezes relacionado a internamentos, acidentes, agravamento de situação de saúde e perda da capacidade física.<sup>2,9-11</sup>

Nosso estudo apresentou a mesma percepção, uma vez que a má notícia foi relacionada às doenças que apresentam prevalência considerável no Brasil, como HAS (18,00%) e DM (20,00%). Outras associações verificadas foram: diagnóstico de câncer (7,97%), falha de tratamento curativo (1,59%), morte de familiar/amigo (17,73%), diagnóstico de câncer em familiar (8,57%), falha no tratamento curativo de familiar (2,99%), diagnóstico de doença incurável (18,92%) e 41,23% por outros fatores (sendo 28,50% relacionados à cirurgia).

Receber uma má notícia pode causar impacto emocional ao ouvinte, tornando marcantes o local, a data e a forma da comunicação. Evidenciou-se que 159 pessoas (31,80%) receberam a má notícia há mais de cinco anos e ainda são capazes de relatar em detalhes a forma da abordagem. Esse fato é referido em outra pesquisa, que mostrou que o tempo não atenua a percepção dos pacientes em relação à qualidade da

comunicação da má notícia.<sup>2</sup> Apurou-se, muitas vezes, durante a realização das entrevistas, que os entrevistados se lembravam de detalhes como hora exata, dia da semana ou palavras específicas utilizadas.

A transmissão da má notícia é uma função preferencial do médico assistente, pois este habitualmente possui o máximo de informações sobre o caso. Observou-se que 92,43% da nossa amostra receberam essa informação do próprio médico, coincidentemente com outro estudo, que encontrou 88,70%.<sup>12</sup>

Na literatura, há referências de *guidelines* e protocolos contendo recomendações de como os profissionais de saúde devem proceder no momento de comunicar uma má notícia, oferecendo guias práticos que podem diminuir o estresse dos profissionais no momento da comunicação de más notícias e são aplicáveis às mais diversas situações.<sup>13-15</sup> Um dos protocolos mais conhecidos é denominado SPIKES, uma sigla construída pelas iniciais de cada etapa a ser realizada pelo profissional da área de saúde.<sup>16</sup>

No primeiro estágio (*setting*), o profissional deve estruturar um plano de atuação. Este diz respeito a aspectos que vão desde a busca por um ambiente apropriado, com conforto e privacidade, à atenção à presença de algum conhecido ou parente próximo e à tentativa de prever as reações emocionais do seu paciente.<sup>13</sup> Já neste item referem a necessidade de treinar o profissional para perceber claramente quais são os aspectos psicológicos envolvidos mais relevantes em cada caso, minimizando o sofrimento e oferecendo alento. Entretanto, desde a década passada a literatura já revela baixo percentual de médicos (14,00%) com algum treinamento específico na comunicação de más notícias durante a graduação.<sup>17</sup> Ainda, embora reconhecesse a importância dessa tarefa, a maioria

deles era cética em relação ao valor do ensinamento, preferindo o aprendizado com a prática diária.

Em nosso trabalho, 70,82% (n=347) dos entrevistados reportaram perceber que o profissional estava preparado, o que é importante, mas que nem sempre ocorreu, visto que 29,18% (n=143) consideraram o profissional despreparado. Houve semelhança de resultados entre os que consideraram o profissional despreparado no sistema de saúde público (29,53%) e privado (27,47%).<sup>18,19</sup> O mesmo ocorreu quando foi avaliada a qualidade da informação recebida: 39,90% dos pacientes atendidos no serviço público e 31,10% no privado consideraram a comunicação da má notícia péssima, ruim ou razoável.

No tocante à primeira etapa do protocolo, que diz respeito à presença de alguma pessoa de confiança do paciente durante o momento em que recebera a má notícia, percebeu-se que a maioria dos pacientes que foram informados estava na companhia de alguma pessoa conhecida, 54,42% (n=271) familiares ou amigos. O profissional que se preocupa com essa necessidade demonstra cuidados com a saúde mental e as emoções do indivíduo.<sup>16</sup>

Escolher o local em que será comunicada a má notícia também é importante, sugerindo zelo, respeito e proporcionando mais conforto: 77,35% (n=386) de nossa amostra estavam em ambiente reservado quando foram comunicados.

A segunda etapa do protocolo *SPIKES (perception)* evidencia a necessidade de perceber o quanto o paciente conhece sobre o seu estado de saúde.<sup>16</sup> Dessa forma, o médico deve se aproximar mais do seu paciente, construindo uma relação calcada em respeito, confiança e profissionalismo. É importante que o profissional realize consultas necessárias até julgar o momento certo de comunicar, ao mesmo tempo em que pode fragmentar a comunicação da má notícia. Atuando dessa forma é possível que o receptor minimize falsas expectativas, compreenda de maneira mais realista e absorva melhor a informação quando for totalmente dada.

O terceiro passo do protocolo, *invitation*, está intrinsecamente associado à etapa anterior e refere-se à necessidade de o profissional perceber quanto o paciente conhece e consegue ser informado sobre o seu problema de saúde, recebendo dele o convite para ser comunicado.<sup>16</sup> Mesmo que de maneira velada, há pacientes que demonstram não suportar essa informação. Essa situação implica o cuidado que o médico deve ter de prepará-lo, se possível, e aguardar ocasião mais adequada.

O quarto estágio do protocolo, *knowledge*, preocupa-se diretamente com a qualidade da informação fornecida ao paciente. Baseado nessa etapa, é possível compreender que todo profissional, principalmente aquele que comunica a má notícia, deve tentar apreender o vocabulário do paciente, evitando o uso de termos técnicos e transmitindo a informação de forma a permitir a perfeita assimilação da notícia.<sup>16</sup> Na amostra analisada pode-se notar que tal aspecto não foi contemplado.

O estabelecimento de uma relação médico-paciente satisfatória é fundamental para o processo de comunicação. Estudo evidenciou que 49% dos indivíduos tiveram percepção neutra do processo, 20% avaliaram positivamente, 20% tinham memórias negativas e 6% memórias muito negativas. Essas lembranças ruins foram atribuídas à maneira brusca, pouco simpática e impaciente dos profissionais de saúde. Quanto ao entendimento das informações recebidas, 69,56% dos entrevistados consideraram tê-las “entendido totalmente”, 20,16% “entenderam parcialmente” e 10,28% afirmaram “nada terem entendido”. Entretanto, de forma complementar, diversas pessoas, depois de perguntadas sobre o que efetivamente entenderam da má notícia, sequer sabiam informá-la claramente. Ainda foi constatado que várias delas pertenciam ao grupo que comunicaram ter entendido totalmente o que lhes foi explicado.<sup>13</sup>

Constatou-se também que o entendimento das informações influenciou no julgamento do entrevistado em relação à qualidade da informação recebida. Entre os que nada entenderam, 62,80% (n=32) julgaram a informação péssima, ruim ou razoável. Dos que entenderam parcialmente, 53,00% (n=53) fizeram o mesmo julgamento; dos que entenderam totalmente, somente 27,50% (n=95) acharam a informação péssima, ruim ou razoável, o que demonstra que a percepção da qualidade da informação transmitida está diretamente ligada à capacidade do profissional de se fazer entender pelo ouvinte.

Profissionais preparados, em geral, portam-se diante da necessidade de relatar prognósticos ruins com postura acolhedora e tranquila. Percebe-se que tal conduta proporciona avaliação benéfica do ouvinte. Abstraiu-se que 42,11% dos entrevistados descreveram “comunicação tranquila”, 33,33% de “forma amigável”, 15,20% foram “indiferentes” e 6,04% foram “grosseiros” ao comunicar más notícias. Ainda: a maioria daqueles que classificaram a comunicação da má notícia como “boa”, “muito boa” ou “excelen-

te” avaliaram a atitude do médico como “tranquila e/ou amigável” (94,30%).

O enfoque do quinto passo, *explore emotions*, é a emoção do paciente. Nesse momento o médico deverá saber como reagir diante desses sentimentos, estando preparado para fornecer conforto, apoio e compreensão.<sup>16</sup> Torna-se relevante decodificar os sinais da emoção que podem se apresentar ocultos (perplexidade, silêncio, lágrimas), manifestando-se por palavras e gestos calmos e espontâneos.

Sobre sentimentos após o recebimento da má notícia, a maioria citou tristeza (35,72%), indiferença (15,48%) e angústia (12,24%). Barnett aplicou um questionário em 106 pacientes após receberem uma má notícia e revelou significativo estresse psicológico em 22,00% da amostra. A qualidade da assistência e a forma da comunicação têm relação com o sentimento ou a percepção do paciente ou familiar após receber a má notícia. Condutas médicas sem a devida cautela e falta de sensibilidade no momento da comunicação podem gerar estresse psicológico.<sup>13</sup> Em nossa amostra, um dos entrevistados enfatizou o recebimento da notícia do falecimento de sua avó, com quem morava aos 14 anos, por telefone, com a simples mensagem: “Estamos ligando para comunicar o falecimento da Senhora...”

O último passo do protocolo, *strategy and summary*, é o momento de o médico indicar, quando existente, as opções de tratamento com suas expectativas de prognóstico e readequação do paciente em sua vida.<sup>16</sup> Uma conduta apropriada seria convidar o indivíduo a compartilhar responsabilidades de modo realista, o que pode contribuir para assegurar a adesão ao tratamento. Considera-se fundamental que previamente a discussão de um plano de tratamento, investigue se o paciente se considera apto a iniciá-lo e se é o melhor momento.

As relações interpessoais exercem importante papel no exercício da Medicina, uma vez que a qualidade desse relacionamento é um dos determinantes da eficácia terapêutica. Então, é fundamental que durante a comunicação o paciente confie nos dados fornecidos. A relação de confiança entre o profissional e o paciente ocorre com base na solidariedade, no cuidado da assistência, na atenção individualizada e na elaboração de momentos de escuta ou toque, quando se pretende aliviar a dor e os sofrimentos mais imediatos.<sup>20</sup>

Além disso, o profissional deve possuir sensibilidade suficiente para determinar o momento da comunicação e até mesmo saber se necessita chamar algum familiar. Os entrevistados identificaram a “sincerida-

de” e a “tranquilidade” do médico como os aspectos mais importantes para esse momento. A “sinceridade” foi escolhida por mais de dois terços dos familiares de pacientes em UTI como principal característica esperada no momento de se comunicar uma má notícia.<sup>21</sup> Esse resultado pode refletir a carência de pacientes por profissionais mais compreensivos, transparentes que busquem exercer uma Medicina mais humanizada, algo que se tem perdido nos últimos anos.

## CONCLUSÕES

A comunicação da má notícia deve ser baseada numa boa relação médico-paciente, uma vez que a forma de comunicar afeta a confiança do indivíduo que a recebe em relação ao profissional de saúde. Mesmo sendo uma das tarefas mais difíceis e delicadas da prática clínica, e ainda há acentuada deficiência por parte dos profissionais de saúde em nosso meio ao desempenhar essa tarefa. Os resultados revelam a necessidade de melhorar a instrução médica neste tema, visto a existência de profissionais que foram considerados despreparados para informar a má notícia. Dos aspectos passíveis de melhora, a escolha de um local reservado talvez seja um dos menos complexos de ser conseguido. O índice de qualidade da informação percebida pelos entrevistados em nosso meio foi considerado bom por 63,40% da amostra.

É esperado que a maioria das pessoas, após receber uma má notícia, apresente sentimentos como angústia, desespero e tristeza. Porém, tais sentimentos podem ser exacerbados quando a notícia é transmitida de forma grosseira e indiferente pelos profissionais de saúde.

Os principais aspectos abordados pelos entrevistados como necessários para o profissional que comunica uma má notícia são comportamentais: sinceridade e tranquilidade. Essa constatação minimiza outros aspectos tradicionais do cotidiano médico, como os técnico-profissionais.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Pró-Reitoria de Pesquisa da UFJF (PROPESQ), pelo apoio concedido para a realização desta pesquisa, sob programa de Bolsa de Iniciação Científica (BIC) e Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica (PROVOQUE) por intermédio do programa XXIV BIC/UFJF- 2011/2012.

## REFERÊNCIAS

1. Rossi OS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em Medicina: uma abordagem. *Interface*. 2006; 10(19):93-102.
2. Pereira MAG. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enferm*. 2005 jan/mar; 14(1):33-7.
3. Martins BM, Araujo TCCF. Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicol Argum*. 2008 abr/jun; 26(53):109-16.
4. Victorino AB, Ellen BN, Juliana G, Marina ZNB, Paola BAA. Como dar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev Soc Bras Psicol Hosp*. 2007; 10(1):53-63.
5. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J*. 1984; 288:1597-9.
6. Burla C, Py L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. *Rev Bioética*. 2006; 13(2):97-106.
7. Parker PA, Baile WF, Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*. 2001; 19(7):2049-56.
8. Lwanga SA, Lemeshow S. Sample size determination in health studies – A practical manual. Genova: World Health Organization; 1991.
9. Leal F. Transmissão de más notícias. *Rev Portuguesa Clin Geral*. 2003; 19(40):40-43.
10. Oliveira VZ, Oliveira MZ, Gomes WB, Gasperin C. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicol Est*. 2004; 9(1):9-17.
11. Ignácio MG, Favarin RN. Más notícias: uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de câncer. *Bol Eletrôn Soc Bras Psico-Oncol*. 2010; 7(1). [Citado em 2010 abr 10]. Disponível em: [http://www.sbpso.org.br/boletins\\_arquivos/ano\\_vii\\_ed\\_1/diagnostico\\_de\\_cancer.pdf](http://www.sbpso.org.br/boletins_arquivos/ano_vii_ed_1/diagnostico_de_cancer.pdf)
12. Barnet MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *J Royal Soc Med*. 2002; 95(7):343-7.
13. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000; 5(4):302-11.
14. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol*. 1995; 13(9):2449-56.
15. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999; 171(4):260-3.
16. Garcia Diaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006; 30(9):452-9.
17. Ravazi D, Delvaux N. Communication skills and psychological training in oncology. *Europ J Cancer*. 1997; 33(6):S15-S21.
18. Traverso-Yepez M, Morais, NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1):80-8.
19. Guedes DGM, Garcia TR. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). *Saúde em Debate*. 2001; 25(59):40-9.
20. Guzman JLD, Iriart JAB. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da Aids. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(5): 1132-40.
21. Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(1):91-5.