

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS ONCOLOGISTAS E PALIATIVISTAS

Trabalho de Conclusão de Curso
enviado para obtenção de título de
graduação em Medicina

Autora: Maysa Araújo Gomes Ferraz

Co-autoras: Bruna Andrade Chaves

Debora Prado Silva

Orientador: Arturo de Pádua Walfrido Jordan

Co-orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

RECIFE, Novembro de 2021

Título: Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas

Title: Communication of bad news from the perspective of oncologists and palliative physicians

RESUMO

Introdução: A comunicação é indispensável à prática médica, entretanto, constantemente, é realizada de forma inadequada, principalmente no âmbito da comunicação de más notícias. A má notícia é aquela que causa alteração negativa na vida do paciente, provocando uma mudança desagradável e modificando sua perspectiva de futuro. Na medicina ocidental, pelo predomínio da visão curativista, más notícias são compreendidas como insucesso ou incapacidade das competências profissionais, causando afastamento dos médicos e insatisfação dos pacientes. Diante dessas circunstâncias, surgiram os protocolos de comunicação SPIKES, P-A-C-I-E-N-T-E e Class. **Objetivo:** Avaliar a dinâmica da comunicação de más notícias, quanto ao uso de protocolos específicos e as principais dificuldades vivenciadas, bem como identificar a influência da comunicação na relação médico-paciente. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com metodologia qualitativa, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado elaborados pelos autores. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) pelo parecer 4.266.575, foram realizadas 12 entrevistas com médicos dos setores de Oncologia e de Cuidados Paliativos do IMIP, gravadas e transcritas, para posterior análise. Os dados foram categorizados segundo a proposta de Minayo. **Resultados:** A abordagem de más notícias foi muito semelhante entre os profissionais, independente do uso de protocolos de comunicação, sendo o SPIKES o mais conhecido dentre eles. O estudo revelou que as principais dificuldades enfrentadas ao comunicar uma má notícia dizem respeito ao ambiente e tempo da consulta, alta demanda de pacientes, vínculo médico-paciente-família e à sensação médica de não corresponder às expectativas ou se frustrar pela situação vivenciada. Identificou-se também uma clara influência da comunicação na relação médico-paciente. Constatou-se ainda a necessidade de atualização da grade curricular das escolas médicas, incluindo a formação teórico-prática em comunicação de más notícias. **Conclusão:** O emprego de protocolos de comunicação de más notícias não se apresenta como condição indispensável para comunicação efetiva, contudo, possibilita maior assertividade e clareza na condução da conversa. Assim, sugere-se a implementação de estratégias de comunicação no contexto da saúde, possibilitando melhorias tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde, Barreiras de Comunicação, Relações Médico-Paciente.

ABSTRACT

Introduction: Communication is indispensable to medical practice; however, it is constantly performed inadequately, especially in the context of bad news communication. The bad news is that it causes negative change in the patient's life, causing an unpleasant change and changing their

perspective of the future. In Western medicine, due to the predominance of curative vision, bad news is understood as failure or disability of professional skills, causing distancing from physicians and dissatisfaction of patients. In view of these circumstances, the communication protocols SPIKES, P-A-C-I-E-N-T-E and Class appeared. **Objective:** To evaluate the dynamics of bad news communication regarding the use of specific protocols and the main difficulties experienced, as well as to show the influence of communication on the doctor-patient relationship. **Method:** This is an exploratory, descriptive study with qualitative method, using a semi-structured interview script elaborated by the authors. After approval by the Research Ethics Committee of the Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira (IMIP) by opinion 4,266,575, 12 interviews were conducted with physicians from the Oncology and Palliative Care sectors of IMIP, recorded and transcribed, for further analysis. The data were categorized according to Minayo's proposal. **Results:** The approach to bad news was similar among professionals, regardless of the use of communication protocols, and SPIKES is the best known among them. The study revealed that the main difficulties faced when communicating bad news concern the environment and time of consultation, high demand of patients, doctor-patient-family bond and the medical feeling of not meeting expectations or being frustrated by the situation experienced. A clear influence of communication on the doctor-patient relationship was also found. It was also found the need to update the curriculum of medical schools, including theoretical-practical training in communication of bad news. **Conclusion:** The use of bad news communication protocols does not present itself as an indispensable condition for effective communication, however, it allows greater assertiveness and clarity in the conduct of the conversation. Thus, it is suggested the implementation of communication strategies in the health context, enabling improvements for both professionals and patients.

Keywords: Health Communication, Communication Barriers, Professional-Patient Relations, Physician-Patient Relations.

INTRODUÇÃO

A comunicação é indispensável à toda interação humana, incluindo a prática médica, visto ser capaz de proporcionar melhor qualidade para o cuidado nos serviços de saúde¹. Entretanto, esse diálogo, constantemente, não ocorre de forma adequada, principalmente no âmbito da comunicação de más notícias².

A má notícia pode ser compreendida como aquela que causa alteração negativa na vida do paciente, provocando uma mudança desagradável, seja diretamente ou pelas suas repercussões³. Alguns autores definem má notícia como a comunicação de uma informação que altera de forma impactante a perspectiva de futuro do paciente⁴. Outros, como o fruto da comunicação que ameaça o estado físico ou mental do paciente e o risco de seu estilo de vida já consolidado⁵. Contudo, as definições são concordantes quanto ao impacto negativo gerado³⁻⁵.

Como o preparo dos profissionais ainda é bastante voltado para promoção, reabilitação e proteção da vida, más notícias são, frequentemente, compreendidas como insucesso das medidas terapêuticas ou incapacidade das competências profissionais. Verifica-se ainda que a má notícia não só repercute em quem a recebe, mas também em quem a transmite, sendo frequente a reação de defesa e afastamento dos médicos, podendo, então, o paciente reagir com insatisfação e tristeza, pela ausência de acolhimento num momento de fragilidade⁶.

Partindo do pressuposto que a habilidade em comunicação pode ser ensinada, surgiram estratégias para uma comunicação de más notícias mais assertiva, sendo principalmente reconhecidos os protocolos SPIKES, P-A-C-I-E-N-T-E e CLASS.

O protocolo SPIKES se organiza em 6 passos. “*Setting up*” descreve o momento prévio à consulta, em que o médico se prepara para comunicar, estudando o caso e organizando um espaço físico. “*Perception*” relaciona-se à observação do quanto o paciente está ciente da situação. “*Invitation*” busca perceber o quanto de informação o paciente está apto e disposto a receber. “*Knowledge*” representa o ato, em si, de comunicar a má notícia. Recomenda-se começar com frases introdutórias que induzam o paciente a perceber a chegada de más notícias; evitar termos técnicos e construir com delicadeza a informação, para que não seja recebida bruscamente; e confirmar o que foi compreendido. “*Emotions*” reflete o momento empático, guardado para acolher as emoções do paciente. Em “*Strategy and Summary*”, são esclarecidos os próximos passos do acompanhamento terapêutico e situações que podem vir a surgir⁷.

O protocolo P-A-C-I-E-N-T-E, fundamentado no SPIKES e ajustado para a situação brasileira, é composto por 7 etapas: P – Prepare-se, expressa a verificação das notícias e o encontro de um ambiente físico com privacidade e conforto; A – Avalie o quanto o paciente sabe e quer saber; C – Convite à verdade; I – Informe a notícia em quantidade, velocidade e qualidade adequados para o entendimento; E – Emoções, permita que o paciente se expresse livremente; N – Não abandone o paciente, certifique que ele irá obter auxílio médico; T – Trace uma estratégia, planejando os próximos cuidados necessários e opções terapêuticas⁸.

O protocolo CLASS possui 5 passos. O primeiro diz respeito ao ambiente da conversa; o segundo objetiva a aptidão e a disposição de escuta médica; o terceiro refere-se às emoções do paciente e à empatia; o quarto é um delineamento de estratégias, apresentando de forma compreensível a recomendação terapêutica e suas etapas; e, por fim, realiza-se uma síntese dos tópicos discutidos durante a conversa, verificando se há dúvidas⁹.

Observa-se que os protocolos possuem semelhanças relacionadas à assistência através de uma sistematização da comunicação de más notícias, objetivando uma relação médico-paciente mais satisfatória para ambos⁷⁻⁹. Tal objetivo, no entanto, não condiz com a escassa análise da repercussão do uso de protocolos. Destarte, faz-se necessária uma maior exploração científica, visto que é de interesse tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes.

Este estudo busca avaliar a dinâmica da comunicação de más notícias, quanto ao uso de protocolos específicos e as principais dificuldades vivenciadas, bem como identificar a influência da comunicação na relação médico-paciente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com metodologia qualitativa, utilizando um questionário sociodemográfico e profissional, e um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos autores com as seguintes perguntas norteadoras: Você poderia comentar sobre o processo de comunicação de más notícias na sua prática profissional? Você utiliza alguma técnica de comunicação na hora de informar uma má notícia? Quais são suas maiores dificuldades na hora de comunicar uma má notícia ao paciente? Você já ouviu falar sobre protocolos de comunicação de má notícia? Se sim, qual é a sua visão a respeito da utilidade e praticidade? Se utiliza, quais são as suas dificuldades no uso desses protocolos? Como você enxerga o impacto da utilização dos protocolos para uma comunicação mais assertiva com o paciente? Na sua visão, quais os impactos dessa comunicação na relação médico-paciente?

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) pelo parecer 4.266.575, foram realizadas 12 entrevistas com médicos dos setores de Oncologia e de Cuidados Paliativos do IMIP, gravadas e transcritas, para posterior análise. Os dados foram categorizados e examinados segundo a proposta de Minayo¹⁰. O número de entrevistas foi definido segundo critérios de saturação. Esse estudo abrange os termos estabelecidos pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa em Seres Humanos e a Declaração de Helsinque. Não há conflito de interesses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 12 profissionais. Em relação ao perfil sociodemográfico, 7 (58,3%) médicos são do sexo feminino, 9 (75%) se consideram brancos, 7 (58,3%) são casados, 10 (83,3%) são da religião católica, 7 (58,3%) possuem renda familiar maior que 12 salários-mínimos e 12 (100%) são moradores de Recife-PE. O médico mais novo possui 26 anos, e o mais velho 53, sendo a média das idades de aproximadamente 38,4 anos. Quanto à questão profissional, 8 (66,7%) possuíam como maior formação a residência médica, 2 (16,7%) o mestrado e 2 (16,7%) o doutorado. O tempo médio de formação acadêmica foi de 13 anos, enquanto o tempo médio de atuação no setor de Oncologia ou de Cuidados Paliativos foi de 7 anos e meio. Do total, 7 (58,3%) já haviam realizado alguma capacitação para comunicação de más notícias.

O conteúdo das entrevistas foi dividido em três categorias temáticas: Abordagem de más notícias, Dificuldades na comunicação de más notícias e Influência da comunicação na relação médico-paciente.

Abordagem de más notícias

Na Oncologia e nos Cuidados Paliativos, más notícias relacionadas ao diagnóstico, tratamento, complicações, recidivas e questões relativas ao fim de vida são rotineiras, necessitando de uma abordagem adequada. Essa temática foi dividida em 3 subcategorias: Conhecimento médico sobre protocolos e outras estratégias utilizadas para comunicar uma má notícia; Formação acadêmica sobre comunicação de más notícias; Repercussões do uso de protocolos de comunicação de más notícias.

Conhecimento médico sobre protocolos e outras estratégias utilizadas para comunicar uma má notícia

Dentre os protocolos de comunicação de más notícias existentes, o SPIKES é um dos mais populares em todo o mundo¹¹. Na literatura, o maior destaque do SPIKES é justificado por sua flexibilidade¹². No presente estudo, também se evidenciou essa popularidade, pois a maioria dos profissionais relatou conhecer apenas o protocolo SPIKES e o restante não conhecia nenhum, com destaque para as seguintes respostas:

“Conheço e incorporei o SPIKES.” - M6

“Uso algumas técnicas. Mas, protocolo, sinceramente, não lembro.” - M3

“Já devo ter ouvido falar (sobre outros protocolos), mas que já tenha tentado praticar só o SPIKES mesmo, ele é mais o do dia a dia.” - M1

Outros protocolos não foram citados por nenhum entrevistado. Porém, destaca-se que o protocolo P-A-C-I-E-N-T-E é fundamentado no SPIKES e que o protocolo CLASS apresenta, essencialmente, as mesmas 6 etapas do SPIKES, dispostas em 5 passos^{8,9}. Todos os protocolos se baseiam em um mesmo eixo, apoiado em determinar quais informações o paciente possui e quais suas expectativas; em oferecer informações de modo claro e de acordo com a vontade do paciente; proporcionar apoio; e ressaltar a importância da participação cooperativa¹³. Apesar de não explicitar nomes, as semelhanças entre protocolos foram reconhecidas na seguinte fala:

“Acho esses protocolos todos meio parecidos. A sensação que tenho é que a maioria se baseia no SPIKES. Quando aparece um diferente, digo logo que é um SPIKES modificado.”
- M12

A semelhança das abordagens foi notada mesmo entre os profissionais que não possuíam conhecimento sobre protocolos, demonstrando que eles se apoiam em pontos considerados

fundamentais para uma comunicação adequada com o paciente¹³. Conforme a literatura, uma consistente preferência dos pacientes oncológicos é a comunicação direta e clara, desde que levando em consideração seus sentimentos¹⁴. Essa prática pode ser conseguida mediante o uso ou não de protocolos, como exposto nos seguintes relatos:

“Não conheço nenhum protocolo, mas tento extrair um pouco o que o paciente tem de informação sobre sua condição e, à medida que ele me diz o que entendeu, vou explicando.”

- M2

“Protocolo não uso. Tento usar uma linguagem mais simples, dando tempo pra pessoa entender. Sempre pergunto se estão entendendo, se sabem o que está acontecendo, o tratamento, a evolução, o próprio desfecho...” - M4

Formação acadêmica sobre comunicação de más notícias

Quanto à formação acadêmica voltada para comunicação de más notícias, os entrevistados relataram ter tido pouca ou nenhuma discussão sobre o tema, bem como acesso aos protocolos. Sabe-se que programas de treinamento de habilidades de comunicação podem proporcionar maior consciência das emoções e representam uma oportunidade de praticar a comunicação de más notícias¹². Porém, os relatos dos profissionais demonstraram uma defasagem na formação teórico-prática durante a graduação e, até mesmo, na residência:

“Na época da minha faculdade, eu não tive essa formação. Sequer falávamos de cuidados paliativos, nunca paguei nada referente a isso. Fui aprender somente na residência de Oncologia, nem na Clínica Médica tive. Mas é tão importante (conhecer algum protocolo), principalmente quando você não é experiente.” - M3

“A comunicação com os pacientes deveria ser mais trabalhada na graduação. Na Clínica Médica, só tive contato pois tive um staff geriatra e paliativista. Na graduação, foi no internato, num rodízio com esse mesmo staff, mas nada específico ou direcionado.” - M8

De fato, estudos realizados em diferentes países revelam uma insuficiência de treinamentos durante a formação acadêmica, o que explica muitos dos problemas relatados pelos profissionais de saúde^{9,11,15}. No Brasil, uma pesquisa recente, com 162 escolas médicas, constatou o ensino da comunicação de más notícias em apenas 41 delas¹⁶. Diante disso, percebe-se a necessidade de um aprimoramento da grade curricular referente a essa temática¹⁷. Acerca dessa necessidade, destaca-se a seguinte fala:

“Acho muito estranho e diferente não ter tido contato com isso na graduação. É essencial, deveria ser algo da graduação, praticado desde cedo.” - M1

Repercussões do uso de protocolos de comunicação de más notícias

A literatura suporta uma estratégia de comunicação de más notícias em que os aspectos dos protocolos são incorporados e adaptados à experiência do médico e às necessidades específicas exigidas. Nem sempre será necessário seguir todas as etapas do SPIKES, por exemplo, sendo importante se guiar pela demanda do paciente e não apenas engessar-se ao checklist¹⁸. A eficácia do processo comunicativo demanda flexibilidade, sendo importante que os protocolos auxiliem no enfrentamento de eventuais obstáculos, mas sem tolher a singularidade do momento⁷. Há consonância entre os relatos das entrevistas e a literatura:

“A gente se baseia no SPIKES, mas dá uma adaptada para nossa realidade e para necessidade do paciente. Muitas vezes, não preciso usar o protocolo completo ou só o protocolo não é suficiente.” - M7

“Protocolos de comunicação são um pouco diferentes de protocolos clínicos. (...) Com um protocolo de comunicação não tem esse enrijecimento. Ele não deve enrijecer a relação, afinal estamos falando de comunicação. Não tem fórmula.” - M5

“Gosto bastante do checklist do SPIKES, mas fui juntando coisas que aprendi ao longo do tempo na convivência com colegas e com os próprios pacientes.” - M11

A opinião dos médicos sobre a utilidade de protocolos, como o SPIKES, fundamentou-se na sua organização didática dos principais pilares em que se baseia uma transmissão de más notícias, buscando causar o menor efeito negativo possível ao paciente⁵. Outra repercussão positiva seria a tranquilização emocional dos médicos e dos pacientes. Para o profissional, a má notícia está atrelada, muitas vezes, à frustração e culpa e, particularmente na consulta oncológica, uma grande ansiedade é experienciada pelo paciente e sua família¹⁹. Portanto, uma ferramenta que proporciona respaldo emocional traduz-se no estabelecimento de uma melhor relação médico-paciente, já que um dos aspectos-chaves da comunicação é a estabilidade emocional e o apoio²⁰. Isto pôde ser constatado nos seguintes relatos:

“Uso o SPIKES, seus pressupostos e princípios para uma comunicação mais compassiva (...) vou me lembrando dele por mais que eu esteja nervosa ou emocionada, por mais que ache que a conversa está demorando muito, que eu preciso dar um direcionamento, o SPIKES serve para me guiar.” - M12

“Gosto bastante do SPIKES porque ele dá uma noção de ambientação e de “settings”. Acho que o protocolo lhe ajuda a revisar os casos no dia a dia de maneira organizada e adequada, tendo em vista a quantidade de pacientes e que não é uma conversa simples que possa ocorrer em qualquer lugar” - M11

Dificuldades na comunicação de más notícias

Oncologistas e paliativistas encontram-se imersos em circunstâncias que demandam a comunicação de más notícias. Nesse momento, podem surgir diversas dificuldades, das quais, foram selecionadas 3 subcategorias: Impasses relacionados ao ambiente, tempo e demanda; Impasses relacionados ao vínculo médico-paciente-família; Sentimentos médicos.

Impasses relacionados ao ambiente, tempo e demanda

A respeito das circunstâncias de trabalho, constatou-se nas entrevistas uma sobrecarga de pacientes no serviço, a pouca disponibilidade de tempo nas consultas e um ambiente inapropriado em termos de acolhimento e receptividade. Na literatura internacional, não ter tempo suficiente para gerenciar a situação e conceder maior apoio ao paciente foi a principal fonte de reclamação entre os profissionais de saúde²¹. Porém, também há queixas dos médicos acerca da falta de um local adequado para a conversa, bem como da demanda de pacientes e de problemas de relacionamento entre a equipe de saúde²². Este último ponto não foi evidenciado no presente estudo, entretanto, houve consonância com os outros pontos nos seguintes relatos:

“O principal problema é em relação ao espaço. Algo que o que realmente me incomoda é que sempre tem alguém que entra para pegar algo. Às vezes me desconcentra muito e até me irrita. Se eu tivesse uma sala adequada só pra conversar seria muito melhor.” - M12

“A parte mais difícil é o volume. Eu dificilmente tenho um dia com poucos pacientes ou coisas para fazer. Isso inviabiliza passar 30 minutos ou 1 hora em uma comunicação de má notícia. Então, às vezes falta local adequado ou tempo suficiente. Volume e demanda acabam não permitindo que se dê ao paciente o tempo certo para se conversar.” - M11

Impasses relacionados ao vínculo médico-paciente-família

Algumas situações são consideradas mais complexas. Na literatura, os médicos descrevem como extremamente difícil comunicar más notícias para pacientes com os quais possuem relacionamento mais próximo²³ e consideraram profundamente apreensivo lidar com pacientes mais jovens¹⁴. Concordante com esses estudos, evidenciam-se as seguintes falas:

“O que me toca mais é contar para pacientes mais antigos, quando você já acompanha o tratamento e a doença progride. É esse aí o momento mais difícil. Até porque já tem um vínculo com o paciente, né?” - M3

“As situações mais difíceis sempre são quando o paciente é muito jovem, quando tem filho pequeno, quando os pacientes têm um sofrimento espiritual muito grande e sentem que não viveram de acordo com os princípios que achavam importantes... e na hora da morte bate o desespero.” - M12

Outra dificuldade apontada pelos profissionais seria causada pela própria família. Na ânsia de proteger o enfermo de maior sofrimento e dos conflitos emocionais que podem surgir, é comum que a família tente intervir no processo de comunicação, solicitando que a verdade seja “parcelada” e o indivíduo seja poupado da notícia. Esse desejo de poupar o paciente de um prognóstico adverso tem sido um fator impeditivo para uma comunicação mais direta¹⁴. Além disso, um estudo demonstrou que o aumento da ansiedade dos pacientes após receber uma má notícia está associado ao aumento da ansiedade dos parentes que os acompanham²⁴. Essas questões também foram trazidas pelos entrevistados:

“Às vezes, é a própria família que complica, com aquela conspiração do silêncio. O corpo é do paciente, ele tem todo direito, é lúcido e a família não quer que conte. Para mim, a maior dificuldade é quando isso acontece.” - M3

“A família, na maioria das vezes, não está preparada e fica mais angustiada que o paciente, desestabiliza mais ele. Lidar com isso não é fácil.” - M10

Sentimentos médicos

Com relação aos reveses pessoais, uma problemática apontada, em consonância com a literatura, foi a de comunicar uma má notícia sem tolher a esperança e as expectativas do paciente em relação a seu futuro^{14,21}. Relativo a isso, destacam-se as seguintes falas:

“Existe um sentimento ruim, eu sofro pela situação existir. Não por ser eu que esteja falando, mas pela pessoa estar passando por isso. Eu, como médico, me vejo na função de ajudá-la a passar por aquilo e fico preocupado com como o paciente vai lidar com aquela notícia após sair do consultório.” - M8

“Eu me sinto mal por não corresponder à expectativa. Isso mexe muito comigo e me deixa triste.” - M1

Diante da perspectiva curativista, ainda bastante presente na medicina ocidental, o fim dos recursos terapêuticos é encarado, frequentemente, como um fracasso das habilidades médicas e da capacidade da própria medicina²⁵. Esses aspectos podem repercutir na transmissão da má notícia, que pode ser excessivamente direta ou acabar sendo eufemista e gerar a não compreensão da real situação, como relatado nas seguintes falas:

“A minha maior dificuldade é reconhecer que talvez não possa ajudar tanto quanto gostaria. Dá uma certa sensação de impotência, de fracasso. É algo inevitável, pelo menos para mim.”
- M9

“No dia a dia, alguns casos geram um descontrole emocional. Me sinto mal de ter que dar uma má notícia, algumas vezes até tento mascarar.” - M1

Além disso, o medo pessoal da morte também pode afetar os profissionais. A literatura demonstra que parte considerável da comunidade médica não se considera qualificada para falar sobre isso com profundidade, seja por um tabu geral da sociedade ou por negação do próprio médico, que se sente desconfortável pela morte ser algo incontrolável ou pela lembrança da sua própria finitude^{23,26}. Entretanto, não houve consenso perceptível nas entrevistas sobre essa dificuldade:

“Acho que os maiores problemas que enfrentamos como classe médica são as falhas de comunicação. Muitas vezes por uma dificuldade muito mais médica do que do paciente de falar sobre morte e ausência de cura. De assumir, enquanto médico, que não estou confortável com o assunto.” - M11

“Eu vejo a morte como algo que faz parte da vida e que todo mundo vai chegar lá algum dia. Você pode ficar triste, mas tem que superar.” - M5

Influência da comunicação na relação médico-paciente

Uma comunicação de qualidade repercute na melhoria das condições gerais do paciente, abrangendo diversas necessidades pessoais, particularmente as psicológicas. É descrito que o modo como a má notícia é entregue influencia tanto quanto a má notícia em si, podendo impactar negativamente, se ofertada de modo incorreto, causando ansiedade, sofrimento, equívocos e ressentimento; mas, quando ofertada adequadamente, gerando entendimento, aceitação e harmonia²⁷. A literatura revela que a maioria das queixas em relação aos profissionais é referente às suas habilidades comunicativas e não às suas competências acadêmicas, o que impacta

diretamente na maneira com que ele defronta seu diagnóstico e a adesão da terapêutica²⁸. Quanto a isso, destacam-se as seguintes falas:

“A comunicação vai mudar toda a característica da relação, se o paciente vai acreditar no tratamento, se vai confiar em você ou não. Pode impactar terrivelmente você comunicar de um jeito ruim ou cometer um equívoco de achar que o paciente entendeu o que você falou e ele não entendeu.” - M3

“Quando a comunicação é efetiva você consegue conduzir melhor o paciente no controle de sintomas. Não existe oncologia sem uma boa comunicação. Ela evita sofrimento, desgaste físico e emocional e faz o paciente ter mais autonomia.” - M11

A literatura relembra também que, além da comunicação verbal, outros aspectos influenciam na relação médico-paciente, como empatia, honestidade e coerência, além da expressão corporal e do contato visual. Além disso, o profissional sempre deve tentar compreender a realidade do paciente, com uma postura empática e compassiva, contudo delimitando que aquela vivência não o pertence²⁹. Acerca do exposto, ressaltam-se os seguintes relatos:

“Uma boa comunicação é fundamental para que a relação médico-paciente prospere. E não falo só da verbal, tem a não-verbal também, a disposição de ajudar, a disponibilidade, o olhar. Mas você precisa criar uma barreira. Saber que o problema é grave, mas não é exatamente seu. Temos que aprender a separar isso para sobreviver na profissão, senão fica difícil demais.” - M9

“Acho que a pessoa pode simplesmente ter compaixão. Então, a compaixão deveria ser o protocolo obrigatório para todo mundo que quer se comunicar adequadamente nesse contexto de sofrimento.” - M12

CONCLUSÃO

Estratégias de comunicação podem promover, de forma organizada, um espaço de acolhimento, segurança e clareza aos pacientes em um momento de fragilidade. Todavia, o emprego de protocolos de comunicação de más notícias não se apresenta como condição indispensável para comunicação efetiva, visto que mesmo médicos que não utilizavam protocolos, mas se baseavam num roteiro estruturado na sua vivência pessoal, alcançaram uma boa relação médico-paciente. Contudo, os protocolos possibilitam maior assertividade e clareza, o que pode não ser tão bem atingido numa comunicação instituída empiricamente.

Constatou-se também a necessidade de atualização da grade curricular das escolas médicas, incluindo técnicas, habilidades e protocolos de comunicação como parte das esferas fundamentais de aprendizagem para a prática clínica, aprimorando tanto a formação dos profissionais, quanto a satisfação dos pacientes e seus familiares com o serviço.

Apesar de limitar-se à visão dos médicos de um hospital e de especialidades selecionadas, o presente estudo revelou que as principais dificuldades ao comunicar dizem respeito ao ambiente e tempo de consulta, alta demanda de pacientes, vínculo médico-paciente-família e à sensação médica de não corresponder às expectativas ou se frustrar pela situação vivenciada.

Identificou-se também clara influência da comunicação na relação médico-paciente. Logo, sugere-se o desenvolvimento de mais estudos explorando esta habilidade, bem como formas de implementar com qualidade estratégias de comunicação no contexto da saúde, possibilitando melhorias para os profissionais e para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Pereira M. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*. [S.l.]; 2005, 14(1), 33-37 [acesso em 2020 abril 10] Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>
2. Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Weiner J, Polite RG, Davis EB, et. al. The good news about giving bad news *Journal of General Internal Medicine*. [S.l.]; 2002; 17(12):914-922 [acesso em 2020 abril 8] Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495144/
3. Egly S, Penner L, Albrecht TL, Cline RJW, Foster T, Naughton M, et al. Discussing Bad News in the Outpatient Oncology Clinic: Rethinking Current Communication Guidelines. *J Clin Oncol*. Indianápolis; 2006;24(4):716-9. [acesso em 2020 abril 8] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16446346/>
4. Neto JAC, Sirimarc 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. Juiz de Fora*; 2013; 23(4): 502-509. [acesso em 2020 abril 8] Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/415>
5. Almanza-Muños MJJ, Holland CJ. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-pacientel. *Guía clínica práctica basada en evidencia*. [S.l.]; 1999; 53(3): 220-224. [acesso em 2020 abril 8] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-266927>
6. Silva MUP. Falando de comunicação. In: Oliveira RA (ed.). *Cuidado paliativo*. São Paulo. CREMESP; 2008 [acesso em 2020 abril 8] Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf

7. Baile WK, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a sixstep protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. Houston; 2000;5(4): 302-11. [acesso em 2020 abril 10] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964998/>
8. Pereira CR. Comunicando más notícias: protocolo PACIENTE. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu; 2010. [acesso em 2020 abril 8] Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/103998>
9. Calsavara VJ, Scorsolini-Comin F, Corsi CAC. A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia; 2019; 25(1): 92-102. [acesso em 2020 abril 12] Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672019000100010&lng=pt&nrm=iso
10. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. Instituto sírio-libanês. São Paulo; 2014. [acesso em 2020 abril 8] Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/Documents/LatoSensu/caderno-pesquisaqualitativa-mestrado-2014.pdf>
11. Fisseha H, Mulugeta W, Kassu RA, Geleta T, Desalegn H. Perspectives of Protocol Based Breaking Bad News among Medical Patients and Physicians in a Teaching Hospital. *Ethiop J Health Sci*. Ethiopia; 2020 Nov;30(6):1017-1026 [acesso em 2021 março 4] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33883848/>
12. Baile WF. Giving Bad News. *The Oncologist - Wiley Online Library*. 2015; 20 (8):852-853. doi: 10.1634 [acesso em 2021 março 4] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33883848/>
13. Almonacid LT, Rueda FEG, Herrera JMS. Difficult Conversations in Medicine: Professionalism and Humanism in the Art of Breaking Bad News. *Universitas Medica*. 2020;61(1):74-83 [acesso em 2021 março 4] Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392020000100074&lang=pt
14. Yi J, Kim MA, Choi KH, Bradbury L. Oncologists Experience of Delivering Bad News in Korea. *OMEGA - Journal of Death and Dying*; 2020 Jul; doi: 10.1177/0030222820944087 [acesso em 2021 março 4] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32698675/>
15. Lech SS, Destefani AS, Bonamigo EL. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. *Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba*; jan./jun. 2013; 4(1):69-78, [acesso em 2021 março 4] Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/235124177.pdf>
16. Dias NC, Pio DAM. Percepção dos Estudantes de Medicina sobre Comunicação de Más Notícias na Formação Médica Percepção dos Estudantes de Medicina sobre Comunicação de Más Notícias na Formação Médica. *Revista brasileira de educação médica*. São Paulo; 2019; 43(1 Supl. 1):254-264 [acesso em 2021 março 4] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/xH8Nfd9XBYZDFHKmRQ6DN3v/?lang=pt>

17. Vogel KP, Silva JHG, Ferreira LC, Machado LC. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2019; 43(1 suppl 1):314-321. ISSN 1981-5271. [acesso em 2021 abril 3] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180264>.
18. Souto DC, Schulze MD. Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. *Rev. Psicol. Saúde* [Internet]. Dez 2019; 11(3): 173-184. ISSN 2177-093X. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.690>. [acesso em 2021 abril 3] Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300012&lng=pt
19. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA, et. al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2011; 16(Supl. 1):1457-1465 [acesso em 2021 abril 3] Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16suppl1/1457-1465/pt/>
20. Bertachini L. A comunicação de más notícias: um desafio do processo terapêutico. In: Moritz RD, organizadora. *Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina*. Brasília: CFM; 2011, p. 71-85.
21. Zielińska P, Jarosz M, Kwiecińska A, Bętkowska-Korpała B. Main communication barriers in the process of delivering bad news to oncological patients - medical perspective. *Folia Med Cracov*. 2017;57(3):101-112. [acesso em 2021 abril 3] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29263459/>
22. Warnock C, Buchanan J, Tod AM. The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *J Adv Nurs*. 2017 Jul;73(7):1632-1645. doi: 10.1111/jan.13252. [acesso em 2021 abril 8] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28072478/>
23. Friedrichsen M, Milberg A. Concerns about losing control when breaking bad news to terminally ill patients with cancer: physicians' perspective. *J Palliat Med*. 2006 Jun; 9(3):673-82. doi: 10.1089/jpm.2006.9.673. PMID: 16752973. [acesso em 2021 abril 10] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16752973/>
24. Delevallez F, Lienard A, Gibon AS, Razavi D. L'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie : l'expérience belge. *Revue des Maladies Respiratoires*; 2014; 31(8):721- 728. ISSN 0761-8425. [acesso em 2021 abril 10] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0761842514003222>
25. Ribeiro TGP, Silva TM, Silva NA. Comunicação de más notícias: repercussões emocionais em médicos de um hospital de oncologia em Recife-PE. *Rev. SBPH* [Internet]. 2020 Dez; 23(2):38-50. [acesso em 2021 abril 10] Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200005&lng=pt

26. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 May 26;288(6430):1597-9. doi: 10.1136/bmj.288.6430.1597. PMID: 6426658; PMCID: PMC1441225. [acesso em 2021 abril 5] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6426658/>
27. Gonçalves AC. Comunicação de Más Notícias a Pessoas com Doença Oncológica: A Necessidade de Implementar a Bioética na Relação – Um Estudo Exploratório. Dissertação (Mestrado) - Curso de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa; 2013. [acesso em 2021 abril 5] Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11061/1/700699_Tese.pdf
28. Sombra Neto LL, Silva VLL, Lima CDC, Moura HTM, Gonçalves ALM, Pires APB, et al. Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado? *Rev Bras Educ Méd*. 2017; 41(2):260-8. [acesso em 2021 abril 20] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n2/1981-5271-rbem-41-2-0260.pdf>
29. Araújo JA, Leitão EMP. A comunicação de más notícias: Mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 2012; 11(2),58- 62. [acesso em 2021 abril 20] Disponível em http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=327