



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Patrícia Barberá Gallego

**Comunicação de más notícias no campo da saúde:
revisão integrativa e pesquisa clínico-qualitativa com
psicólogos hospitalares**

**UBERLÂNDIA
2021**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Patrícia Barberá Gallego

**Comunicação de más notícias no campo da saúde:
revisão integrativa e pesquisa clínico-qualitativa com
psicólogos hospitalares**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

**UBERLÂNDIA
2021**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

G166 2021	<p>Gallego, Patrícia Barberá, 1993- Comunicação de más notícias no campo da saúde [recurso eletrônico] : revisão integrativa e pesquisa clínico-qualitativa com psicólogos hospitalares / Patrícia Barberá Gallego. - 2021.</p> <p>Orientador: Rodrigo Peres. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.457 Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia. I. Peres, Rodrigo, 1979-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 159.9</p>
--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 371, PGPŞ				
Data:	Vinte e dois de julho de dois mil e vinte e um	Hora de início:	08:00	Hora de encerramento:	10:00
Matrícula do Discente:	11912PSI018				
Nome do Discente:	Patrícia Barberá Gallego				
Título do Trabalho:	Comunicação de más notícias no campo da saúde: revisão integrativa e pesquisa clínico-qualitativa com psicólogos hospitalares				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Assistência multidisciplinar no contexto da saúde: fundamentos e resultados				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Érico Bruno Viana Campos - Unesp; Mary Yoko Okamoto - Unesp; e Rodrigo Sanches Peres, orientador da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que o Prof. Dr. Érico Bruno Viana Campos participou da cidade de Baurú- SP, a Prof.^a Dr.^a Mary Yoko Okamoto participou de Assis - SP, o Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres participou de Uberlândia - MG e a discente Patrícia Barberá Gallego participou da cidade de Pirangi - SP, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Rodrigo Sanches Peres apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais **havendo** a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Sanches Peres, Professor(a) do Magistério Superior**, em 22/07/2021, às 15:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2925613** e o código CRC **0A07FE7F**.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Patrícia Barberá Gallego

Comunicação de más notícias no campo da saúde: revisão integrativa e pesquisa clínico-qualitativa com psicólogos hospitalares

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca Examinadora

Uberlândia, 22 de julho de 2021

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Mary Yoko Okamoto
Universidade Estadual Paulista – Assis, SP

Prof. Dr. Érico Bruno Viana Campos
Universidade Estadual Paulista – Bauru, SP

**UBERLÂNDIA
2021**

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por ter me dado o dom da vida e assim poder vivenciar as belezas e as intensidades presentes na condição de existir.

Aos meus pais, por terem sonhado a vida por mim, ensaiando e desejando os meus primeiros passos, para que eu pudesse desejar por mim mesma a minha própria caminhada.

Em especial, gostaria de agradecer ao meu pai, João Carlos, pelo apoio, incentivo e todo suporte dado para a realização dos meus sonhos pessoais e profissionais, me amparando e me incentivando nesse percurso desafiador que é o mestrado.

Sou grata a minha mãe, Nara, por, além de ter me mostrado o mundo e me ensinado sobre afeto, amor e cuidado, ter sido a minha primeira professora, me mostrando e acompanhando na arte de descobrir a sala de aula.

A minha irmã Tatiane, pela parceria de vida, pelos momentos de alegria que me deram combustível para seguir e ainda, por apostar na minha trajetória acadêmica.

Aos meus avós e demais familiares, pelo amparo, torcida e por compartilharem, de forma tão afetuosa as minhas conquistas.

Ao meu namorado, Fulvio, pelo companheirismo, cuidado, amor e parceria.

Aos meus amigos, pelos momentos de lazer, pelas risadas e trocas que me auxiliaram a trilhar esse caminho com mais leveza.

Ao meu orientador Rodrigo, meu sincero agradecimento pela parceria, apoio e por me conduzir de forma solidária e sensível ao longo dessa caminhada.

Agradeço ainda ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, pela oportunidade de poder pesquisar uma temática delicada, que me toca pessoalmente e profissionalmente.

A Layla, por me auxiliar a dar nomes para as experiências vividas na cena hospitalar e por ter construído comigo os alicerces do tema ao qual eu me debrucei.

Agradeço aos professores das disciplinas que eu cursei durante a trajetória do mestrado, em especial, Anamaria, Silvia e Carlos Paiva, por transmitirem uma experiência de ensino afetuoso, me auxiliando a dar sustentação a minha prática e a minha escrita.

Aos membros da banca, Dr. Érico e Dra. Mary, por me proporcionarem aprendizados e reflexões em meio as suas arguições que tanto contribuíram com o meu trabalho.

Aos hospitais em que eu pude exercer a Psicologia Hospitalar ao longo desse percurso, Hospital de Amor e Hospital e Maternidade Dr. Odelmo Leão Carneiro, minha eterna gratidão pelas experiências vividas que me permitiram escrever com maior identificação e mobilização afetiva a minha dissertação e me ensinaram o quão é necessário que pesquisa e exercício da prática profissional caminhem lado a lado, para que esses dois âmbitos se aprimorem mutuamente.

Aos psicólogos hospitalares que aceitaram generosamente participar da minha pesquisa, o meu agradecimento pelos aprendizados, pelas trocas e por compartilharem suas experiências expressando de modo genuíno as intensidades e complexidades que envolvem a atuação em Psicologia Hospitalar. Deixo registrado a minha honra em poder construir um trabalho científico que foi tecido pelos afetos, mobilizações, saberes e desafios vivenciados por vocês.

Resumo: A presente dissertação é constituída por dois estudos complementares acerca da comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde. O Estudo 1 teve como objetivo, por meio de uma revisão integrativa da literatura, mapear e analisar a produção científica nacional sobre o assunto. A localização das referências se deu por meio de consultas às bases de dados SciELO-Brasil e PEPsic. A amostra bibliográfica foi composta por 20 referências. Em termos das dimensões de análise consideradas, verificou-se a predominância de pesquisas empíricas, de abordagem qualitativa, cujos objetivos – diretamente ou indiretamente – remetem a protocolos de comunicação de más notícias e que foram desenvolvidas junto a médicos e/ou estudantes de Medicina. Ademais, os achados reportados pelas referências reforçam que a comunicação de más notícias frequentemente provoca sofrimento psíquico tanto nos pacientes e seus familiares quanto nos profissionais de saúde. Já o Estudo 2 teve como objetivo compreender significados atribuídos à comunicação de más notícias por psicólogos hospitalares. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, do qual participaram 17 psicólogos hospitalares que atuavam em setores destinados ao atendimento de urgências e emergências. O instrumento utilizado foi a entrevista semidirigida e a definição do número de participantes se deu com base no critério de saturação. A coleta de dados foi gravada em áudio, sendo que o *corpus* foi composto pela transcrição do material e, então, submetido à análise de conteúdo. Foram configuradas três categorias, intituladas “O equilibrista de pratos”, “Cá entre nós” e “Segundos socorros”. A primeira categoria agrega relatos representativos dos significados atribuídos pelos participantes às dificuldades que, para os mesmos, caracterizam as situações de comunicação de más notícias. A segunda categoria abarca o ponto de vista dos participantes quanto ao papel que competiria aos psicólogos hospitalares no equacionamento das expectativas e das necessidades de cada um dos envolvidos na comunicação de más notícias. A terceira categoria reúne relatos atinentes aos significados atribuídos pelos participantes à atuação dos psicólogos hospitalares na comunicação de más notícias com base na identificação de um “antes” e um “depois” no que tange a essas situações.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Comunicação de más notícias; Saúde; Revisão da literatura; Pesquisa qualitativa.

Abstract: This dissertation consists of two complementary studies on the communication of bad news in the context of health care. Study 1 aimed, through an integrative literature review, to map and analyze the national scientific production on the subject. References were located through consultations in the SciELO-Brasil and PEPsic databases. The bibliographic sample consisted of 20 references. In terms of the dimensions of analysis considered, there was a predominance of empirical research, with a qualitative approach, whose objectives – directly or indirectly – refer to protocols for communicating bad news and which were developed with physicians and/or medical students. Furthermore, the findings reported by the references reinforce that the communication of bad news often causes psychological distress both in patients and their families and in health professionals. Study 2, on the other hand, aimed to understand the meanings attributed to the communication of bad news by hospital psychologists. This is a clinical-qualitative study, in which 17 hospital psychologists who worked in sectors dedicated to urgent and emergency care took part. The instrument used was the semi-structured interview and the definition of the number of participants was based on the saturation criterion. Data collection was audio-recorded, and the corpus was composed of the transcription of the material and then submitted to content analysis. Three categories were set up, entitled “The the plate's spinner”, “just between us” and “Second aid”. The first category aggregates representative reports of the meanings attributed by the participants to the difficulties that, for them, characterize situations of communication of bad news. The second category encompasses the participants' point of view regarding the role that would be played by hospital psychologists in solving the expectations and needs of each one involved in communicating bad news. The third category gathers reports related to the meanings attributed by the participants to the role of hospital psychologists in communicating bad news based on the identification of a “before” and an “after” regarding these situations.

Keywords: Hospital Psychology; Communication of bad news; Health; Literature revision; Qualitative research.

SUMÁRIO

PALAVRAS INICIAIS	8
ESTUDO 1	
Comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde: uma revisão integrativa.....	12
ESTUDO 2	
Significados atribuídos à comunicação de más notícias no campo da saúde por psicólogos hospitalares	39
PALAVRAS FINAIS.....	71

APRESENTAÇÃO

Dentre os diversos motivos que me levaram a cursar Psicologia, posso citar a leitura de uma entrevista realizada com a psicóloga Débora Noal, na qual a mesma relatava seu trabalho na equipe do programa Médicos sem Fronteiras. Acredito que foi possível vislumbrar naquela entrevista o meu primeiro encontro com algo que considero ser o que me afeta e me move na Psicologia Hospitalar: poder ver um sentido e uma potência naquilo que é traumático, poder testemunhar o ser humano se apropriando de – e ressignificando – sentidos possíveis para sua existência quando a vida o mostra como é rara, breve, e, portanto, valiosa.

Durante meu percurso na graduação, sempre gostei de explorar as interfaces da Psicologia com outras áreas do conhecimento. Dessa forma, busquei estágios, projetos de extensão e grupos de estudo que me permitiam a vivência em uma equipe multiprofissional e me ajudavam no exercício de reafirmar a função e o “olhar” da Psicologia. Assim, o diálogo com outros saberes me possibilitou reconstruir, compreender e delimitar a minha prática, em meio às minhas primeiras experiências de vislumbrar a complexidade da existência e da psique humana.

A realização de um estágio na clínica-escola de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia foi essencial para que eu pudesse definir por quais vértices minha escuta e minhas intervenções se dariam, e também para especificar minha trajetória dali em diante. Nesse estágio atendi, em conjunto com uma colega, uma criança cuja história foi marcada por perdas de familiares e que buscava, no espaço dos atendimentos clínicos, meios e possibilidades de vivenciar o adoecimento e a provável morte iminente de sua mãe. Lembro-me da intensa experiência que foi estar nesse lugar de ser continente para as ansiedades e medos, bem como para o processo de luto antecipatório daquela criança.

Comecei então a estudar sobre luto e, ainda no final da graduação, tive a oportunidade de realizar um estágio na Unidade de Terapia Intensiva de Adultos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Foi meu primeiro encontro com pacientes em estado crítico e seus familiares, com a prática do trabalho de uma equipe multiprofissional e com a instituição hospitalar, a qual, em suas rotinas, procedimentos e ensinamentos, permite que a vida se redimensione, relevando e revelando suas urgências.

Após formada, decidi fazer Residência Multiprofissional em Saúde e, impulsionada pela experiência do estágio que realizei na graduação, escolhi o Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico. Ser residente e pertencer a uma equipe multiprofissional foi uma experiência ímpar, e em relação a ela sinto satisfação, gratidão e uma honra enorme. Cada setor pelo qual passei no hospital deixou ressonâncias diferentes em mim, e me exigia, pessoal e profissionalmente, modos diferentes de atuação.

O primeiro paciente adulto em Cuidados Paliativos, bem como o primeiro bebê, a primeira criança e o primeiro adolescente, o primeiro óbito, as palavras de despedida, o expressar das tarefas inacabadas, os constantes finais de ciclos e seus recomeços, a passagem da dieta enteral para via oral, as altas, os acompanhamentos pré-cirúrgicos e pós-cirúrgicos, a finalização do protocolo de morte encefálica, o som da voz após semanas ou meses de traqueostomia...

O reaprender a “ser” após uma amputação, uma paraplegia ou tetraplegia, o lidar com os limites, a reabilitação física e emocional, os adoecimentos causados por violências, a impotência e a falta de controle sobre o próprio corpo, as visitas infantis, as visitas familiares, a possibilidade de ver novamente o sol e o céu, de voltar a tomar banho no chuveiro, de redimensionar o tempo e os momentos, as saudades, os afetos, a luta, o luto, a vida, a morte, a dor, o sofrimento, a potência e a resiliência, coexistindo. Expressar o que, para mim, foi ser residente ainda sai pausado e “pulsado”.

Os afetos que foram vividos e aprendidos na minha Residência contribuíram para que fosse possível experienciar com novos contornos, nomes e sentidos na minha atuação como psicóloga e preceptora da Residência Multiprofissional em Oncologia Pediátrica do Hospital de Câncer de Barretos.

Hoje, posso dizer que meus maiores mestres sobre como é “estar e ser” psicóloga hospitalar são as crianças e os adolescentes que fazem tratamento oncológico. As crianças ensinam com maestria lições sobre possibilidades e sentidos diante da vida, sobre como viver pode ser “em-canta-dor” mesmo em meio a dores e sofrimento. São exemplos de total entrega ao tempo presente, vivenciando o tratamento um dia de cada vez e sustentam suas maiores ferramentas de enfrentamento: continuarem a ser crianças.

Não quero dizer que as crianças não sentem o sofrimento e a dor relativos ao tratamento. Sentem, e sentem muito, e por isso dão conta de muito também. Mesmo com uma rotina exaustiva de quimioterapia, exames e procedimentos, conseguem lidar com todas as emoções que lhe cabem em cada momento, exercendo seu ofício, que é o brincar, para nos ensinar o que sabem, pensam e sentem. E os adolescentes, ao experienciarem o adoecer em meio ao “adolescer”, buscam criar espaços simbólicos de subversão e transgressão das normas instituídas quanto a “ser um paciente oncológico” para continuar existindo e resistindo em meio às modificações proporcionadas por “estar” no hospital.

Como duas faces da mesma moeda, trabalhar sobre assuntos relacionados à vida e à morte nos permite viver guiados pelo que é realmente essencial para cada um, nos possibilita a experiência de redimensionar o tempo, a esperança, a forma de sentir e olhar o mundo e também nos auxilia a construir uma sensibilidade frente aos vários sentidos e dizeres que cabem nos silêncios. Portanto, trabalhar como psicóloga hospitalar, ao menos para mim, somente se faz possível com a reflexão constante que retorna e sempre me toca: como é estar nesse lugar entre ser suporte e suportar.

Por meio da atuação da Psicologia, torna-se possível produzir sentidos na crise. No “desespero”, poder esperar uma esperança. Penso que o trabalho dos psicólogos hospitalares, ao auxiliar a nomear as vivências e os afetos, realiza suturas através das palavras, costura as experiências vividas e sentidas no âmbito hospitalar para, então, vê-las se transformar nas marcas simbolizadas por cada paciente. Me parece possível afirmar, então, que a comunicação se confunde com o cuidado, como bem observou Silva¹. Para a autora, cuidar e comunicar são ações que se entrelaçam, uma vez que ambas se dão a partir das trocas que se estabelecem nos encontros entre as pessoas.

Portanto, meu interesse em cursar o mestrado e desenvolver a presente dissertação deriva de minha experiência em Psicologia Hospitalar e, mais especificamente, se encontra diretamente articulado à constatação de que, no campo da saúde, há uma relação intrínseca entre o cuidado e a comunicação. Sendo assim, a presente dissertação é constituída por dois estudos – estruturados no formato de artigos – que se completam². O Estudo 1 se afigura como uma revisão da literatura sobre a temática da comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde. Já o Estudo 2, de caráter empírico, explora os significados atribuídos à comunicação de más notícias no campo da saúde por psicólogos hospitalares.

¹ Silva, M. J. P. (2005). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola.

² Conforme a Resolução 01/2019, do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

ESTUDO 1

Comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde: uma revisão integrativa

Introdução

No contexto da atenção em saúde, a noção de más notícias comumente tem sido utilizada para aludir a informações desagradáveis relativas a doenças altamente incapacitantes ou potencialmente fatais (Martis & Westhues, 2013). Porém, Buckman (1992), considerado um dos pioneiros no assunto, preconizou que más notícias concernem a quaisquer diagnósticos ou prognósticos que possam implicar em mudanças negativas na vida de uma pessoa. Outros autores defendem que tal noção diz respeito a condições de saúde que representam ameaças concretas ao bem-estar físico ou mental e suscitam desesperança, pois restringem possibilidades existenciais (Edwards, 2010; Ptacek & Eberhardt, 1996). E, em nosso meio, Silva (2012) propôs que más notícias são aquelas que trazem à tona a finitude humana, tanto para os pacientes que as recebem quanto para os profissionais de saúde que as comunicam.

No Código de ética médica vigente no Brasil, mais precisamente no capítulo intitulado “Relação com pacientes e familiares”, lê-se que é vedado aos médicos deixar de apresentar informações sobre diagnósticos e prognósticos, bem como acerca dos riscos e dos objetivos dos tratamentos, exceto quando fazê-lo possa provocar danos aos pacientes, sendo que, nesses casos, seus representantes legais devem ser contatados (Conselho Federal de Medicina, 2019). Assim, a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde no país habitualmente é realizada por médicos. Contudo, sabe-se que a colaboração interdisciplinar é essencial para a integralidade do cuidado em saúde (Mahdizadeh, Heydari, & Moonaghi, 2015). Logo, resta claro que os profissionais de saúde como um todo – observando os limites de suas

competências, obviamente – também são capazes de desempenhar um papel importante na comunicação de más notícias (Herrera, Ríos, Manríquez, & Rojas, 2014).

Na qualidade de ciência do psiquismo e do comportamento (Weiten, 2006), a Psicologia tem contribuições à comunicação de más notícias que podem se efetivar diretamente, às expensas do trabalho empreendido por psicólogos em serviços de saúde, ou indiretamente, mediante a instrumentalização dos demais profissionais de saúde para a abordagem de questões emocionais que tendem a emergir nessas situações. Ressalte-se, a propósito, que a comunicação de más notícias, tipicamente, implica em algum nível de sofrimento psíquico para todos os envolvidos. De modo geral, profissionais de saúde consideram tal tarefa delicada e estressante, ainda que dela se ocupem rotineiramente, até porque não se sentem capacitados o bastante para a ação comunicacional (Barnett, Fisher, Cooke, James, & Dale, 2007; VandeKieft, 2001).

Por outro lado, pacientes e familiares que recebem más notícias frequentemente experimentam medos, incertezas e inseguranças que se traduzem em uma mobilização emocional acentuada e prolongada, a qual culmina na ocorrência de transtornos mentais em muitos casos (Herrera et al., 2014; Lopes & Graveto, 2010). É interessante apontar que o próprio Código de ética médica, já citado, antecipa – embora de maneira vaga – que apresentar informações a um paciente sobre seu diagnóstico ou prognóstico pode ser-lhe prejudicial. Para além disso, é sabido que a comunicação de más notícias, dependendo do modo como é realizada, afeta positivamente ou negativamente a adesão aos tratamentos propostos, influenciando, como consequência, a evolução clínica dos pacientes (Mast, Kindlimann, & Langewitz, 2005; Butow, Dunn, & Tattersall, 1995).

Nos últimos anos, a presença de publicações sobre a comunicação de más notícias se tornou mais recorrente em periódicos científicos brasileiros, de forma que revisá-las pode fornecer indicações para novas pesquisas e proporcionar coordenadas para o aprimoramento do trabalho de profissionais de saúde. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo, por

meio de uma revisão da literatura, mapear e analisar a produção científica nacional sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde. Mais precisamente, buscou-se responder à seguinte questão norteadora: quais são as principais tendências apresentadas pelas publicações veiculadas no formato de artigos em periódicos científicos brasileiros e dedicadas ao assunto em termos: (1) do tipo de pesquisa; (2) da abordagem metodológica; (3) do objetivo; (4) dos participantes; e (5) dos principais achados?

Método

Levando em conta a questão norteadora estabelecida nesta oportunidade, optou-se pelo emprego dos procedimentos metodológicos próprios das revisões integrativas da literatura, modalidade de estudo bibliográfico que se diferencia por sua abrangência, uma vez que visa a sintetizar informações provenientes de diferentes tipos de pesquisas sobre um determinado assunto, conferindo ênfase tanto a seus métodos quanto a seus resultados (Soares et al., 2014; Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Portanto, as revisões integrativas podem combinar evidências oriundas da literatura empírica e formulações derivadas da literatura teórica³ (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018) e, assim, considera-se que possibilitam a delimitação de um amplo corpo de conhecimentos, desde que desenvolvidas criteriosamente (Ercole, Melo, & Alcoforado, 2014).

Os procedimentos metodológicos próprios de revisões integrativas dizem respeito à localização, à seleção e à avaliação das referências que constituirão a amostra bibliográfica, e devem ser colocados em prática de maneira ordenada e descritos em detalhes (Soares et al., 2014). Logo, faz-se necessário informar que, no presente estudo, a localização das referências se deu por meio de consultas às bases de dados *Scientific Electronic Library Online-Brasil*

³ Souza et al. (2018) esclarecem que isso não ocorre nas revisões sistemáticas, pois, nessa outra modalidade de estudo bibliográfico, tipicamente privilegia-se a literatura empírica. Já as meta-análises, ainda de acordo com as referidas autoras, possuem um foco ainda mais delimitado, na medida em que abarcam apenas pesquisas quantitativas.

(SciELO-Brasil) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPsic). A escolha de tais bases de dados decorre do fato de que ambas abarcam periódicos científicos em acesso aberto e de reconhecida qualidade editorial, além de que podem ser consideradas complementares, já que a primeira possui caráter multidisciplinar e a segunda é especializada em Psicologia, ciência que, como mencionado anteriormente, oferece contribuições à comunicação de más notícias.

As consultas às bases de dados foram concluídas em março de 2019, sendo que, tanto na PEPsic quanto na SciELO-Brasil, recorreu-se ao cruzamento dos termos “más” e “notícias” no campo “resumo”, sem qualquer espécie de limite, como ano de publicação ou idioma, por exemplo. Tal estratégia foi privilegiada tendo em vista que, em consultas prévias às bases de dados, revelou-se sensível o bastante para viabilizar a localização de um conjunto expressivo de referências⁴. Já no que concerne à seleção das referências, ressalte-se que todas aquelas localizadas automaticamente pelas bases de dados foram triadas com o intuito de definir o material que, efetivamente, viria a integrar a amostra bibliográfica do presente estudo.

Dois pesquisadores executaram essa triagem de modo independente procedendo a leitura dos resumos e, quando necessário, dos textos completos, a fim de identificar as referências que: (1) tematizavam especificamente a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde; (2) se enquadravam como artigos originais; e (3) foram publicadas em periódicos científicos brasileiros. Como consequência da aplicação desses três critérios de inclusão, seriam descartadas as referências que tratavam do assunto de modo secundário, se afiguravam como resenhas, cartas ao editor, entrevistas, possuíam formatos alternativos e/ou foram publicadas em periódicos científicos de outras nacionalidades⁵.

⁴ É importante esclarecer que o campo “resumo” foi selecionado ao invés do campo “assunto” considerando-se que os termos “más notícias” e “comunicação de más notícias”, embora sejam amplamente utilizados no contexto da atenção em saúde, não constam do *Descritores em Ciências da Saúde* e da *Terminologia em Psicologia*, vocabulários técnicos adotados por boa parte dos periódicos científicos abarcados pela SciELO-Brasil e pela PEPsic.

⁵ Ressalte-se que a base de dados PEPsic, na atualidade, inclui periódicos científicos de outros países latino-americanos para além do Brasil.

As referências selecionadas foram, então, avaliadas, também de modo independente, por dois pesquisadores. Para tanto, os textos completos foram recuperados e submetidos a leituras exaustivas para subsidiar a extração das informações necessárias ao preenchimento de um crivo de avaliação constituído por cinco dimensões estabelecidas em função da questão norteadora, a saber: (1) tipo de pesquisa; (2) abordagem metodológica; (3) objetivo; (4) participantes; e (5) principais achados. Cumpre assinalar que as avaliações inicialmente consensuais foram aceitas automaticamente, ao passo que as avaliações a princípio discordantes foram discutidas caso a caso até que se obtivesse um consenso.

Resultados e Discussão

As buscas realizadas junto às bases de dados levaram, no total, à localização de 92 referências, sendo 83 na SciELO-Brasil e apenas 9 na PEPsic. Não houve duplicidades. Contudo, a seleção das referências localizadas, conduzida de acordo com os três critérios explicitados anteriormente, levou ao descarte de 72 referências, sendo que muitas daquelas que foram excluídas se ocupavam de questões relativas à comunicação de uma ampla gama de notícias “negativas” em veículos jornalísticos. A amostra bibliográfica, portanto, foi composta por 20 referências.

A maioria das referências selecionadas foi oriunda da SciELO-Brasil, a saber: (1) Setubal, Antonio, Amaral e Boulet (2018); (2) Koch, Rosa e Bedin (2017); (3) Setubal, Gonçalves, Rocha e Amaral (2017); (4) Fontes, Menezes, Borgato e Luiz (2017); (5) Ferreira da Silveira, Botelho e Valadão, (6) Ostermann e Frezza (2017); (7) Pereira, Calônego, LEMONICA e Barros (2017); (8) Ostermann, Frezza, Rosa e Zen (2017); (9) Monteiro e Quintana (2016); (10) Geovanini e Braz (2013); (11) Nonino, Magalhães e Falcão (2012); (12) Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa e Caprara (2011); (13) Guerra, Mirlesse e Baião (2011); (14) Tapajós (2007); (15) Pereira (2005); e (16) Oliveira, Oliveira, Gomes e Gasperin (2004). Logo, somente

quatro referências obtidas junto à PEPsic integraram a amostra bibliográfica: (1) Calsavara, Scorsolini-Comin e Corsi (2019); (2) Emer, Moreira e Haas (2016); (3) Monteiro, Reis, Quintana e Mendes (2015); e (4) Victorino, Nisenbaum, Gibello, Bastos e Andreoli (2007).

Preliminarmente, é oportuno salientar que havia a expectativa de que a consulta à PEPsic subsidiasse a localização de um maior número de referências, por se tratar de uma base de dados especializada em Psicologia. Em contrapartida, era esperada a ocorrência de muitos descartes, em virtude da abrangência da estratégia de busca utilizada. Além disso, ressalte-se que as referências selecionadas foram publicadas ao longo de 15 anos, de 2004 a 2019, com nítida concentração no último triênio. Tal dado indica que o interesse de pesquisadores brasileiros pela comunicação de más notícias é recente, considerando-se que não foi estabelecido nenhum recorte temporal durante a realização das consultas às bases de dados, como mencionado anteriormente.

Acerca da primeira dimensão de análise, é importante esclarecer que, para os fins do presente estudo, as referências selecionadas foram classificadas em quatro tipos básicos de pesquisa: (1) revisões da literatura; (2) estudos teóricos; (3) pesquisas empíricas; e (4) relatos de experiência. Estudos teóricos foram diferenciados de revisões da literatura, sobretudo, pela ênfase no aprofundamento de concepções relativas a uma teoria em específico, ao passo que o foco na descrição de práticas orientadas por demandas que se situavam para além da coleta de dados foi empregado como parâmetro básico para distinguir relatos de experiência de pesquisas empíricas. Posto isso, foram identificadas três revisões da literatura (Fontes et al., 2017; Nonino et al., 2012; Victorino et al., 2007), dois estudos teóricos (Calsavara et al. 2019; Guerra et al., 2011) e um relato de experiência (Tapajós, 2007). Assim, a amostra bibliográfica contou com 14 pesquisas empíricas.

A propósito da segunda dimensão de análise, cumpre assinalar que as 14 referências classificadas como pesquisas empíricas foram agregadas, no presente estudo, com base na

discriminação de abordagens metodológicas qualitativas, quantitativas e quanti-qualitativas. Observou-se, conseqüentemente, a ocorrência de 11 pesquisas qualitativas (Koch et al., 2017; Ostermann & Frezza, 2017; Ostermann et al., 2017; Setubal et al., 2017; Emer et al., 2016; Monteiro & Quintana, 2016; Monteiro et al., 2015; Geovanini & Braz, 2013; Lino et al., 2011; Pereira, 2005; Oliveira et al., 2004) e três pesquisas quantitativas (Setubal et al., 2018; Ferreira da Silveira et al., 2017; Pereira et al., 2017). Portanto, não foi identificada nenhuma pesquisa quanti-qualitativa.

A primeira dimensão de análise indica que houve alguma diversificação quanto ao tipo de pesquisa entre as referências selecionadas, sendo que isso, em tese, pode favorecer o avanço dos conhecimentos atualmente disponíveis sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde mediante o exame de tal processo como objeto de investigação desde diferentes ângulos. Ademais, deve-se sublinhar que a predominância de pesquisas qualitativas – evidenciada com a segunda dimensão de análise – causou, positivamente, certa surpresa, na medida em que é notória a hegemonia histórica dos métodos quantitativos no campo da saúde, como bem observaram Silva, Castro-Silva e Moura (2018). Não obstante, as autoras acrescentaram que, em tal campo, as pesquisas qualitativas vêm conquistando mais espaço porque enfatizam questões subjetivas relevantes para a compreensão do binômio saúde-doença em sua complexidade, evitando, conseqüentemente, uma eventual reificação.

Como se vê na Tabela 1, questões dessa natureza foram visadas diretamente nas referências assinadas por Koch et al. (2017), Ostermann e Frezza (2017), Ostermann et al. (2017), Monteiro e Quintana (2016), Emer et al. (2016) e Monteiro et al. (2015), dentre outras, em que foram exploradas perspectivas acerca da comunicação de más notícias em médicos e, minoritariamente, em pacientes. Vale mencionar também que a referência de autoria de Geovanini e Braz (2013) foi a única que se ocupou de aspectos éticos da comunicação de más notícias. Porém, quanto à terceira dimensão de análise, se sobressaiu o fato de que o objetivo

de diversas referências está relacionado, de uma forma ou de outra, à utilização de protocolos de comunicação de más notícias, como será detalhado.

Ocorre que, também conforme a Tabela 1, Setubal et al. (2018), Setubal et al. (2017) e Lino et al. (2011) se propuseram a avaliar programas de treinamento para comunicação de más notícias baseados no protocolo SPIKES⁶ e Pereira et al. (2017) apresentaram um protocolo de comunicação de más notícias adaptado à realidade brasileira, o qual foi denominado P-A-C-I-E-N-T-E⁷. Já na referência de Ferreira da Silveira et al. (2017), o foco foi a avaliação de habilidades de médicos quanto à comunicação de más notícias à luz das premissas do protocolo SPIKES. Ademais, Calsavara et al. (2019) visaram à discussão de contribuições de Carl Rogers – um dos principais expoentes da Psicologia Humanista – para o emprego de protocolos de comunicação de más notícias.

⁶ SPIKES é um mnemônico em língua inglesa que sistematiza o processo de comunicação de más notícias dividindo-o em seis etapas, cada qual com uma diretriz, a saber: (1) “Setting up”; (2) “Perception”; (3) “Invitation”; (4) “Knowledge”; (5) “Emotions”; e (6) “Strategy and Summary”. Basicamente, portanto, esse protocolo estabelece que se deve: (1) preparar-se para o encontro com o paciente; (2) perceber o paciente; (3) convidar o paciente para o diálogo; (4) transmitir as informações; (5) expressar as emoções; e (6) resumir e organizar as estratégias (Buckman, 1992).

⁷ P-A-C-I-E-N-T-E é um mnemônico em língua portuguesa que intitula um protocolo de comunicação de más notícias adaptado à realidade brasileira com base no protocolo SPIKES. Porém, tal protocolo preconiza sete etapas, cujas diretrizes são resumidas pelas iniciais de seu nome, a saber: (1) Preparar-se; (2) Avaliar o quanto o paciente sabe e o quanto ele quer saber; (3) Convite à verdade; (4) Informação; (5) Emoções; (6) Não abandone o paciente e por fim; e (7) Traçar uma estratégia (Pereira et al., 2017).

Tabela 1. *Distribuição das referências selecionadas por objetivo*

Referência	Objetivo
Calsavara et al. (2019)	Discutir contribuições de Carl Rogers para a utilização de protocolos de comunicação de más notícias
Setubal et al. (2018)	Avaliar um programa de treinamento (simulação + protocolo SPIKES) para comunicação de más notícias voltado a médicos residentes de Perinatologia
Koch et al. (2017)	Reconhecer significados atribuídos à comunicação de más notícias por médicos, estudantes de Medicina e enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica
Setubal et al. (2017)	Avaliar um programa de treinamento (revisão de vídeos + protocolo SPIKES) para comunicação de más notícias voltado a médicos residentes de Perinatologia
Fontes et al. (2017)	Revisar publicações sobre a prática do enfermeiro na comunicação de más notícias
Ferreira da Silveira et al. (2017)	Avaliar as habilidades de médicos quanto à comunicação de más notícias, especialmente considerando as premissas do protocolo SPIKES
Ostermann e Frezza (2017)	Descrever a comunicação de notícias diagnósticas em consultas de aconselhamento genético

Pereira et al. (2017)	Apresentar um protocolo de comunicação de más notícias adaptado à realidade brasileira (protocolo P-A-C-I-E-N-T-E) e avaliar sua aceitação entre médicos e enfermeiros
Ostermann et al. (2017)	Descrever como más notícias podem ser comunicadas de forma abrandada em consultas de aconselhamento genético
Monteiro e Quintana (2016)	Descrever o processo de comunicação de más notícias em uma Unidade de Tratamento Intensivo na perspectiva de médicos
Emer et al. (2016)	Compreender o processo de comunicação de más notícias às crianças que vivenciam a iminência da morte de um de seus pais
Monteiro et al. (2015)	Compreender o processo de comunicação de más notícias em uma Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva de médicos
Geovanini e Braz (2013)	Identificar conflitos éticos vivenciados por médicos oncologistas na comunicação de notícias diagnósticas
Nonino et al. (2012)	Revisar publicações sobre programas de treinamento para a comunicação de más notícias voltados a médicos e estudantes de Medicina
Lino et al. (2011)	Avaliar um programa de treinamento (protocolo SPIKES) para comunicação de más notícias voltado a estudantes de Medicina

Guerra et al. (2011)	Discutir recomendações para a comunicação de más notícias em Medicina Fetal
Tapajós (2007)	Discutir possibilidades quanto à utilização do cinema em um programa de treinamento para comunicação de más notícias voltadas a estudantes de Medicina
Victorino et al. (2007)	Revisar publicações sobre fatores dificultadores e facilitadores do processo de comunicação de más notícias
Pereira (2005)	Identificar representações sobre más notícias relativas à saúde em enfermeiros, médicos e na população em geral
Oliveira et al. (2004)	Compreender as repercussões de notícias diagnósticas na perspectiva de adolescentes com doenças crônicas, seus familiares e médicos

Esse tipo de ferramenta tem como proposta sistematizar a comunicação de más notícias por meio de sua divisão em etapas e visa a proporcionar maior segurança ao profissional de saúde que conduz tal processo (Herrera et al., 2014). Por outro lado, Silva (2012) advertiu é imprescindível adaptar o modo como se comunica uma má notícia levando-se em consideração uma série de variáveis, dentre as quais o contexto cultural, social e educacional do paciente. E Krieger (2017) sublinhou que as relações clínicas possuem uma dimensão subjetiva que escapa aos saberes técnicos e, por isso, a ação comunicacional, se reduzida inadequadamente à aplicação automatizada de procedimentos, conduz à despersonalização. Depreende-se, portanto, que protocolos de comunicação de más notícias devem ser utilizados com discernimento e sensibilidade para que não venham a promover o engessamento do cuidado em saúde.

É importante também explicitar, ainda acerca da terceira dimensão de análise, que Fontes et al. (2017), Nonino et al. (2012) e Victorino et al. (2007) revisaram, respectivamente, publicações sobre a prática do enfermeiro na comunicação de más notícias, sobre programas de treinamento para a comunicação de más notícias voltados a médicos e estudantes de Medicina e sobre fatores dificultadores e facilitadores do processo de comunicação de más notícias. Logo, os objetivos das três revisões da literatura que integraram a amostra bibliográfica são distintos entre si e diferem daquele visado no presente estudo.

Quanto à quarta dimensão de análise, observou-se que as referências classificadas como pesquisas empíricas foram desenvolvidas, fundamentalmente, junto a médicos e/ou estudantes de Medicina, sendo que, em poucos casos, também houve a participação de enfermeiros (Pereira et al., 2017; Koch et al., 2017; Pereira, 2005) e/ou pacientes e familiares (Ostermann & Frezza, 2017; Ostermann et al., 2017; Oliveira et al., 2004). E a única referência classificada como relato de experiência, assinada por Tapajós (2007), abordou uma atividade de ensino-aprendizagem voltada especificamente a estudantes de Medicina.

Em certa medida, era esperada a predominância de médicos entre os participantes das referências que constituíram a amostra bibliográfica, uma vez que, conforme mencionado, os mesmos tem sido os principais responsáveis pela comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde no país. Não obstante, todos os profissionais de saúde podem auxiliar nesse processo (Mahdizadeh et al., 2015), e é recomendável que, em futuras pesquisas, tal fato seja levado em consideração. Além disso, sugere-se que os pesquisadores interessados em explorar o assunto valorizem mais a participação de pacientes e familiares. Afinal, suas vozes, no âmbito da produção científica nacional sobre a comunicação de más notícias, não têm recebido o devido destaque. Consequentemente, parece razoável afirmar que as informações hoje existentes sobre como más notícias são recebidas em nosso meio são insuficientes.

Ainda sobre a quarta dimensão de análise, faz-se necessário mencionar que os participantes de uma parcela expressiva das referências selecionadas se dedicam, em essência, ao tratamento de problemas maternos e fetais (Setubal et al., 2018; Koch et al., 2017; Setubal et al., 2017; Ostermann & Frezza, 2017; Ostermann et al., 2017; Monteiro & Quintana, 2016). Tal recorte pode ser considerado interessante, visto que muitos problemas dessa natureza contrariariam o *timing* normativo do ciclo de vida familiar – ou seja, surgem em um momento em que se espera apenas transformações positivas – e, com isso, tendem a ser mais disruptivas, como assinala Rolland (1995).

As informações concernentes à quinta e última dimensão de análise foram sintetizadas à luz dos objetivos das referências selecionadas e se encontram na Tabela 2. Adicionalmente, verificou-se que algumas referências reportam achados secundários que dialogam mais diretamente entre si, o que subsidiou a configuração de três eixos temáticos. O primeiro deles é relativo à definição de más notícias e sinaliza certo dissenso. Ocorre que os participantes das referências de Kochi et al. (2017) e Pereira (2005) compreenderam que uma má notícia diz respeito especificamente ao quadro de morte. Já os participantes da referência de Ferreira da

Silveira et al. (2017) se demonstraram adeptos de uma concepção ampliada, a qual abarca diferentes condições de saúde que alteram negativamente a perspectiva do paciente quanto à sua vida ou a seu futuro. E tal concepção ampliada se alinha às formulações pioneiras de Buckman (1992), citadas anteriormente.

O segundo eixo temático é relativo a fatores facilitadores e dificultadores da comunicação de más notícias. Os participantes das referências assinadas por Monteiro et al. (2015) e Pereira (2005) apontaram que consideram particularmente desafiador apresentar informações sobre acontecimentos inesperados para pacientes jovens. A noção de *timing* normativo de Rolland (1995), mencionada previamente, também auxilia a compreender tal posicionamento. E as referências de Calsavara et al. (2019), Ostermann et al. (2017) e Guerra et al. (2011) sublinham que a preparação do profissional de saúde para a comunicação de más notícias – incluindo desde a disponibilidade afetiva para o estabelecimento de uma relação empática até a organização de dados técnicos detalhados sobre o caso – é essencial para tal processo. Como se vê na Tabela 2, tais fatores facilitadores e dificultadores acrescentam àqueles elencados na referência de Victorino et al. (2007), a qual tratou diretamente desse tópico.

Tabela 2. *Distribuição das referências selecionadas por principais achados*

Referências	Principais achados
Calsavara et al. (2019)	Autenticidade/congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática são atitudes favorecedoras do processo terapêutico descritas por Carl Rogers e que, segundo os autores, podem tornar mais eficiente a utilização de protocolos de comunicação de más notícias.
Setubal et al. (2018)	A maioria dos participantes considerou que o treinamento com simulação possui valor educacional, mas o treinamento com o protocolo SPIKES não alterou significativamente a atuação, de acordo com a avaliação da paciente simulada.
Koch et al. (2017)	Piora do estado clínico e morte foram apontadas como as principais más notícias a serem comunicadas. Os participantes ainda referiram que não utilizam protocolos e apresentam significativo grau de sofrimento psíquico quando comunicam más notícias, pois os sentimentos vivenciados são de impotência e frustração.
Setubal et al. (2017)	A maioria dos participantes avaliou que o programa de treinamento ampliou seus conhecimentos e habilidades acerca da comunicação de más notícias, sendo que o protocolo SPIKES foi considerado uma ferramenta capaz de ampliar as percepções sobre as necessidades emocionais dos pacientes.
Fontes et al. (2017)	Verificou-se que questões culturais influenciam a prática do enfermeiro na comunicação de más notícias, muitas vezes limitando sua autonomia. Foi enfatizada a necessidade de apresentar ao paciente informações corretas sobre sua condição de saúde, bem como respeitar suas decisões acerca dos tratamentos.

Ferreira da Silveira et al. (2017)	A maioria dos participantes apresentou uma compreensão abrangente do conceito de más notícias. Verificou-se que a maioria procura se expressar com clareza e explorar o que o paciente já sabe sobre sua condição. Porém, a maioria referiu que comunica más notícias primeiramente à família e somente depois ao paciente. Além disso, poucos parecem se preocupar em demonstrar empatia.
Ostermann e Frezza (2017)	A comunicação de más notícias em consultas de aconselhamento genético geralmente obedece a uma sequência, de acordo com a qual o exame médico é colocado como agente do diagnóstico e o anúncio da doença é feito sem a identificação de seu portador.
Pereira et al. (2017)	O protocolo P-A-C-I-E-N-T-E consiste em um desenvolvimento do protocolo SPIKES e foi considerado útil para a comunicação de más notícias por 97% dos participantes.
Ostermann et al. (2017)	A apresentação de perspectivas otimistas e recomendações prospectivas baseadas em informações relativas a cada caso são estratégias frequentemente utilizadas em consultas de aconselhamento genético para abrandar a comunicação de más notícias, sendo que proporcionam certo conforto aos familiares e favorecem o estabelecimento de uma relação de empatia.
Monteiro e Quintana (2016)	A comunicação de más notícias não é vista pelos participantes como uma ação técnica, sendo que é realizada com base em suas experiências pessoais e no senso comum. Alguns participantes sinalizaram que, ao comunicar uma má notícia, buscam se aproximar dos familiares dos pacientes, ao passo que outros visam ao apaziguamento das emoções. Constatou-

	se ainda que, de forma geral, a comunicação de más notícias é uma tarefa que os participantes gostariam de evitar, pois é vivenciada com um sentimento de fracasso.
Emer et al. (2016)	Pais saudáveis tendem ao ocultamento da verdade às crianças no tocante à iminência da morte dos pais enfermos, sobretudo a fim de protegê-las. Foram constatadas dúvidas sobre a capacidade de compreensão das crianças, e também sobre a capacidade de suporte e aceitação dos pais.
Monteiro et al. (2015)	Para a maioria dos participantes, a comunicação de más notícias, sobretudo quanto referentes à morte, gera intensa angústia, pois é vivenciada como uma derrota e frustra sentimentos de onipotência. A palavra “morte”, inclusive, tende a ser evitada pelos participantes mediante a utilização de eufemismos, o que sugere negação.
Geovanini e Braz (2013)	Os principais conflitos éticos citados pelos participantes quanto à comunicação do diagnóstico de câncer estão relacionados à revelação da verdade ao paciente e ao manejo da relação com seus familiares. Verificou-se que os entrevistados muitas vezes optam por omitir certas informações, até mesmo devido a solicitações dos familiares, mas não se sentem à vontade ao fazê-lo.
Nonino et al. (2012)	Programas de treinamento para comunicação de más notícias voltados a médicos e estudantes de Medicina podem, mediante a utilização de diversas estratégias de educação, se mostrar eficazes no sentido da promoção de mudanças de comportamento dos mesmos, mas não há evidências de que sejam benéficos para os pacientes.

Lino et al. (2011)	A maioria dos participantes avaliou positivamente o programa de treinamento, afirmando que o protocolo SPIKES é prático e de fácil aplicação. Contudo, foi apontada a necessidade de adaptar o protocolo SPIKES a cada situação para que não venha a restringir a liberdade dos médicos no processo de comunicação de más notícias.
Guerra et al. (2011)	A comunicação de más notícias referentes a diagnósticos durante o pré-natal deve seguir os princípios de beneficência e não maleficência. A oferta de suporte emocional é uma das tarefas que compete aos médicos ao comunicar más notícias durante o pré-natal. Os médicos devem apresentar um diagnóstico, um prognóstico e um plano de ação, bem como acolher as queixas e as perguntas das pacientes e seus familiares. A presença de um acompanhante é recomendada, pois pode aliviar a sensação de solidão vivenciada por muitas pacientes quando recebem uma má notícia, bem como pode auxiliá-las, após a consulta, a recuperar as informações que não foram assimiladas devidamente. Os médicos devem estar cientes de que a comoção que acompanha as más notícias geralmente impede que as pacientes compreendam correta e imediatamente todas as informações fornecidas. A comunicação de más notícias deve ocorrer em um ambiente tranquilo, com tempo disponível, sendo que as palavras utilizadas pelos médicos precisam ser escolhidas cuidadosamente, já que permanecerão na memória das pacientes. Os médicos devem sentar-se na frente da paciente, na mesma altura, manter contato visual, atentar para a linguagem não-verbal e auxiliá-la tanto a expressar-se quanto a encontrar significados para os fatos.

Tapajós (2007)	Sequências fílmicas podem ser utilizadas em programas de treinamento para comunicação de más notícias no sentido de suscitar reflexões sobre seus aspectos humanísticos. Conceitos oriundos da Teoria Comunicacional são capazes de enriquecer tais reflexões, particularmente por incutirem nos estudantes a flexibilidade de perspectiva.
Victorino et al. (2007)	Foram apontados como principais fatores dificultadores do processo de comunicação de más notícias: preocupação com o impacto da má notícia para o paciente e receio de causar sofrimento psíquico ao paciente, de ser culpado pelo paciente e/ou seus familiares, de enfrentar problemas judiciais, do desconhecido, de demonstrar desconhecimento e de expressar suas emoções. Já os fatores facilitadores que se destacaram foram: estabelecimento de uma relação adequada com a equipe de saúde e com o paciente, conhecimento do histórico do paciente, demonstrar empatia, preparar o <i>setting</i> , organizar o tempo, expressar-se de maneira clara e direta, identificar o que e quanto o paciente quer saber, validar as emoções do paciente, atentar para a situação familiar do paciente, planejar o futuro e o seguimento do paciente e trabalhar os próprios sentimentos.
Pereira (2005)	De forma geral, os participantes compreendem que más notícias relativas à saúde dizem respeito a situações que constituem ameaça à vida e ao bem-estar pessoal ou familiar, em especial morte precoce ou adoecimento por câncer. Contudo, os participantes defenderam que o modo como se desenvolve o processo de comunicação de más notícias pode influenciar seu impacto emocional.

Oliveira et al. (2004)	<p>Os adolescentes se perceberam doentes apenas quando notaram que não podiam fazer tudo o que adolescentes saudáveis faziam. Em alguns casos, porém, a importância da doença foi minimizada, apesar da ocorrência de sintomas claros. Para os familiares, as repercussões de notícias diagnósticas foram, por um lado, amenizadas pela apresentação de informações detalhadas sobre a doença e de orientações quanto aos tratamentos disponíveis e, por outro lado, foram potencializadas pela despersonalização do paciente. Os médicos revelaram a preocupação em comunicar a verdade aos familiares e proteger os adolescentes. Além disso, enfatizaram o caráter paradoxal da comunicação de notícias diagnósticas relativas a doenças crônicas, posto que são incuráveis, mas podem ser tratadas.</p>
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O terceiro eixo temático viabiliza a discriminação de vantagens e desvantagens de protocolos de comunicação de más notícias. As referências de Setubal et al. (2017), Pereira et al. (2017) e Lino et al. (2011) enfatizaram que esse tipo de ferramenta, na perspectiva de médicos e enfermeiros, tende a se mostrar proveitoso, em especial porque organiza a ação comunicacional. Trata-se, inclusive, de uma vantagem importante, considerando-se que, como revelaram Monteiro e Quintana (2016), muitos médicos ainda procedem a comunicação de más notícias com base no senso comum. Em contrapartida, as referências assinadas por Setubal et al. (2018) e Nonino et al. (2012) sinalizam que os protocolos de comunicação de más notícias talvez não afetem tão positivamente a experiência dos pacientes e seus familiares.

Ademais, a referência de Tapajós (2007) adverte que profissionais de saúde e pacientes são humanamente diversos e, conseqüentemente, não haveria uma única forma de comunicar más notícias. Logo, esse processo deveria abarcar questões singulares e, ao mesmo tempo, pautar-se em princípios básicos capazes de serem aplicados com flexibilidade. Essa linha de raciocínio se coaduna com aquela sustentada por Krieger (2017), já apresentada. E é válido adicionar que, para a autora, o emprego de protocolos de comunicação de más notícias pode ensejar conflitos, na medida em que pacientes e familiares, ao receberem uma má notícia, anseiam por um profissional de saúde que tenha domínio técnico da ação comunicacional, mas que também – quiçá sobretudo – demonstre capacidades ético-relacionais por meio de uma atitude honesta e compreensiva.

Considerações finais

Respondendo à questão norteadora, foram identificadas tendências apresentadas por publicações científicas nacionais sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde. Em termos das dimensões de análise consideradas, verificou-se, basicamente, a predominância de pesquisas empíricas, de abordagem qualitativa, cujos objetivos – diretamente

ou indiretamente – remetem a protocolos de comunicação de más notícias e que foram desenvolvidas junto a médicos e/ou estudantes de Medicina. Ademais, constatou-se que os principais achados reportados pelas referências selecionadas reforçam que a comunicação de más notícias frequentemente provoca sofrimento psíquico tanto nos pacientes e seus familiares quanto nos profissionais de saúde, sendo que compete aos profissionais de saúde atentar também para suas nuances emocionais, e não apenas para seus aspectos técnicos.

A análise da amostra bibliográfica ainda sinaliza caminhos a serem trilhados em novas pesquisas, pois coloca em relevo a necessidade de maior abertura à voz de pacientes e familiares. Em contrapartida, o presente estudo possui limitações, sobretudo porque se restringiu a artigos publicados em periódicos científicos brasileiros. No entanto, tal estratégia tem sido amplamente adotada em revisões integrativas. Ressalte-se também que, como mencionado, o presente estudo se diferencia, devido a seu objetivo, de outras revisões da literatura consagradas ao assunto e, assim, as complementa. Da mesma forma, pode ser complementado futuramente por outras revisões da literatura, a serem desenvolvidas a partir do exame de teses e dissertações defendidas no país, por exemplo. A propósito, iniciativas nesse sentido são bem-vindas para que se possa obter um panorama mais extensivo da produção científica nacional sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde.

Referências

- Barnett, M. M., Fisher, J. D., Cooke, H., James, P. R., & Dale, J. (2007). Breaking bad news: Consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Medical Education*, 41(10), 947-956. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02832.x>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.3138/9781487596989>
- Butow, P. N., Dunn, S. M., & Tattersall, M. H. (1995). Communication with cancer patients: Does it matter? *Journal of Palliative Care*, 11(4), 34-38. <https://doi.org/10.1177/082585979501100407>
- Calsavara, V. J., Scorsolini-Comin, F., & Corsi, C. A. C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: Aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 25(1), 92-102. <https://doi.org/10.18065/RAG.2019v25.9>
- Conselho Federal de Medicina (2019). *Código de ética médica*. Recuperado em 28 agosto 2020, de <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
- Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*, 12(10), 495-497. <https://doi.org/10.12968/nrec.2010.12.10.78407>
- Emer, M., Moreira, M. C., & Haas, S. A. (2016). A criança e a iminência de morte do progenitor: O desafio dos pais na comunicação das más notícias. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 19(1), 21-40.
- Ercole, F. F., Melo, L. S. D., & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9-12. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- Ferreira da Silveira, F. J., Botelho, C. C., & Valadão, C. C. (2017). Breaking bad news: Doctors' skills in communicating with patients. *São Paulo Medical Journal*, 135(4), 323-331. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>

- Geovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Bioética*, 21(3), 455-462. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300010>
- Guerra, F. A. R., Mirlesse, V., & Baião, A. E. R. (2011). Breaking bad news during prenatal care: A challenge to be tackled. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2361-2367. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500002>
- Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. M., & Rojas, G. (2014). Breaking bad news in clinical practice. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1306-1315. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>
- Koch, C. L., Rosa, A. B., & Bedin, S. C. (2017). Más notícias: Significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. *Bioética*, 25(3), 577-584. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253214>
- Krieger, M. V. (2017). *Comunicação de más notícias em saúde: Contribuições à discussão bioética através de uma nova ética das virtudes*. Dissertação de mestrado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52-57. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>
- Lopes, C. R., & Graveto, J. M. G. N. (2010). Comunicação de notícias: Receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 257-263.
- Mahdizadeh, M., Heydari, A., & Moonaghi, H. K. (2015). Clinical interdisciplinary collaboration models and frameworks from similarities to differences: A systematic review. *Global Journal of Health Science*, 7(6), 170-180. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p170>
- Martis, L., & Westhues, A. (2013). A synthesis of the literature on breaking bad news or truth telling: Potential for research in India. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(1), 2-11. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.110215>

- Mast, M. S., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005), Recipients' perspective on breaking badnews: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.005>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Monteiro, D. T., & Quintana, A. M. (2016). A comunicação de más notícias na UTI: Perspectiva dos médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), e324221. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221>
- Monteiro, D. T., Reis, C. G. C., Quintana, A. M., & Mendes, J. M. R. (2015). Morte: O difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 547-567. <https://doi.org/10.12957/epp.2015.17658>
- Nonino, A., Magalhães, S. G., & Falcão, D. P. (2012). Treinamento médico para comunicação de más notícias: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(2), 228-233. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400011>
- Oliveira, V. Z., Oliveira, M. Z., Gomes, W. B., & Gasperin, C. (2004). Comunicação do diagnóstico: Implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 9-17. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100003>
- Ostermann, A. C., Frezza, M., Rosa, R. M., & Zen, P. R. G. (2017). Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(8), e00037716. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037716>
- Ostermann, A. C., & Frezza, M. (2017). “Veio o resultado do exame”: A comunicação de notícias diagnósticas (e como investigações linguístico-interacionais podem informar as práticas profissionais). *Linguagem em (Dis)curso*, 17(1), 25-50. <https://doi.org/10.1590/1982-4017-170102-0516>

- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14(1), 33-37. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>
- Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., Lemonica, L., & Barros, G. A. M. (2017). The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43-49. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496-502. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540060072041>
- Rolland, J. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B. & McGoldrick, M. (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar* (pp. 373-391). Porto Alegre: Artmed.
- Setubal, M. S. V., Antonio, M. A. R. G. M., Amaral, E. M., & Boulet, J. (2018). Improving perinatology residents' skills in breaking bad news: A randomized intervention study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(3), 137-146. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1621741>
- Setubal, M. S. V., Gonçalves, A. V., Rocha, S. R., & Amaral, E. M. (2017). Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: What do perinatology residents think about it?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39(10), 552- 559. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604490>
- Silva, A., Castro-Silva, C. R., & Moura, L. (2018). Pesquisa qualitativa em saúde: Percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 632-645. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018172700>
- Silva, M. J. P. (2012). Comunicação de más notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20123614953>

Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. A. D.

(2014). Revisão integrativa: Conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 335-345.

<https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>

Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. S., & Pestana, H. C.

F. C. (2018). Revisões da literatura científica: Tipos, métodos e aplicações em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1),45-54.

<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>

Tapajós, R. (2007). 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, 11(21), 165-172. <https://doi.org/10.1590/S1414->

[32832007000100017](https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100017)

VandeKieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American Family Physician*, 64(12), 1975-1978.

Victorino, A. B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J., Bastos, M. Z. N., & Andreoli, P. B. A. (2007).

Como comunicar más notícias: Revisão bibliográfica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(1), 53-63.

Weiten, W. (2006). *Introdução à Psicologia: Temas e variações*. São Paulo: Pioneira.

ESTUDO 2

Significados atribuídos à comunicação de más notícias no campo da saúde por psicólogos hospitalares

Introdução

A nível global, a inserção da Psicologia no campo da saúde foi estimulada pela difusão do chamado “paradigma biopsicossocial”, o qual estabeleceu que a saúde deve ser reconhecida como uma condição multidimensional irreduzível à mera ausência de doenças (Straub, 2019; Melo, 2015). Ocorre que a atenção em saúde, gradativamente, vem deixando de levar em conta apenas fatores de natureza biológica e, como consequência, saberes antes insuficientemente aproveitados atualmente são considerados indispensáveis para o desenvolvimento de ações capazes de viabilizar o atendimento das demandas de saúde dos pacientes. No Brasil, a consolidação da presença de psicólogos em hospitais – sobretudo nas últimas décadas do século XX – pode ser apontada como um dos diversos desdobramentos desse processo (Sebastiani & Maia, 2005).

De acordo com Castro e Bornhodt (2004), essa consolidação está diretamente associada ao fato de que as políticas públicas de saúde brasileiras, historicamente, foram centradas em hospitais. E, ainda para as autoras, a identidade dos psicólogos no Brasil é mais influenciada pelo local de atuação do que pelo modelo de atuação, o que levou ao surgimento da Psicologia Hospitalar como especialidade exclusivamente nacional, sendo que, em outros países, os hospitais são enquadrados como um dos muitos espaços de trabalho concernentes à Psicologia da Saúde. O mesmo argumento, a propósito, foi defendido mais recentemente por Alves, Santos, Ferreira, Costa e Costa (2017). Por outro lado, não se deve perder de vista que a Psicologia Hospitalar evoluiu ao longo dos anos graças aos esforços empreendidos por um

expressivo contingente de profissionais que se dispõem a acolher o sofrimento psíquico vivenciado por aqueles que necessitam dos recursos disponíveis em hospitais, bem como de seus cuidadores formais e informais (Miranda, 2015).

É interessante mencionar que o órgão responsável pela regulamentação da profissão no Brasil definiu que o especialista em Psicologia Hospitalar participa “[...] da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde” (Conselho Federal de Psicologia, 2001, p. 13). Além disso, elencou entre suas atribuições “a avaliação e o acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental [...], intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente, e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais” (p. 13). Portanto, os psicólogos hospitalares podem assistir diferentes públicos em uma ampla gama de situações vivenciadas nos hospitais.

Ademais, ressalte-se que a Psicologia Hospitalar, em um sentido mais amplo, se propõe a acolher as angústias suscitadas nos personagens que, de uma forma ou de outra, transitam pelos hospitais, já que se trata de um local em que a dor e a morte são vislumbradas como ameaças concretas (Melo, 2015). Em outras palavras, pode-se afirmar que a Psicologia Hospitalar se caracteriza por se debruçar sobre facetas subjetivas do binômio saúde-doença que tendem a ser negligenciadas pela Medicina devido a uma propensão objetivista que, usualmente, se revela prejudicial para os pacientes, seus familiares e para os profissionais de saúde (Moretto, 2019; Simonetti, 2004). E, particularizando essa linha de raciocínio, Mosimann e Lustosa (2011) afirmam que uma das principais tarefas dos psicólogos hospitalares é reposicionar subjetivamente os pacientes em relação às suas próprias doenças.

Uma das diversas situações com as quais os psicólogos hospitalares podem contribuir é a comunicação de más notícias, tanto facilitando o processo em si quanto assumindo a frente

do manejo de suas ressonâncias emocionais (Aguado & Cuesta, 2019). Tais situações, embora frequentes nos hospitais, comumente geram muitas dificuldades para todos os envolvidos, já que – como qualquer outra modalidade de comunicação – comportam o conteúdo comunicado e os diferentes sentimentos que por ele podem ser desencadeados (Lima, Maia & Nascimento, 2019). Mas a questão é que, na comunicação de más notícias no campo da saúde, o conteúdo diz respeito a eventos críticos, determinados por diagnósticos ou prognósticos que ameaçam a continuidade da vida (Silva, 2012; Buckman, 1992). Somando-se a isso, o impacto psicológico de uma má notícia pode ser intensificado, por exemplo, pela frieza típica de muitos hospitais e pela eventual indisponibilidade afetiva dos profissionais de saúde para a ação comunicacional (Belli, 2020; Oliveira-Cardoso, Garcia, Santos & Santos, 2018).

A literatura sobre a comunicação de más notícias no campo da saúde é relativamente extensa, como revela a revisão desenvolvida por Camargo, Lima, Brietzke, Mucci e Góis (2019). No entanto, são escassas as pesquisas empíricas consagradas ao assunto que contaram com a participação de psicólogos hospitalares, o que representa um paradoxo levando-se em conta o relevante papel que pode ser desempenhado pelos mesmos nessas situações. No contexto internacional, constitui uma exceção a pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos por Merker, Hanson e Poston (2010), cujo objetivo foi avaliar a formação e a prática de psicólogos no que tange à comunicação de más notícias. Já no contexto nacional, o levantamento bibliográfico realizado para os fins do presente estudo subsidiou apenas a localização das pesquisas assinadas por Ostermann e Frezza (2017) e Ostermann, Frezza, Rosa e Zen (2017), ambas voltadas à descrição da comunicação de más notícias em consultas de aconselhamento genético que, eventualmente, contavam com a participação de um psicólogo. Porém, as autoras privilegiaram, como objeto de análise, as interações estabelecidas entre os médicos e as pacientes durante as consultas.

Claramente, a maioria das pesquisas sobre o assunto prioriza a participação de médicos, como se observa naquelas empreendidas em nosso meio por Setubal, Antonio, Amaral e Boulet (2018), Ferreira da Silveira, Botelho, Valadão e Cirino (2017), Monteiro e Quintana (2016), Monteiro, Reis, Quintana e Mendes (2015) e Geovanini e Braz (2013), dentre outras. Se, por um lado, essa tendência é compreensível, na medida em que a comunicação de más notícias no campo da saúde se refere a questões médicas, ela gera, por outro lado, uma importante lacuna na literatura científica, cujo preenchimento depende da realização de pesquisas mais diversificadas em relação aos participantes. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo compreender significados atribuídos à comunicação de más notícias no campo da saúde por psicólogos hospitalares.

Método

Desenho

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório e desenho qualitativo. Vale destacar que as pesquisas qualitativas se caracterizam pela ênfase nos significados relativos a uma ampla gama de fenômenos, pois partem do princípio de que os significados são indissociáveis das ações humanas, individuais ou coletivas (Minayo, 2014). Nomeadamente, o desenho do presente estudo foi pautado nas premissas do método clínico-qualitativo, o qual, de acordo com Turato (2005), se ocupa de significados concernentes a temas de interesse no campo da saúde conforme construídos por pacientes, seus familiares ou profissionais de saúde. Ressalte-se também que o método clínico-qualitativo exige do pesquisador tanto competência cultural quanto atitude clínica, para que a pesquisa não se volte indevidamente a problemas estranhos ao universo em que os participantes se encontram inseridos e para que eles possam ser acolhidos emocionalmente durante a coleta de dados (Turato, 2013).

Participantes

Participaram do presente estudo 17 psicólogos hospitalares que preencheram um critério de inclusão básico: atuavam em setores destinados ao atendimento de urgências e emergências em hospitais-gerais públicos brasileiros, mediante contratação como profissionais de referência ou plantonistas esporádicos. Tal critério de inclusão foi adotado considerando-se que, nos setores em pauta, ao menos teoricamente, a comunicação de más notícias constitui uma atividade mais rotineira. É válido informar que o tempo de conclusão da graduação em Psicologia dos participantes variou de 4 a 39 anos e o tempo de experiência em Psicologia Hospitalar variou de 1 a 38 anos. Ressalte-se também que apenas um participante era do sexo masculino.

Instrumento

O instrumento utilizado no presente estudo foi a entrevista semidirigida. Fontanella, Campos e Turato (2006) afirmam que tal instrumento tem a vantagem de ser interativo e dinâmico, na medida em que é organizado em torno de questões-tópicos que não devem ser muito específicas e tampouco demasiadamente genéricas, para que possam circunscrever o tema da pesquisa e, ao mesmo tempo, motivar os participantes a se engajarem em uma livre associação de ideias semelhante àquela que é estimulada pelo psicanalista em enquadres clínicos. Os autores acrescentam que, justamente por esses motivos, a entrevista semidirigida se afigura como um instrumento fundamental para pesquisas clínico-qualitativas, pois possibilita a apreensão do ponto de vista dos participantes sobre o assunto contemplado.

No presente estudo, a entrevista semidirigida foi composta por duas perguntas básicas: (1) “Qual foi a comunicação de má notícia mais difícil que você já acompanhou e como se deu esse processo?” e (2) “Para você, o que pode ser feito nas situações de comunicação de más notícias?”. Porém, essas perguntas foram apresentadas aos participantes com certas variações,

em função, por um lado, das características observadas em cada um deles quando da apresentação da pesquisa e dos realces conferidos espontaneamente pelos mesmos em suas primeiras respostas e, por outro lado, da calibração da pesquisadora responsável pela coleta de dados proporcionada pelas primeiras entrevistas. Adicionalmente, cumpre assinalar que um questionário de autopreenchimento foi utilizado para a obtenção de um perfil dos participantes em relação ao tempo de formação e experiência.

Coleta de dados

Os participantes foram selecionados por conveniência⁸, isto é, devido à facilidade de acesso pelos pesquisadores. Após a conclusão dos trâmites institucionais, os participantes foram abordados pessoalmente antes da realização das entrevistas para que a pesquisa pudesse ser apresentada em termos de seus objetivos e procedimentos, o que foi feito pela pesquisadora responsável pela coleta de dados. Ressalte-se também que a definição do número de participantes se deu com base no critério de saturação, de maneira que, acompanhando Fontanella, Ricas e Turato (2008), o recrutamento foi encerrado quando os pesquisadores observam que os objetivos do presente estudo poderiam ser atingidos pela ocorrência de redundâncias no tocante aos dados coletados.

É preciso sublinhar que, acerca da coleta de dados, o método clínico-qualitativo valoriza ambientes naturais para os participantes, especialmente quando se trata de locais de prestação de cuidados em saúde (Fontanella, Campos & Turato, 2006). Por essa razão, os participantes do presente estudo foram entrevistados de modo presencial em espaços reservados no próprio local de trabalho. As entrevistas duraram, em média, 20 minutos, se deram em um único encontro com cada um dos participantes nos dias e horários escolhidos por eles e foram gravadas em áudio. Todos os participantes formalizaram concordância com os procedimentos

⁸ Para não colocar em risco o sigilo quanto à identidade dos participantes, optou-se por não informar a filiação institucional dos mesmos.

por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ademais, é importante destacar que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de filiação dos pesquisadores (Parecer 2.234.443) e que todos os cuidados éticos necessários foram observados em seu desenvolvimento, inclusive no que diz respeito à preservação do sigilo quanto à identidade dos participantes.

Análise de dados

As gravações em áudio das entrevistas foram transcritas de modo literal e integral, compondo, assim, o *corpus* do presente estudo. A seguir, o *corpus* foi submetido à análise de conteúdo, operacionalizada segundo a proposta de aprimoramento de tal técnica para pesquisas clínico-qualitativas apresentada por Campos e Turato (2009). Dessa forma, inicialmente procedeu-se a leitura flutuante das transcrições, por meio da qual buscou-se adotar uma atitude não-seletiva análoga àquela que caracteriza a atenção flutuante utilizada pelo psicanalista em enquadres clínicos. Na sequência, foi empreendida a atividade interpretativa visando à identificação de conteúdos latentes que foram considerados em conjunto com conteúdos manifestos para a produção de inferências e, por fim, para a formação de categorias segundo critérios de relevância. Tais procedimentos metodológicos foram executados em conjunto por dois pesquisadores e, então, apresentados e discutidos em uma reunião do respectivo grupo de pesquisa, em conformidade com o procedimento de validação externa preconizado por Faria-Schutzer, Surita, Alves, Vieira e Turato (2015) para pesquisas clínico-qualitativas.

Resultados

A análise de conteúdo levou à configuração de três categorias. A primeira foi intitulada “O equilibrista de pratos” e agrega relatos representativos dos significados atribuídos pelos participantes às dificuldades que, para os mesmos, caracterizam as situações de comunicação

de más notícias. Alguns deles mencionaram dificuldades relativas aos pacientes, em especial devido ao elemento surpresa, ou seja, ao fato de as informações transmitidas se referirem a um acontecimento inesperado considerando-se o momento da vida em que os pacientes se encontram e, justamente por isso, provocarem uma mobilização emocional mais acentuada. No entanto, para tais participantes, essas dificuldades se revelam, sobretudo, nas relações estabelecidas entre os demais profissionais de saúde e os familiares quando se trata da comunicação de óbitos, como se vê nos Relatos 1 e 2.

Relato 1: “Quando você vê que o paciente está melhorando e aí ele vem com uma piora [...] Talvez as dificuldades mais complicadas estejam relacionadas a isso [...] Estou me lembrando de um paciente nosso, ele já estava de alta [...] e aí ele enfartou novamente [...] e morreu. Se tem momentos que impactam mais, [...] eu acho que [é] quando ocorre essa mudança tão rápida de um estado para o outro, né?” (Participante 14).

Relato 2: “Eu acho mais difícil é, às vezes, algum paciente envolvido em acidente, que está aqui por motivo de acidente automobilístico ou de moto, e que tem óbito no acidente. Então esses são muito difíceis de, por exemplo, manejar e dar essa notícia da morte desse familiar” (Participante 4).

Dificuldades relativas aos familiares igualmente foram citadas pelos participantes, as quais, em alguns casos, seriam derivadas da negação do evento em pauta, como demonstra o Relato 3: “A gente percebe que, às vezes, está ficando com um prognóstico ruim, e a família está negando o tempo todo. Então você começa a perceber que ela vai ter um problema muito grande” (Participante 16). Em outros casos, as dificuldades seriam determinadas pela natureza do vínculo existente entre o paciente e seus familiares, nomeadamente quando há um histórico

de desavenças prévias marcantes. O Relato 4 testemunha tal achado: “Eu acho que o manejo mais difícil é quando é um vínculo muito significativo [entre o paciente e a família], às vezes quando o familiar ainda tem pendências com a pessoa, conflitos que não foram resolvidos” (Participante 1).

Porém, as dificuldades mais proeminentes no *corpus* são relativas aos demais profissionais de saúde, por diferentes razões. Uma delas seria a mobilização emocional ocasionalmente vivenciada pela equipe envolvida na comunicação de uma má notícia, conforme o Relato 5: “Eu fiquei impressionada do quanto que a própria equipe [...] também precisava de um suporte naquela hora, porque eles ficaram muito desestabilizados” (Participante 15). Outra razão apontada pelos participantes foi a indisponibilidade afetiva demonstrada, principalmente, por médicos, acompanhando o Relato 6: “Sempre é assim mesmo, eles [os médicos] falam a notícia e se retiram da sala, do ambiente em que está, e falam: ‘agora você pode conversar com o psicólogo’” (Participante 17). Por fim, o Relato 7 coloca em relevo desconpassos entre o estado de saúde do paciente e certas intervenções de outros profissionais de saúde, empreendidas com o suposto propósito de prestar-lhe suporte, não apenas na situação de comunicação de uma má notícia em si.

Relato 7: “Por falta de orientação, [outros profissionais de saúde] podem fazer algumas entradas que dão errado [...] Então, às vezes, a gente vê um técnico [de Enfermagem] falando, por exemplo, para o paciente: ‘calma, você vai ter cura, você vai ficar bem, você vai sair daqui vivo’. E a gente sabe que isso não vai acontecer, e a gente sabe que o técnico está fazendo aquilo porque é o melhor que ele pode fazer naquele momento para dar um conforto para o paciente” (Participante 7).

De acordo com os participantes, portanto, as dificuldades em torno da comunicação de más notícias possuem múltiplas origens. E, para os mesmos, isso ocorreria, essencialmente, porque cada um dos envolvidos possui expectativas e necessidades próprias, sendo que competiria justamente aos psicólogos hospitalares promover o equacionamento necessário, assegurando que o paciente, seus familiares e os profissionais de saúde como um todo possam ser contemplados durante a ação comunicacional, ou nos momentos subsequentes. Esse achado pode ser depreendido dos Relatos 8 e 9, em que os participantes discorreram sobre suas próprias experiências e nos remeteram à imagem de um equilibrista de pratos, pelo cuidado contínuo que é exigido para que algo indesejável não venha a se suceder.

Relato 8: “Eu não posso ser um santo que atenda a dois crentes [...] Então eu acho que com isso eu quero te dizer que o que a gente [como psicólogo hospitalar] pode fazer depende do lugar em que a gente pode se colocar, e que a gente tem que poder estar disponível para o paciente e se a gente precisa estar disponível para a equipe [...]” (Participante 2).

Relato 9: “Eu dei muito mais valor no pedido da equipe [para convencer a paciente a se submeter a um procedimento] do que pensar também no que que ela [a paciente] estava sentindo, porque que ela não queria fazer aquele procedimento [...] Mas, no final da minha intervenção, ela aceitou fazer o procedimento [...] Mas houve uma complicação no procedimento [...] Estava o marido e o filho dessa paciente do lado de fora” (Participante 9).

A segunda categoria foi intitulada “Cá entre nós” e representa uma particularização de um achado já introduzido na primeira categoria, concernente ao papel que competiria aos

psicólogos hospitalares no equacionamento das expectativas e das necessidades de cada um dos envolvidos nas situações de comunicação de más notícias, conforme o ponto de vista dos participantes. Isso porque, de acordo com os significados veiculados por alguns deles, os referidos profissionais se diferenciam pela ênfase na dimensão subjetiva das relações clínicas, condição reconhecida como imprescindível para o exercício de uma responsabilidade suportiva, como se vê nos Relatos 10 e 11. Inclusive o Relato 12 alerta que, à luz dessa assertiva, confundir-se com o ambiente hospitalar ou com os outros personagens que por ele transitam seria improdutivo.

Relato 10: “A gente [como psicólogo hospitalar] tem essa condição que é necessária, esse cuidado que talvez outros profissionais não tenham [...] e isso vem da minha formação, que não vem da formação do enfermeiro, que não vem da formação do médico, né [...] essa condição de escuta, nem que seja a escuta do silêncio” (Participante 13).

Relato 11: “Você [como psicólogo hospitalar] vai dando soluções que passam por todos [os demais profissionais de saúde], mas que não estão necessariamente ao alcance de todos, porque não é da prática de todos [...] Eu acho que nosso papel [como psicólogo hospitalar] é alcançar os recursos que nós estamos capacitados para ajudar no momento em que falham os outros recursos técnicos e concretos” (Participante 8).

Relato 12: “Quando a gente [como psicólogo hospitalar] está na Emergência, a gente não pode ser a Emergência. Porque é muito fácil a gente se misturar. A gente tem que cuidar para isso não acontecer, para não se misturar, sem poder ser continente para o sofrimento” (Participante 3).

Os Relatos 10, 11 e 12 ainda evidenciam que os participantes, de modo geral, discorreram sobre a função dos psicólogos hospitalares a propósito da comunicação de más notícias essencialmente com base no estabelecimento de dicotomias em face dos demais profissionais de saúde, o que levou à demarcação de dois coletivos distintos: “nós” e “eles”. E, aparentemente, os participantes se sentiram à vontade para proceder dessa maneira considerando que a pesquisadora responsável pela coleta de dados havia lhes informado previamente que também é psicóloga hospitalar, sendo que tal hipótese explica o título da segunda categoria. Além disso, reforça a hipótese em pauta o reconhecimento de que alguns relatos foram apresentados em tom de confiança, como aqueles em que são frisadas supostas limitações do “olhar” dirigido pelos demais profissionais de saúde aos pacientes e seus familiares.

O Relato 13 é um exemplo nesse aspecto: “[o psicólogo hospitalar deve refletir sobre] o que é o cuidar do paciente que se diferencia das demandas da Enfermária, [...] o que é silenciado das demandas do paciente pelas demandas da Enfermária” (Participante 11). O Relato 14 também, sendo que acrescenta a possibilidade de ocorrer – ainda que involuntariamente – um silenciamento de determinadas questões subjetivas através dos encaminhamentos que os demais profissionais de saúde fazem ao psicólogo hospitalar. Embora o Relato 14 mencione apenas casos de óbito, parece razoável que o mesmo poderia se dar nas demais situações de comunicação de más notícias, acentuando o caráter já silencioso de determinadas formas de sofrimento psíquico.

Relato 14: “Eu percebo que muitos óbitos podem conter um sofrimento muito intenso, mas, por ser mais silencioso, às vezes não é solicitado nosso atendimento, e às vezes não é visto essa importância. Eu penso que é muito importante que o psicólogo tenha esse olhar para o que é [...] o sofrimento do outro diante da má notícia. Despertar esse olhar

diante da má notícia e das diversas reações, não só as reações que a equipe solicita com mais frequência, mas também para outras reações que também têm uma intensidade emocional e um sofrimento muito grande (Participante 5).

Portanto, se sobressaiu no *corpus* a crença de que os psicólogos hospitalares se distinguem, nas situações de comunicação de más notícias, pela importância imputada a aspectos individuais – principalmente emocionais, mas não apenas – que requerem a escuta de questões subjetivas, inclusive daquelas que se exteriorizam de forma não-verbal, como indica o Relato 10, já citado. E, embora essa escuta exija certos saberes especializados, estaria assentada em uma disponibilidade afetiva que se traduz por meio do “olhar” dirigido pelos psicólogos hospitalares aos traços singulares dos pacientes e seus familiares, como se depreende do Relato 15: “O principal [para o psicólogo hospitalar] é ver o paciente e o que é que ele precisa [...], pra dar esse suporte pra ele dar conta, e a família também. [...] A gente só consegue isso por meio da escuta” (Participante 16).

Já o Relato 16, alusivo a uma mãe que acabara de perder um de seus filhos após hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva, destaca que dos psicólogos hospitalares também seria exigida capacidade de continência frente ao sofrimento psíquico vivenciado por pacientes e/ou familiares que recebem más notícias, o que revela alinhamento ao Relato 12, mencionado anteriormente. Alguns participantes advertiram que, em razão dessa exigência, o ofício do qual se ocupam eventualmente provoca uma mobilização emocional mais acentuada, sendo que um deles referiu que, após sua primeira atuação em uma situação de comunicação de más notícias, sentiu necessidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o tema, como se vê no Relato 17: “Eu fui fazendo vários cursos. Então foi na instrumentalização mesmo” (Participante 14).

Relato 16: “Eles [os médicos] queriam muito calar essa mãe, porque ela gritava, e eles queriam que eu a tirasse da Unidade [de Terapia Intensiva] [...] E aí ela fazia muitas perguntas, e a equipe sempre achando que precisava responder essas perguntas, mas aquelas perguntas que ela estava fazendo não era pra ninguém responder, ela fazia para ela mesma, na tentativa dela de entender o que estava acontecendo. E a equipe queria que ela parasse de gritar, e ela precisava na verdade se esparramar para depois a gente ajudá-la a se juntar (Participante 13).

Em contraste, outro participante sublinhou, mediante o Relato 18, a importância de uma melhor compreensão sobre si mesmo, proporcionada especificamente por um processo psicoterapêutico: “A terapia, a análise individual, é extremamente importante [para o psicólogo hospitalar], para que nos habilite, que nos prepare para situações tão complexas que a gente vivencia aqui no hospital” (Participante 10). O Relato 19, por sua vez, se mostra um pouco mais genérico, porém, sustenta argumentação semelhante, pois coloca em relevo a necessidade de proximidade em relação aos próprios sentimentos para que os psicólogos hospitalares possam auxiliar no manejo dos sentimentos suscitados em outras pessoas a partir da comunicação de más notícias: “Acho que primeiro a gente tem que estar conectado com a gente mesmo. Primeira coisa, né? Porque se a gente se desorganizar, o outro vai se desorganizar mais ainda, né?” (Participante 3).

A terceira e última categoria reúne relatos atinentes a significados atribuídos pelos participantes à atuação dos psicólogos hospitalares na comunicação de más notícias com base especificamente em um parâmetro temporal. Tal categoria foi intitulada “Segundos socorros” e reúne duas vertentes interligadas, pois ambas se ancoram na identificação de um “antes” e um “depois” no que tange a essas situações. Uma das vertentes, mais sutil no *corpus*, realça que o trabalho dos referidos profissionais consistiria na oferta de assistência a alguém – paciente ou

familiar – que, pelas circunstâncias em que se encontra, se caracteriza por certa vulnerabilidade emocional que tende a se agravar após a ação comunicacional. Os Relatos 20 e 21 ilustram essa vertente.

Relato 20: “Eu acredito que [o psicólogo hospitalar deve] oferecer condições para que a pessoa possa receber a [má] notícia e para que ela tenha condições de expressar aquela dor e aquele sofrimento sem ficar exposta [...], [o psicólogo hospitalar deve ser] uma presença [...], alguém em quem a pessoa pode se apoiar” (Participante 9).

Relato 21: “O tipo de intervenção que a gente [como psicólogo hospitalar] vai fazer na hora [na comunicação de uma má notícia] depende daquela escuta, né, que a pessoa vai demandar. Às vezes, [ela] vai pedir pra dar uma mão, pra conversar, pra chorar, só pra ouvir, né, pra chamar alguém da família, pra estar lá junto no leito” (Participante 16).

Portanto, os psicólogos hospitalares teriam a incumbência de socorrer alguém que, devido à natureza dramática das circunstâncias, necessita de sustentação, sobretudo a partir da escuta de questões subjetivas que emergem como consequência das informações que lhes são transmitidas. Já a outra vertente da terceira categoria, mais patente no *corpus*, aponta que, em consonância com os significados veiculados pela maioria dos participantes, o processo de comunicação de más notícias desmembra-se em duas etapas. Conforme antecipado pelo Relato 6, já comentado, os médicos seriam os encarregados da primeira etapa, cujo objetivo consistiria em apresentar ao paciente – e/ou à sua família – dados desagradáveis sobre seu estado de saúde. Os psicólogos hospitalares, em contraste, contribuiriam com a segunda etapa, no sentido de manejar o impacto psicológico da primeira etapa.

Alguns participantes acentuaram as linhas divisórias do processo em pauta, dando a entender que preferem resguardá-las, como o Relato 22 transparece: “Eu não acompanho a transmissão da má notícia. Eu vou trabalhar depois a demanda que o paciente vai me trazer” (Participante 2). Outros participantes, em contraste, entendem que uma maior interação entre os profissionais de saúde como um todo a propósito da comunicação de más notícias – com foco na negociação de um objetivo a ser compartilhado – seria benéfica. O Relato 23 exemplifica tal achado, e também destaca que os psicólogos hospitalares poderiam liderar um movimento nessa direção: “[O psicólogo hospitalar precisa] começar a fazer acordos com a equipe, né, pensar em possibilidades de fazer com que a situação não seja tão trágica” (Participante 5).

Ainda nessa perspectiva, foi citada a relevância do diálogo com os demais profissionais de saúde como forma de preparação para a comunicação de más notícias – nomeadamente a fim de estimular a disponibilidade afetiva em relação às necessidades apresentadas por pacientes e familiares – e para viabilizar, na sequência, o manejo situacional apropriado, em consonância com os Relatos 24 e 25, respectivamente. Já o Relato 26 acentua a necessidade de corresponsabilização no tocante à abordagem de demandas de ordem emocional, observando-se, porém, os limites das competências de cada categoria profissional. Logo, nesse conjunto de relatos se nota a valorização do trabalho colaborativo, mas não necessariamente sua materialização por meio da integração prática de saberes especializados.

Relato 24: “Acho que a gente [profissionais de saúde como um todo] tem que ter uma preparação para poder ter tranquilidade para acolher o sofrimento do outro. Como que a gente se prepara para algo dessa natureza? [...] É estar sempre discutindo alguns casos difíceis, com a equipe de modo geral” (Participante 10).

Relato 25: “Ele [paciente vítima de queimaduras] dizia que se mataria. No setor de pacientes queimados não fica acompanhante para adultos. Mas eu articulei com a equipe para ficar um acompanhante. Então a namorada [do paciente] ficou, porque eu fiquei preocupada com essa ideação [suicida] dele, o que ele poderia fazer a noite sozinho, né” (Participante 6).

Relato 26: “Não é um único indivíduo que vai resolver todas as questões. Não é só o psicólogo [hospitalar] que vai conseguir acolher as questões psíquicas. Se não houver uma equipe por trás para poder dar apoio também, cada um dentro do seu papel, da sua função” (Participante 12).

Paralelamente, foi apontado que uma certa circunscrição a um núcleo de conhecimentos – psicológicos, no caso – poderia, conforme o Relato 27, se revelar proveitosa: “Eu acho que o psicólogo [hospitalar] [...] vive em uma solidão muito grande nesses casos [de comunicação de más notícias] [...] Deveria ter mais discussão entre os profissionais da Psicologia sobre o modo como fazemos a intervenção” (Participante 11). E é interessante mencionar que, realçando a subdivisão do processo de comunicação de más notícias, um único participante afirmou, mediante o Relato 28, que vinha desenvolvendo um novo modelo de atuação, em razão do qual interviria junto aos familiares antes da ação comunicacional: “Geralmente agora eu primeiro chamo a família, converso com a família, e depois chamo a equipe médica [para a comunicação de uma má notícia]” (Participante 3).

Discussão

A primeira categoria demonstrou que, conforme significados veiculados pelos participantes do presente estudo, a comunicação de más notícias está associada a dificuldades

provenientes de um certo despreparo emocional dos profissionais de saúde. Tal achado encontra respaldo nas pesquisas que integraram a amostra bibliográfica da revisão da literatura empreendida por Victorino, Nisenbaum, Gibello, Bastos e Andreoli (2007), as quais identificaram como um dos fatores dificultadores do referido processo o receio dos profissionais de saúde – especialmente dos médicos – quanto à expressão de seus próprios sentimentos e quanto ao impacto psicológico das informações transmitidas ao paciente. Porém, é importante sublinhar que nenhuma dessas pesquisas contou com a participação de psicólogos hospitalares.

Por outro lado, Ostermann et al. (2017) destacaram, embora em relação especificamente de consultas de aconselhamento genético, que a disponibilidade afetiva dos profissionais de saúde favorece a comunicação de más notícias, o que é compatível, em linhas gerais, com o posicionamento assumido pelos participantes do presente estudo. E, de forma semelhante, Oliveira-Cardoso et al. (2018) sublinham que pacientes valorizam o acolhimento proporcionado por médicos frente ao sofrimento psíquico desencadeado pela confirmação do diagnóstico de doenças potencialmente fatais. Adicionalmente, a primeira categoria apontou que dificuldades relativas aos pacientes derivam, principalmente, do elemento surpresa. Na pesquisa desenvolvida por Monteiro et al. (2015) junto a médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva o mesmo elemento foi citado, porém, a propósito da comunicação de óbitos aos familiares de pacientes jovens.

Apesar de não terem utilizado exatamente a palavra “empatia”, é possível propor que os participantes do presente estudo se queixaram, principalmente por meio dos relatos agrupados na primeira categoria, de uma suposta falta dessa característica nos outros profissionais de saúde. E é interessante mencionar que Ferreira da Silveira et al. (2017), em uma pesquisa desenvolvida com médicos de diferentes especialidades, constatou que poucos se preocupavam em estabelecer relações empáticas com aqueles que recebem uma má notícia. Monteiro, Magalhães e Féres-Carneiro (2016), de modo análogo, verificaram que médicos intensivistas

tendem a vivenciar grandes impasses diante dos sentimentos suscitados por situações de terminalidade – embora essas situações sejam frequentes para eles – e, conseqüentemente, procuram se manter afastados emocionalmente dos pacientes e seus familiares.

Talvez esse movimento defensivo possa ser explicado, ao menos em parte, considerando-se que a iminência da perda de um paciente, conforme Kovács (2011), desencadeia em muitos profissionais de saúde um luto não-autorizado, ou seja, moldado pelo entendimento de que a expressão do sofrimento psíquico associado ao pesar não é permitida. A autora ainda defende que, quando isso ocorre, o vínculo com o paciente e seus familiares costuma ser prejudicado. A pesquisa realizada por Giaretta e Macedo (2021) junto a médicos residentes de setores voltados ao atendimento de urgências e emergências em hospitais-gerais constituiu um exemplo nesse aspecto, pois aponta que a omissão frente a questões subjetivas fomenta a indiferença quanto às demandas emocionais, dos próprios médicos e dos pacientes e seus familiares. De nossa parte, acrescentamos que esse conjunto de fenômenos pode ser compreendido como uma consequência da adesão ao modelo biomédico, o qual ainda constitui uma referência importante para o trabalho no campo da saúde, mas enseja a oposição entre competência técnica e envolvimento emocional.

Encerrando a discussão dos resultados concernentes à primeira categoria, cabe informar que, para Romano (1999), os psicólogos hospitalares devem atuar como mediadores do relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e os pacientes e seus familiares. Os participantes do presente estudo parecem se caracterizar por uma compreensão mais complexa, pois, para a maioria deles, aos referidos profissionais compete equacionar as necessidades dos pacientes, seus familiares e, ainda, dos demais profissionais de saúde. Portanto, embora tenham defendido esse ponto de vista especificamente para sinalizar um caminho a ser percorrido visando à superação de dificuldades próprias da comunicação de más

notícias, os participantes do presente estudo avaliam que os psicólogos hospitalares precisam, em essência, ocupar uma posição central em circunstâncias problemáticas.

E tal achado nos remete à analogia proposta por Simonetti (2004), de acordo com a qual os psicólogos hospitalares devem se situar “no olho do furacão”. Como destaca o autor, trata-se de uma área de calma cercada de um turbilhão de agitação. Logo, os referidos profissionais necessitam permanecer próximos dos problemas e das angústias tipicamente presentes nos hospitais, mas tomando os devidos cuidados para não serem absorvidos, pois isso não os permitiria transmitir serenidade a todos aqueles a quem se dirigem. Para tanto, ainda de acordo com o autor, os psicólogos hospitalares precisam encontrar dentro de si mesmos um “lugar seguro”, o que, aliás, é congruente com o que alguns participantes do presente estudo defenderam, por meio de relatos concernentes à segunda categoria, quanto à importância do autoconhecimento obtido por meio de um processo psicoterapêutico.

Os significados vislumbrados pela segunda categoria, indicam que, para os participantes, os psicólogos hospitalares devem fazer aquilo que os demais profissionais de saúde supostamente não fazem: se encarregar das questões subjetivas mobilizadas pela comunicação de más notícias. Para tanto, necessitam, mais especificamente, se valer de um “olhar” que sustenta uma escuta capaz de contemplar aspectos singulares dos pacientes e seus familiares e que, como consequência, culmina em um cuidado que poderia ser qualificado como personalizado. Esse resultado revela um posicionamento crítico por parte dos participantes, se observado que, em qualquer circunstância, o cuidado em saúde deve, impreterivelmente, ser orientado pelo respeito às diferenças pessoais, para não incorrer em um indesejável afastamento do “sujeito humano sofredor como totalidade viva”, como observou Pinheiro (2008, p. 113).

Para além disso, tem-se a impressão de que, em consonância com o ponto de vista dos participantes, aos psicólogos hospitalares resta dar conta de tudo aquilo que, involuntariamente ou não, acaba sendo negligenciado pelos demais profissionais de saúde – sobretudo pelos

médicos – nas situações de comunicação de más notícias. Partindo desse princípio, nota-se que os participantes parecem compreender que os psicólogos hospitalares devem funcionar como um “quarto de despejo”, acompanhando a terminologia proposta por Roussillon (1991). Para o autor, em muitas instituições acaba se criando, inconscientemente, um “espaço” no qual são depositados dejetos emocionais, oriundos de experiências cotidianas, que não foram simbolizados. Esse “espaço” é, justamente, o “quarto de despejo”.

Ou seja: aos psicólogos hospitalares seriam endereçadas questões suscitadas pela comunicação de más notícias que ultrapassam a capacidade de elaboração psíquica tanto dos pacientes e seus familiares quanto dos demais profissionais de saúde. Roussillon (1991) esclarece que esse tipo de material, por ser derivado de problemas que são vivenciados nas relações interindividuais e intergrupais, necessita de um “espaço” no qual possa ser armazenado, a fim de manter o funcionamento institucional relativamente preservado. Em contrapartida, esse “espaço” deve possibilitar a recuperação de tal material para viabilizar a criação de sentidos que possam tornar sua existência suportável e, assim, evitar um indesejável processo de enquistamento.

Diante do exposto, torna-se inquestionável a importância institucional do “quarto de despejo”. Logo, nada há de depreciativo no estabelecimento de aproximações entre a função de tal “espaço” e o papel que, para os participantes, deve ser desempenhado pelos psicólogos hospitalares nas situações de comunicação de más notícias. O próprio Roussillon (1991) afirma que, em muitas instituições, os psicólogos funcionam como o “quarto de despejo”. Contudo, o autor exemplifica tal fato citando instituições educacionais. O presente estudo, por sua vez, sinaliza que o mesmo pode ocorrer também em instituições hospitalares, ao menos no tocante à comunicação de más notícias, o que não deixa de constituir um achado interessante.

Roussillon (1991) esclarece que o “posto” de “quarto de despejo” muitas vezes é reservado aos psicólogos porque os referidos profissionais costumam, em termos práticos, se

posicionar à margem das instâncias hierárquicas institucionais, mas, ao mesmo tempo, delas estão um tanto quanto próximos em termos culturais, em parte porque detêm certos saberes especializados. Corroborando essa formulação, vale aqui lembrar que um participante defendeu que os psicólogos hospitalares não devem confundir-se com o ambiente hospitalar ou com os outros personagens que por ele transitam. Além disso, é importante reforçar que as especificidades do trabalho desenvolvido por psicólogos hospitalares foram colocadas em relevo pelos participantes como um todo, o que proporcionou contornos à segunda categoria mediante a já mencionada delimitação dos coletivos “nós” e “eles”.

Ao discorrer sobre essas especificidades, alguns participantes mencionaram que compete aos psicólogos hospitalares praticar a continência frente ao sofrimento psíquico despertado pela comunicação de más notícias. Faz-se necessário, então, esclarecer que a noção de continência se disseminou no âmbito da Psicanálise contemporânea e designa, fundamentalmente, uma “condição de disponibilidade para receber um ‘conteúdo’, que consiste numa carga projetiva – de necessidades, angústias, desejos, demandas, um terror sem nome, etc. – que está à espera de ser contido” (Zimmerman, 2007, p. 74). Portanto, ser continente é, em essência, apresentar um estado mental receptivo, oposto àquele que, segundo alguns participantes, costuma ser demonstrado pelos demais profissionais de saúde e tende a provocar o silenciamento de questões subjetivas.

Cabe aqui mencionar que nenhum participante fez menção a protocolos de comunicação de más notícias, ferramentas que têm sido bastante valorizadas na literatura científica, tanto nacional quanto internacional, desde o final dos anos 1990 (Herrera, Ríos, Manríquez, & Rojas, 2014). Esse fato parece estar relacionado aos resultados concernentes à segunda categoria. Ocorre que, no país, protocolos de comunicação de más notícias são utilizados e valorizados, sobretudo, por médicos e enfermeiros (Setubal, Gonçalves, Rocha, & Amaral, 2017; Pereira, Calônego, Lemonica, & Barros, 2017). Logo, não se trata de questionar aqui a relevância e a

utilidade desses recursos, mas, sim, de apontar que eles não foram associados pelos participantes ao trabalho de psicólogos hospitalares, possivelmente porque se encontram mais difundidos entre outros profissionais de saúde.

Os significados depreendidos dos relatos reunidos na terceira categoria permitem situar temporalmente o trabalho dos psicólogos hospitalares nas situações de comunicação de más notícias. Aguado e Cuesta (2019) defendem que os referidos profissionais podem, nessas situações, contribuir tanto auxiliando a planejar o processo em si quanto se encarregando do manejo de seu impacto psicológico. Para a maioria dos participantes, todavia, a presença na ação comunicacional propriamente dita parece representar uma prerrogativa médica, sendo que os psicólogos hospitalares teriam um papel mais relevante a desempenhar somente após a mesma. E esse papel consistiria, em síntese, em proporcionar escuta ao sofrimento psíquico mobilizado pelas informações transmitidas.

Tal resultado se torna compreensível tendo em vista que, nos hospitais, os médicos, essencialmente, se ocupam do padecimento do corpo biológico e procuram reestabelecer o funcionamento do organismo, de acordo com Giglio-Jacquemot (2005). A autora acrescenta que, quando isso ocorre junto a um paciente que apresenta risco de morte iminente, geralmente caracteriza-se uma emergência médica, ao passo que uma urgência médica costuma ser delimitada por um quadro clínico agudo, com possibilidade de complicações mais graves, o qual exige um atendimento rápido, porém não necessariamente imediato. E caberia aos médicos distinguir uma situação da outra com base apenas na identificação de sinais e sintomas supostamente objetivos, conforme viabilizada por uma avaliação de natureza técnica.

Os psicólogos hospitalares, por outro lado, tipicamente intervêm em momentos de ruptura que suscitam intensas angústias e causam grande desestabilização psíquica. Como observaram Cordeiro e Miranda (2020), quando esses momentos inviabilizam a utilização de palavras para nomear os sentimentos e, assim, cria-se um vazio correlativo de uma espécie de suspensão do

tempo, têm-se aquilo que alguns autores, a partir de princípios psicanalíticos, chamam de “urgência subjetiva”. Diferentemente de uma urgência médica, portanto, uma urgência subjetiva se define com base em critérios singulares. Além disso, a uma urgência subjetiva se deve responder prontamente, mas não com a pressa motivada pela preocupação com a resolução de um problema crítico que norteia o atendimento de uma urgência médica (Azevedo, 2018; Calazans & Bastos, 2008; Muñoz, Vilanova, Tenebaum & Velasco, 2019).

Diante do exposto, é possível inferir que, para os participantes do presente estudo, o sofrimento psíquico desencadeado em pacientes e seus familiares nas situações de comunicação de más notícias deve ser encarado pelos psicólogos hospitalares como uma urgência subjetiva, embora nenhum deles tenha empregado tal termo durante a coleta de dados. Cabe acrescentar que o referido posicionamento dos participantes enfatiza que aos psicólogos hospitalares compete intervir sem a pretensão de erradicar rapidamente um estado penoso, de ordem emocional, no caso, diferenciando-os, assim, dos demais profissionais de saúde, pois a abordagem de uma urgência subjetiva deve ser conduzida de modo a viabilizar a gradativa superação da paralisia em um tempo presente (Cordeiro & Miranda, 2020). E esse tipo de paralisia pode ocorrer no “depois” circunscrito pela segunda etapa do processo de comunicação de más notícias, conforme a subdivisão estabelecida pelos participantes.

Finalizando a discussão dos resultados relativos à terceira categoria, é pertinente reforçar que o diálogo com os demais profissionais de saúde em prol da comunicação de más notícias foi valorizado pelos participantes do presente estudo. E isso é condizente com a ampliação do grau de contato recomendado pela Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2004) a fim de viabilizar a superação das fronteiras existentes entre núcleos de conhecimentos e intensificar o grau de corresponsabilidade entre a equipe de saúde, inclusive quanto à abordagem de questões subjetivas. Portanto, o fato de muitos relatos terem frisado a importância dos psicólogos hospitalares para o acolhimento do sofrimento psíquico vivenciado

por pacientes e/ou familiares que recebem más notícias não isenta os demais profissionais de saúde dessa tarefa.

Contudo, os participantes do presente estudo, de modo geral, se mostraram favoráveis ao trabalho colaborativo, mas não necessariamente à sua materialização a partir da integração prática de saberes especializados nas situações de comunicação de más notícias. Por essa razão, aparentemente estariam mais alinhados à interdisciplinaridade do que à interprofissionalidade, considerando-se que, na composição de tais termos, os sufixos “disciplinar” e “profissional”, embora muitas vezes empregados como sinônimos, se distinguem por aludirem, respectivamente, ao plano teórico e ao plano concreto da atenção em saúde (Baquião, Guedes, Peres & Grincenkov, 2021). Logo, a interprofissionalidade pressupõe o compartilhamento estratégico de práticas, e não apenas o intercâmbio de conhecimentos, salvo, claro, no que diz respeito às atividades que constituem atribuições exclusivas de determinadas categorias profissionais, conforme D’amour e Oandasan (2005).

De qualquer forma, acolher o sofrimento psíquico desencadeado em pacientes e/ou familiares após a comunicação de más notícias foi enfatizado por alguns participantes como uma ação que deve ser assumida por todos os profissionais de saúde. Revela-se, portanto, uma adesão às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (2010) a propósito do acolhimento a ser exercitado no cotidiano, como postura ética e ferramenta tecnológica, pelos profissionais de saúde como um todo visando à qualificação da escuta, à produção de vínculos e à resolução das demandas de saúde da população. Além disso, o acolhimento é citado como um recurso imprescindível para a consecução dos objetivos da Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2004).

Considerações finais

O presente estudo auxilia a ampliar o atual escopo de entendimento sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde ao contemplar significados atribuídos a tal atividade por psicólogos hospitalares. Em síntese, os resultados obtidos indicam que, de acordo com os participantes, os profissionais de saúde se posicionam de diferentes maneiras frente às más notícias, sendo que caberia especificamente aos psicólogos hospitalares acolher as demandas emocionais de pacientes e familiares, sobretudo aquelas que se verificam após a ação comunicacional. Contudo, o alcance do presente estudo é determinado pelo fato de que todos os participantes atuam em setores destinados ao atendimento de urgências e emergências em hospitais-gerais públicos brasileiros. Recomenda-se, portanto, que pesquisas futuras sejam desenvolvidas junto a psicólogos hospitalares que atuam em outros setores e, assim, não lidam tão rotineiramente com a comunicação de más notícias.

Referências

Aguado, M. P. Q., & Cuesta, M. B. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 317-332.

<https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1889>

Alves, R., Santos, G., Ferreira, P., Costa, A., & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555.

<https://doi.org/10.15309/17psd180221>

Azevedo, E. (2018). Da pressa à urgência do sujeito: Psicanálise e urgência subjetiva. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 7(13), 208-217.

Baquião, A. P. S. S., Guedes, L. M., Peres, R. S., & Grincenkov, F. R. S. (2021). Interdisciplinarity and interprofessionality in teamwork: perceptions of multiprofessional residents in Hospital Care. *Acta Scientiarum – Health Sciences*, 43, e54332.

<https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v43i1.54332>

Belli, L. F. (2020). Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e69.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.69>

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 640-652.

<https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000400010>

Camargo, N. C., Lima, M. G. D., Brietzke, E., Mucci, S., & Góis, A. F. T. D. (2019). Teaching how to deliver bad news: A systematic review. *Bioética*, 27(2), 326-340.

<https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>

Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: Aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259-264.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>

Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.

Conselho Federal de Psicologia. (2001). Resolução no 02/2001. Recuperado em 10 abril 2017, de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>

Cordeiro, S. N., & Miranda, F. S. (2020). A vida por um fio: A escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 132-145.

<https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3suplp132>

D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(supl. 1), 8-20.

<https://doi.org/10.1080/13561820500081604>

Faria-Schutzer, D. B., Surita, F. G., Alves, V. L., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2015). Emotional experiences of obese women with adequate gestational weight variation: A qualitative study. *PLoS One*, 10(11), e0141879.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141879>

Ferreira da Silveira, F. J., Botelho, C. C., & Valadão, C. C. (2017). Breaking bad news: Doctors' skills in communicating with patients. *São Paulo Medical Journal*, 135(4), 323-331.

<https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>

Fontanella, B. J. B., Ricas J. & Turato E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: Uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

Geovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Bioética*, 21(3), 455-462.

<https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300010>

Giaretta, D. G., & Macedo, M. M. K. (2021). Urgências e Emergências no cuidado: narrativas de médicos residentes. *Interação em Psicologia*, 25(1).

<https://doi.org/10.5380/riep.v25i1.71235>

Giglio-Jacquemot, A. (2005). Urgências e emergências em saúde: Perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

<https://doi.org/10.7476/9788575413784>

Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. M., & Rojas, G. (2014). Breaking bad news in clinical practice. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1306-1315.

<https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>

Kovács, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(3), 482-503.

<https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>

Lima, K. M. D. A., Maia, A. H. N., & Nascimento, I. R. C. D. (2019). Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Bioética*, 27(4), 719-727.

<https://doi.org/10.1590/1983-80422019274355>

Melo, C. B. (2015). História da psicologia e a inserção no hospital. In: Nogueira, E. L., Miranda, E. M. F., & Santos, L. C. (Orgs.), *Psicologia, saúde e hospital: Contribuições para a prática profissional* (pp. 19-32). Belo Horizonte: Artesã.

Merker, B. M., Hanson, W. E., & Poston, J. M. (2010). National survey of psychologists' training and practice in breaking bad news: A mixed methods study of the MUM effect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(3), 211-219.

<https://doi.org/10.1007/s10880-010-9197-0>

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde (2004). *Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Miranda, E. M. F. (2015). Histórico da psicologia hospitalar em Minas Gerais. In: Nogueira, E. L., Miranda, E. M. F., & Santos, L. C. (Orgs.), *Psicologia, saúde e hospital: Contribuições para a prática profissional* (pp. 33-66). Belo Horizonte: Artesã.

Monteiro, M. C., Magalhães, A. S. & Féres-Caneiro, T. (2016). Terminalidade em UTI: as dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. *Psicologia em Estudo*, 21(1), 65-75.

<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28480>

Monteiro, D. T., Reis, C. G. C., Quintana, A. M., & Mendes, J. M. R. (2015). Morte: O difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 547-567.

<https://doi.org/10.12957/epp.2015.17658>

Monteiro, D. T., & Quintana, A. M. (2016). A comunicação de más notícias na UTI: Perspectiva dos médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), e324221.

<https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221>

Mosimann, L. T. N. Q., & Lustosa, M. A. (2011). A Psicologia hospitalar e o hospital. *Revista da SBPH*, 14(1), 200-232.

Moretto, M. L. T. (2019). Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde. São Paulo: Zagodoni.

<https://doi.org/10.5151/iisbsbpsp-08>

Muñoz, N. M., Vilanova, A., Tenenbaum, D., & Velasco, L. B. (2019). O manejo da urgência subjetiva na universidade: construindo estratégias de cuidado à saúde mental dos estudantes. *Interação em Psicologia*, 23(2), 177-183.

<https://doi.org/10.5380/psi.v23i02.58547>

Oliveira-Cardoso, É. A. O., Garcia, J. T., D. S. L. L. & Santos, M. A. D. (2018). Comunicando más notícias em um hospital geral: A perspectiva do paciente. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 19(1), 90-102.

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00037716>

Ostermann, A. C., Frezza, M., Rosa, R. M., & Zen, P. R. G. (2017). Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(8), e00037716.

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00037716>

Ostermann, A. C., & Frezza, M. (2017). “Veio o resultado do exame”: A comunicação de notícias diagnósticas (e como investigações linguístico-interacionais podem informar as práticas profissionais). *Linguagem em (Dis)curso*, 17(1), 25-50.

<https://doi.org/10.1590/1982-4017-170102-0516>

Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., LEMONICA, L., & Barros, G. A. M. (2017). The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43-49.

<https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>

Pinheiro, R. (2008). Cuidado em saúde. In: Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 110-114). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da Psicologia Clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Roussillon, R. (1991). Espaços e práticas institucionais: O quarto de despejo e o interstício. In: Kaës, R., Bleger, J., Enríques, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R., & Vidal, J. P. (Orgs.), *A instituição e as instituições: Estudos psicanalíticos* (pp. 133-149). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20 (1), 50-55.

<https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>

Setubal, M. S. V., Gonçalves, A. V., Rocha, S. R., & Amaral, E. M. (2017). Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: What do perinatology residents think about it?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39(10), 552-559.

<https://doi.org/10.1055/s-0037-1604490>

Setubal, M. S. V., Antonio, M. A. R. G. M., Amaral, E. M., & Boulet, J. (2018). Improving perinatology residents' skills in breaking bad news: A randomized intervention study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(3), 137-146.

<https://doi.org/10.1055/s-0037-1621741>

Silva, M. J. P. (2012). Comunicação de más notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53.

<https://doi.org/10.15343/0104-7809.20123614953>

Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Straub, R. O. (2019). *Health Psychology: A biopsychosocial approach*. 6th ed. New York: Macmillan.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>

Turato, E. R. (2013). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas de saúde e humanas*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes.

Victorino, A. B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J., Bastos, M. Z. N., & Andreoli, P. B. A. (2007). Como comunicar más notícias: Revisão bibliográfica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(1), 53-63.

Zimerman, D. (2007). Uma ampliação da aplicação, na prática psicanalítica, da noção de continente em Bion. *Interações*, 7(13), 72-82.

PALAVRAS FINAIS

Após ter trilhado uma intensa trajetória em Oncologia Pediátrica no Hospital de Câncer de Barretos, ingressei, em 2021, como psicóloga no Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, em Uberlândia, onde atuo até o momento, trabalhando na linha de frente do combate à COVID-19. Tem sido uma experiência desafiadora, em que a urgência do outro é também a minha urgência, pois o risco de adoecer ultrapassa os muros do hospital e me acompanha fora dele.

Trabalhar com pacientes com COVID-19 exige práticas já utilizadas em Psicologia Hospitalar, porém, adaptadas para um novo contexto permeado por limitações. Diante de tais situações, me atendo aos sentidos que a minha prática pode proporcionar para pacientes e seus familiares, buscando possibilidades diante das circunstâncias que o momento pede, favorecendo espaços de construção de novas formas de presença e novos meios de tocar uns aos outros com palavras.

Pode-se dizer que os hospitais que tratam de pacientes com COVID-19 evidenciam, em suas práticas assistenciais, ações que são marcadas por ausências: a ausência de familiares como acompanhantes, que desencadeia a impossibilidade de efetivação de suas funções de portavozes dos desejos, necessidades e características dos pacientes, e também a ausência da realização de velórios e de rituais presenciais de despedida em alguns casos de óbito, como medida necessária para evitar a disseminação da doença.

O encontro dos profissionais de saúde com os pacientes com COVID-19 é permeado pelo uso de equipamentos de proteção, o que demanda também a falta da exposição dos sorrisos, dos cabelos, das faces e das fisionomias que passam a ficar escondidas pelas máscaras, e dos olhos, estes exibidos de forma restrita por detrás dos óculos e viseiras. A comunicação desses profissionais com os familiares se dá de forma restringida pelo uso de tecnologias, o que

demanda a falta da possibilidade de se oferecer um lenço e um copo de água, além do toque afetivo e do acolhimento que a presença física favorece.

Para além disso, a COVID-19 realçou a importância do tema da presente dissertação, pois tornou a comunicação de más notícias uma missão cotidiana para muitos profissionais de saúde. Também é preciso levar em conta que a população brasileira, de forma geral, infelizmente tem mantido contato diário com más notícias relativas à saúde desde o início da pandemia ainda vigente, já que os meios de comunicação vêm desempenhando uma função social de grande relevância na divulgação de boletins diários sobre o número de casos e o número de óbitos no país, bem como, mais recentemente, na problematização dos inúmeros obstáculos existentes para a implementação de uma campanha de vacinação suficientemente abrangente.

Ao se considerar os resultados oriundos pelo Estudo 1 referentes às dificuldades dos profissionais de saúde frente ao manejo das reações emocionais de pacientes e familiares nas situações de comunicação de más notícias, pode-se dizer que, no contexto atual da pandemia de COVID-19, a comunicação e o acolhimento de questões emocionais foi redimensionada, evidenciando, em meio a relações e comunicações mais restritas, a necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de “desmascarar” e colocar em evidência o que outrora foi apontado como dificuldade.

Dessa forma, pode-se dizer que o cenário de imposição de faltas e ausências da ordem do contato e das relações afetivas acarretou nos profissionais de saúde o desejo de criar ações para preencher esses vazios, para que fossem reconstruídas possibilidades de uma maior aproximação afetiva com pacientes e familiares. Tal fato pode ser evidenciado nas ações de prontuário afetivo, que contém informações pessoais e características de pacientes, e no uso de crachás por parte dos profissionais de saúde, com fotos de seus rostos, o que evidencia a necessidade sentida de reconstruir maneiras de sustentar as relações afetivas.

O Estudo 1 evidenciou ainda a necessidade de os profissionais de saúde se atentarem para as nuances emocionais do trabalho. A esse respeito, considera-se que o tratamento de pacientes com COVID-19 suscitou uma maior identificação com os sofrimentos e as demandas dos pacientes, uma vez que os profissionais de saúde podem contrair o novo coronavírus e se tornarem pacientes em um momento posterior. As condições e as circunstâncias vivenciadas pelos pacientes podem vir a ser vivenciadas pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais passaram de “profissionais da emergência” para “profissionais na emergência”, imersos e inseridos nas circunstâncias do adoecimento.

Já os resultados evidenciados no Estudo 2 apontam para as práticas dos profissionais de saúde frente aos diferentes saberes e demandas que compõem o cenário hospitalar. A esse respeito pode-se considerar que o cenário da pandemia de COVID-19 reforça a necessidade de se realizar práticas de ordem comum e ordem específica entre os saberes profissionais, como a ligação por videochamada entre o paciente e seus familiares, mediada pelo profissional de saúde, a comunicação para o paciente sobre a necessidade de sua intubação, somada ao acolhimento das demandas trazidas por ele diante de tal contexto, a oferta de videochamada para que este se despeça de seus familiares, o reconhecimento do corpo do paciente que foi a óbito, a reprodução de áudios, a leitura de cartas de familiares que buscam insistentemente se fazer presentes, dentre outras práticas.

Assim, ao psicólogo hospitalar que intervém em meio a equipe, pacientes e familiares, é posto o desafio de manejar demandas construídas a partir das novas relações estabelecidas entre esses sujeitos. Cabe à Psicologia Hospitalar refletir sobre essas novas práticas de despedida, quais são suas implicações emocionais e as possíveis particularidades da perda de pacientes e familiares por COVID-19, e como se dá o processo de luto de familiares e profissionais.

As demandas emocionais atribuídas ao psicólogo hospitalar revisitam as novas demandas destinadas a esse profissional? O psicólogo que atua na linha de frente do combate à COVID-19 ocupa um outro lugar em relação ao “quarto do despejo” citado no Estudo 2? O que fica de resto diante da experiência emocional de atuar na linha de frente? Quais os desdobramentos dos diversos sofrimentos desencadeados pela pandemia no âmbito hospitalar? Novos estudos poderão responder a essas questões.