

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

MURILO CAETANO DE JESUS

**CONHECIMENTO PRELIMINAR SOBRE COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS
DIFÍCEIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**São Luís
2016**

MURILO CAETANO DE JESUS

**CONHECIMENTO PRELIMINAR SOBRE COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS
DIFÍCEIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do Grau de Médico.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia.

**São Luís
2016**

Jesus, Murilo Caetano

Conhecimento preliminar sobre comunicação de notícias difíceis em uma unidade de terapia intensiva/ Murilo Caetano de Jesus – São Luis, 2016.

45 ff.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Maranhão, Curso de Medicina, 2016.

1. UTI. 2. Comunicação difícil. I. Garcia, João Batista Santos (Orient.) II. Título.

CDU 61:316.77

MURILO CAETANO DE JESUS

**CONHECIMENTO PRELIMINAR SOBRE COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS
DIFÍCEIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão como requisito
para obtenção do grau de Médico.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia

Aprovado em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Batista Santos Garcia (Orientador)

Doutor em Medicina (Dor e Cuidados Paliativos)

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Flávia Raquel Fernandes do Nascimento

Doutora em Ciências Biológicas (Imunologia)

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Msc. Anamada Barros Carvalho

Doutoranda em Medicina (Dor, Reabilitação e Cuidados Paliativos)

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Msc. Adriana Lima dos Reis Costa

Mestre em Medicina (Saúde Materno-Infantil)

Coordenadora Geral do Internato Médico - UFMA

AGRADECIMENTOS

A Deus,
pela capacitação e proteção na realização dos meus sonhos.

Aos meus pais, Gilson R. Caetano de Jesus e Edna A. Caetano de Jesus,
e ao irmão, Bruno Caetano de Jesus, *pelo amor e zelo constantes;*

Aos eternos amigos, Lucas Lahr, Viviane Ginetti, Ludmilla Ragazzi, Thalita Bonatto e
Eliane Basso, *pela onipresença, mesmo que em pensamento, nos momentos em
que a distância insistia em apertar;*

Ao meu orientador Dr João Batista Santos Garcia,
que HONRA ser orientado pelo senhor! Obrigado por essa oportunidade!

À Dra Vanise Barros Rodrigues da Motta,
cujo espírito determinado sempre me despertou tamanha admiração;

À Dra Flávia Raquel Fernandes do Nascimento,
*por ser uma excelente educadora, pesquisadora e fonte de inspiração para todos
nós; uma honra tê-la presente neste momento.*

À Dra Anamada Barros Carvalho,
*por ter aceitado participar da minha banca de forma tão espontânea! Obrigado pelo
exemplo pleno de uma boa relação médico-paciente.*

À Dra Adriana Lima dos Reis Costa
*por não medir esforços em prol dos alunos. Sua presença é fundamental para o
curso de Medicina. Sempre terá minha gratidão.*

A todos os profissionais da UTI Geral do HUPD,
pela colaboração nos questionários mesmo em seus turnos tão cheios de atividades.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana (...).”

Carl Gustav Jung

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Um dos momentos mais delicados e rotineiros no exercício da medicina é o comunicar de uma notícia difícil e requer do profissional habilidade e segurança. Para tal, a informação e o treinamento da equipe são de suma importância. O objetivo deste estudo foi a avaliação do conhecimento preliminar da equipe de saúde sobre a comunicação de notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra. **MÉTODOS:** O estudo descritivo e transversal foi realizado por meio da aplicação de questionário, contendo 10 questões para caracterização sócio-demográfica e 20 questões para avaliar o nível de conhecimento e preparo da equipe sobre comunicação de notícias difíceis. **RESULTADOS:** Verificou-se que os profissionais entrevistados transmitem notícias difíceis com bastante frequência, contrastando com o fato de os mesmos terem recebido pouca ou nenhuma formação a respeito durante a graduação. A maioria percebe que não consegue transmitir as informações necessárias ou o faz de forma inadequada. A notícia considerada mais difícil de comunicar foi a de morte. Numa autoavaliação do grau de entendimento do assunto, a nota média dos profissionais foi de 6,63. **CONCLUSÃO:** Os profissionais comunicam notícias difíceis com frequência, mas lhes carece formação suficiente, acarretando insegurança. A capacitação destes profissionais é uma necessidade evidente para a aquisição e sedimentação de tal habilidade. A implantação de um protocolo surge como uma alternativa para uniformizar e sistematizar a comunicação.

Descritores: *comunicação; notícia difícil; terapia intensiva; cuidados paliativos; protocolos;*

ABSTRACT

OBJECTIVE: One of the most delicate and routine moments in the practice of medicine is communication of a bad news and it requires skill and safety from the professional. Therefore, information and staff training are of total importance. The objective of this study was to evaluate the preliminary knowledge of the healthcare team about communicating of bad news in the Intensive Care Unit (ICU) at University Hospital Presidente Dutra. **METHODS:** A descriptive cross-sectional study was conducted through a questionnaire containing 10 questions for socio-demographic characteristics and 20 questions to assess the level of knowledge and equipment of this team about communication in bad news. **RESULTS:** Was checked that the professionals interviewed convey bad news quite often, in contrast to the fact that they have received little or none training about it during their graduation. Most of them realize that cannot convey the necessary information or do it improperly. The news considered more difficult to communicate was about death. In a self-assessment of the subject of understanding degree, the average grade of the professionals was 6.63. **CONCLUSION:** The professionals communicate bad news often, but they lack sufficient training, leading to insecurity. The training of these professionals is a clear need for the acquisition and settling such skill. The implementation of a protocol is an alternative to standardize and systematize communication.

Keywords: *communication; bad news; intensive care; palliative care; protocols;*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 METODOLOGIA	15
3.1 Desenho de estudo	15
3.2 Local de estudo	15
3.3 Período de estudo	15
3.4 Sujeito de estudo	15
3.5 Instrumento de coleta	16
3.6 Critérios de Inclusão e Não Inclusão	18
3.7 Análise estatística	18
4 RESULTADOS	19
5 DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A: TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	40
APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO	42
ANEXO A: PARECER DE APROVAÇÃO.....	45

1 INTRODUÇÃO

A comunicação está diretamente ligada aos sentidos dos seres humanos, sendo, portanto, inerente à gênese humana. Comunicação é ato de transmitir mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados em uma linguagem verbal ou não verbal. E, neste processo, está o comunicador e o receptor, no entendimento do que deve ser dito e compreendido.

Especificamente no âmbito da saúde, a comunicação diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (BUCKMAN, 1992). No ambiente da UTI, o principal responsável por emitir a comunicação sobre o paciente gravemente enfermo é o médico intensivista. Tal profissional tem o dever de transmitir as informações acerca da situação da doença ao paciente, aos seus familiares, aos seus amigos e ao seu médico assistente. Deve também informar os pormenores do tratamento aos membros da equipe multiprofissional que trabalham no setor. Certamente esses profissionais interferem e interagem na comunicação dentro da UTI (HO et al., 2005).

No entanto, não se pode esquecer que a responsabilidade final do tratamento de um paciente é do médico e que esse profissional em hipótese alguma poderá se eximir da sua participação fundamental e prioritária na comunicação. A mensagem a ser transmitida abrange invariavelmente detalhes da situação clínica e do prognóstico do paciente. O canal de propagação da mensagem é geralmente verbal, face-a-face, nas salas de

espera da UTI. Essa é uma forma simplista e pouco preparada de tratar um tema tão complexo. (FEATHERS, 2014)

O ato da comunicação de notícias difíceis é tarefa considerada árdua, muitas vezes evitada por muitos profissionais. Nas situações que envolvem a terminalidade, limites de tratamento, prognósticos reservados ou até mesmo comunicar acerca de procedimentos cirúrgicos necessários tornam-se complexas devido à influência de diversos fatores, sejam eles éticos, profissionais ou emocionais, que interferem nos agentes envolvidos. Sabe-se que a dificuldade da comunicação durante o processo do morrer tem fundamentos históricos. Vale destacar o fato de que só se consegue a comunicação adequada quando se possui conhecimento e tranquilidade para abordar com segurança determinado tema (MORITZ, 2007).

No tocante aos médicos, sempre formados com o objetivo de tratar e curar, a morte dos seus paciente é algo punitivo que pode significar o seu erro ou fracasso. A morte é referida como a pior notícia a ser comunicada, mas segundo Buckman (BUCKMAN, 2010), *Má Notícia é todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis em um dos seus agentes (emissor ou receptor) , especialmente aquelas associadas a diagnosticar e prognosticar enfermidades.* Por esse motivo, dar uma notícia difícil pode tornar-se um tabu ou algo extremamente sofrível para esses profissionais, o que conseqüentemente reflete grandes dificuldades e barreiras na sua comunicação (MORITZ, 2009)

Outro importante fato que merece ser ressaltado é o relacionamento da equipe multiprofissional. Caso todos os profissionais que estejam envolvidos direta ou indiretamente com o tratamento durante a assistência

não se sintam seguros para o enfrentamento da morte e da doença e, se não houver clareza entre todos os membros da equipe, haverá, invariavelmente, um conflito de interesses que irá resultar em problemas de relacionamento e de comunicação (MORITZ, 2006)

Historicamente, desde o final do século XIX, com o movimento chamado Medicina Moderna, era do médico a responsabilidade de informar a proximidade da morte, sendo tal função passada para a família que também deixou de exercê-la. Tais contingências tornaram a Má notícia ou Notícia difícil uma “obrigação de ninguém” e o direito a informação uma prática em desuso, o que produziu gerações de pacientes convivendo com uma conspiração silenciosa (ARIÈS, 2003). Nesse contexto, o médico e a família eram os verdadeiros responsáveis pelo paciente e, portanto, pelas informações envolvidas com seu tratamento. Esse modelo, chamado paternalista, foi questionado no momento em que discussões éticas trouxeram à luz a autonomia do paciente e o deslocamento do foco da doença para a pessoa doente. (ADORNO, 2004).

No ambiente particular da UTI, o médico intensivista muitas vezes exerce sua função em regime de plantões, dificultando ainda mais o estabelecimento da chamada relação médico paciente. Isso o distancia do paciente, não permitindo a criação de laços mais afetivos com o mesmo e com seus familiares. Nestas circunstâncias, comunicar à família notícias difíceis pode se tornar uma árdua obrigação, já que a falta de intimidade e profundidade na relação do médico com o paciente internado na UTI e, conseqüentemente, com os seus entes queridos, deixa-o menos seguro e

mais frágil para entrar em contato direto com o símbolo do seu “fracasso”, limites de tratamento ou até mesmo a morte (ALELUIA, 2010).

Desse modo, é fácil evidenciar que o ato de falar sobre o real prognóstico do paciente, informar de forma clara sobre a evolução da sua doença sem relegar ao segundo plano o envolvimento emocional que cerca o tratar e/ou o morrer, são atitudes que devem fazer parte de um processo contínuo de comunicação entre todos os integrantes desse processo (WALLAU, 2006).

E para corroborar tal situação de despreparo, vale salientar que o aprendizado sobre comunicação de notícias difíceis nas instituições de ensino médico se faz de forma inconstante e reduzida, portanto, os profissionais formados não utilizam este conhecimento na prática diária. Apesar de tais limitações, a implantação de um protocolo de padronização sobre comunicação de notícias difíceis é de extremo valor, melhorando a assistência e a formação dos futuros profissionais, além de tratar o paciente (e de forma mais indireta os seus familiares) de forma mais humanizada (BUCKMAN, 1992).

Foi escolhido realizar este estudo para avaliar o nível de conhecimento dos profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos da UTI sobre comunicação de notícias difíceis que servirá de piloto para em um segundo momento, capacitar esses profissionais neste tipo comunicação e implantar um Protocolo de Notícias Difíceis nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Presidente Dutra.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o nível de conhecimento preliminar da equipe de saúde da UTI geral do Hospital Universitário Presidente Dutra sobre comunicação de notícias difíceis.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil profissional e sócio-demográfico dos profissionais das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Presidente Dutra;
- Analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre a comunicação de notícias difíceis especificamente em Unidades de Terapia Intensiva;
- Estudar se há uma preparação adequada dos profissionais durante a sua formação acerca da conduta a se tomar perante situações difíceis;
- Avaliar a necessidade de capacitação dos profissionais da UTI a fim de promover um melhor manejo das situações difíceis;
- Definir, de acordo com os resultados obtidos deste piloto, a possibilidade escolha de um modelo padrão de protocolo para ser implantado nas UTIs do HUUFMA.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho de estudo

O presente estudo se classifica como descritivo e transversal com abordagem analítica quantitativa.

3.2 Local de estudo

Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís – MA.

3.3 Período do estudo

Realizado no período de Março de 2015 a Dezembro de 2015.

3.4 Sujeitos de estudo

Médicos, enfermeiros e psicólogos que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HU-UFMA. Procedeu-se a subdivisão destas categorias profissionais em “médicos” e “não médicos” diante do “n” muito pequeno de profissionais psicólogos (apenas 02 no momento). Desta maneira, caso fossem divididos em três categorias, a psicologia tornaria a pesquisa tendenciosa já que suas respostas sempre evidenciarão 50% ou 100% das opiniões, gerando um viés de espaço amostral que poderia não refletir a real avaliação que o trabalho propõe.

A escolha das três categorias profissionais: médicos, enfermeiros e psicólogos; para compor o “n” do estudo deveu-se ao fato de que, sendo este um projeto piloto que servirá de parâmetro para uma análise posterior mais

abrangente, consideramos que, num primeiro momento, tais categorias profissionais refletem o cenário cotidiano da comunicação dentro da unidade de terapia intensiva. Ademais, na observância da rotina da UTI do HUPD, sabe-se que estes profissionais estão mais envolvidos no processo de comunicação (e mais presentes no momento da visita familiar) atualmente no setor.

3.5 Instrumentos de coleta

Constituiu-se de um questionário estruturado construído pelos pesquisadores onde constam 10 perguntas para caracterização sócio-demográfica dos entrevistados e 20 questões de múltipla escolha para avaliar o nível de conhecimento e preparo da equipe de saúde da UTI sobre comunicação de notícias difíceis (APÊNDICE A). O questionário aborda inicialmente questões sócio-demográficas, sobre a graduação e formações complementares destes profissionais, bem como o tempo de serviço em UTIs, natureza do serviço, hábitos de vida e sua faixa etária. As questões subsequentes avaliam o conhecimento destes profissionais acerca do tema; a primeira e segunda questões indagam se o profissional dá notícias difíceis e com que frequência o faz. A questão três analisa se o profissional sente-se capacitado; já a questão quatro verifica se o mesmo recebeu alguma orientação sobre o assunto durante a graduação. Diante disso, a quinta pergunta indaga se o profissional sente-se à vontade para exercer a comunicação. Na sexta questão, o entrevistado julga qual profissional considera ser o responsável pela comunicação e dentre as respostas, poderia optar por médicos, psicólogos, mais de um profissional em conjunto

ou qualquer profissional em contato com paciente. Na questão seguinte, o entrevistado considera se fornece todas as informações necessárias durante uma notícia difícil. A questão de número oito analisa qual a notícia o profissional julga ser a mais difícil de se comunicar e, as respostas possíveis eram: diagnóstico de doença grave ou incurável, agravo de doença e estado geral, morte ou outra (no caso da opção outra, o entrevistado é convidado a descrevê-la). As questões nove, dez e onze são relativas a preocupação do profissional com o ambiente, a compreensão do interlocutor e o desligamento do celular, respectivamente. Na décima segunda pergunta, a frequência da necessidade de interrupção da comunicação por não entendimento do interlocutor é analisada. As questões quatorze, quinze, dezesseis e dezessete analisam, respectivamente, o cuidado do comunicador quanto a forma como se fala, o uso de linguagem acessível, a reserva de um tempo hábil para comunicar e a sensação de entendimento por parte de familiares e pacientes. Já na décima sétima questão, é analisada a preferência por qual interlocutor e, dentre as respostas, o profissional poderia escolher entre paciente, família e paciente junto a família. Nas seguintes questões, dezoito e dezenove, verifica-se a reabordagem de uma notícia difícil e a preocupação sobre os esclarecimentos ao paciente lúcido. Por fim, na vigésima pergunta, o entrevistado se autoavalia e emite uma nota de 0 a 10 (sendo 0 nenhum conhecimento sobre o assunto, 1 a 3 conhecimento baixo, 4 a 7 conhecimento intermediário e 8 a 10 conhecimento adequado sobre o assunto) para o seu grau de entendimento sobre comunicação de notícias difíceis.

3.6 Critérios de Inclusão e Não Inclusão

Foram incluídos no estudo todos os profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos que, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), aceitaram participar da pesquisa. A cada um dos entrevistados foram explicadas as razões e os objetivos do estudo e apresentado o conteúdo do TCLE.

3.7 Análise estatística

As informações coletadas foram compiladas em um banco de dados em Microsoft Excel 2015 e a análise estatística foi realizada com a utilização do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18*, com análise do tipo quantitativa descritiva, obtendo-se frequências e porcentagens para as variáveis categóricas, medidas de tendência central (média e mediana), Para a questão de número 20, que avalia o grau de entendimento, as respostas de 0 a 10 foram estratificadas da seguinte maneira: 0 (nenhum conhecimento), intervalo de 1 a 3 (conhecimento baixo), intervalo de 4 a 7 (conhecimento intermediário) e intervalo de 8 a 10 (conhecimento adequado).

4 RESULTADOS

Os dados analisados referem-se aos questionários respondidos pelos 35 profissionais, entre médicos (n=17), enfermeiros (n=16) e psicólogos (n=02) da UTI Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra que aceitaram participar da pesquisa. O gênero masculino, com 56,25%, prevaleceu entre os médicos e o gênero feminino, com 83,34%, prevaleceu entre os não médicos. A Tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos revelados pela pesquisa.

Tabela 1 – Apresentação dos dados sócio-demográficos. São Luis - MA, 2016.

Sexo	Homens		Mulheres		--	--	--	--	TOTAL
	f	%	f	%					
Médicos	09	56,25%	08	43,75%	--	--	--	--	17
Não Médicos	03	16,66%	07	83,34%	--	--	--	--	18
TOTAL	12	34,28%	23	65,72%	--	--	--	--	35 100%

Instituição	UFMA		Outra		--	--	--	--	TOTAL
	f	%	f	%					
Médicos	12	70,58%	05	29,42%	--	--	--	--	17
Não Médicos	06	16,68%	12	38,88%	--	--	--	--	18
TOTAL	18	51,42%	17	48,58%	--	--	--	--	35 100%

Religião	Evangélica		Católica		Espírita		Agnóstico		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Médicos	06	35,29%	05	29,41%	04	23,52%	02	11,78%	17
Não Médicos	04	22,22%	13	72,22%	--	--	01	05,56%	18
TOTAL	10	28,57%	18	51,42%	04	11,42%	03	08,59%	35 100%

A média de idade dos profissionais médicos foi 39 anos, variando de 26 a 60 anos. Já entre os profissionais não médicos, a média de idade foi de 35 anos, com variação entre 25 e 52 anos. Com isso, tem-se uma média de idade entre os profissionais participantes equivalente a 37 anos.

O tempo médio de atuação em UTI dos profissionais participantes foi de aproximadamente 8 anos, sendo que profissionais médicos apontaram para uma média de 10 anos e profissionais não médicos para aproximadamente 5 anos de atuação em terapia intensiva.

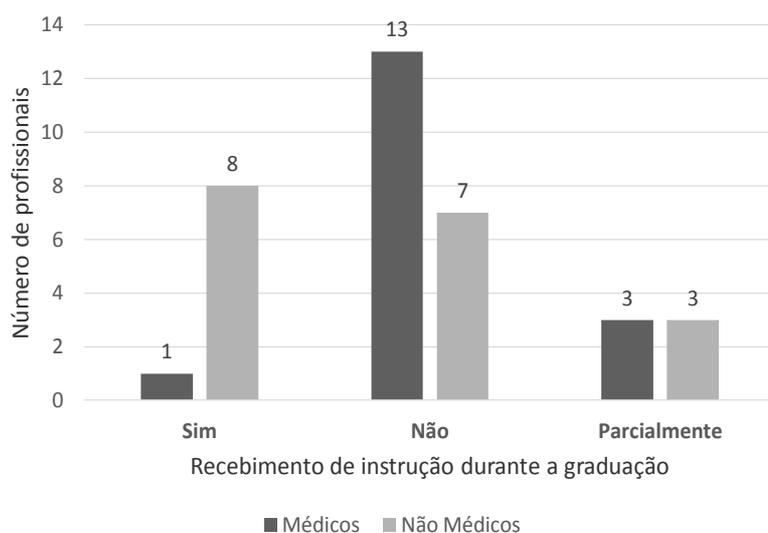
A ocorrência da transmissão da notícia difícil foi definida como muito frequente (“sempre”) por 82,35% dos médicos e frequente (“as vezes”) por 88,88% dos profissionais não médicos, conforme a Tabela 2. Dentre os profissionais médicos, 58,82% consideram-se apenas parcialmente capacitados para comunicar uma notícia difícil enquanto que 38,88% dos profissionais não médicos consideram-se da mesma forma. Ademais, 38,88% dos profissionais não médicos declararam que não são capacitados para exercer tal tarefa e apenas 22,85% dos profissionais, entre médicos e não médicos, consideram-se capacitados para comunicar.

Tabela 2 - Associação entre a categoria profissional e a frequência com a qual comunica uma notícia difícil. São Luis - MA, 2016.

Profissional	Sempre		As vezes		Nunca		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	
Médicos	14	82,35	03	17,65	--	--	17
Não Médicos	01	05,56	16	88,88	01	05,56	18
TOTAL	15	42,85	19	54,28	01	02,87	35

O aprendizado sobre comunicação de notícias difíceis ao paciente, durante a graduação, foi considerado insuficiente, já que 57,14% dos profissionais alegaram não ter recebido qualquer orientação sobre o tema durante a graduação e apenas 5,89% dos profissionais médicos disseram que receberam orientações a respeito na universidade em contraste com os outros 76,47% que não receberam qualquer orientação, como ilustra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Relação entre o número de profissionais, separados por categorias, e seu respectivo grau de instrução acerca de comunicação de notícias difíceis durante a graduação. São Luis - MA, 2016.



Quando perguntados na quinta questão sobre a naturalidade e destreza com que lidam com o tema, 51,44% dos profissionais disseram não se sentir à vontade para exercer a função de comunicar uma notícia difícil.

Sendo que 52,94% dos médicos julga que mais de um profissional, em conjunto, deveria ser responsável por efetuar a comunicação. Dentre os profissionais não médicos, 33,33% acha que a notícia deve ser comunicada por mais de um profissional em conjunto e outros 33,33% acha que o responsável pela comunicação deve ser o médico. No geral, 42,85% dos profissionais julga que o ideal é a comunicação ser efetuada por mais de um profissional em equipe, de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3 - Associação entre a categoria profissional e o julgamento de quem deveria ser o responsável por comunicar uma notícia difícil. São Luis - MA, 2016.

Comunicante	Médico		Psicólogo		Mais de um profissional		Qualquer profissional em contato		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
	Médicos	04	23,53	--	--	09	52,94	04	
Não Médicos	06	33,33	02	11,12	06	33,33	04	22,22	18
TOTAL	10	28,57	02	05,71	15	42,85	08	22,87	35

No que se refere a qual notícia os profissionais julgam ser a mais difícil de se comunicar, 47,05% dos médicos acredita que o mais difícil é dar ao paciente o diagnóstico de uma doença grave e/ou incurável; enquanto que 83,33% dos profissionais não médicos acredita que a notícia de morte é a mais difícil de ser comunicada. Num panorama geral, 60,00% dos

profissionais acredita que a notícia de morte é a pior para se comunicar, conforme ilustra o Gráfico 2.

Outro ponto importante é que 54,28% dos profissionais (sendo 52,94% dos médicos) não se sente inteiramente compreendido quando conversa com familiares e pacientes sobre uma notícia difícil e, sobretudo, que 77,14% destes profissionais prefere comunicar a notícia para a família, seguidos de 22,86% que preferem comunicar à família juntamente com o paciente. Vale ressaltar que nenhum dos entrevistados teve preferência por comunicar a notícia ao paciente isoladamente.

Gráfico 2 – Proporção da notícia considerada mais difícil de se comunicar, por categorias e pelo total dos profissionais. São Luis – MA, 2016.



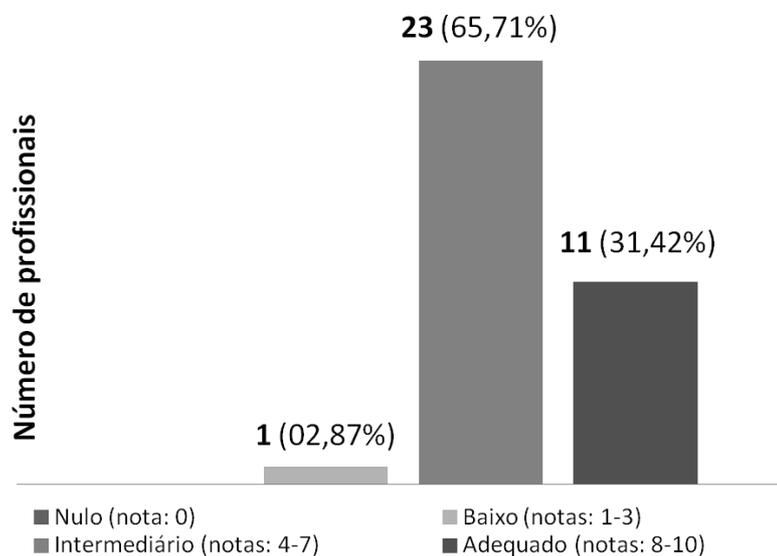
Quando há necessidade de reabordar o paciente e/ou a família para maiores esclarecimentos, 40,00% dos profissionais refere se sentir parcialmente à vontade para efetivar a reabordagem, somados a outros 25,72% que não se sentem à vontade.

No que se refere à preparação do ambiente e ao modo de comunicar, a maioria dos profissionais (85,71%) diz se preocupar com o ambiente onde

irá comunicar. Antes de efetuar a comunicação, 80,00% deles checa com os familiares e/ou pacientes o que os mesmo já sabem sobre a situação em questão. Do total de profissionais, 85,71% deles alega usar sempre termos de fácil compreensão ao interlocutor e 57,14% deles procura reservar sempre uma parcela do seu tempo para conversar com familiares e pacientes com calma e clareza. A menor parte dos profissionais, cerca de 28,58%, disse que nunca desliga o celular no momento da comunicação.

Finalmente, na questão referente à autoavaliação, numa escala de 0 a 10 (sendo 0 nenhum conhecimento sobre o assunto e 10 o conhecimento pleno sobre o assunto) qual o grau de entendimento do entrevistado sobre comunicação de notícias difíceis no momento; A análise foi feita por categorias e posteriormente no geral dos profissionais. Dentre os profissionais médicos, a média das notas foi 7,5 (sendo a menor nota 5,0, a maior nota 10,0 e a moda das notas 7,0). Já entre os não médicos, a média das notas foi 6,1 (sendo a menor nota 3,0, a maior nota 8,0 e a moda das notas foi 7,0 e 8,0). Numa análise global dos profissionais, de forma conjunta, a média das notas obtida foi 6,6 (sendo a menor nota 3,0 a maior nota 10,0 e a moda das notas foi 7,0), conforme ilustra o Gráfico 3.

Grafico 3 – Estratificação da nota emitida pelo comunicador sobre seu grau de entendimento sobre comunicação de notícias difíceis. São Luis – MA, 2016.



5 DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais entrevistados no presente trabalho revelou não se sentir a vontade para comunicar uma notícia difícil e isso pode ser explicado pelo fato de que mais da metade destes profissionais não se sente totalmente compreendido quando comunica e aproximadamente 71,43% destes profissionais percebe que não consegue transmitir as informações necessárias ou o faz de forma inadequada. Tal sensação de despreparo diante de situações difíceis tem sido um desafio constante e muito presente no cotidiano médico atual (BARROS, 2010). Uma das formas mais adequadas de perceber e enfrentar tais situações perpassam por uma avaliação do próprio profissional sobre seu conceito de morte e do real papel da medicina neste contexto (PÉREZ & LUCENA, 2000). Consequentemente,

esse entrave também torna difícil a reabordagem de algum fato comunicado ao paciente e/ou família, como apontam nossos achados de que 65,72% não se sentem totalmente à vontade em reabordar ou simplesmente não o fazem.

Estudos apontam que a habilidade na revelação de uma notícia difícil pode ser adquirida por meio da experiência profissional e da observação da conduta de outros profissionais (PEROSA et al., 2008; BARROS, 2010). Não obstante, competência profissional aliada à honestidade, à atenção, ao uso de um linguajar simples e claro, à reserva de uma parcela de tempo para esclarecer dúvidas e responder perguntas, são virtudes que os pacientes esperam encontrar em seu cuidadores; e todas essas habilidades podem ser desenvolvidas com a prática profissional (VICTORINO et al., 2007).

O despreparo, no entanto, pode ser traduzido pela falta de preparo técnico e científico dos profissionais para lidar com o tema, uma vez que 76,47% deles referiu não ter recebido nenhuma orientação sobre o assunto durante a graduação. Assim, o aprendizado sobre a revelação de notícias difíceis durante a graduação médica foi considerado ruim, sinalizando para a insuficiência dessa formação específica. Alguns estudos apontam que a educação voltada para as questões de morte e terminalidade, sobretudo durante sua graduação, são fundamentais para que o médico desenvolva uma atitude benevolente em relação ao paciente em fase final de vida (MORITZ, 2009; AZEREDO et al., 2011). Logo, para que o médico possa transmitir adequadamente uma notícia difícil, precisa contar com uma formação apropriada. Num contexto de linguagem verbal e não verbal, é recomendável que a comunicação seja sempre acompanhada de suporte

emocional ao paciente. Para tanto, o profissional precisará trazer em sua formação a habilidade necessária a esse atendimento (OLIVEIRA et al.,2009)

Os participantes desta pesquisa revelaram que transmitem notícias difíceis com bastante frequência aos seus pacientes; as respostas “sempre” e “as vezes” alcançaram quase que a totalidade das respostas. No ambiente da UTI esse convívio com a notícia difícil torna-se uma constante (van MOL et al., 2015). Essa constatação contrasta com o fato de os profissionais pesquisados terem respondido, em outra questão, que receberam pouca ou nenhuma formação a respeito durante sua graduação. A falta de formação em contraste com a elevada frequência de comunicação revelada neste estudo apontam para a necessidade da inclusão desse tema para alunos durante a formação profissional e nos cursos de aperfeiçoamento (OLIVEIRA et al.,2009; LEVIN et al., 2010) .

Uma revisão envolvendo 15 artigos, encontrou que o treinamento por meio de dramatização entre pares ou com pacientes simulados, com auxílio de um protocolo pré-estabelecido, é um método de ensino efetivo e frequentemente utilizado para facilitar o ensino da comunicação de notícias difíceis aos pacientes durante a graduação médica (BONAMIGO; DESTEFANI, 2010). Atividades estratégicas como treinar diariamente as habilidades de comunicação com a família e com o paciente e, sobretudo, aliar o cuidado com as emoções ao desenvolvimento técnico em resolver problemas são muito importantes para que tais cuidados de comunicação sejam implementados (LEVIN et al., 2010). Estudos recentes afirmam que o melhor treinamento é aquele centrado no paciente mas que engloba de forma sistemática toda a família, permitindo que família e paciente percebam uma

disponibilidade emocional do médico e não apenas uma relação unilateral e dominante (MONDEN et al., 2016).

No Brasil, assim como na maioria dos países, nem sempre o diagnóstico de uma situação difícil é informado ao paciente (FARIA, 2007). Dados apontam que a grande maioria da população que procura um hospital universitário público, exprime sim um desejo claro de informação. O fato de não se informar o diagnóstico ao paciente pode ter alguns motivos: os médicos não alcançam uma relação médico-paciente que permita informar ao paciente ou não conseguem passar a informação de forma que possa ser entendida e, também, muitos pacientes não estão habituados a receber informações do médico e aceitam as decisões médicas sem questioná-las (GULINELLI, 2004). Na tentativa de otimizar essa relação médico-paciente, foi criado no Brasil em 2005 o Projeto de Humanização do SUS, idealizado pelo Instituto Nacional do Câncer, cujo objetivo era ajudar no desenvolvimento de habilidades e melhoramentos nas relações humanas de assistência à saúde. Uma das vertentes consistia na execução de oficinas para treinamentos de profissionais da saúde acerca de comunicação de notícias difíceis (INCA, 2010).

A falta de treinamento e o receio constituem, sabidamente, as principais razões de falhas na comunicação de notícias difíceis (OSELKA, 2008). Tal constatação pode ser parcialmente explicada pela pouca ênfase conferida no passado ao ensino da ética e da bioética, disciplinas nas quais normalmente se aborda este assunto, bem como aos aspectos elementares da relação médico-paciente nas escolas de Medicina do Brasil (BONAMIGO, 2010). Nesse sentido, o próprio Conselho Nacional de Educação corrigiu

parcialmente essa deficiência ao publicar a Resolução CNE/CES 4/2001, que estabelece competências e habilidades necessárias ao futuro médico. A comunicação verbal, não verbal e o domínio de técnicas de informação constituem algumas das exigências constantes do dispositivo legal (CNE/CES, 2001).

Devido ao despreparo e à inexperiência, percebe-se que a maioria dos profissionais não quer assumir a responsabilidade de comunicar uma notícia difícil atribuindo, assim, a função sempre como sendo responsabilidade de outro profissional. O sentimento de culpa e/ou fracasso por algo de ruim que tenha acontecido ao paciente advém da busca incessante pela manutenção da vida a qualquer custo, algo muito imperativo da sociedade pós-moderna (CALLAHAN, 2012). No entanto, para não assumir tamanha responsabilidade sozinho e no intuito de fornecer as informações de forma mais abrangente, o trabalho revelou que a maioria dos profissionais considera que a maneira mais efetiva de se comunicar uma notícia é sempre em conjunto, numa equipe composta por mais de um profissional do setor. O médico acompanhado de um psicólogo foi a sugestão mais referida pelos profissionais no presente estudo.

No Brasil, por diversas vezes, a tarefa de comunicar uma notícia desagradável ao paciente fica a cargo da equipe de enfermagem, algumas vezes por omissão da equipe médica ou até mesmo porque o enfermeiro exerce um papel muito atuante na equipe de cuidados (SANTOS, 2014). Devido ao contato mais estreito do paciente com a equipe de enfermagem, são estes que, na medida do possível, encarregam-se de esclarecer termos médicos que ficaram obscuros e explicar a real dimensão do problema. Os

enfermeiros são, frequentemente, facilitadores da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente e seus familiares, sendo assim de grande importância para uma equipe interdisciplinar de cuidados (CREMESP, 2005; SILVA, 2005; PESSINI, 2012; SANTOS, 2014). Ademais, configura uma responsabilidade do médico participar do processo de informação, pois é ele quem está apto para responder tecnicamente à maioria das questões, prestar esclarecimentos e, acima de tudo, traçar estratégias terapêuticas futuras para o doente (HAGERTY, 2013). Cabe ainda aos psicólogos integrantes da equipe a importante tarefa de ofertar suporte emocional ao paciente e/ou a sua família e intermediar com a equipe de cuidados aflições e angústias por parte dos mesmos (PESSINI, 2012). Desta forma, fica clara a importância de uma equipe multiprofissional para exercer a tarefa de comunicar, onde cada membro exerce com primazia suas funções e traçam estratégias comuns de maneira horizontal oferecendo uma assistência de forma integralizada ao paciente e a sua família (HAGERTY, 2013; SANTOS, 2014).

De acordo com a resposta da maioria dos profissionais não médicos, a notícia considerada mais difícil de ser dada é a de morte (83,33%); em contrapartida, a maioria dos profissionais médicos considera a pior notícia de se comunicar sendo aquela que dá o diagnóstico de uma doença grave ou incurável. Talvez isso se explique pelo fato de que esta última notícia requer a necessidade de ser comunicada, na maioria das vezes, diretamente ao paciente. O que confere veracidade ao resultado obtido quando os profissionais foram perguntados sobre para quem eles preferem dar a notícia: a maioria dos profissionais prefere comunicar à família isoladamente e em segundo lugar preferem comunicar à família e pacientes juntos. Porém,

nenhum profissional respondeu que prefere comunicar ao paciente isoladamente. Para Gulinelli et al. a medicina atual focada na longevidade oferece, na maioria das situações, o controle da doença e não da cura. Este enfoque gera profissionais que assimilam um enorme estresse em comunicar uma notícia difícil diretamente a um paciente, especialmente em caso de doença crônica ou ameaça de vida, pois eles também carregam a culpa e a sensação de falha e impotência. Assim, o enfrentamento do processo de morte e morrer ainda é tido como um grande tabú entre os profissionais de saúde, sobretudo médicos, devido à significação de falha e incompetência que os mesmos a atribuem. Aceitar a morte como um processo natural é um grande entrave a ser vencido pela categoria médica (MONDEN et al., 2016; van MOL et al., 2015).

No que diz respeito ao preparo das condições e do ambiente para se efetuar uma boa comunicação, os profissionais de forma geral, na sua maioria, responderam positivamente. As respostas tenderam à valorização de uma abordagem clara e simples, à preocupação com uma postura e a uma entonação da voz adequadas, bem como o desligamento de aparelhos eletrônicos que possam interromper o processo de comunicação. Toda essa preocupação apontada pelas respostas, no entanto, certamente se contrapõe à rotina atribulada vivenciada pelos profissionais da UTI que, por vezes, não conseguem fazer jus às práticas por eles citadas anteriormente. Tais contingências têm produzido, entre outras coisas, a busca por modelos padronizados para o anúncio de notícias difíceis, dentre os quais se destaca o Protocolo Buckman e Protocolo SPIKES, sendo este último o mais difundido segundo a literatura nacional e estrangeira (BUCKMAN, 2000;

MONDEN et al., 2016). Na literatura médica recente, mais marcadamente dos últimos 10 anos, encontram-se trabalhos que abordam as preferências de revelação de notícias difíceis com várias orientações e protocolos para comunicação com pacientes, porém, grande parte destas publicações é direcionada para uma cultura norte-americana, europeia ou australiana (EMMANUEL, 2005; BUCKMAN, 2000). No Brasil, temos o Protocolo PACIENTE como resultado do trabalho da equipe de anestesia da UNESP de Botucatu/SP que elaborou um instrumento de auxílio para comunicação de notícias difíceis considerado útil e de fácil aplicação. Tal protocolo surgiu como forma de adaptação dos Protocolos de Buckman e SPIKES para uma realidade mais próxima da brasileira (BARROS, 2010). A implantação de um protocolo para auxiliar, passo a passo, profissionais que não detém tanta destreza em comunicação é de extrema importância e sua eficácia é já bem comprovada na literatura (EMMANUEL, 2005; MONDEN et al., 2016).

Por fim, a análise das notas acerca da autoavaliação feita pelos próprios profissionais no tocante ao seu grau de entendimento sobre comunicação de notícias difíceis foi condizente às respostas anteriormente analisadas. A média das notas dos profissionais médicos (7,5) e dos profissionais não médicos (6,1) não refletem uma total confiança na execução da tarefa. Mas sim, apontam para um desfecho que evidencia a necessidade de maiores treinamentos e esclarecimentos destes profissionais, pois, embora seja uma média razoável, um profissional que convive no ambiente das UTI's e pratica com muita frequência o ato da comunicação necessita ter maior familiaridade e confiança na abordagem desse assunto (GONZALES, 2008). Fica clara a necessidade de uma capacitação para tornar esses

profissionais aptos a realizar a tarefa da comunicação com mais destreza e confiança. A introdução do estudo da comunicação voltado para a relação médico-paciente, apresenta-se como uma alternativa para o desenvolvimento desta habilidade e se faz, mais do nunca, uma necessidade (GROSSEMAN, 2008). Há muito se sabe que a informação diminui o sentimento de isolamento do paciente e colabora para uma cooperação mútua na relação médico-paciente (SUCHMAN et al., 1988). Autores já demonstravam em uma meta-análise de 41 estudos que a satisfação do paciente está altamente relacionada à quantidade de informação recebida e à participação no tratamento (HALL et al., 1988). A auto-avaliação da equipe e o reconhecimento da necessidade de treinamento são passos decisivos para a melhoria da eficácia de comunicação (GROSSEMAN, 2008). A adoção de um protocolo com o qual a equipe esteja familiarizada e treinada auxilia o processo de maneira muito satisfatória. Tais fatos corroboram a importância da avaliação dos profissionais pertencentes a nossa instituição e permitem evidenciar a necessidade de um treinamento efetivo juntamente com a implantação de um protocolo para auxiliar na comunicação de notícias difíceis no HUPD. De fato, espera-se que tais medidas tragam resultados muito positivos e menos traumáticos aos nossos pacientes e seus familiares.

6 CONCLUSÃO

Os profissionais médicos eram compostos na sua maioria pelo sexo masculino e os não médicos pelo sexo feminino. A média de idade dos entrevistados foi de 37 anos e o tempo médio de atuação em UTI foi de 8

anos. Pouco mais da metade dos profissionais são egressos da própria instituição e se disseram pertencentes à religião católica. A maioria dos profissionais informou que transmite notícias difíceis com bastante frequência, mas seu aprendizado foi ruim ou inexistente durante a graduação. Tal despreparo acarreta numa série de entraves como: não se sentir preparado, não se sentir compreendido, perceber que fornece informações incompletas e inconsistentes, preferência por comunicar mais a família ou família e paciente juntos, mas nunca diretamente o paciente. A notícia de morte foi considerada pela maioria dos profissionais como a mais difícil de ser comunicada. A maioria dos profissionais julga que uma equipe composta de mais de um profissional deve ser responsável pela comunicação de uma notícia difícil; a associação de um médico e um psicólogo foi a mais referida. De modo geral, a maioria dos profissionais, embora exerça a comunicação de notícias difíceis com bastante frequência, não se considera devidamente capacitado para fazê-lo. Tais resultados permitem inferir que o ensino da comunicação à familiares e pacientes, tanto na graduação quanto no processo de educação permanente, precisa ser incentivado. A capacitação destes profissionais e a oferta de informação de forma continuada é uma importante ferramenta no estabelecimento da boa relação médico-paciente e resulta em experiências menos traumáticas à familiares e aos pacientes. A implantação de um protocolo de notícias difíceis surge como uma alternativa para uniformizar e sistematizar a comunicação na UTI Geral desta instituição e, possivelmente, nas demais unidades do HU, a partir deste estudo piloto.

REFERÊNCIAS

1. ADORNO, R. **The right not to know: An autonomy based approach.** J Med Ethics, n.30, p.435 – 440, 2004.
2. ALELUIA, L.; PEIXINHO, A. **O médico diante da morte: Aspectos da relação médico-paciente terminal.** Rev Bras Ter Intensiva, n.14, v.3, p.99-102, 2010.
3. ARIÈS, P. **História da morte no ocidente: Da Idade Média ao nossos dias.** 3.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
4. BARROS, G.; LEMONICA, L.; PEREIRA, C. **Comunicando Más Notícias: Protocolo PACIENTE.** 2010. 100f. Tese de doutorado (Pós-graduação em Anestesiologia) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Federal Paulista – UNESP, São Paulo, 2010.
5. BONAMIGO, E. **Manual de Bioética: teoria e prática.** 2.ed. São Paulo: All Print, 2012.
6. BONAMIGO, E.; DESTEFANI, A. **A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica.** Rev Bioética, v. 18, n. 3, p. 725-742, 2010.
7. BOSSE, H. et al; **Peer role-play and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect.** BMC Medical Education, v. 10, n. 1, p. 1, 2010.
8. BUCKMAN, R.; BAILE, W. **SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.** The oncologist, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

9. BUCKMAN, R. (EUA). The Johns Hopkins University Press. **Practical plans for difficult conversations in Medicine**: strategies that work in breaking bad news. Baltimore: 2010. Disponível em: <<https://www.press.jhu.edu>>. Acesso em: 15 jul. 2015.
10. BUCKMAN, R. (EUA). The Johns Hopkins University Press. **How to break bad news**: A guide for health professionals. Baltimore: 1992. Disponível em: <<https://www.press.jhu.edu>>. Acesso em: 15 jul. 2015.
11. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Nov 9; Seção 1:38. In: Diário Oficial da União, 2001. <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2015.
12. CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Doente Terminal. Destino de Pré-Embriões. Clonagem. Meio Ambiente**. In: Cadernos de Bioética do CREMESP, v.1, p.8-41, São Paulo: 2005. <<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Cadernos-de-Bioetica-do-Cremesp.pdf>> . Acesso em: 17 ago. 2015.
13. EMANUEL, L. et al. **Communicating effectively**: education in palliative and end-of-life care – oncology. EPEC-O, The EPEC Project. v. 19, n. 1, p. 17. Chicago: 2005.
14. FARIA, S.; SOUHAMI, L. **Communication with the cancer patient**: information and truth in Brazil. Annals of the New York Academy of Sciences, v. 809, n. 1, p. 163-171, New York: 2007.
15. FEATHERS, L. et al. **Developing skills in communication in end of life care**: Evaluation of a day pilot course for core medical training - BMJ Support Palliat Care. v. 4, n. Suppl 1, p. A38-A38, London: 2014.

16. GONZÁLEZ, G. **Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos**. Enferm. Intensiva, v.19, n.3, p.113-222. Madrid: 2008.
17. GROSSEMAN, S.; STOLL, C. **O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina**. Rev Bras Educ Med, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.
18. GULINELLI, A. et al. **Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário**. Rev Assoc Med Bras, v. 50, n. 1, p. 41-7, 2004.
19. HAGERTY, R.G. et al. **Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis**. Journal of clinical oncology, v. 23, n. 6, p. 1278-1288, 2005.
20. HALL, J.A. et al. **Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters**. Medical Care, v.32, n.2, p. 657-675, 1988.
21. HO, M. et al. **The involvement of intensive care nurses in end-of-life decisions: a nationwide survey**. Intensive care medicine, v. 31, n. 5, p. 668-673, 2005.
22. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA); SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: 2010.
23. MONDEN, K. et al. **Delivering bad news to patients**. Proceedings (Baylor University. Medical Center), v. 29, n. 1, p. 101, 2016.

24. MORITZ, R. **How to improve the communication and to prevent the conflicts at terminality situations in Intensive Care Unit.** Rev Bras Ter Intensiva, v. 19, n. 4, p. 485-489, 2007.
25. MORITZ, R.; DAVID, C. **A morte eo morrer nas Unidades de Terapia Intensiva.** 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
26. MORITZ, R. **Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer.** Rev Bioética, v. 13, n. 2, 2009.
27. OLIVEIRA, JR. et al. **Percepção bioética sobre a dignidade no processo de morrer.** Rev Bioética, v. 17, n. 1, p. 77-94, 2009.
28. OSELKA, G. **Comunicação de más notícias.** In: Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. 2.ed. São Paulo: Cremesp; 2008.
29. PEROSA, G.; RANZANI, P. **Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança.** Rev Bras Educ Med, v. 32, n. 4, p.468-473, 2008.
30. PESSINI, L. **Como lidar com o paciente em fase terminal.** 7. ed. São Paulo: Santuário, 2012.
31. SANTOS, D.; MASSAROLLO, M.C. **Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética.** Rev Lat Amer Enf, v. 12, n. 5, p. 790-796, 2014.
32. SILVA, V.; ZAGO, M. M. **A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes.** Rev Bras Enf, v. 58, n. 4, p. 476-480, 2005.
33. SUCHMAN, A.; MATTHEWS, D. **What makes the patient-doctor relationship therapeutic ?** Exploring the connexional dimension of medical care. Ann Intern Med, v. 108, n. 1, p. 125-130, 1988.

34. TAPAJÓS, R. **A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana**: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 21, p. 165-172, 2007.
35. THORNE, S. et al. **Poor communication in cancer care**: patient perspectives on what it is and what to do about it. *Rev Cancer Nurs*, v. 36, n. 6, p. 445-453, 2013.
36. TURINI, B. et al. **Comunicação no ensino médico**: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Rev Bras Educ Med*, v. 32, n. 2, p. 264-70, 2008.
37. WALLAU, R. et al. **Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva**. Qual a visão dos familiares? *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 18, n. 1, p. 45-51, 2006.
38. VICTORINO, A. et al. **Como comunicar más notícias**: revisão bibliográfica. *Rev Soc Bras Psic Hosp*, v. 10, n. 1, p. 53-63, 2007.
- .
- .
- .



APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Destinado aos profissionais Médicos, Enfermeiros e Psicólogos da UTI

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa *CONHECIMENTO PRELIMINAR SOBRE COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA*.

O motivo que nos leva a estudar este tema é a necessidade de, em primeiro lugar, saber o nível de conhecimento que profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros e psicólogos tem sobre o ato de comunicar uma notícia difícil e o quão hábil estes profissionais estão para lidar com estas situações. A pesquisa se justifica, pois, num segundo momento, estes profissionais serão treinados e capacitados para desempenhar tais tarefas de maneira menos agressiva, afim de que pacientes e familiares sintam-se menos desconfortáveis diante de situações delicadas. Você precisa apenas responder um questionário composto por 30 (trinta) questões teste para avaliar seu conhecimento sobre comunicação de notícias difíceis e isso irá direcionar os pesquisadores no momento em que a capacitação for elaborada.

Existe um risco e desconforto mínimo para você que se dispuser a responder o questionário, tais como o tempo que irá dispender para executá-lo, bem como o risco de alguma exposição pelas informações prestadas. Tais riscos, no entanto, serão minimizados pelo fato de que você poderá ter acesso a todas as informações que quiser e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ou penalidade alguma. Além disso, seu nome não aparecerá em qualquer momento no estudo, pois ele será identificado apenas por um número. Pela sua participação, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização do estudo não serão de sua responsabilidade. Se você tiver alguma dúvida sobre seus direitos como um participante, ou se você quiser obter informações ou oferecer sua opinião, ou se você quiser falar com alguém que não esteja diretamente envolvido no estudo, você deve entrar em contato com: **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão no telefone 98 2109-1293 ou Rua Barão de Itapary, 227, Centro, CEP: 65020-070, São Luís – Maranhão.** Ou ainda falar ou tirar dúvidas com o pesquisador responsável: **Prof. Dr. João Batista Santos Garcia na Casa da dor situada à Rua Barão de Itapary, 227 Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA. Telefone: 98 3222-9060.** Este documento é feito em duas vias. Você, portanto, deverá assinar as duas vias deste termo e rubricar todas as páginas juntamente com o pesquisador e, ainda, ficar com uma das vias assinadas.

Rubrica: _____
(Participante)

(Pesquisador)

TERMO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA QUANTO SUJEITO
CONHECIMENTO PRELIMINAR SOBRE COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Eu, _____, RG/CPF: _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que li e entendi todas as informações deste documento e tive tempo para pensar sobre elas. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas elas foram respondidas de forma adequada. Concordo, de maneira voluntária, em participar do estudo e fornecer as informações necessárias que o pesquisador solicitar. Eu não renuncio a nenhum dos meus direitos legais ao assinar este documento de consentimento. Fui informado que devo assinar as duas vias deste termo e rubricar em todas as páginas juntamente com o pesquisador e, ainda, receberei uma via deste termo com a minha assinatura e a assinatura do pesquisador responsável e/ou sua equipe de pesquisa. Outra via será arquivada pelo investigador..

LOCAL E DATA: *São Luís*, ___ / ___ / _____

Assinatura do voluntário da pesquisa

Assinatura do pesquisador

**PARA QUALQUER INFORMAÇÃO, POR FAVOR, DIRIGIR-SE AOS SEGUINTE
ENDEREÇOS:**

1. Prof. Dr. João Batista Santos Garcia
ENDEREÇO: *Casa da dor, Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, 227 Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA. TELEFONE: 3222-9060*

2. Murilo Caetano de Jesus
ENDEREÇO: *UTI Geral / Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, 227 Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA. TELEFONE: (98) 8136-3181*

Rubrica: _____
(Participante)

(Pesquisador)

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO - PERFIL DO ENTREVISTADO

1. UTIs em que trabalha: _____
 - 1.1. Tempo de atuação em UTI: _____
 - 1.2. Carga horária total em UTI: _____
 - 1.3. A Instituição onde exerce a MAIORIA da sua atividade em UTI é:
() Pública () Privada () Outro: _____

2. Idade: _____
3. Sexo: () Masc () Fem

4. Estado Civil:
() Casado () Solteiro () Divorciado () União Estável () Viúvo

5. Categoria Profissional: _____

6. Ano de graduação: _____
7. Instituição de graduação: _____

8. Pós Graduação: () Sim () Não
 - 8.1. Se sim, qual: _____

9. Hábitos Sociais e de Vida: () Tabagista () Etilista
 - 9.1. Pratica atividade física: () Sim () Não
 - 9.2. Se sim, quantas vezes por semana: _____
 - 9.3. Qual seu lazer preferido: () Cinema / Teatro () Shows
() Happy Hour () Futebol nos fins de semana () Outro: _____

10. Religião: () Sim () Não
 - 10.1. Se sim, qual: _____
 - 10.2. Até que ponto a religião é importante na sua vida?
() Não é importante
() Pouco importante
() Importante
() Muito importante

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

1. Você dá notícias difíceis durante a assistência?
 Sim Não Parcialmente
2. Com que frequência você comunica notícias difíceis?
 Sempre As vezes Nunca
3. Você sente-se devidamente capacitado para comunicar notícias difíceis?
 Sim Não Parcialmente
4. Você recebeu alguma orientação sobre como comunicar notícias difíceis durante a graduação?
 Sim Não Parcialmente
5. Você gosta ou sente-se a vontade para comunicar notícias difíceis?
 Sim Não Parcialmente
6. Que profissional você julga que deveria ser o responsável por comunicar notícias difíceis?
 Médico Enfermeiro Psicólogo Assistente Social
 Qualquer profissional em contato com o paciente
 mais de um _____
7. Você acha que fornece todas as informações necessárias que deveria quando comunica uma notícia difícil?
 Sim Não Parcialmente
8. Qual notícia você julga ser a mais difícil de se comunicar?
 Diagnóstico de doença grave e/ou incurável
 Agravamento e piora do estado geral do paciente
 Morte Outra: _____
9. Você preocupa-se com o ambiente onde comunica alguma notícia difícil?
 Sim Não Parcialmente
10. Você checa com os familiares/pacientes o que eles sabem sobre a doença em questão?
 Sim Não Parcialmente
11. Você desliga seu telefone durante a comunicação de uma notícia difícil?
 Sempre As vezes Nunca

12. Você interrompe a comunicação de uma notícia difícil se percebe que não está sendo compreendido e refaz a abordagem do assunto?
() Sempre () Frequentemente () Nunca
13. Você considera importante a forma como se fala (entonação, timbre da voz, postura) durante a comunicação de uma notícia difícil?
() Sim () Não () Parcialmente
14. Você procura usar termos de fácil compreensão para o ouvinte durante a comunicação de uma notícia difícil?
() Sempre () Frequentemente () Nunca
15. Você reserva uma parcela do seu tempo durante o trabalho para comunicar uma notícia difícil com calma e clareza?
() Sim () Não () Parcialmente
16. Você sente-se compreendido quando conversa com familiares e paciente sobre uma notícia difícil?
() Sim () Não () Parcialmente
17. Você prefere dar a notícia difícil para quem?
() Paciente () Família () Paciente e família juntos
18. Em uma UTI, as notícias difíceis são abordadas mais de uma vez. Você se sente a vontade em reabordar as notícias difíceis com o paciente e/ou familiares?
() Sim () Não () Parcialmente
19. Você se preocupa em comunicar ao paciente que está lúcido na UTI sobre possibilidade de morte, resultado de exames ou prognóstico ruim acerca de sua doença?
() Sim () Não () Parcialmente
20. Numa escala de 0 a 10 (sendo 0 para nenhum entendimento e 10 para entendimento pleno), qual seu grau de entendimento sobre o assunto no momento?
(...) 0 (...) 1 (...) 2 (...) 3 (...) 4 (...) 5 (...) 6 (...) 7 (...) 8 (...) 9 (...) 10