



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia  
da Saúde de Coimbra

**esec**

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

## **Mestrado em Educação para Saúde**

# **Comunicação de Notícias Difíceis: Efeito de intervenção educativa em unidades de terapia intensiva**

Vanise Barros Rodrigues da Motta





ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia  
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

Vanise Barros Rodrigues da Motta

## **Comunicação de Notícias Difíceis: Efeito da intervenção educativa em unidades de terapia intensiva**

Trabalho de projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentado à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e à Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.

**Orientação:** Professora Doutora Susana Gonçalves

**Co-orientação:** Professor Doutor João Batista Santos Garcia

À minha avó Bernarda Vani, o princípio  
do meu desejar.  
A minha mãe, minha própria Maria  
Bonita.  
As minhas irmãs.

## AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio.

A minha mãe por me ensinar a não desistir.

A Marcio Kley pelo suporte afetivo, emocional e familiar, sem a qual a vida como eu a concebo, não seria possível.

A meus filhos cuja existência me inspira e estimula ao desejo de melhorar o mundo a minha volta. Isadora e sua persistência. Joao e sua percepção.

A amigos que enriquecem meus caminhos com dicas, conselhos e experiências de aprendizado. A Rachel Nina pela participação durante a simulações e treinamento me ensinando que havia muita alegria em fazer uma pesquisa funcionar. A Alba Moraes por ter estado comigo sempre com seu sorriso e sua fé.

A Professora Zeni Lamy, que tornou possível meu raciocínio sobre comunicação como vínculo afetivo. Obrigada.

A meus alunos Murilo Caetano, com quem tudo começou. Abel Araújo, Thayná Leite, Nicole Martins e Ananda Santos; que gratidão e honra ter podido partilhar com vocês os momentos de construção de ideias e a realização do projeto.

A Todas as pessoas que tiveram a paciência de participar das entrevistas e treinamentos, meu muito obrigada. Nunca esquecerei.

A Dr. João Batista Garcia para quem não tenho suficientes palavras de gratidão, por me ensinar não só como aluna e ainda ter me ajudado a amadurecer como como pessoa. E a resignificar meu compromisso como médica.

A Sara Fiterman por seu tempo, sua casa aberta pra mim, sua força e sua amizade. Foi um presente no meio do caminho que ficará para sempre. A Bruno de Oliveira, que me traduziu gentilmente a estatística como um quebra cabeça possível.

Ao grupo Confraria da Ternura; quanta felicidade com as conquistas de outras pessoas podemos demonstrar! Vocês são incansáveis.

A todas as pessoas que trocaram plantões comigo e me ajudaram a conseguir tempo para a pesquisa e a escrita.

A Ana Gabriela, sempre anjo e sempre me dizendo que vai dar certo (acho que deu). A Cassandra por ser uma irmã em todas as horas. Ana Lícia, por sua paciência e sua escuta: sempre atenua os pesos que carrego e diz: “amiga, calma”

A Claudio, que carrega na memória quem eu queria ser quando crescesse e sabe que ainda estou crescendo.

Por fim, meu grupo *Furando Bolhas* e Alayde Martins, minha psicanalista. Impossível escrever, pesquisar, sensibilizar em Comunicação de Notícias Difíceis sem problematizar (Giovana Vieth), sem ponderar (Julia Soares) e sem discutir (Livia Gomes) o que há de subjetivo no vínculo a ser construído através da fala, da empatia e da escuta do outro.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Pode-se definir uma notícia difícil como qualquer informação que afete de forma relevante, negativa e adversa, a visão de um indivíduo sobre seu presente e futuro. Existem protocolos que objetivam auxiliar os profissionais de saúde na Comunicação de Notícias Difíceis tratando simultaneamente os fatos médicos traduzidos pela informação, com acolhimento das respostas emocionais do paciente e/ou família, destacando-se entre eles o protocolo SPIKES. **OBJETIVO:** Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre Comunicação de Notícias Difíceis para profissionais de nível superior, que trabalham em Terapia Intensiva. **MÉTODO:** Estudo do tipo antes e depois (quase experimental) de metodologia quantitativa. Realizado com profissionais de nível superior das UTIs (cardiológica, geral, pediátrica e neonatal) de um Hospital Universitário. A amostra foi de 103 profissionais entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, com coleta de dados entre março a julho de 2017. Realizou-se uma intervenção educativa sobre Comunicação de Notícias Difíceis (CND), baseada no protocolo SPIKES. O estudo foi composto por três momentos: um momento pré-intervenção (teste para avaliação do conhecimento prévio), um momento de intervenção (15 minutos de explanação oral sobre o tema, 10 minutos para seção de simulação de caso com a comunicação de uma notícia difícil e 15 minutos para o *Debriefing* com discussão do caso entre os participantes), e o momento pós-intervenção (teste para avaliação dos resultados da intervenção). **Resultados:** Observou-se inicialmente que a CND predominava entre médicos e enfermeiros. Entre os médicos, maior frequência dessa prática comunicacional e o reconhecimento de não se sentir capacitado e compreendido. Além disso, foram os que mais admitiram não ter recebido essa formação na graduação. Após a intervenção, o grau de entendimento (0 a 10) dos profissionais de saúde sobre comunicação de notícias difíceis aumentou nas UTIs selecionadas, e o entendimento apresentou aumento de 50,0% dos valores mais centrais da distribuição, e essa diferença foi estatisticamente significativa. **CONCLUSÃO:** Os resultados revelaram que a intervenção educativa produziu mudanças estatisticamente significativas entre os sujeitos do estudo, em suas práticas de CND.

**Palavras-Chave:** Comunicação. Notícias difíceis. Terapia intensiva. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Hard news can be defined as any information that materially, negatively and adversely affects an individual's view of his present and future. There are protocols that aim to assist health professionals in the Breaking Bad News by simultaneously treating the medical facts translated by the information, welcoming the emotional responses of the patient and / or family, among them the SPIKES protocol. **OBJECTIVE:** To evaluate the effects of an educational intervention on Breaking Bad News for higher education professionals working in Intensive Care. **METHOD:** Before and after (quasi-experimental) study of quantitative methodology. Performed with higher-level ICU professionals (cardiological, general, pediatric and neonatal) of a University Hospital. The sample consisted of 103 professionals including physicians, nurses, physiotherapists and psychologists, with data collection between March and July 2017. An educational intervention on Breaking Bad News (BBN), based on the SPIKES protocol, was conducted. The study consisted of three moments: a pre-intervention moment (test for prior knowledge assessment), an intervention moment (15 minutes of oral explanation on the topic, 10 minutes for case simulation section with news report). difficult and 15 minutes for the Debriefing with case discussion among the participants), and the post-intervention moment (test to evaluate the intervention results). **Results:** It was initially observed that BBN predominated among doctors and nurses. Among doctors, greater frequency of this communicative practice and the recognition of not feeling able and understood. In addition, they were the ones who most admitted not having received this training at undergraduate level. After the intervention, health professionals' level of understanding (0 to 10) about difficult news communication increased in the selected ICUs, and understanding showed a 50.0% increase in the most central values of the distribution, and this difference was statistically significant. **CONCLUSION:** The results revealed that the educational intervention produced statistically significant changes among the study subjects in their BBN practices.

**Keywords:** Communication; Difficult News; Intensive therapy; Health education.

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Fluxograma do estudo .....	25
<b>Figura 2:</b> Cartaz de divulgação do projeto CND .....	26
<b>Figura 3:</b> Frente folheto informativo da campanha Comunicação de Notícias Díficeis .....	27
<b>Figura 4:</b> Verso folheto informativo da campanha Comunicação de Notícias Díficeis .....	28
<b>Figura 5:</b> Box Plot do grau de entendimento (de 0 a 10) dos profissionais de saúde (n=103) sobre CND antes e após a intervenção educativa com um protocolo de notícias díficeis nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017 .....	37

## ÍNDICE DE TABELA

<b>Tabela 1:</b> Características socioeconômicas e demográficas dos profissionais de saúde (n=103) entrevistados antes e após um programa de intervenção para o entendimento do protocolo de notícias difíceis nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017 .....	32
<b>Tabela 2:</b> Perfil dos profissionais de saúde (n=103) que realizavam atividades de CND de antes da intervenção educativa para o entendimento do protocolo de notícias difíceis nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017.....	34
<b>Tabela 3:</b> Comparação das informações sobre CND dos profissionais de saúde (n=103) entrevistados antes e após a intervenção educativa para o entendimento do protocolo de notícias difíceis nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017 .....	36
<b>Tabela 4:</b> Comparação da mediana e 1º e 3º Quartil (Q1; Q3) do grau de entendimento dos profissionais de saúde (n=103) entrevistados antes e após a intervenção educativa, segundo as covariáveis socioeconômicas e demográficas, nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017.....	38

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

<b>AMIB</b>	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CINAHL</b>	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
<b>CMN</b>	Comunicação de Más Notícias
<b>CND</b>	Comunicação de Notícias Difíceis
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DHI</b>	Direito Humano do Indivíduo
<b>DUDH</b>	Declaração Universal dos Direitos Humanos
<b>HUPD</b>	Hospital Universitário Presidente Dutra
<b>HUUFMA</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>MEDLINE</b>	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFMA</b>	Universidade Federal do Maranhão
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## ÍNDICE

	<b>DEDICATÓRIA</b> .....	i
	<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	ii
	<b>RESUMO</b> .....	iv
	<b>ABSTRACT</b> .....	v
	<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	vi
	<b>ÍNDICE DE TABELA</b> .....	vii
	<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS</b> .....	viii
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	5
<b>2.1.</b>	<b>Comunicação</b> .....	5
<b>2.2.</b>	<b>Comunicação verbal</b> .....	7
<b>2.3</b>	<b>Comunicação não verbal</b> .....	8
<b>2.4.</b>	<b>Comunicação na saúde</b> .....	9
<b>2.5.</b>	<b>Comunicação na Unidade de Terapia Intensiva</b> .....	12
<b>2.6.</b>	<b>Comunicação de notícias difíceis</b> .....	13
2.6.1.	Protocolo SPIKES .....	15
2.6.2.	Protocolo BREAKS .....	17
2.6.3.	Protocolo ABCDE .....	18
2.6.4.	Protocolo CONES .....	18
2.6.5.	Protocolo PACIENTE .....	20
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	22
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	22

<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	23
<b>4.1.</b>	<b>Desenho de estudo</b> .....	23
<b>4.2.</b>	<b>Local do estudo</b> .....	23
<b>4.3.</b>	<b>Período da coleta de dados</b> .....	23
<b>4.4.</b>	<b>Participantes de estudo</b> .....	23
<b>4.5.</b>	<b>Instrumentos de coleta</b> .....	24
<b>4.6.</b>	<b>Intervenção e coleta de dados</b> .....	24
<b>4.7.</b>	<b>Análise estatística</b> .....	29
<b>4.8.</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	30
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	31
<b>5.1</b>	<b>Caracterização do perfil sociodemográfico da amostra</b> .....	31
<b>5.2</b>	<b>Caracterização dos resultados obtidos com a intervenção</b> ...	34
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	39
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	45
	REFERÊNCIAS .....	47
	APÊNDICES .....	60
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE profissionais de saúde das Uti's-HUPD .....	61
	APÊNDICE B: Termo de participação da pessoa enquanto sujeito .....	65
	APÊNDICE C - Questionários para os profissionais de saúde das UTI's do HUPD .....	67
	APÊNDICE D: Questionário Pós-Capacitação .....	70
	ANEXOS .....	72
	ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	73

## 1 INTRODUÇÃO

Melhores tratamentos e o advento de novas tecnologias tornaram possível o acompanhamento de doenças consideradas incuráveis, aumentando assim a sobrevida e garantindo-lhe maior qualidade. Com isso, prolongou-se a permanência de pacientes no ambiente hospitalar e de pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), desencadeando assim uma modificação gradativa e constante na dinâmica operacional dessas unidades e na relação médico-paciente, gerando consequências como a necessidade da tomada de decisões durante a assistência e durante processos de morte e morrer, suscitando nos espaços de UTI uma harmonia entre os profissionais, pacientes e seus familiares. Nesse contexto, uma boa comunicação consiste em elemento essencial (Moritz, 2007; Adams, Mannix & Harrington, 2017).

Especificamente no âmbito da saúde, a comunicação tem assumido um papel preponderante, com abordagem multifacetada para usuários e profissionais de saúde durante suas interações (Teixeira, 1997; Levetown *et al.*, 2008). É pela comunicação que se organizam de forma coordenada as relações na sociedade imprimindo sentido às realidades, transferência e compreensão de informações. Portanto, no campo da saúde, a comunicação deve considerar o sujeito na sua totalidade, traduzindo interação e estabelecimento de vínculos, não se limitando ao repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnicos (Carvalho, 2011).

Durante qualquer nível de assistência, a comunicação se configura como direito humano, beneficiando os sujeitos de várias formas. (Pereira & Azevedo, 2005), pois havendo comunicação de qualidade, estes se sentem motivados e encorajados a questionar, esclarecer dúvidas, reduzindo a ansiedade e sofrimento gerados por sua doença. (Woolley, 1978; Wanzer, Wojtaszczyk & Kelly, 2009).

No ambiente da UTI, todos os profissionais envolvidos na assistência interferem e interagem na comunicação estabelecida com os pacientes, entretanto o principal responsável pela comunicação e informações ainda é o médico intensivista. Tal profissional tem o dever de transmitir as informações acerca da

situação da doença ao paciente, aos seus familiares, aos seus amigos e ao seu médico assistente. Deve também informar os pormenores do tratamento aos membros da equipe multiprofissional que trabalha no setor (Ho, English & Bell, 2005; Davidson *et al.*, 2007).

Esse processo comunicativo é dinâmico, não podendo ser caracterizado por relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de interpretações que envolvem tanto a dimensão verbal quanto a não verbal (Braga & Silva, 2007; Silva *et al.*, 2000; Farber *et al.*, 2002).

Nesse processo, a comunicação tem um papel não só informativo, mas também de tratamento, favorecendo o diálogo com o paciente e seus familiares ou responsáveis. A comunicação interpessoal se torna, então, uma habilidade do profissional de saúde no convívio com outros profissionais, com o paciente e com familiares (Fermino & Carvalho, 2007). Como habilidade, deve ser ensinada e aprendida, assim como muitas outras utilizadas durante a assistência e tratamento de doenças (Hoang *et al.*, 2011).

No caso das notícias difíceis a comunicação em saúde poder alterar de forma negativa a perspectiva de futuro de quem ouve e também o estado afetivo de quem comunica (Buckman, 1992, Berkey, 2018). Segundo Buckman (1992), a má notícia ou notícia difícil, define-se como todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis em um dos seus agentes (emissor ou receptor), especialmente aquelas associadas a diagnosticar e prognosticar enfermidades. Outorgada funcionalmente por quem a sofre. Por esse motivo, dar uma notícia difícil pode tornar-se algo extremamente difícil para esses profissionais resultando em grandes angústias e barreiras na forma de comunicar, podendo ser ainda mais difícil se o paciente é pediátrico (Moritz, 2005).

Comunicar uma notícia difícil é uma habilidade complexa, pois envolve reconhecer e lidar com as emoções oriundas dos pacientes, lidar com o estresse que a notícia difícil pode desencadear, informar e envolver o paciente em alguma decisão que precise ser tomada, assim como manter alguma esperança (Monteiro & Quintana, 2016).

O ato da Comunicação de Notícias Difíceis (CND) ou também conhecida como Comunicação de Más Notícias, é tarefa considerada árdua, estressante e muitas vezes evitada por muitos profissionais. Nas situações que envolvem a terminalidade, limites de tratamento, prognósticos reservados ou procedimentos cirúrgicos necessários, tornam-se complexas devido à influência de diversos fatores, sejam eles éticos, profissionais ou emocionais, que interferem nos agentes envolvidos (Silveira, Botelho & Valadão, 2017; Ptacek *et al.*, 1999). Vale destacar o fato de que só se consegue a comunicação adequada quando se possui conhecimento e tranquilidade para abordar com segurança determinado tema (Moritz, 2007).

Para os médicos, sempre formados com o objetivo de tratar e curar, a morte dos seus pacientes pode ser sentido como algo punitivo com significação de erro ou fracasso. Talvez por isso a morte seja referida como a pior notícia a ser comunicada. A mudança na relação do médico-paciente, com este tendo o direito ético de ser conhecedor de diagnósticos, tratamentos e prognósticos tornou necessário o melhor exercício da habilidade de comunicação com pacientes e familiares envolvidos (Bosse *et al.*, 2010; Sweeny, Shepperd & Han, 2011).

Outro importante fato que merece ser ressaltado é o relacionamento da equipe multiprofissional. Todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o tratamento durante a assistência, de uma forma ou de outra, são comunicadores ou podem acolher dúvidas e perguntas após uma comunicação, principalmente no ambiente da UTI. E caso não se sintam seguros para o enfrentamento da morte e da doença ou se não houver clareza entre todos os membros da equipe, pode ocorrer, invariavelmente, um conflito de informações e resultar em problemas de relacionamento e de comunicação (Moritz, 2006; Hollyday & Buonocore, 2015).

Historicamente, desde o final do século XIX, com o movimento chamado Medicina Moderna, era do médico a responsabilidade de informar a proximidade da morte, sendo tal função passada para a família que também deixou de exercê-la. Tais contingências tornaram as Más notícias ou Notícias difíceis uma

“obrigação de ninguém” e o direito à informação uma prática em desuso, o que produziu gerações de pacientes convivendo com uma conspiração silenciosa ou com a Morte Interdita, evitando-se informações sobre ela (Ariès, 2003).

Nesse contexto, o médico e a família eram os verdadeiros responsáveis pelo paciente e, portanto, pelas informações envolvidas com seu tratamento. Esse modelo, chamado paternalista, foi questionado no momento em que discussões éticas trouxeram à luz a autonomia do paciente e o deslocamento do foco da doença para a pessoa doente (Cohen, 1999).

Ocorreu então uma mudança de paradigma e a comunicação de notícias no contexto da assistência de saúde deixou de ser vista apenas como somente o ato de informar, transmitir ou esclarecer uma informação e tornou-se mais abrangente, envolvendo toda a relação médico-paciente-equipe. Entretanto, a competência comunicacional não é inata, podendo ser aprendida como habilidade e devendo ser abordada nos currículos dos cursos da área de saúde, como já é recomendado, sendo uma das cinco competências gerais estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde (Brasil, 2001, Nassar, 2005). Habilidades de comunicação podem e devem ser ensinadas aos envolvidos no cuidado dos pacientes, preferencialmente desde sua formação formal (Malloy *et al.*, 2010), sendo considerada uma estratégia de enfrentamento que pode ser utilizada para se adaptar a circunstâncias adversas que podem surgir após a fala e também escuta de uma notícia que mude negativamente o status afetivo do paciente ou da família (Davidson *et al.*, 2002).

O problema de pesquisa desta investigação consiste no questionamento sobre de que forma é feita a CND nas unidades de terapia intensiva e se houve algum treinamento na formação dos profissionais envolvidos no cuidado com o paciente. Assim, este trabalho teve o objetivo de avaliar o efeito de uma intervenção educativa sobre a CND em uma equipe multiprofissional envolvida na relação de cuidado de Unidades de Terapia Intensiva, pensando a comunicação como uma habilidade a ser aprendida, através de treinamento com a utilização do Protocolo SPIKES.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Durante muito tempo, a relação profissional-paciente na UTI não era possível, dada a gravidade dos pacientes na internação, sendo a criação de vínculos com o mesmo e com seus familiares difíceis de serem estabelecidas. Nesses espaços, a dinâmica de visitas, a não permanência de familiares assim como o regime de trabalho com turnos e modificação de equipes, colaboravam para informações desencontradas e dificuldades de aproximação nas relações (Aleluia, 2010). Nestas circunstâncias, comunicar à família notícias difíceis pode se tornar uma árdua obrigação, já que a falta de intimidade e profundidade na relação do médico com o paciente internado na UTI e, conseqüentemente, com os seus entes queridos, deixa-o menos seguro e mais frágil para estabelecer esse contato direto durante a comunicação (Adams, Mannix & Harrington, 2017).

No intuito de dar sustentação ao marco conceitual da presente investigação, tomamos por temas nessa fundamentação teórica: a comunicação, a comunicação na saúde, a comunicação como forma de estabelecer vínculo terapêutico ressaltando possíveis barreiras, os protocolos recomendados e a comunicação de más notícias nas Unidades de Terapia Intensiva.

### **2.1 Comunicação**

A comunicação é um processo bidirecional onde se compartilham ideias, sentimentos, opiniões e mensagens com outras pessoas. É uma ferramenta imprescindível em todos os tipos de relações, necessitando de um remetente (emissor, locutor) que diz algo a alguém; da codificação, que é a convenção que permite ao interlocutor entender a mensagem; de um canal, que é o meio físico que conduz a mensagem ao interlocutor; do receptor (interlocutor, locutário) e do referente, que é o assunto da mensagem (Ludlow & Panton, 1992; Cereja & Magalhães, 2005).

A palavra comunicação deriva do latim *communis* que significa compartilhar. Para acontecer de maneira satisfatória e efetiva, é necessário que a

mensagem seja recebida (decodificada) com o mesmo sentido com o qual foi transmitida (codificada) pelo remetente. A transmissão pode ser feita de várias maneiras, através da linguagem verbal ou não verbal, desde que seja um processo completo e coerente já que está intimamente ligado a um referencial cultural e afetivo, envolvendo outro sujeito que compreenda e assimile o que foi dito (McConnell, 2004; Schelles, 2008).

Desta forma, o conceito de comunicação como processo traduz-se em um fenômeno contínuo e evolutivo, desde os primórdios das relações humanas através da interação entre os homens e a construção de símbolos que possibilitaram o entendimento mútuo e a construção de significados (Bordenave, 1982).

A produção e construção de significados possibilitou a linguagem, cuja complexidade é própria do cérebro e segue regras e princípios que transcendem todos os povos e todos os idiomas. Não importa a cultura ou língua: as sociedades recorrem ao mesmo aparato morfológico, fisiológico e mental para expressar a linguagem. A linguagem é o sistema simbólico básico de todos os grupos humanos, é, portanto, socialmente dada. Possibilita que a comunicação possa se estabelecer de forma direta, quando há interação entre os sujeitos (interpessoal), ou de forma indireta, quando esta interação não é possível e a comunicação é feita através de algum meio, como, por exemplo, a escrita (Chauí, 2000).

A comunicação então possibilita a construção social e, portanto, passa a estar inserida como Direito humano do indivíduo de se expressar e de ser informado com garantia de um espaço para tal (Ruiz, 2011). A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, traz em seu artigo 19, o direito à informação e o direito à comunicação, afirmando que:

*[...] todo o homem tem direito à liberdade de opinião e expressão; esse direito inclui o de não ser molestado por causa de suas opiniões, o de investigar e receber informações e opiniões e o de difundi-las, sem limitação de fronteiras, por qualquer meio de expressão.*  
(Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948)

## 2.2 Comunicação verbal

A comunicação verbal é realizada através da linguagem com o uso de palavras expressas pela fala para dar forma a um pensamento. O planejamento e a organização deste pensamento é uma das partes críticas da comunicação verbal, envolvendo pensar sobre quem vai receber a mensagem e o que você quer transmitir. A linguagem verbal tem nela a palavra falada, construindo a relação estabelecida durante a comunicação e seus processos. A palavra então precisa ser clara, concisa, gerar credibilidade e curta de forma a produzir uma mensagem passível de entendimento (Jelphs, 2006; Aguiar, 2004).

A fala inserida na comunicação verbal tem um papel que pode ser terapêutico, acolhedor, explicativo envolvendo a pessoa doente e sua família, no entendimento e compreensão do estado clínico assim como possíveis desfechos relacionados a ele (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002).

No campo da saúde, a comunicação verbal pode fazer parte da estruturação de uma comunicação terapêutica que possibilite o desenvolvimento de uma relação interpessoal com escuta ativa, interesse genuíno, empatia e desejo de ajudar, permitindo que o paciente se expresse e se sinta seguro em situações geradoras de estresse (Stefanelli, 1993).

As relações interpessoais terapêuticas entre profissionais de saúde e pacientes estão associadas a melhorias na satisfação do paciente, adesão ao tratamento, qualidade de vida, níveis de ansiedade e depressão e redução dos custos de cuidados de saúde. Permitem o melhor entendimento da fala com suas palavras e significados e se associam a aspectos não verbais que complementam o processo do que é dito e do que é entendido, possibilitando uma devolutiva positiva entre os comunicantes, assim como fortalecimento de vínculo e confiança (Bertachini, 2012; Sherko, Sotiri & Lika, 2013). Inversamente, o aumento do sofrimento psicológico e os sentimentos de desumanização estão associados a relação clínica-paciente negativa (Kohnaber *et al.*, 2016).

### 2.3 Comunicação não verbal

A dimensão não verbal da comunicação envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, cuja significação está vinculada ao contexto em que ocorrem. A comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente. As impressões muitas vezes indicam, inadvertidamente, que o que é dito não é bem o que se quer dizer (Giddens, 2005).

A comunicação não verbal pode apresentar quatro finalidades: complementar a comunicação verbal, contradizer a verbal, substituir a verbal e demonstrar sentimentos. E pode ser classificada em três categorias: a paralinguagem; a cinésica; e a proxêmica.

A paralinguagem ou paraverbal é qualquer som produzido pelo aparelho fonador usado no processo comunicativo e que não faça parte do sistema sonoro da língua usada, ou seja, das palavras. Eles demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, relacionamento interpessoal e autoconceito. A paralinguagem compõe-se de grunhidos, o tom usado na expressão das palavras, o ritmo e a velocidade das palavras, o suspiro, o pigarrear e o riso (Caramaschi, 2008).

A linguagem cinésica ou linguagem corporal são os sinais do corpo e como ele se comporta durante a comunicação verbal. Sejam os gestos das mãos que acompanham a fala ou a substituem, enfatizando ou contradizendo o que foi dito, seja o meneio da cabeça, movimento dos olhos, expressões faciais, roedura de unhas, mexer nos cabelos, mexer nas joias, no lápis ou outros movimentos (Silva *et al.*, 2000; Ramos & Bortagarai, 2012).

A linguagem proxêmica é o conjunto das observações referentes ao uso que o indivíduo faz do espaço, dentro do processo comunicativo. Geralmente o uso do espaço pode permitir discursos aproximativos que facilitam a interação

entre os sujeitos. Essa linguagem será influenciada pelas normas culturais, o contexto, os obstáculos espaciais, relações entre os interlocutores e o grau de afinidade entre eles (Andersen, 1999).

A comunicação não-verbal ocorre durante toda a interação com outro independente da utilização de palavras, possuindo significados tanto para o emissor como para o receptor. Neste sentido, entende-se a importância de o profissional atentar para os sinais não-verbais, e tentar entendê-los, já que estes complementam a sua fala e encerra significados socialmente reconhecidos e válidos (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002; Cousin, & Schmid Mast, 2014).

## **2.4 Comunicação na saúde**

No campo da saúde, a comunicação está inserida na relação médico-equipe-paciente-família, nas relações multidisciplinares que possibilitam a assistência, nas relações entre as equipes possibilitando a organização de fluxos de trabalho além de ter uma função social de educação da população na promoção da saúde. Uma efetiva comunicação interpessoal é essencial para a saúde física e psicológica de qualquer pessoa. Para o doente, a comunicação interpessoal durante sua assistência reveste-se de características próprias, pois envolve desde atitudes e informações sobre sintomas e prognósticos, até a prescrição do tratamento e dos cuidados preventivos (Ha & Longnecker, 2010; Sweeny, Shepperd & Han, 2011).

No início do século XX, a comunicação em saúde era pensada em termos de saúde pública pela necessidade de conscientizar e educar a população. Neste período a comunicação tinha uma função informativa-publicitária na área de saúde e as relações entre médicos e pacientes tinham um caráter paternalista onde o médico detinha o poder sobre o que era informado. Não havia a organização de um saber envolvendo a relação médico-paciente em seus aspectos comunicacionais. A saúde se resumia a um estado de ausência de doença e a comunicação muitas vezes se restringia às informações dadas (Bravo, 2007; Bravo & Menezes, 2012).

A percepção de saúde se modificou até ser vista como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (Rodrigues, 2012) e inseriu a necessidade de um pensar sobre a comunicação no contexto da assistência de um paciente em todos os âmbitos relacionais (Surbone, Ritossa, & Spagnolo, 2004).

Concomitantemente, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Humanização, cujo eixo estruturante é a horizontalidade das relações, a construção do vínculo durante a assistência e a escuta sensível como estratégias para romper com o modelo biologicista e técnico de atenção à saúde com consequente valorização do paciente como um sujeito de direitos e considerando seus valores morais, éticos e humanos na gerência do seu cuidado (Brasil, 2010).

A estrutura da relação se estreitou de forma a garantir que a informação se tornasse um direito do paciente, na íntegra, como forma de garantir seu tratamento e exercício de sua autonomia de decisão (Surbone, Ritossa & Spagnolo, 2004).

Há um dever ético e legal do médico e demais profissionais de transmitir informações, o que promove um caminho para o exercício da autonomia dos usuários nos serviços de saúde. O acesso à informação pode minimizar o sentimento de isolamento e colaborar para uma relação de cooperação e confiança entre médico e usuário, a depender da maneira que tais informações são compartilhadas entre esta díade (Chehuen Neto et al., 2010).

Desta forma, em ambas as situações, a comunicação precisa ser clara, evitando erros de entendimento e interpretação, concisa, individualizada na escolha de palavras que produzam um entendimento verdadeiro e feedback positivo (Duffy *et al.*, 2004). Constitui condição fundamental durante uma assistência de qualidade envolvendo aspectos intrínsecos das relações e deve estar associada a uma escuta ativa, empática e acolhedora, com objetivo de um entendimento conceitual dos processos de adoecimento, tratamento, prognóstico e/ou morte, atingindo a subjetividade e compreensão por parte dos indivíduos presentes nas relações de cuidados (Weinman, 1997; Mirza *et al.*, 2019).

Durante a assistência em saúde, a comunicação interpessoal assume importância relacional, possibilitando a transmissão de um conteúdo, de um fato, cuja informação só se faz efetiva, quando há entendimento da mensagem transmitida. A comunicação efetiva é, portanto, mais do que oferecer cuidados de qualidade e centrados no paciente. É também o veículo em que a relação médico-paciente se constrói e assenta, sendo desta forma necessário que haja uma devolutiva a partir da qual possamos perceber se o que foi dito foi compreendido pelo sujeito, tornando assim esta informação um entendimento compartilhado por todos (Ha & Longnecker, 2010).

No contexto das relações da assistência à saúde do outro, a comunicação deve ser benéfica, eficaz, centralizada no cuidado do paciente possibilitando também uma função terapêutica (Vertino, 2014).

Conceitua-se a comunicação terapêutica como a habilidade consciente do profissional em utilizar seu conhecimento sobre comunicação para influenciar ou ajudar a pessoa no enfrentamento da doença, acolher sentimentos envolvidos, otimizar convivência com os outros, ajustar ao que não pode ser mudado e na superação de impossibilidades de auto-realização durante a assistência (Sherko, Sotiri & Lika, 2013). Esta comunicação também está diretamente ligada a menores vivências de estresse, incidência da Síndrome de Burnout e satisfação nos ambientes de trabalho (Silva, 2008).

É fácil evidenciar então que o ato de falar sobre o real prognóstico do paciente e informar de forma clara sobre a evolução de uma doença, sem relegar ao segundo plano o envolvimento emocional que cerca o tratar, o adoecer e/ou o morrer, são atitudes que devem fazer parte de um processo contínuo de comunicação entre todos os seus envolvidos (Wallau *et al.*, 2006).

A relação entre os sujeitos permite a construção de um vínculo, sendo este essencial para se efetivar a humanização como parte do processo de cuidado, com ligação afetiva e ética entre profissionais, usuários e gestores, promovendo uma convivência de apoio e cuidado mútuos (Brasil, 2013).

## 2.5 Comunicação na Unidade de Terapia Intensiva

Conceitualmente a UTI envolve um ambiente com localização e espaço físicos próprios, permeado por tecnologias associadas a um conjunto de elementos agrupados de modo funcional e destinados a atender pacientes críticos que exigem cuidados complexos e especializados, ou seja, pacientes que apresentam alguma condição que necessite de assistência médica e de enfermagem ininterruptas (Brasil, 1998).

Para tanto, demanda de espaço físico específico, de tecnologia avançada e recursos humanos especializados, tornando-a uma unidade de alto custo para a instituição de saúde, com características próprias de gestão e processos de trabalho. São marcadas por um fluxo dinâmico e constante de diferentes profissionais de saúde que lidam com manejo de terapias diversas e sistema de informação de alta complexidade (Santos, Campos & Silva, 2018).

Mesmo com os avanços tecnológicos, a comunicação dentro desses espaços de trabalho, continua sendo uma ferramenta primária e indispensável com a qual a equipe de saúde troca informações entre si, com os pacientes e seus familiares (Victorino *et al.*, 2007). A troca de informações que se dá entre esses profissionais é o denominador comum de sua proposta de trabalho para alcançar qualquer objetivo, do mais simples ao mais complexo (Peduzzi, 2001; INCA, 2010).

A hospitalização em UTI constitui-se em um evento vital estressor e que pode desestabilizar física e emocionalmente a família e o paciente (Freitas, Mussi & Menezes, 2012; Lima *et al.*, 2013).

Nos ambientes de Terapia Intensiva, a construção de um vínculo pode ainda ser fragilizada pela não permanência contínua das famílias assim como pelo rodízio constante de profissionais já que o sistema de trabalho é baseado em sistemas de plantão. São frequentes as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde em UTI, cujo cotidiano lida com adoecimentos, risco de morte e a morte propriamente dita (Suarez-Almazor, 2004). A família nesse processo mostra-se

ansiosa, tem medo da perda, do desconhecido e demanda dos profissionais informações e esclarecimentos.

Originalmente, o ambiente de terapia intensiva informava os estados de saúde dos pacientes através de boletins médicos construídos de forma rígida e com termos técnicos que não provinham aos familiares, noções reais do estado clínico do paciente, assim como caracterizava a comunicação de notícia difícil uma mera e impessoal informação. Essa forma de comunicação vem sendo progressiva e necessariamente revista nos processos de assistência, para permitir acolhimento, segurança e construção de vínculo (Barbosa & Brasil, 2007).

## **2.6 Comunicação de notícias difíceis**

Pode-se definir uma notícia difícil como qualquer informação com possibilidade de afetar de forma relevante, negativa e adversa a visão de um indivíduo sobre seu presente e futuro (Gulinelli *et al.*, 2004; Baile *et al.*, 2000; Buckman, 2005). São situações em que a mensagem desperta um sentimento de desesperança, associado a ameaças ao bem-estar físico ou mental, ao risco de perturbação no estilo de vida estabelecido ou a redução do número de escolhas (Ptacek & Eberhardt, 1996).

A percepção da notícia difícil acontece a partir da ótica de quem a recebe e dos impactos acarretados em função desta, visto que a mudança na perspectiva do paciente em relação ao seu futuro é individual e influenciada pelo seu contexto psicossocial e cultural agindo como uma variável de diferença individual que afeta respostas naturais às notícias difíceis (Mochel *et al.*, 2010). As notícias difíceis são recebidas de forma diferente por cada um, com intensidades distintas e dependentes de experiências pessoais, assim como de crenças, religiosidade, valores e presença ou não de suporte social e emocional (Victorino *et al.*, 2007).

A preocupação relacionada a CND na relação médico-paciente, existe desde 1947 durante a criação do primeiro código de ética médica dos Estados Unidos, havendo desde então inúmeros debates sobre qual melhor forma de

realizá-la. Entretanto, a formação médica segue inserida em um contexto de desenvolvimento tecnológico e científico, com prioridade para a cura e o tratamento das doenças, deixando em segundo plano o aspecto relacional por onde se dá a comunicação (Ayres, 2004; Lino *et al.*, 2011).

O anúncio de notícias difíceis a doentes e familiares é historicamente uma responsabilidade legal conferida ao médico, tornando-se um imperativo moral dessa categoria. Há uma incoerência nessa responsabilidade, visto que a comunicação é um ato multidimensional, que precisa ser visto em uma perspectiva multidisciplinar pertencente a todos os envolvidos no cuidado (Tager, 2001; Quintana *et al.*, 2006).

Requer a participação ativa de diversos profissionais de saúde, os quais devem trabalhar em equipe, pois dessa forma o indivíduo não estará sozinho, mas fará parte de um grupo (Alves, 2009).

Ressalta-se que o profissional médico enfrenta dificuldades quando se depara com o anúncio de forma solitária, podendo diante da comunicação, tender a camuflar a notícia em consequência das suas próprias emoções (Tager, 2001; Quintana *et al.*, 2006). Nessa direção, o exercício da interdisciplinaridade é fundamental para a efetividade da CND (Perdicaris, 2009).

Compreende-se que os profissionais de saúde são os primeiros destinatários das notícias difíceis, pois são os que acessam essa informação por meio de resultados de exames, da terapêutica e da evolução clínica da doença. Nessa perspectiva, precisam processar essas informações em curto espaço de tempo e comunicá-las à família e ou paciente. Além das questões referentes às doenças, os profissionais se também vivenciam situações rotineiras que, na verdade, são notícias difíceis, como, por exemplo: extubação acidental, perda do acesso venoso, retardo nos processos de apoio terapêutico, morte do recém-nascido, falta de algumas medicações, redução da equipe de trabalho em decorrência de faltas, licenças e férias, quebra de vínculos com a equipe e com a família, além de condições sociais e emocionais desta (Neri & Pitombo, 2010).

Para Buckman (1984), muitos profissionais quando se deparam com a necessidade de comunicar más notícias, manifestam receios associados ao medo de serem culpabilizados, medo do desconhecido, do não ensinado, das emoções a serem desencadeadas em si e em quem recebe a notícia difícil, de não ter todas as respostas, e o receio pessoal da doença e da morte. Diante disso, esses profissionais experimentam perturbação, ansiedade, sentimentos de inutilidade, frustração, desconforto e desorientação (Alelwani & Ahmed, 2014; Borges, Freitas & Gurgel, 2012).

A CND consiste em habilidade e não em uma característica nata, conforme ressalta Buckman (1984), assim, ela pode ser ensinada e compreendida, como parte do desenvolvimento de competências que auxiliam no trabalho de cuidado com pacientes e familiares (Ong *et al.*, 1995; Silva, 2016).

A implantação de uma padronização sobre CND é de extremo valor, podendo melhorar o atendimento aos pacientes e familiares, contribuir para a formação profissionais, agregando uma forma mais humanizada de assistência (Brasil, 2010; Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2004).

Em 1992, um renomado grupo de oncologistas americanos e canadenses elaborou um protocolo de como dar notícias difíceis aos pacientes e familiares, que foi denominado SPIKES. A partir de então, emergiram nas últimas décadas do século XX, alguns outros protocolos visando auxiliar os profissionais nesse tipo de comunicação (Buckman, 1992; Baile *et al.*, 2000).

#### 2.6.1 Protocolo SPIKES

O protocolo SPIKES, se configura como estratégia para uma comunicação eficaz e adequada nos casos de notícias difíceis. Foi elaborado por um renomado grupo de oncologistas americanos e canadenses ligados ao MD Anderson Cancer Center, da Universidade do Texas, USA e ao Sunnybrook Regional Cancer Center de Toronto, CA destacando-se como autor Robert Buckman (Baile *et al.*, 2000).

O protocolo SPIKES tem como sua principal característica tratar simultaneamente dos fatos médicos traduzidos pela informação, com acolhimento

das respostas emocionais do paciente e/ou família (Buckman, 1992; Baile *et al.*, 2000).

É dividido em 6 passos relacionados mnemonicamente, onde as letras remetem etapas de aproximação com o paciente/família (Araújo & Leitão, 2012):

- S (setting up and starting) - preparação do profissional e ambientação do espaço;

- P (perception) - avaliação do que o paciente/família sabe, marcando o início do diálogo, com fins de investigar o seu nível de conhecimento sobre o estado e/ou prognóstico;

- I (invitation) - avaliação sobre que o paciente/família deseja saber; K (knowledge)- oferta das notícias propriamente, respeitando a vontade e limites do paciente/família;

- E (emotions) - acolhimento das emoções do paciente/família e possíveis reações;

- S (strategy and Summary) -estabelecer um resumo do que foi conversado, um plano e/ou um novo contato.

Este protocolo de aplicação simples foi universalmente adaptado e utilizado no ensino de habilidades de comunicação em países desenvolvidos como EUA e Canadá (Baile *et al.*, 2000).

A sistemática do momento da comunicação pode afetar a singularidade e a necessidade de cada caso. Embora existam dificuldades neste momento, o protocolo SPIKES pode ser usado como um parâmetro para o momento relacional, conferindo a particularidade dos sinais emitidos por cada paciente (Geovanini & Braz, 2013).

Para Silva (2018), o protocolo SPIKES enfatiza as técnicas úteis para responder às reações emocionais do paciente e apoiá-los durante este tempo, mas ressalta que ele tem sido subutilizado nas práticas cotidianas, refletindo uma possível defasagem no ensino dos profissionais da saúde.

Corroborando com essa informação, Silva, Sousa, & Ribeiro (2018) realizaram uma revisão integrativa da literatura para avaliar o uso do protocolo SPIKES em oncologia, onde selecionaram seis artigos publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL entre os anos 2005-2015. Verificaram assim, que os efeitos do protocolo SPIKES podem fortalecer os vínculos entre profissionais da saúde e os pacientes, além de garantir a manutenção e a qualidade desta relação.

Os resultados desta revisão indicaram também como fator limitante para a relação profissional da saúde-paciente: a falta de treinamento oferecido aos profissionais para a comunicação de diagnósticos difíceis, verificados pela dificuldade relatada neste momento por meio de entrevistas realizadas nos estudos analisados.

No Brasil, este Protocolo é o indicado na parceria entre o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein para capacitação dos profissionais na atenção à Saúde (INCA, 2010; Baile, 2015).

## 2.6.2 Protocolo BREAKS

O BREAKS é descrito como um protocolo ou estratégia de comunicação sistemática e fácil, sendo também um acrônimo que se divide nas seguintes etapas: B – ‘Background’: inicialmente, verificar os antecedentes de saúde do paciente; uma comunicação terapêutica eficaz depende do conhecimento aprofundado do problema do paciente; R – ‘Rapport’: considera a importância de construir uma relação de reciprocidade entre quem transmite e o paciente, como estratégia de fortalecimento do vínculo de confiança; E – ‘Exploring’: de forma semelhante ao SPIKES. Este protocolo sugere começar a abordagem com o que o paciente conhece sobre sua doença; A – ‘Announce’: aqui também se propõe que haja um preparo inicial informando ao paciente que notícias difíceis estão por vir; K – ‘Kindling’: após a transmissão da notícia, recomenda-se que haja atenção às reações do paciente, considerando que cada pessoa recebe seu diagnóstico de forma diferente; S – ‘Summarize’: por fim, médico deve resumir a conversa e as

preocupações expressadas pelo paciente durante a comunicação, destacando os pontos mais importantes acerca da situação de saúde do paciente (Narayanan, Bista & Koshy, 2010).

### 2.6.3 Protocolo ABCDE

O protocolo A-B-C-D-E propõe permitir que emoções sejam expressas, alcançando um entendimento comum acerca do problema a ser tratado, acessar as necessidades básicas de informação do paciente, identificar riscos iminentes, inclusive de suicídio, abordar o desconforto imediato causado pela notícia difícil, garantindo um plano inicial de abordagem do problema, com antecipação de dúvida assim como questões não expressadas pelo paciente de forma a minimizar sentimentos de isolamento, com a garantia de o paciente não ser abandonado pelo seu médico (Meneses, Castelli & Costa Junior, 2018).

Este protocolo se estrutura em: A – (advance preparation) conhecer o que o paciente sabe e preparar-se emocionalmente para a comunicação; B – (Build a therapeutic environment) organizar a ambiência, tanto física quanto emocional para a comunicação adequada com o paciente; C – (Communicate well) comunicar-se de forma honesta e empática, além de expressar-se com clareza; D – (Deal with patient reactions) ser capaz de manejar as reações emocionais dos pacientes; e E – (Encourage and validate emotions, Evaluate the News) permitir a expressão de emoções, reconhecê-las como legítimas e auxiliar o paciente na avaliação e compreensão acerca da situação tratada (Rabow & Mcphee, 1999; Monden, Gentry & Cox, 2016).

### 2.6.4 Protocolo CONES

Como já ressaltado, várias estratégias de comunicação têm sido propostas para facilitar o enfrentamento de conversas difíceis entre pacientes e familiares. O protocolo CONES, entretanto, foi proposto, para facilitar a nesse contexto a comunicação de erros cometidos durante a assistência médica (Bascuñán & Arriagada, 2016).

Proposto por Buckman (1992), este protocolo é defendido pelo autor sob uma perspectiva de que não existe sistema humano em que não ocorram erros. Entretanto por questões médico legais, criou uma atmosfera na qual os médicos passaram a evitar ativamente a discussão aberta sobre erros, temendo que isso possa gerar punições e/ou efeitos negativos sobre a sua carreira e reputação.

Para Buckman (1992), ainda que lentamente, existe uma melhoria nessa atmosfera, e não se deve desconsiderar que falar a verdade aos pacientes sobre os erros médicos envolve elementos psicológico-emocionais, além de profissionais e legais.

O efeito físico do erro e o choque de conhecê-lo podem ser agravados pelo sofrimento, pela perda e por uma sensação de isolamento. Nessas condições, como em toda a comunicação clínica, conteúdo, configuração e apoio emocional são importantes (Surbone, Rowe & Gallagher, 2007).

Na divulgação de erros médicos, existe uma interação de alto risco - em termos de cuidado do paciente, em termos de emoções, em termos de confiança no profissional e na confiança do resto da equipe, em termos de ética e moral (Buckman, 1992).

Para Buckman (1992), é muito importante que se priorize que ao revelar o erro médico, não se deve perguntar ao paciente ou a um parente se eles querem saber sobre a situação. Bacuñán e Arriagada (2016) complementam que a ideia *de ouvir e perguntar antes de falar* dos guias para a comunicação de más notícias deve ser substituída por *falar e depois ouvir e receber*. Assim, Diferencia-se do SPIKES na medida que não considera o que o paciente sabe visto o erro assistencial dificilmente ser considerado durante o tratamento (Surbone, 2012).

Resumidamente, a sigla C-O-N-E-S representa: C para *escolhendo o contexto* apropriado para ter uma conversa; O para a declaração de *abertura* que alerta o paciente para uma conversa difícil; N para uma *narrativa* adequada para descrever o erro, começando com palavras simples como *Eu descobri que*; E por reconhecer e abordar *emoções* de maneira direta e empática afirmando antecipadamente, *é muito perturbador para você e é horrível para mim também*”;

e S para *Estratégia e resumo*. Ao revelar erros médicos, é essencial que os oncologistas atendam aos aspectos médicos e emocionais das informações fornecidas e às reações que possam provocar para pacientes e famílias (Buckman, 1992).

#### 2.6.5 Protocolo PACIENTE

No Brasil, temos o protocolo P-A-C-I-E-N-T-E, que foi desenvolvido e aplicado por Pereira (2010). Seguindo a lógica do Protocolo SPIKES, só que adaptado a realidade Brasileira, também consiste de um anagrama, utilizando as letras relacionadas ao nome do protocolo como forma de memorizar seus passos durante o ensino (Borges, Freitas & Gurgel, 2012; Calsavara, Scorsolini-Comin & Corsi, 2019)

O protocolo compõe-se de sete etapas: P (Preparar-se), A (Avaliar quanto o paciente sabe), (Convite a verdade: se o paciente deseja e o quê quer saber), I (informar que notícias difíceis estão por vir e comunicá-las), E (lidar com as emoções do paciente), N (não abandonar o paciente, principalmente no insucesso de uma intervenção), TE (traçar uma estratégia em conjunto com o paciente) (Pereira, 2010).

Calsavara, Scorsolini-Comin e Corsi (2019), ao discorrer sobre alguns protocolos, destacam que o P-A-C-I-E-N-T-E foi considerado prático e útil, e destacam que no estudo de Pereira (2010), um aspecto relevante é que os participantes consideraram a etapa de não abandonar o paciente e a etapa de lidar com as emoções do paciente as mais difíceis contidas no instrumento.

Existem ainda outros protocolos registrados, sendo que os aqui mencionados são os que mais possuem relevância na literatura. Entre todos estes, o Protocolo SPIKES, que, até hoje, é o mais adotado na literatura internacional, assim como no cenário nacional onde é o mais frequentemente utilizado (INCA, 2010).

Cumprе ressaltar que existem diferenças individuais em como os pacientes percebem más notícias com base em sua experiência de vida, personalidade, crenças espirituais, ponto de vista filosófico, rede de apoio em que está inserido, resistência emocional e capacidade mental. Essas importantes considerações

devem ser ponderadas em relação à importância de se construir confiança na relação médico-equipe-paciente com a divulgação de notícias difíceis. Pois, a maneira como ela é transmitida interfere diretamente na relação médico-paciente, no modo como o indivíduo lida com o diagnóstico, na esperança desenvolvida após a notícia, nos relacionamentos pessoais e familiares, na busca por melhor qualidade de vida, e na adesão ao tratamento. Dessa forma, mostra-se de fundamental importância a organização desse processo de comunicação (Sombra Neto *et al.*, 2017; Singh, 2017).

Entretanto, mesmo com a criação de todos esses protocolos, os profissionais ainda têm muita dificuldade quando precisam fazer esse tipo de comunicação, afinal é uma situação que mesmo com todos os instrumentos desenvolvidos para facilitar o diálogo, ainda persiste uma questão sensível para todas as pessoas envolvidas (Pádua, 2018). Para Kissane *et al.*, (2017), nas comunicações de notícias difíceis, apenas uma resposta empática tem o potencial de resultar em uma comunicação eficaz sobre questões que são dolorosas e perturbadoras.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre um protocolo de CND para profissionais de nível superior que trabalham em Terapia Intensiva.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar as características socioeconômicas e demográficas dos profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital em estudo;
- Comparar as categorias profissionais de saúde quanto a realização de atividades de Comunicação de Notícias Difíceis;
- Comparar o processo de CND antes e após a aplicação de um programa de intervenção educativa com base no Protocolo SPIKES;
- Verificar o grau de entendimento dos profissionais de saúde envolvidos no estudo sobre CND antes e após a aplicação do programa de intervenção.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho de estudo**

Foi realizado um estudo do tipo antes e depois (quase experimental) de metodologia quantitativa, através da colheita de dados, questionários estruturados e avaliação da relação de causa e efeito de um programa de intervenção educativa sobre CND (Turato, 2005; Albertino & Souza, 2004).

### **4.2 Local do estudo**

Os locais de estudo foram todas as quatro unidades de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) localizado em São Luís, capital do Estado, sendo estas: UTI geral; UTI Cardiológica; UTI pediátrica; e UTI neonatal.

### **4.3 Período da coleta de dados**

A coleta foi realizada no período de março a julho de 2017.

### **4.4 Participantes de estudo**

Participaram do estudo todos os profissionais assistenciais de nível superior envolvidos no cuidado e que, direta ou indiretamente estavam inseridos nos processos de comunicação estabelecidos na rotina do serviço, tais como a informação de notícias, o acolhimento de perguntas e dúvidas acerca das notícias comunicadas durante as visitas.

Foram incluídas as diferentes categorias profissionais presentes em todas as quatro UTIs: 45 médicos, 39 enfermeiros, 17 fisioterapeutas e 02 psicólogos (só existiam esses profissionais em duas unidades). Não foram incluídos, os profissionais de Serviço Social e Terapia Ocupacional em virtude da não existência destes profissionais no quadro funcional dos respectivos setores.

Foram excluídos os profissionais que não realizaram todas as etapas do estudo e assim, a amostra foi composta por 103 profissionais de nível superior.

#### **4.5 Instrumentos de coleta**

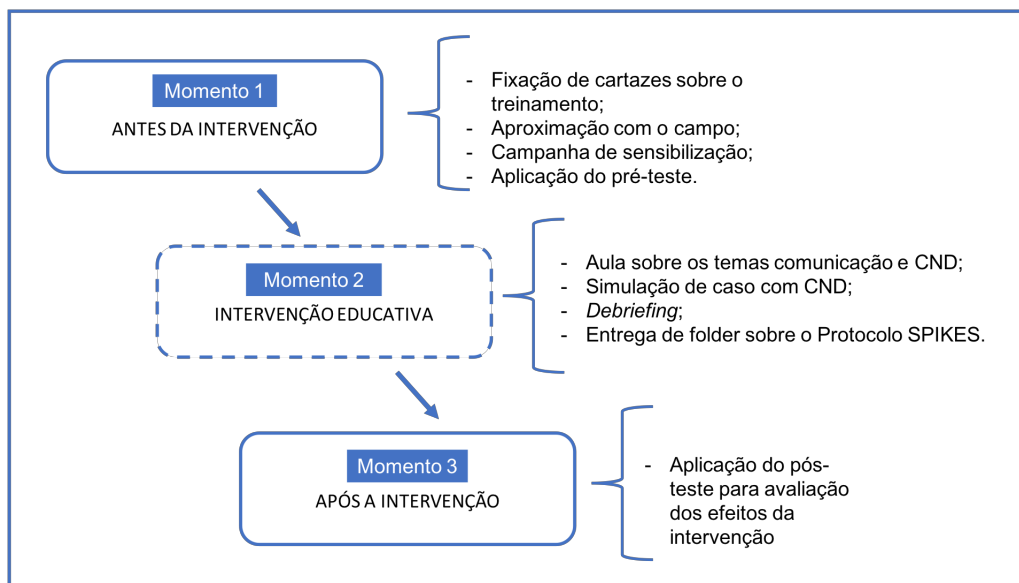
Foram utilizados dois questionários elaborados pelos pesquisadores. O primeiro foi composto de dois blocos, um de caracterização do perfil sócio-demográfico da amostra (com variáveis relacionadas a questões pessoais, sociais, educacionais, laborais e de hábitos de vida) contendo 10 questões, e um de sistematização de comunicação de notícias difíceis.

Neste segundo bloco (pré-intervenção) foram aplicadas 20 perguntas para identificação do conhecimento e vivências destes profissionais com o processo de CND no ambiente da UTI, e ainda com as questões que se referem aos seis passos do Protocolo SPIKES (APÊNDICE A).

O segundo questionário (pós-intervenção) foi composto por 20 questões de múltipla escolha para avaliar o nível de conhecimento dos profissionais sobre CND (APÊNDICE B), sendo repetidas as 15 questões que permitiriam uma comparação entre os questionários pré e pós-intervenção educativa, para avaliação dos resultados desta intervenção.

#### **4.6 Intervenção e coleta de dados**

A intervenção foi composta por três momentos: 1) pré-intervenção; 2) intervenção educativa; 3) pós-intervenção. Estes momentos foram realizados de segunda a sexta-feira em todos os turnos de funcionamento destas unidades, com vistas a atingir o número máximo de profissionais, sendo planejado ainda com base na escala de trabalho dos respectivos funcionários. (Figura 1).



**Figura 1:** Fluxograma do estudo.

**Fonte:** Elaborada pelo próprio autor.

No primeiro momento foi realizada uma aproximação com o Campo, ao que Minayo (2010, p.198), indica como etapa para pensar os detalhes do primeiro impacto da pesquisa. Nessa etapa nos aproximamos dos interlocutores, realizamos a divulgação do *Projeto CND*, com fixação de cartazes nas UTI's. Realizou-se ainda uma aproximação entre pesquisadores e profissionais, com diálogos para sensibilização dos participantes quanto a relevância da temática e a importância da adesão de cada um durante a intervenção nesses espaços de trabalho (Figura 2). Também identificou-se *para quem e por meio de quem* deveria ser apresentada a proposta, para alcançar apoio em termos de logística e planejamento das intervenções e coletas.

Nesse mesmo momento, iniciou-se a coleta de dados com a aplicação do Pré-teste, por meio de questionário com 10 questões para caracterização do perfil sócio-demográfico da amostra e 20 questões sobre a comunicação de notícias difíceis, adaptado do Protocolo SPIKES.



**CONVITE**

**AValiação e capacitação em:**  
**COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS**

**Avaliação: Murilo Caetano de Jesus**  
Acadêmico de Medicina - UFMA  
Interno - 10º Período  
(Orientando do projeto)

**Capacitação: Dra Vanise Barros da Mota**  
Médica Anestesiologista e Intensivista  
(Mestranda e Co-orientadora do projeto)

**Coordenação: Dr João Batista Santos Garcia**  
Médico Anestesiologista e Médico da Dor  
(Orientador do projeto)

**A PARTIR DO DIA 01/06 NAS UTI'S DO HUUFMA**

**OPORTUNIDADE ÚNICA DE SE QUALIFICAR, APRENDER E DISCUTIR SOBRE UM TEMA TÃO PRESENTE NAS ROTINAS EM SAÚDE!**

**Figura 2:** Cartaz de divulgação do projeto CND.

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

No segundo momento, ofertou-se o treinamento com explanação oral sobre a CND e o Protocolo SPIKES, com duração de 15 minutos, seguido de uma seção de simulação de caso com comunicação de uma notícia difícil, utilizando atores (estudantes de medicina previamente treinados) e técnica de dramatização com *jogo de papéis* em duração de 10 minutos. Logo após, o fechamento foi realizado com um momento para a discussão do caso apresentado entre os participantes, para reflexão e revisitação, (o que se fez de bom, e o que se pode fazer de diferente na próxima vez para uma melhor performance). tendo este momento, uma duração variável de 10 a 15 minutos a depender do grupo. Ao término, foram entregues aos participantes, folhetos com resumo do Protocolo SPIKES, apresentado no treinamento (Figura 3).



## **PROJETO CND**

### **Comunicação de Notícias Difíceis**

#### **O que é comunicar notícias difíceis?**

- É comunicar qualquer situação que modifica radical e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro.
- É qualquer informação transmitida ao paciente (ou aos seus familiares) que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes.
- É todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis em um dos seus agentes (emissor ou receptor).



#### **Para ajudá-lo, existe o protocolo **SPIKES** que visa:**

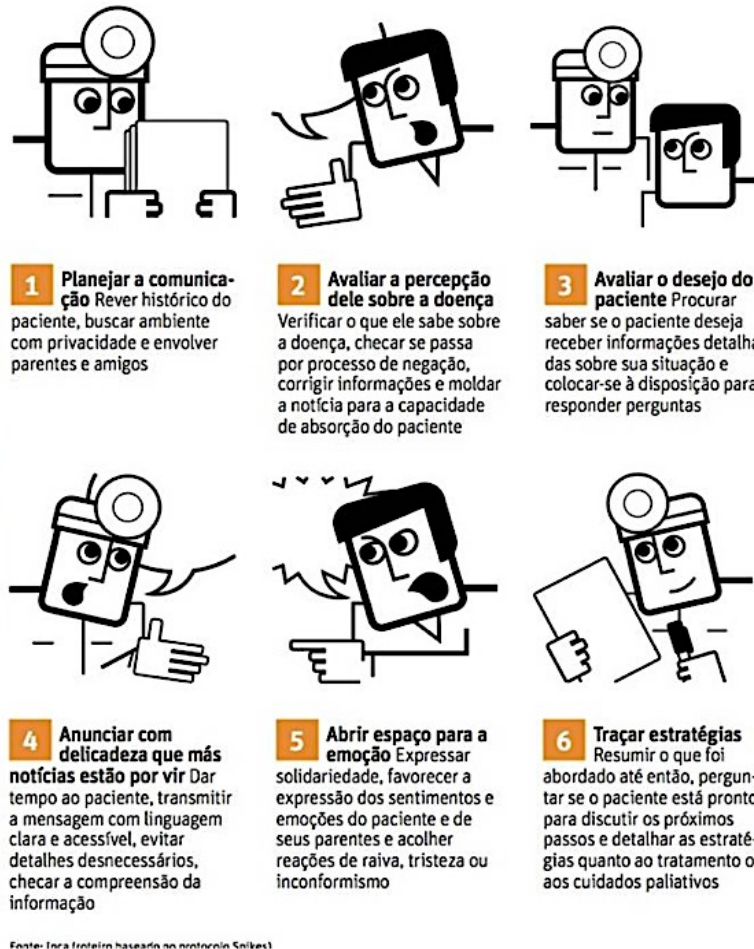
- Escutar o paciente com a finalidade de conhecer o seu grau de informação sobre a doença, suas expectativas e seu preparo para receber a má notícia.
- Transmitir informação médica de maneira inteligível, de acordo com as possibilidades, necessidades e desejos do paciente.
- Dar suporte ao paciente, utilizando habilidades profissionais para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados por quem recebe a má notícia.
- Desenvolver uma estratégia, sob a forma de um plano de tratamento, com a contribuição e a colaboração do paciente

**Figura 3:** Frente folheto informativo da campanha Comunicação de Notícias Difíceis.

**Fonte:** Adaptado de material ilustrativo do INCA, 2010.

## JEITO DE FALAR

Roteiro ajuda profissionais de saúde no momento de transmitir informações sobre diagnóstico, recidiva, sequelas e esgotamento das possibilidades terapêuticas



**Figura 4:** Verso folheto informativo da campanha Comunicação de Notícias Difíceis.

**Fonte:** Adaptado de material ilustrativo do INCA, 2010.

A simulação através da técnica de dramatização com *jogo de papéis* foi escolhida por tratar-se de uma metodologia ativa de ensino, com substituição ou ampliação de experiências reais, na tentativa de reproduzir aspectos essenciais de um cenário prático controlado e protegido, semelhante ao cenário do contexto real (Rabelo & Garcia, 2015; Manzoor, Mukhtar & Hashmi, 2012).

O *jogo de papéis* pode ser definido como um método de aquisição de conhecimento, atitude e desenvolvimento de habilidades, na qual os

participantes são convidados a atuar (simular) em determinado contexto, interpretando papéis específicos pré-definidos, solicitando-se que atuem de acordo com o esperado em uma situação real, interagindo uns com os outros, sob a condução de um tutor e ao final, as pessoas envolvidas na atividade discutem o aprendizado sobre a situação simulada e contexto criados. Como resultado desta *dramatização*, todos os envolvidos na atividade aprendem algo sobre a situação, o contexto proposto e/ou os personagens (Nestel & Tierney, 2007; Libin *et al.*, 2010; Mochel *et al.*, 2010).

Todo o treinamento se deu ainda em pequenos grupos de até cinco participantes, em formato de roda, como preconizado na Teoria de Balint, onde os participantes se misturam e compartilham afetos e conhecimentos acerca do assunto discutido (Bar-Sela, Lulav-Grinwald & Mitnik, 2012; INCA, 2010). Para atingir todos os turnos e cobrir todos os profissionais das escalas de serviço, o tempo de intervenção educativa foi de trinta dias em cada unidade.

No terceiro momento, procedeu-se com a aplicação do Pós-teste, para avaliação dos resultados da intervenção educativa, sendo que este momento somente teve início após o término do treinamento de todos os participantes de cada unidade, respeitando a temporalidade dos grupos para garantir que o tempo de intervalo fosse equitativo para todos os profissionais, variando entre 30 e 45 dias.

#### **4.7 Análise estatística**

Os dados foram tabulados no Excel e analisados no programa Stata 14® (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Inicialmente foi realizada análise descritiva (valores absolutos e relativos) para caracterização socioeconômica e demográfica dos profissionais de saúde participantes da amostra da pesquisa.

O teste de McNemar foi utilizado para comparar as mudanças observadas nas variáveis dicotômicas antes e depois do treinamento dos profissionais (Pagano & Gauvreau, 2004).

A variável grau de entendimento dos profissionais antes e após o treinamento proposto não apresentou distribuição normal (Shapiro-Wilk, p-valor=

0,001), por isso foi realizada análise gráfica (box plot) para apresentar a distribuição desse grau de entendimento (valores de 0 a 10). O teste dos postos com sinais de Wilcoxon foi usado para comparar as diferenças no grau de entendimento antes com o observado depois do treinamento (Pagano & Gauvreau, 2004).

Verificaram-se a mediana e o intervalo interquartil (1º e 3º Quartil) do grau de entendimento dos profissionais de saúde entrevistados antes e após o treinamento, segundo as covariáveis socioeconômicas e demográficas observadas. Foram consideradas estatisticamente significantes as variáveis que obtiverem valor de  $p < 0,05$ .

#### **4.8 Aspectos éticos**

O Projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética e pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, conforme resolução 466/12 por meio da Plataforma Brasil com aprovação através do Parecer 1.415.896. Os participantes, após tomarem ciência dos objetivos e procedimentos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando este em duas vias, uma para o pesquisador e uma para o participante (APÊNDICE C).

## **5 RESULTADOS**

Os resultados estão apresentados em dois tópicos com os dados de cada questionário em separado para melhor compreensão das variáveis obtidas.

### **5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico da amostra**

Do total de profissionais envolvidos no estudo (N=103), a maioria estava na UTI neonatal (29,1%), UTI pediátrica (26,2%), e UTI geral (23,3%) e a minoria na UTI cardiológica (21,4%). Entre os entrevistados predominaram mulheres (73,8%).

As idades variaram de 25 a 63 anos, com 77,6% até 44 anos. O estado civil casado representou 64,1%, e ter religião definida foi referido por 92,2%. A categoria profissional dos entrevistados predominante foi a médica (43,7%) e de enfermagem (37,9%).

O tempo de atuação em UTI foi elevado, com 41,7% dos profissionais com atuação maior ou igual a 10 anos. Cerca de 71,8% trabalhavam menos de 40 horas por semana em UTI, sendo 94,2% em instituição pública.

Em relação ao tempo de formados, 32% dos profissionais tinham até 9 enquanto 22,3% possuíam mais de 20 anos de exercício profissional. Já no que se refere a pós-graduação na área de terapia intensiva, somente 46,6% referiram possuir (Tabela 1).

**Tabela 1:** Características socioeconômicas e demográficas dos profissionais de saúde (n=103) entrevistados antes e após um programa de intervenção para o entendimento do protocolo de notícias difíceis nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	27	26,2
Feminino	76	73,8
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
25 a 44	80	77,6
45 a 65	23	22,4
<b>Estado Civil</b>		
Casado	66	64,1
Solteiro	24	23,3
Divorciado	7	6,8
Estável	5	4,9
Viúvo	1	1,0
<b>Categoria profissional</b>		
Médico	45	43,7
Enfermeiros	39	37,9
Fisioterapeutas	17	16,5
Psicólogos	2	1,9
<b>UTI em que trabalha</b>		
Geral	24	23,3
Cardiológica	22	21,4
Pediátrica	27	26,2
Neonatal	30	29,1
<b>Tempo de atuação em UTI (em anos)</b>		
Até 5 anos	41	39,8
6 a 9 anos	19	18,4
≥10 anos	43	41,7
<b>Carga horária total em UTI (horas)</b>		
< 40 horas	74	71,8
≥ 40 horas	29	28,2
<b>Tipo de Instituição em que exerce maior parte do seu trabalho</b>		
Pública	97	94,2
Privada	4	3,9
Filantrópica	2	1,9
<b>Tempo de formado em anos</b>		
1 a 9 anos	33	32,0
10 a 19 anos	47	45,6
≥20 anos	23	22,3
<b>Pós-graduação em terapia intensiva</b>		
Sim	48	46,6
Não	55	53,4

A tabela 2 mostra o perfil das categorias profissionais que realizavam CND antes da intervenção educativa para CND durante a assistência profissional. Observou-se que médicos (62,5%) e enfermeiros (29,5%) foram os profissionais que mais comunicavam notícias difíceis. Porém entre aqueles que sempre comunicavam predominaram os médicos (80,6%).

Somente 20,5% dos médicos não se sentiam capacitados para comunicar notícias difíceis versus 56,4% dos enfermeiros. Contudo, apesar da frequência dessa atividade, predominou entre os médicos as respostas em relação a não ter recebido orientação sobre como comunicar notícias difíceis na graduação (51,5%) e sobre não sentir compreendido quando conversam com familiares e pacientes sobre notícias difíceis (50,8%).

Por outro lado, nenhum psicólogo referiu falta de orientação sobre como comunicar notícias difíceis na graduação, e ausência de compreendido quando conversa com familiares e pacientes sobre notícias difíceis (Tabela 2).

**Tabela 2:** Perfil dos profissionais de saúde (n=103) que realizavam atividades de CND de antes da intervenção educativa para o entendimento do protocolo de notícias difíceis nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017.

Variáveis	Antes do treinamento	
	n	%
<b>Comunica notícias difíceis durante a assistência (Sim) (n=72)</b>		
Médico	45	62,5
Enfermeiros	21	29,5
Fisioterapeutas	4	5,6
Psicólogos	2	2,8
<b>Sempre comunica notícias difíceis (n=36)</b>		
Médico	29	80,6
Enfermeiros	6	16,7
Fisioterapeutas	1	2,8
Psicólogos	0	0,0
<b>Não se sente capacitado para comunicar notícias difíceis (n=39)</b>		
Médico	8	20,5
Enfermeiros	22	56,4
Fisioterapeutas	0	0,0
Psicólogos	9	23,1
<b>Não recebeu orientação sobre como comunicar notícias difíceis na graduação (n=66)</b>		
Médico	34	51,5
Enfermeiros	21	31,8
Fisioterapeutas	11	16,7
Psicólogos	0	0,0
<b>Não se sente compreendido quando conversa com familiares e pacientes sobre notícias difíceis (n=62)</b>		
Médico	31	50,8
Enfermeiros	22	34,4
Fisioterapeutas	9	14,8
Psicólogos	0	0,0

## 5.2 Caracterização dos resultados obtidos após a intervenção

A comparação das informações sobre CND antes e após a intervenção educativa dos profissionais de saúde entrevistados indicou diferenças estatisticamente significantes para um conjunto relevante de atividades e rotinas de comunicação em saúde sobre notícias difíceis nas UTI estudadas (tabela 3).

Em relação a sentir-se capacitado para comunicar notícias difíceis, registrou-se aumento de 14,6% para 28,2% profissionais. No que se refere ao desconforto para comunicar essas notícias, houve redução de 54,4% para 35,9%. Quanto a não fornecer todas as informações necessárias quando comunica notícias difíceis, registrou-se uma redução de 31,1% para 9,7% dos profissionais porque houve aumento parcial sobre esse momento (de 38,8% para 77,7%).

Os profissionais referiram maior atenção à outras notícias difíceis de comunicar, além da morte, que inicialmente registrava-se para 65% dos profissionais como a pior notícia e passou para 55,3%.

Em relação a preocupação com o ambiente onde se comunica a notícia difícil, embora tenha se registrado uma redução entre as afirmativas “sim” (87,4% para 86,3%), reduziram ainda as respostas negativas “não” (2,9% para 1,0%) e houve aumento em respostas com parcialmente (9,7% para 42,7%). Da mesma forma, houve redução dos que não verificavam com familiares/pacientes o nível de conhecimento sobre a doença em questão (10,7% para 2,9%) e aumento do parcialmente (8,7% para 44,7%).

Houve aumento também na proporção de profissionais que passaram a sempre interromper a comunicação de uma notícia difícil se percebessem que não estavam sendo compreendidos (35,0% para 53,4) e também dos que se sentiram à vontade em reabordar notícias difíceis (34,0% para 47,6%).

Contudo, o programa não produziu mudanças significativas para alguns comportamentos durante a comunicação de notícias difíceis, tais como desligar o telefone celular durante a comunicação de uma notícia difícil ( $p=0,23$ ), usar termos de fácil compreensão para o ouvinte durante a comunicação ( $p=0,71$ ), para quem prefere dá notícia difícil ( $p=0,10$ ) e preocupar-se em comunicar ao paciente que está lúcido na UTI, sobre risco de morte, resultados de exames ou prognóstico ruim da doença ( $p=0,86$ ) (Tabela 3).

O conhecimento do protocolo SPIKES foi referindo por 54,4% dos profissionais de saúde entrevistados pós-intervenção contra outros 13,6% que referiram conhecimento parcial.

**Tabela 3:** Comparação das informações sobre CND dos profissionais de saúde entrevistados antes

Variáveis	Antes do treinamento		Depois do treinamento		*p-valor
	n	%	n	%	
<b>Sente capacitado para comunicar notícias difíceis</b>					
Sim	15	14,6	29	28,2	0,001
Não	39	37,9	07	6,8	
Parcialmente	49	47,6	67	65,0	
<b>Sente-se a vontade para comunicar notícias difíceis</b>					
Sim	14	13,6	14	13,6	0,022
Não	56	54,4	37	35,9	
Parcialmente	33	32,0	52	50,5	
<b>Quem deveria ser responsável por comunicar notícias difíceis</b>					
Médico	19	18,4	14	13,6	0,24
Enfermeiro	0,0	0,0	0,0	0,0	
Psicólogo	5	4,9	3	2,9	
Assistente Social	3	2,9	3	2,9	
Mais de um desses	44	42,7	41	39,8	
Outros	0,0	0,0	42	40,8	
<b>Acha que fornece todas as informações necessárias quando comunica notícias difíceis</b>					
Sim	31	30,1	13	12,6	0,001
Não	32	31,1	10	9,7	
Parcialmente	40	38,8	80	77,7	
<b>Notícia mais difícil de comunicar</b>					
Diagnóstico de doença grave e/ou incurável	18	17,5	26	25,2	0,03
Agravamento e piora do estado geral do paciente	8	7,8	11	10,7	
Morte	67	65,0	57	55,3	
Outra	4	3,9	3	3,0	
Mais de uma	6	5,8	6	5,8	
<b>Preocupa-se com o ambiente onde comunica a notícia difícil</b>					
Sim	90	87,4	58	56,3	0,001
Não	3	2,9	1	1,0	
Parcialmente	10	9,7	44	42,7	
<b>Checa com familiares/pacientes o nível de conhecimento sobre a doença em questão</b>					
Sim	83	80,6	54	52,4	0,001
Não	11	10,7	3	2,9	
Parcialmente	9	8,7	46	44,7	
<b>Desliga o seu telefone durante a comunicação de uma notícia difícil</b>					
Sempre	45	43,7	52	50,5	0,23
As vezes	26	25,2	29	28,2	
Nunca	32	31,1	22	21,4	
<b>Interrompe a comunicação de uma notícia difícil se percebe que não está sendo compreendido</b>					
Sempre	36	35,0	55	53,4	0,015
Frequentemente	58	56,3	46	44,7	
Nunca	9	8,7	2	1,9	
<b>Considera importante a forma como se fala durante a comunicação de uma notícia difícil</b>					
Sim	102	99,0	101	98,1	1,00
Não	0	0,0	0	0,0	
Parcialmente	1	1,0	2	1,9	
<b>Usa termos de fácil compreensão para o ouvinte durante a comunicação</b>					
Sempre	81	78,6	86	83,5	0,71
Frequentemente	20	19,4	17	16,5	
Nunca	2	1,9	0,0	0,0	
<b>Reserva parte do tempo durante o trabalho para comunicar notícia difícil*</b>					
Sim	51	49,5	33	32,0	0,001
Não	16	15,5	7	6,8	
Parcialmente	35	34,0	63	61,2	
<b>Para quem prefere dá notícia difícil</b>					
Paciente	1	1,0	5	4,9	0,10
Família	74	71,8	66	64,1	
Paciente e família juntos	28	27,2	32	31,1	
<b>Sente a vontade em reabordar notícias difíceis</b>					
Sim	35	34,0	49	47,6	0,01
Não	26	25,2	11	10,7	
Parcialmente	42	40,8	43	41,7	
<b>Preocupa-se em comunicar ao paciente que está lúcido na UTI, sobre risco de morte, resultados de exames ou prognóstico ruim da doença</b>					
Sim	42	40,8	45	43,7	0,86
Não	28	27,2	26	25,2	
Parcialmente	33	32,0	32	31,1	

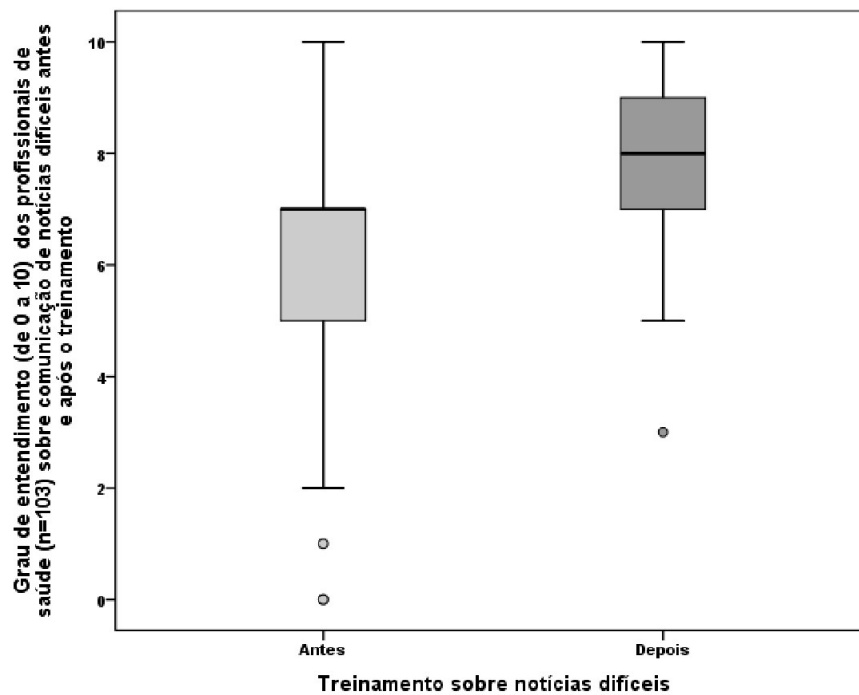
Notas: \*Teste de McNemar.

\*\*Frequências para 102 profissionais entrevistados antes do treinamento.

s e após a intervenção educativa para o entendimento do protocolo de notícias e

difíceis nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017.

O grau de entendimento (0 a 10) dos profissionais de saúde sobre CND aumentou após a intervenção educativa nas UTI selecionadas. Esse entendimento apresentou aumento de 50,0% dos valores mais centrais da distribuição do que antes da intervenção e essa diferença foi estatisticamente significativa maior após a intervenção ( $p < 0,001$ ) (Figura 5).



Notas: \*Teste dos postos com sinais de Wilcoxon para comparar duas condições para uma mesma amostra ( $p < 0,001$ )

**Figura 5:** Box Plot do grau de entendimento (de 0 a 10) dos profissionais de saúde (n=103) sobre CND antes e após a intervenção educativa com um protocolo de notícias difíceis nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017.

Para todas as características socioeconômicas, demográficas e funcionais dos profissionais de saúde que participaram da análise, a comparação da mediana e intervalo interquartil do grau de entendimento antes com o depois da intervenção educativa indicou sistematicamente melhora no grau de entendimento após essa intervenção, com a mediana do entendimento sendo sempre maior após essa fase da pesquisa (Tabela 4).

**Tabela 4:** Comparação da mediana e 1º e 3º Quartil (Q1; Q3) do grau de entendimento dos profissionais de saúde (n=103) entrevistados antes e após a intervenção educativa, segundo as covariáveis socioeconômicas e demográficas, nas unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário no Maranhão, Brasil, 2017.

Variáveis	Antes do treinamento		Depois do treinamento	
	Mediana	Q1; Q3	Mediana	Q1; Q3
Sexo				
Masculino	7,0	5,0; 7,0	8,0	8,0; 9,0
Feminino	7,0	5,0; 8,0	8,0	7,0; 8,8
Faixa etária (em anos)				
25 a 44	6,0	5,0; 8,0	8,0	8,0; 9,0
45 a 65	7,0	6,0; 9,0	8,0	7,0; 9,0
Estado Civil				
Casado	7,0	5,0; 8,0	8,0	7,0; 8,2
Solteiro	6,0	5,0; 7,0	8,0	7,2; 9,0
Divorciado	7,0	4,0; 7,0	8,0	7,0; 8,0
Estável	6,0	4,5; 7,5	8,0	8,0; 8,0
Viúvo	0,0	0,0; 0,0	5,0	5,0; 5,0
Possui religião definida				
Sim	7,0	5,0; 7,0	8,0	7,0; 8,0
Não	7,0	4,8; 8,0	9,0	8,2; 9,0
Categoria profissional				
Médico	7,0	5,5; 7,5	8,0	7,0; 9,0
Enfermeiros	6,0	4,0; 7,0	8,0	7,0; 8,0
Fisioterapeutas	7,0	5,0; 7,5	8,0	7,0; 9,0
Psicólogos	8,0	8,0; 8,0	9,5	9,0; --
UTI em que trabalha				
Geral	7,0	5,0; 7,7	8,0	8,0; 9,0
Cardiológica	6,0	5,0; 7,0	8,0	7,0; 9,0
Pediátrica	6,0	4,0; 7,0	8,0	7,0; 9,0
Neonatal	7,0	5,7; 8,0	8,0	7,0; 8,0
Tempo de atuação em UTI (em anos)				
Até 5 anos	7,0	5,0; 8,0	8,0	8,0; 9,0
6 a 9 anos	6,0	5,0; 7,0	8,0	7,0; 8,0
≥10 anos	7,0	5,0; 8,0	8,0	7,0; 8,0
Carga horária total em UTI (horas)				
≤ 40 horas	7,0	5,0; 7,2	8,0	7,0; 9,0
> 40 horas	7,0	5,5; 7,5	8,0	7,0; 8,5
Tipo de Instituição em que exerce maior parte do seu trabalho				
Pública	7,0	5,0; 7,5	8,0	7,0; 9,0
Privada	6,5	5,2; 9,2	8,5	8,0; 9,7
Filantrópica	8,0	8,0; 8,0	9,5	9,0; 10,0
Tempo de formado em anos				
1 a 9 anos	6,0	5,0; 7,0	8,0	8,0; 9,0
10 a 19 anos	7,0	5,0; 8,0	8,0	7,0; 9,0
≥20 anos	7,0	6,0; 9,0	8,0	7,0; 8,0
Pós-graduação em terapia intensiva				
Sim	7,0	5,0; 7,0	8,0	7,0; 8,7
Não	7,0	5,0; 8,0	8,0	7,0; 9,0
Hábitos sociais e de vida				
Tabagista e/ou Etilista	6,0	5,0; 9,0	8,0	7,0; 9,0
Nenhum dos dois	7,0	5,0; 7,0	8,0	7,0; 9,0
Frequência de Prática de atividade física (em dias/semana)				
Nenhum	7,0	4,5; 8,0	8,0	8,0; 9,0
Até 3 vezes por semana	6,0	5,0; 7,0	8,0	7,2; 8,0
Entre 4 a 7 vezes por semana	7,0	5,0; 7,0	8,0	7,0; 9,0
Atividades de lazer				
0 a 2	7,0	5,0; 8,0	8,0	7,0; 9,0
≥3	6,0	5,0; 7,0	8,0	7,2; 9,0

## 6 DISCUSSÃO

Os profissionais que atuam em quatro UTI's de um Hospital Universitário no Estado do Maranhão foram investigados e os resultados apontam que **obtiveram melhora no grau de entendimento de comunicação de notícias difíceis** após a intervenção educativa atendendo o principal objetivo deste trabalho.

Esses profissionais em sua maioria estavam na fase média da vida, têm elevado tempo de graduação, mas menos da metade deles referiram pós-graduação na área de UTI. Independente dessas características, **a comunicação em notícias difíceis foi realizada por 45% dos médicos e 21% por enfermeiros, como é observado habitualmente em unidades de terapia intensiva (Fontes *et al.*, 2017).** Ocorrência de tal achado pode ser em virtude de, tradicionalmente, o médico dentro da equipe multidisciplinar, ainda ser o principal responsável pela comunicação de notícias na relação médico-paciente-família. Tal rotina está incorporada na sua própria formação médica, que é paternalista e o coloca como o detentor desta função (Almeida, 2000; Silva, 2010; Cohen, 1999). Os enfermeiros, por estarem diretamente inseridos no cuidado, assumem uma função comunicadora principalmente em um contexto em que acolhem a fala das famílias e dos pacientes, mas essa relação com a informação não estava organizada nas UTI's estudadas como parte da comunicação de notícias difíceis (Rezende *et al* 2014; Leite et al., 2014).

A função médica de comunicação além de ser naturalizada, tem no próprio Código de Ética Médica seu reforço, em seu capítulo V (Artigo 34), onde trata da *Relação médica com pacientes e familiares*, determina que é vedado ao médico:

*Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe causar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (Conselho Federal de Medicina, 2009, p. 38).*

Entre os profissionais de saúde que comunicam notícias difíceis, a maioria (76,9%) refere não sentir-se capacitado para realizar comunicação destas, o que pode se justificar pelo fato de 51,5% dos médicos e 31,8% dos enfermeiros, que são os mais envolvidos na comunicação como profissionais, mas reconhecerem não ter recebido orientação sobre como comunicar notícias difíceis na graduação. Esse dado confirma o encontrado na literatura em que “profissionais de saúde não se sentem preparados para a comunicação de notícias difíceis” por não terem recebido formação para tal (Borges, Freitas & Gurgel, 2012; Alelwani & Ahmed, 2014, Bonamigo, 2011).

Segundo Quintana, Cecin e Henn (2002), existe um descaso para com o tema da CND na formação médica. O médico, sendo formado para curar, sente-se angustiado ao reconhecer que sua profissão lhe sujeita a conviver com a morte, que passa a simbolizar derrota, expressando como consequência sentimentos de impotência ou falha profissional, tal falta de preparo também repercute no fato de os profissionais estudados não se sentirem compreendidos quando conversam com os familiares e pacientes em um contexto de CND (Sombra Neto *et al.*, 2017).

Tal aspecto tem sido intensamente discutido como resultado de uma mudança do modelo biomédico da assistência para um contexto biopsicossocial, que ganhou impulso a partir do início do século XX com reconhecimento do componente comunicacional como relevante na relação entre o paciente e os profissionais de saúde que o assistem. (Silva, 2008). Há, na literatura, uma avaliação positiva no desenvolvimento de intervenções e estudos que favoreçam a comunicação como habilidade a ser aprendida e desenvolvida. Nesse contexto a intervenção educativa mostrou-se como benéfica como forma de capacitar e de comprovar a CND como uma habilidade a ser desenvolvida (Fawole *et al.*, 2013).

**A notícia mais difícil a ser referida como comunicada foi a morte** antes da intervenção, tendo isso se modificado no momento que a intervenção trouxe uma sensibilização para o conceito de que a Notícia Difícil diz respeito ao efeito negativo sobre quem ouve, independente de tratar-se de fim de vida (Farber et al.,

2002; Fawole et al., 2013; Lampert, 2014; Georgopoulou, Prothero & D'Cruz, 2018).

Dentre os que comunicam notícias difíceis, observou-se uma relação entre o tempo de formado e o sentir-se à vontade no ato da comunicação. Isto poderia estar associado ao maior número de experiências com esse tipo de situação, levando o profissional a desenvolver meios para conduzir a comunicação. Esses achados vão ao encontro de registros feitos por Silveira, Botelho e Valadão (2017) de que médicos com mais tempo de atuação sentem-se mais confortáveis em comunicar notícias difíceis.

Os momentos de CND ocasionam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, e provoca nos profissionais, e nos pacientes; medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto, desorientação e estresse (Carvalho, 2010). O Efeito “MUM” ou efeito mudo, foi apresentado por Hirschman em 1973, segundo o qual se silencia o que se considera uma mensagem indesejada. Tal efeito pode provocar no emissor sentimento de ansiedade, culpa, medo de ser relacionado com a notícia ou de ser mal avaliado por quem ouve (paciente/família) fazendo com que os profissionais de saúde possam relutar na comunicação e utilizar silêncio defensivo, abstendo-se de comunicar notícias difíceis (Monteiro & Quintana, 2016; Hust *et al.*, 2015).

Os achados a cerca da preocupação com o ambiente da comunicação e a avaliação dos que os familiares e paciente sabiam antes de comunicar demonstraram que a mudança das respostas encontradas não foram estatisticamente significativas mas abriram um pensar sobre a importância disso como parte da comunicação de forma empática e eficaz, já que houve mudança nos índices pesquisados. Principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que têm estreita relação com as CND, pois atende pacientes com instabilidade clínica e gravidade, e uma necessidade de atenção constante, especializada e de complexidade tecnológica. Por vezes, os profissionais que atuam nesta área priorizam as atividades técnicas, e esse tecnicismo não é

suficiente, do ponto de vista ético e humanista, para atender as experiências emocionais vivenciados pelos pacientes e seus familiares e podem repercutir na comunicação de uma notícia difícil (Pochard *et al.*, 2001; Rattray, 2008).

Questionados sobre o protocolo SPIKES, embora não tenham recebido formação efetiva em comunicação de notícias difíceis, 54,4% dos entrevistados afirmaram conhecer o protocolo. Entretanto, não se sentiam capacitados em comunicação. Ao investigar a CND em obstetrícia, de Pádua (2018), obteve achados semelhantes, e afirmou que apesar da literatura orientar a utilização do protocolo SPIKES, para facilitar a comunicação de más notícias, sua utilização não funciona de forma padronizada. Ressaltou ainda que, cada profissional acaba desenvolvendo forma própria de agir nesses momentos, de acordo com suas experiências, e com o que considera mais importante.

Apesar de mostrar-se eficiente, para Sousa (2017), o protocolo SPIKES tem sido subutilizado na prática cotidiana dos profissionais de saúde. O que segundo tal autor, reflete uma defasagem no ensino da comunicação, inclusive sobre o uso de protocolos para orientar uma comunicação de notícia difícil.

Em estudo realizado por Azoulay *et al.*, (2005) em 22 UTIs da França, para avaliar o impacto da utilização de estratégias de comunicação em situações de fim de vida, observou que a utilização de protocolos cursa com menor incidência de síndrome de estresse pós-trauma, sintomas de ansiedade e depressão e menos uso de medicações psiquiátricas entre familiares. Tais achados, apontam a importância de um programa estruturado de CND no cotidiano das UTIs.

Observou-se que o programa de treinamento sobre CND realizado com técnicas de simulação associadas a um protocolo mostrou-se efetivo, com mudanças estatisticamente significativas no grau de entendimento sobre a comunicações de notícias difíceis entre os entrevistados. Concordando assim com outros estudos que apontaram um aumento nas atividades e rotinas de comunicação em saúde nas UTI após o treinamento, mesmo quando consideradas as diferenças nas características socioeconômicas, demográficas e funcionais dos

profissionais de saúde que participaram da análise (Manzoor, Mukhtar & Hashmi, 2012; Bonamigo & Destefani, 2010; Nestel & Tierney, 2007).

Os resultados indicaram melhora de entendimento sobre CND com o programa instituído, pois após o treinamento o entendimento apresentou 50,0% dos valores mais centrais da distribuição do entendimento. Essa diferença, estatisticamente significativa pode ajudar na melhoria das práticas e habilidades comunicacionais dos profissionais treinados.

A metodologia utilizada na formação pode ter contribuído para tais resultados, pois a comunicação enquanto competência de saúde, não deve ser ensinada somente através de aula expositiva, mas também de metodologias ativas, que possam sensibilizar. Desta forma, a simulação, funciona como estratégia de formação para melhorar as habilidades de uma equipe e um auto-olhar (Silveira, 2013; Sousa 2017).

As limitações deste estudo podem ser descritas em dois pontos: sendo o primeiro, em relação ao momento pelo qual se passava o hospital, marcado pela entrada de funcionários da EBSEHR, onde algumas categorias e profissionais deixaram de ser incluídos no estudo por terem sido admitidos após o encerramento dos momentos 1 e 2 da intervenção e coleta de dados. O segundo foi que educação ofertada foi uma intervenção pontual em serviço, sendo necessárias mais intervenções para atingir a todos os funcionários e talvez consideram uma educação continuada como forma de modificar o pensar da CND como habilidade no processo comunicacional.

## 7 CONCLUSÃO

Após o treinamento obteve-se melhores proporções nas variáveis de comunicação em saúde nas UTIs estudadas, em relação a sentir-se capacitado para comunicar notícias difíceis, ao desconforto para comunicar essas notícias, e ao fornecimento de todas as informações necessárias.

Registrou-se ainda maior número de profissionais que atentaram para outras notícias difíceis de comunicar, além da morte, que tiveram preocupação com o ambiente onde se comunica a notícia difícil, que interromperam a comunicação de uma notícia difícil ao perceber não estar sendo compreendido e que se sentiram à vontade em reabordar tais notícias. Observou-se ainda redução dos que não verificavam com familiares/pacientes o nível de conhecimento sobre a doença em questão.

Contudo, o programa não produziu mudanças significativas para alguns comportamentos durante a comunicação de notícias difíceis, tais como desligar o telefone celular, usar termos de fácil compreensão para o ouvinte, preferência por dá notícia difícil, preocupar-se em realizar comunicação ao paciente que está lúcido sobre risco de morte, resultados de exames ou prognóstico ruim da doença.

Por fim, o grau de entendimento participantes sobre CND aumentou após o treinamento implantado com o protocolo de notícias difíceis nas UTI selecionadas, apresentando valores mais centrais, e essa diferença foi estatisticamente significante maior após o treinamento.

Assim, conclui-se que CND merece inclusão como tema relevante na programação de educação permanente desses serviços, pois os resultados apontam que tais habilidades podem ser ensinadas e aprendidas.

Considerando-se que somente foi realizada uma intervenção, sugere-se que sejam realizados mais investimentos no ensino da comunicação e na comunicação de notícias difíceis para favorecer um processo dinâmico e contínuo de construção de conhecimento, objetivando o desenvolvimento dos profissionais, a

sensibilização da equipe e a aquisição de maiores habilidades para que consigam melhores práticas comunicacionais.

Concluiu-se também que são necessários investimentos em programas de sensibilização, desenvolvimento de empatia, percepção de vínculo e entendimento de que a comunicação faz parte do tratamento e pode produzir repercussões positivas nas relações médico-pacientes-famílias assim como nos processos de humanização.

## REFERÊNCIAS

- Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review. *Nurs Crit Care*. 22(2):70-80. doi: 10.1111/nicc.12141.
- Aguiar, V.T. (2004). O verbal e o não verbal. São Paulo: UNESP. 112p.
- Albertino, F.M.F., & Souza, N.A. (2004). Avaliação da aprendizagem: o portfólio como auxiliar na construção de um profissional reflexivo. *Estudos em Avaliação Educacional*. (29): 169-89.
- Aleluia, I.M.B. (2010). *Morte na UTI*. Uma tentativa de humanizar. (2013, Agosto). Disponível em <<http://www.hsf.org.br/>>.
- Alelwani, S.M., & Ahmed, Y.A. (2014). Medical training for communication of bad news: a literature review. *Journal of Education and Health Promotion*. 3:51. Doi:10.4103/2277-9531.134737.
- Almeida, J.L.T. (2000). Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v .24, nº 1.
- Alves, E.G.R. (2009). Equipe de Trabalho e trabalho em equipe. In Veit, M.T.(Org) *Transdisciplinariedade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. ABRALÉ – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, 1ª edição, São Paulo, SP, HR Gráfica e Editora.
- Andersen, P. A. (1999). *Nonverbal Communication: Forms and Functions*. (Mountain View, CA: Mayfield Pub. 394p.
- Araujo, J.A., & Leitão, E.M.P. (2012). A Comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. 58-62.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2004). *Humanização em cuidados intensivos*. Associação de Medicina Intensiva Brasileira/AMIB. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, p. 118.

- Ayres, J.R.C.M. (2004). Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.8, n.14, p.73-92. Doi:10.1590/S1414-32832004000100005.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., ... Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 1;171(9):987-94.
- Baile, W.F. (2015). Giving bad news. *Oncologist.* 20(8): 852–853.
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES –A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist.* 5:302-311.
- Barbosa, E.M.A., & Brasil, V.V. (2007). Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem [serial online] Mai-Ago; 9(2): 315-328.*
- Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D., & Mitnik, I. (2012). "Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *J Cancer Educ.* 27(4):786-9. doi: 10.1007/s13187-012-0407-3.
- Bascuñán, M.L., & Arriagada, A.M. (2016). Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. *Revista médica de Chile,* 144(9), 1185-1190.
- Beck, R.S., Daughtridge, R., & Sloane, P.D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 15(1):25-38.
- Bertachini, L. (2012). A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *Mundo Saúde.* 36(3):507-20.
- Bolela, F., & Jericó, M.C. (2006). Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Esc. Anna Nery* vol.10 no.2. Doi: 10.1590/S1414-81452006000200019.
- Bonamigo, E.L., & Destefani, A.S. (2010). A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética.* 18(3): 725 - 42.

- Bonamigo, E.L. (2011). *Manual de Bioética: Teoria e Prática*. São Paulo: Editora: All Print. 348p.
- Bordenave, J.E.D. (1982). **O que é comunicação**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense.
- Borges, M.S., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. v. 6, n. 3.
- Bosse, H.M., Nickel M., Huwendiek, S., Junguer, J., Schutz, J.H. & Nikendei, C. (2010). Peer role-play and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. *BMC Medical Education*, 10:27.
- Braga, E.M. & Silva, M.J.P. (2007). Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 410-414.
- Brasil. (1998). Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. PORTARIA Nº 3.432, DE 12 DE AGOSTO DE 1998. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html)>
- Brasil. (2001). Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação*. Brasília, DF.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 242. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>
- Brasil. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. PNH. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Bravo, M.I.S. (2007). *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Rio de Janeiro: Cortez. 352p.
- Bravo, M.I.S., & Menezes, J.S.B. (Orgs). (2012). *Saúde, serviço social, movimentos sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez. 344p.
- Buckman, R.A. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288:1597-1599.

- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. University of Toronto Press, Scholarly Publishing; Edição: 1.234 pg. Disponível em: < <https://www.amazon.com.br/How-Break-Bad-News-Professionals/dp/0802067905> > Acessado em: jan.2019.
- Buckman, R. (1992). *How to Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. v. 15, 223p.
- Buckman, R.A. (2005). Breaking bad news: The S.P.I.K.E.S. strategy. *Community Oncology*. 2(2); 138-142.
- 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. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica - XXV (1) - 92-102*, DOI: 10.18065/RAG.2019v25.9.
- Caramaschi, S. (2008). Comunicação não-verbal e exclusão social. In: Coelho, J.G., Vicente, M.M. (Org.). *Pensamento e Linguagem – Subjetividade, Comunicação e Arte*. (p. 113 – 124). São Paulo: Editora Unesp.
- Carvalho, R.P.N.M. (2010). *Comunicação de más notícias - A realidade médica portuguesa*. Dissertação de Mestrado (Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 33fls.
- Carvalho, V.D. (2011). *A resignificação da linguagem na relação multiprofissional da saúde: relatos pessoais de mulheres com câncer de mama*. (194 p.) Tese (Doutorado em Comunicação Social) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Cereja, W.R., & Magalhães, T.C. (2005). *Literatura Brasileira: em diálogo com outras literaturas e outras linguagens*. 3 ed. São Paulo: Atual.
- Chauí, M. (2000). Unidade 04, Capítulo 05: A Linguagem. In: *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, p. 172 – 190.
- Chehuen Neto, J.A., Soares, G.M.T., Delgado, Á.A.A., Lima, J.V., Beligoli, D.A. & Mello, C.S. (2010). Informações em saúde e a população: a relação médico-paciente e as repercussões no tratamento. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 36, n. 1, p. 13-18.
- Cohen, J. (1999). Social emotional learning past and present: an educational dialogue. In J. Cohen (Ed.), *Educating minds and hearts: Social emotional learning and the passage into adolescence*. New York: Teachers College Press and ASCD.

- Conselho Federal de Medicina (CFM - Brasil). (2009) *Código de ética médica*. Brasília.
- Cousin, G. & Schmid Mast, M. (2014). *Nonverbal communication in health settings*. Chapter. Disponível em:  
<<https://www.researchgate.net/publication/282849035>>
- Davidson, R.J., Pizzagalli, D., Nitschke, J.B., & Putnam, K. (2002). Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annu Rev Psychol*. 53:545-74.
- Davidson, J.E., Powers, K., Hedayat, K.M., Tieszen, M., Kon, A.A., Shepard, E. ... & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med*. 2007 Feb;35(2):605-22.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no artigo 19º. *Revista UFG*. Disponível em: <  
<https://revistas.ufg.br/interacao/article/download/1516/1502>>
- Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N. ... Langdon L. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med*. 79((6)):495–50755
- Farber, N.J., Urban, S.Y., Collier, V.U., Weiner, J., Polite, R.G., Davis, E.B. ... Boyer, E.G. (2002). The good news about giving bad news to patients. *J Gen Intern Med*. 17(12):914-22.
- Fawole, O.A., Dy, S.M., Wilson, R.F., Lau, B.D., Martinez, K.A., Apostol, C.C. ... Aslakson, R.A. (2013). A systematic review of communication quality improvement interventions for patients with advanced and serious illness. *J Gen Intern Med*. 28(4):570-7. doi: 10.1007/s11606-012-2204-4.
- Fermino, T.Z. & Carvalho, E.C. (2007). A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. *Cogitare Enfermagem*. (v. 12, n. 3, p. 287-289). Porto Alegre.
- Fontes, C.M.B., Menezes, D.V., Borgato, M.H., & Luiz, M.R. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089-1095.

- Freitas, K. S., Mussi, F. C., & Menezes, I. G. (2012). Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(4),704-711.
- Georgopoulou, S., Prothero, L., & D'Cruz, D.P. (2018). Physician-patient communication in rheumatology: a systematic review. *Rheumatol Int*. 38(5):763-775. doi: 10.1007/s00296-018-4016-2.
- Geovanini, F. & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Revista Bioética*. (Impr.). 21 (3): 455-62
- Giddens, A. (2005). Interação Social e Vida Cotidiana. In: *Sociologia*. (4ª ed., p. 82 - 101). Porto Alegre: Artmed.
- Gulinelli A, Aisawa RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, Antonio RO. ... Martins, M.A. (2004). Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *AMB RevAssocMed Bras*. 50(1): 41-7.
- Ha, J.F. & Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*. 10:38–43.
- Ho, K.M., English, S. & Bell, J. (2005). The involvement of intensive care nurses in end-of-life decisions: a nationwide survey. *Intensive Care Med*, 31:668-673. (2013, Agosto). Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-005-2613-5>.
- Hoang, L., LaHousse, S.F., Nakaji, M.C. & Sadler, G.R. (2011). Assessing deaf cultural competency of physicians and medical student. *Journal of Cancer Education*, v. 26, n. 1, p. 175-182.
- Hollyday, S.L. & Buonocore, D. (2015). Breaking Bad News and Discussing Goals of Care in the Intensive Care Unit. *AACN Adv Crit Care*. 26(2):131-41. doi: 10.1097/NCI.0000000000000082.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2010). *Comunicação de Notícias Difíceis: Compartilhando Desafios na Atenção à Saúde*. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 206p.
- Jelphs, K. (2006) Communication: soft skill, hard impact? *Clinician in Management*, 14: pp. 33–37.

- Kissane, D.W., Bultz, B.D., Butow, P.N., Bylund, C.L., Noble, S. & Wilkinson, S. (2017). *Communication in oncology and palliative care*. Editora: Oxford Usa Professio. 432 Pages. ISBN: 9780198736134.
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J. & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *J Multidiscip Healthc*. 2016 Oct 14;9:537-546. eCollection.
- Lampert, J.B. (2014). Habilidades de Comunicação e Qualidade de Vida/Saúde. In: Cadernos da ABEM. *Ensino de Habilidades de Comunicação em Escolas Médicas no Brasil: reflexões e experiências*. Associação Brasileira de Educação Médica. – Vol. 10 (dezembro 2014) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica.
- Lazzari, D.D., Schmidt, N., & Jung, W. (2012). Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de enfermeiras. *Rev Enferm UFSM*. 2(1):88-96
- Leite, R.A.F., Brito, E.S., Silva, L.M.C., & Palha, P.F. (2014). Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public servisse. *Comunicação Saúde Educação*; 18(51):661-71. DOI: 10.1590/1807-57622013.0653
- Levetown, M., & Committee on Bioethics. (2008). Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *American Academy of Pediatrics*. 121(5):e1441-60. doi: 10.1542/peds.2008-0565.
- Libin, A., Lauderdale, M., Millo, Y., Shamloo, C., Spencer, R., Green, B. ... Groah, S. (2010). Role-playing simulation as an educational tool for health care personnel: developing an embedded assessment framework. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 13(2):217-24.
- Lima, F. de A., Amazonas, M.C.L.A., Barreto, C.L.B.T., & Menezes, W. N. (2013). *Sons and daughters with a parent hospitalized in an Intensive Care Unit*. Estudos de Psicologia (Campinas), 30(2),199-209.
- Lino, C.A., Augusto, K.L., Oliveira, R.A.S., Feitosa, L., & Caprara, A. (2011). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 52 35 (1): 52-57. Doi: 10.1590/S0100-55022011000100008.

- Ludlow, R., & Panton, F. (1992). *The essence of effective communication*. New York: Prentice Hall. 156 p.
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K. & Munevar, C. (2010). Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12, 166–174.
- Manzoor, I., Mukhtar, F. & Hashmi, N.R. (2012). Medical students' perspective about role-plays as a teaching strategy in community medicine. *J Coll Physicians Surg Pak*. 22(4):222-5. doi: 04.2012/JCPSP.222225.
- Minayo, M.C.S. (2010). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec,
- McConnell, C.R. (2004). Interpersonal skills. What they are, how to improve them, and how to apply them. *Health Care Management (Frederick)*. Apr-Jun; 23(2): 177-87.
- Meneses, N.P., Castelli, I. & Costa Junior, Á.L. (2018). Comunicação de morte encefálica a familiares: levantamento com profissionais de saúde. *Rev. SBPH*. vol. 21 no. 1, Rio de Janeiro.
- Mirza, R.D., Ren, M., Agarwal, A. & Guyatt, G.H. (2019). Assessing Patient Perspectives on Receiving Bad News: A Survey of 1337 Patients With Life Changing Diagnoses. *Journal AJOB Empirical Bioethics*. v. 10.
- Mochel, E.G., Perdigão, E.L.L., Cavalcanti, M.B. & Gurgel, W.B. (2010). OS profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA. *Caderno de Pesquisa da UFMA*. v. 17, n. 3.
- Monden, K.R., Gentry, L. & Cox, T.R. (2016). Delivering bad news to patients. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. Jan; 29(1): 101–102.
- Monteiro, D.T. & Quintana, A.M. (2016). A comunicação de más notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, Vol. 32 n. 4, pp. 1-9. doi.org/10.1590/0102.3772e324221
- Moritz, R.D. (2005). Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*, 2005;13:51-63.
- Moritz, R.D. (2006). A Morte e o Morrer nas Unidades de Terapia Intensiva, In: David, CM - *Medicina Intensiva*. (1ª Ed. 68-78). Rio de Janeiro, Revinter.

- Moritz, R.D. (2007). How to Improve the Communication and to Prevent the Conflicts at Terminality Situations in Intensive Care Unit – *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 19(4):485-9.
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010) ‘Breaks’ Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, v. 16, n. 2, p. 61-65. ISSN 0973-1075.
- Nassar, M.R.F. (2005). Comunicação e Humanização: a reconstrução do relacionamento médico – paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. *Contemporanea*. v. 3, n. 2.
- Neri R, Pitombo LB. (2010). Grupos Balint-Paidéia: uma experiência da gestão compartilhada da clínica ampliada na Rede de Atenção Oncológica. In: Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: INCA. p. 47-54.
- Nestel, D. & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ*. 2;7:3.
- Ong, LM.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc. Sci. Med*. v. 40, n. 7, pp. 903-918.
- Pádua, F.A. (2018). *Comunicação de malformação congênita entre médico e gestante: perspectivas e entraves*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2018.
- Pagano, M. & Gauvreau, K. (2004). *Princípios de Bioestatística*. Tradução Luiz Sergio de Castro Paiva. (506 p). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Peduzzi, M. (2001) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.
- Perdicaris, A.A.M. (2009). A interdisciplinaridade no processo de comunicação na saúde. In Veit, M.T.(Org) *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, 1ª edição, São Paulo, SP, HR Gráfica e Editora.

Pereira Md, & Azevêdo, E.S. (2005). [Patient-physician relationship in Acre, Rio Branco, from the patient's point of view]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). May-Jun;51(3):153-7.

Pereira, C.R. (2010). *Comunicando más notícias: Protocolo PACIENTE*. Botucatu, 2010. 97p. Tese (Doutorado em Anestesiologia). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P. ... Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med*. 29(10):1893-7.

Ptacek, J.T. & Eberhardt, T.L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*. 14;276(6):496-502.

Ptacek, J.T., Fries, E.A., Eberhardt, T.L. & Ptacek, J.J. (1999). Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process. *Support Care Cancer*. 7(3):113-20.

Quintana, A. M.; Henn, C.G.; Cecim, P. S. (2002). O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* (Impresso), ABEM – Rio de Janeiro, v. 26, n.3, p. 204-210.

Quintana, A.M., Kegler, P., Santos, M.S. & Lima, L.D. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia* (Ribeirão Preto) vol.16 no.35.

Rabelo, L. & Garcia, V.L. (2015). Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 39 (4): 586-596. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n4e01052014

Rabow, M. W. & Mcphee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, v. 171, n. 4, p. 260-263. ISSN 0093-0415. Disponível em:  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305864/>>

Ramos, A.P. & Bortagarai, F.M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*. vol.14, n.1, pp.164-170.

Rattray, J. (2008). Commentary: Jackson JC et al. (2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in

medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Nurs Crit Care*. 13(4):215-7. doi: 10.1111/j.1478-5153.2008.00284.x.

- Rezende, L.C.M., Costa, K.N.F.M., Martins, K.P., & da Costa, T.F. (2014). Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Revista Cultura de Los Cuidados*. 2º Cuatrimestre 2014 • Año XVIII - N.º 39 p.84-92
- Rodrigues, Y.R. (2012). *Atuação do farmacêutico na atenção básica à saúde*. 38 f. Monografia (Farmácia). Universidade Católica de Brasília, Brasília.  
<Disponível em: <https://repositorio.ucb.br/jspui/handle/123456789/6768>>
- Ruiz, J.L.S. (2011). Comunicação como direito humano. In: Ruiz, J.L.S. & Sales, M.A. (Org.). *Mídia, Questão Social e Serviço Social*. (3ª edição. p. 82 - 102.) São Paulo: Cortez.
- Santos, G.R.S., Campos, J.F., & Silva, R.C. (2018). Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. *Escola Anna Nery*. 22(2):e20170268
- Schelles, S. (2008). A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações. *Revista Esfera*, Brasília, n. 1, p. 1-8.
- Sherko, E., Sotiri, E., & Lika, E. (2013). Therapeutic communication. *JAHHR*. vol. 4, nº. 7. 457-466.
- Silva, A.J.A.M.R. (2016). *A Relação Médico Doente: uma revisão da literatura*. (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra (UC). Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/33409>>
- Silva, A.E., Sousa, P.A., & Ribeiro, R.F. (2018). Comunicação de notícias difíceis: percepção de médicos que atuam em oncologia. *Recom*; v 8. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2482>.
- Silva, H.B. (2010). Beneficência e paternalismo médico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(Suppl. 2), s419-s425.
- Silva, L.M.G., Brasil, V.V., Guimarães, H.C.Q.C.P., Savonitti, B.H.R.A. & Silva, M.J.P. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto* - v. 8 - n. 4 - p. 52-58.
- Silva, P.R. (2008). A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clin Geral*. 24:505-12.

- Silveira, F.J.F., Botelho, C.C. & Valadão, C.C. (2017). Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo Med J.* 135(4):323-31. DOI: 10.1590/1516-3180.20160221270117.
- Silveira, R.E. (2013). Humanização e Educação Continuada na UTI. *Rev.Saúde.Com.* 9(1): 51-61.
- Singh, M.M. (2017). Breaking bad news in clinical setting: a systematic review. *Indian Journal of Applied Research.* Volume-7;12:86.18.
- Sombra Neto, L.L., Silva, V.L.L., Lima, C.D.C., Moura, H.T.M., Gonçalves, A.L.M., Pires, A.P.B. & Fernandes, V.G. (2017). Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado? *Revista Brasileira de Educação Médica.* 260 41 (2): 260-268. doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160063.
- Sousa, F.H. (2017) *A comunicação de más notícias: análise do treinamento de habilidades para profissionais da saúde.* Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2017. 114 p.
- Stefanelli, M. (1993). European research efforts in medical knowledge-based systems. *Artif Intell Med.* Apr;5(2):107-24.
- Suarez-Almazor, M. E. (2004). Patient-physician communication. *Curr Opin Rheumatol.* 16((2)):91–95
- Surbone, A., Ritossa, C. & Spagnolo, A.G. (2004). Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy. *Crit Rev Oncol Hematol.*;52(3):165-72.
- Surbone, A., Rowe, M., & Gallagher, T. H. (2007). Confronting Medical Errors in Oncology and Disclosing Them to Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 25(12), 1463–1467. doi:10.1200/jco.2006.09.9218
- Surbone A. (2012) Oncologists' difficulties in facing and disclosing medical errors: suggestions for the clinic. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* e24-7.
- Sweeny, K., Shepperd, J.A., & Han, P.K. (2011). The goals of communicating bad news in health care: do physicians and patients agree?. *Health Expect.* 16(3):230-8. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00709.x.
- Tager, D.K. (2001). *Viver a morte.* Lisboa: Editorial Estampa. 224p.
- Teixeira, R.R. (1997). Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.1, n. 1.

- Turato, E.R. (2005). Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista de Saúde Pública*. 39(3): 507-14.
- Vertino, K.A. (2014). Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to Improve Your Life. *Online J Issues Nurs*. 30;19(3):1.
- Victorino, A.B., Nisenbaum, E.B., Gibello, J., Bastos, M.Z.N. & Andreoli, P.B.A. (2007). Como comunicar más noticias: revisão bibliográfica. *Rev. SBPH*. v.10 n.1. Rio de Janeiro.
- Wallau, R.A., Guimarães, H.P., Falcão, L.F.R., Lopes, R.D., Leal, P.H.R., Senna, A.P.R. ... Amaral, J.L.G. (2006). Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares? *Rev Bras Terap Intens*, v.18:45-51.
- Wanzer, M.B., Wojtaszczyk, A.M. & Kelly J. (2009). Nurses' perceptions of physicians' communication: the relationship among communication practices, satisfaction, and collaboration. *Health Commun*. 24(8):683-91. doi: 10.1080/10410230903263990.
- Weinman, J. (1997). Doctor-patient communication. In Andrew Baum e col. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 284-287). Cambridge: Cambridge University Press.
- Woolley, F.R., Kane, R.L., Hughes, C.C. & Wright, D.D. (1978). The effects of doctor--patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med*. Mar;12(2A):123-8.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**  
profissionais de saúde das Uti's-HUPD



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**(Via do pesquisador)**

Destinado aos profissionais Médicos, Enfermeiros e Psicólogos da UTI

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa *COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS: EFEITO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA*.

O motivo que nos leva a estudar este tema é a necessidade de, em primeiro lugar, saber o nível de conhecimento que profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros e psicólogos tem sobre o ato de comunicar uma notícia difícil e o quão hábil estes profissionais estão para lidar com estas situações. A pesquisa se justifica, pois, num segundo momento, estes profissionais serão treinados e capacitados para desempenhar tais tarefas de maneira menos agressiva, afim de que pacientes e familiares sintam-se menos desconfortáveis diante de situações delicadas.

Você precisa apenas responder um questionário composto por 30 (trinta) questões teste para avaliar seu conhecimento sobre comunicação de notícias difíceis e isso irá direcionar os pesquisadores no momento em que a capacitação for elaborada.

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

**Itapary, 227 Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA. Telefone: 98 3222-9060**

Este documento é feito em duas vias. Você, portanto, deverá assinar as duas vias deste termo e rubricar todas as páginas juntamente com o pesquisador e, ainda, ficar com uma das vias assinadas.

**Rubrica:**

---

(Participante)

---

(Pesquisador)



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Via do participante)

Destinado aos profissionais Médicos, Enfermeiros e Psicólogos da UTI

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa *COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS: EFEITO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA*.

O motivo que nos leva a estudar este tema é a necessidade de, em primeiro lugar, saber o nível de conhecimento que profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros e psicólogos tem sobre o ato de comunicar uma notícia difícil e o quão hábil estes profissionais estão para lidar com estas situações. A pesquisa se justifica, pois, num segundo momento, estes profissionais serão treinados e capacitados para desempenhar tais tarefas de maneira menos agressiva, afim de que pacientes e familiares sintam-se menos desconfortáveis diante de situações delicadas.

Você precisa apenas responder um questionário composto por 30 (trinta) questões teste para avaliar seu conhecimento sobre comunicação de notícias difíceis e isso irá direcionar os pesquisadores no momento em que a capacitação for elaborada.

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

Este documento é feito em duas vias. Você, portanto, deverá assinar as duas vias deste termo e rubricar todas as páginas juntamente com o pesquisador e, ainda, ficar com uma das vias assinadas.

**Rubrica:**

---

(Participante)

---

(Pesquisador)

**APÊNDICE B: Termo de participação da pessoa enquanto sujeito**



**TERMO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA QUANTO SUJEITO  
COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS: EFEITO DE INTERVENÇÃO  
EDUCATIVA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.**

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

LOCAL E DATA: *São Luís*, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

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

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

2. Vanise Barros Rodrigues da Motta

ENDEREÇO: UTI Geral / *Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, 227 Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA.*

TELEFONE: (98) 98111-6163

**Rubrica:**

---

(Participante)

---

(Pesquisador)

**APÊNDICE C: Questionários para os profissionais de saúde das UTI's do HUPD**

<p><b>PERFIL DO ENTREVISTADO</b></p>
--------------------------------------

1. UTIs em que trabalha: \_\_\_\_\_
- 1.1. Tempo de atuação em UTI: \_\_\_\_\_
- 1.2. Carga horária total em UTI: \_\_\_\_\_
- 1.3. A Instituição onde exerce a MAIORIA da sua atividade em UTI é:  
 Pública  Privada  Outro: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Sexo:  Masc  Fem
4. Estado Civil:  Casado  Solteiro  Divorciado  União Estável  
 Viúvo
5. Categoria Profissional: \_\_\_\_\_
6. Ano de graduação: \_\_\_\_\_
7. Instituição de graduação: \_\_\_\_\_
8. Pós Graduação:  Sim  Não
- 8.1. Se sim, qual: \_\_\_\_\_
9. Hábitos Sociais e de Vida:  Tabagista  Etilista
- 9.1. Pratica atividade física:  Sim  Não
- 9.2. Se sim, quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_
- 9.3. Qual seu lazer preferido:  Cinema / Teatro  Shows  
 Happy Hour  Futebol nos fins de semana  Outro: \_\_\_\_\_
10. Religião:  Sim  Não
- 10.1. Se sim, qual: \_\_\_\_\_
- 10.2. Até que ponto a religião é importante na sua vida?  
 Não é importante  
 Pouco importante  
 Importante  
 Muito importante

## COMUNICAÇÃO NOTÍCIAS DIFÍCEIS / PRÉ - CAPACITAÇÃO

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

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

**APÊNDICE D: Questionário Pós-Capacitação**

**COMUNICAÇÃO NOTÍCIAS DIFÍCEIS / PÓS - CAPACITAÇÃO**

1. Categoria Profissional: \_\_\_\_\_
2. Você acha importante dedicar parte do seu tempo para explicar e/ ou responder questionamentos de pacientes e familiares?  
 Sim  Não  Parcialmente
3. Você sente-se devidamente capacitado para comunicar notícias difíceis?  
 Sim  Não  Parcialmente
4. Você prefere dar a notícia difícil pra quem?  
 Paciente  Família  Paciente e família juntos
5. Você gosta ou sente-se a vontade para comunicar notícias difíceis?  
 Sim  Não  Parcialmente
6. Que profissional você julga que deveria ser o responsável por comunicar notícias difíceis?  
 Médico  Enfermeiro  Psicólogo  Assistente Social  
 Qualquer profissional em contato com o paciente  
 mais de um \_\_\_\_\_
7. Você acha que fornece todas as informações necessárias que deveria quando comunica uma notícia difícil?  
 Sempre  Frequentemente  Nunca
8. Qual notícia você julga ser a pior a se comunicar?  
 Diagnóstico de doença grave e/ou incurável  
 Agravamento e piora do estado geral do paciente  
 Morte  Outra: \_\_\_\_\_
9. Você preocupa-se com o ambiente onde comunica alguma notícia difícil?  
 Sempre  Frequentemente  Nunca
10. Você checa com os familiares/pacientes o que ele sabe sobre a doença em questão?  
 Sempre  Frequentemente  Nunca
11. Você desliga seu telefone durante a comunicação de uma notícia difícil?  
 Sempre  Frequentemente  Nunca

13. Você interrompe a comunicação de uma notícia difícil se percebe que não está sendo compreendido e refaz a abordagem do assunto?  
 Sempre  Frequentemente  Nunca
14. Você considera importante a forma como se fala (entonação, timbre da voz, postura) durante a comunicação de uma notícia difícil?  
 Sim  Não  Parcialmente
15. Você procura usar termos de fácil compreensão para o ouvinte durante a comunicação de uma notícia difícil?  
 Sempre  Frequentemente  Nunca
16. Você reserva uma parcela do seu tempo durante o trabalho para comunicar uma notícia difícil com calma e clareza?  
 Sempre  Frequentemente  Nunca
17. Você sabia da existência de um Protocolo Internacional (SPIKES) especificamente usado para comunicação de notícias difíceis?  
 Sim  Não  Parcialmente
18. Você acredita que a compreensão de pacientes e familiares sobre o que você comunica melhorará a partir desta capacitação?  
 Sim  Não  Parcialmente
19. Em uma UTI, as notícias difíceis são abordadas mais de uma vez. Você se sente a vontade em rebordar as notícias difíceis com o paciente e/ou familiares?  
 Sim  Não  Parcialmente
20. Você se preocupa em comunicar ao paciente que está lúcido na UTI sobre possibilidade de morte, resultado de exames ou prognóstico ruim acerca de sua doença?  
 Sim  Não  Parcialmente
21. Numa escala de 0 a 10, sendo zero nenhum entendimento, qual seu grau de entendimento sobre o assunto agora?  
0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10 ( )

## **ANEXO**

## ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA

**Pesquisador:** João Batista Santos Garcia

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 46437115.7.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.415.896

#### Apresentação do Projeto:

A Má Notícia é todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis em um dos seus agentes, especialmente aquelas associadas a diagnosticar e prognosticar enfermidades. Por esse motivo, dar uma notícia difícil pode tornar-se um tabu ou algo extremamente sofrível para os profissionais em Unidades de Terapia Intensiva, o que conseqüentemente reflete grandes dificuldades e barreiras na sua comunicação. O objetivo desta pesquisa é implantar um protocolo de Comunicação de Notícias Difíceis nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de metodologia quantitativa, em Unidades de Terapia Intensiva do HU-UFMA em São Luís – MA. Será realizado em três fases: 1- Utilizado um questionário estruturado e construído para tal, do qual constam 15 perguntas para caracterização sócio-demográfica do entrevistados e 20 questões de múltipla escolha para avaliar o nível de conhecimento da equipe de saúde das UTI's sobre comunicação de notícias difíceis com múltipla escolha. 2- Apresentação de um modelo de protocolo de comunicação de notícias difíceis e treinamento deste modelo baseado com aula teórica, construção de situações modelo pelo método Role-play, uma estratégia onde é possível a comunicação na simulação de um contexto de vida real, flexível e proporcionando um exercício mais pessoal da linguística e apresentação de seqüências filmicas que retratem um profissional de

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.415.896

saúde comunicando notícias difíceis e possibilite uma visão crítica. 3- Reinvestigação após treinamento com a reaplicação do questionário de múltipla escolha. O período da coleta de dados terá início em março/2016. Serão incluídos no estudo todos os profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos. A pesquisa possui financiamento próprio.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Implantar um protocolo de Comunicação de Notícias Difíceis nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Objetivo Secundário:

Identificar o conhecimento sobre o Conceito de Notícias Difíceis por parte dos profissionais de saúde, se houve formação adequada destes perante a comunicação em situações críticas, como as que envolvem pacientes internados em UTI, e de que forma a comunicação é realizada;

Capacitar a equipe da UTI para o uso de um protocolo em comunicação de notícias difíceis; Reinvestigar após a capacitação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador, este estudo não oferece riscos de danos à dimensão física, mas o participante poderá sentir-se constrangido em virtude das perguntas inseridas no questionário. Nesse caso, ele decidirá se quer participar ou não, sendo garantido que sua identidade será preservada e na desistência ele não será penalizado. Quanto aos benefícios, consistem na verificação da eficácia do programa e, em caso de resultado positivo, na qualificação da equipe, que, ao fim da pesquisa, presume-se que estará mais apta a lidar com notícias difíceis.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Estudo possui relevância social e científica, pois permitirá implantação de protocolo de comunicação de notícias difíceis, além de contribuir com a literatura acerca da temática.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referentes aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3.) O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 1.415.896

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_448899.pdf	02/02/2016 00:40:23		Aceito
Outros	Cartarespostaversao0102.pdf	02/02/2016 00:40:02	Vanise Barros Rodrigues da Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEverSao0102.pdf	02/02/2016 00:39:19	Vanise Barros Rodrigues da Motta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MestradoVersao0102.docx	02/02/2016 00:38:09	Vanise Barros Rodrigues da Motta	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	29/09/2015 12:09:32	Vanise Barros Rodrigues da Motta	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.415.896

Não

SAO LUIS, 19 de Fevereiro de 2016

---

**Assinado por:**  
**DYEGO JOSÉ DE ARAÚJO BRITO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br

Página 04 de 04

