

A Comunicação de más notícias nos cuidados paliativos

Breaking bad News in palliative care

Maria Rannielly de Araújo Lima Magalhães (orcid.org/0000-0002-1876-6149)¹

Liza Maria Studart de Meneses (orcid.org/0000-0002-6229-197X)²

João Lins de Araújo Neto (orcid.org/0000-0001-8185-7142)³

Railda Sabino Fernandes Alves (orcid.org/0000-0001-5093-1952)⁴

Cynthia de Freitas Melo (orcid.org/0000-0003-3162-7300)⁵

Resumo

A comunicação de más notícias representa um desafio aos profissionais que atuam em cuidados paliativos, com entraves que precisam ser compreendidos. Para descortiná-los, objetivou-se analisar a perspectiva de médicos que atuam em cuidados paliativos com adultos acerca da comunicação de más notícias. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, que contou com a participação de nove médicos que trabalham em cuidados paliativos, em hospitais públicos e privados, com experiência na especialidade entre 2 e 18 anos. Responderam a um roteiro semiestruturado, contendo as seguintes temáticas: comunicação de más notícias, capacitação profissional e dificuldades dessa prática. Os dados foram analisados no software IRaMuTeQ. Os resultados organizaram-se em cinco classes, que apresentam: 1) a importância e as deficiências na capacitação e prática dos profissionais; 2) os cuidados necessários no processo de comunicação; 3) a reação do paciente e de seus familiares diante do diagnóstico e prognóstico em cuidados paliativos; 4) a integração entre equipe e família em cuidados paliativos e; 5) a importância de verificar a compreensão dos pacientes sobre a comunicação. Conclui-se que a comunicação de más notícias em cuidados paliativos é um desafio que requer conhecimento teórico e habilidades em Psicologia Médica e da Saúde, que precisam ser enfatizadas na formação profissional.

Palavras-chave: Comunicação de más notícias. Relação médico-paciente. Cuidados paliativos. Psicologia médica. Psicologia da saúde.

Abstract

Breaking bad news represents a challenge for professionals working in palliative care, with obstacles that need to be understood. To unveil them, the objective was to analyze the perspective of physicians who work in palliative care with adults about breaking bad news. A qualitative research was carried out, with the participation of nine physicians working in palliative care, in public and private hospitals, with experience in the specialty between 2 and 18 years. They answered to a semi-structured script, containing the following themes: breaking bad news, professional training and difficulties in this practice. The data were analyzed using the IRaMuTeQ. The results were organized into five classes that present: 1) the importance and deficiencies in the training and practice of professionals; 2) the necessary care in the communication process; 3) the reaction of patients and their families to the diagnosis and prognosis in palliative care; 4) the integration between team and family in palliative care and; 5) the importance of checking patients' understanding of communication. It is concluded that breaking bad news in palliative care is a challenge that requires theoretical knowledge and skills in Medical and Health Psychology, which need to be emphasized in professional training.

Keywords: Breaking bad news. Doctor-patient relationship. Palliative care. Medical psychology. Health psychology.

Desde os primórdios da história, o homem procura soluções para o sofrimento experienciado por indivíduos com alguma patologia física ou psíquica, tentando descobrir a

¹ Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: rannymagalhaes@hotmail.com

² Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lizastudart1@gmail.com

³ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: joaolinsneto@hotmail.com

⁴ Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: raildafernandesalves@gmail.com

⁵ Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: cf.melo@yahoo.com.br

cura desses males. Na antiguidade, os processos de tratamento eram realizados por sacerdotes e xamãs, aqueles que representavam o divino. As práticas curativas baseavam-se em rituais com o uso de elementos da natureza para tratar as enfermidades físicas; ou em invocações de forças sobrenaturais para assistir pessoas com doença psíquica (Gewehr, Baêta, Gomes, & Tavares, 2017).

Durante o Iluminismo, ocorreu uma transformação do pensamento da época. As mudanças no campo das ciências inspiraram as bases do modelo biomédico de saúde, que se estruturava na fundamentação empírica dos processos de tratamento e rejeitava as práticas místicas sobre a cura (Mota & Schraiber, 2014).

O modelo biomédico favoreceu um olhar objetivo e mecanicista sobre o ser humano, respaldado em explicações unicasais, extraídas da análise de partes específicas do corpo. O médico fragmentou seu olhar sobre o doente, limitando-se à doença. Como consequência, ele ignorou o sujeito em sua totalidade e complexidade, abstraindo sua subjetividade (Gewehr et al., 2017; Malfitano & Sakellariou, 2019; Silva, Melo, & Magalhães, 2019; Costa & Silva, 2019; Terra & Campos, 2019).

Nesse contexto, a relação entre os atores sociais envolvidos assumiu nova configuração - ao invés de ser entre o médico e o sujeito doente, começou a ser entre o médico e a doença (Gewehr et al., 2017). A comunicação médico-paciente foi sucumbindo devido à negligência médica sobre o ser cultural, social e psicológico que era atendido. A experiência do adoecer e todo o significado que a enfermidade tem para o sujeito geralmente não eram considerados. Era como se o sujeito estivesse amordaçado, silenciado em sua subjetividade e expressões. Toda ação e fala vinham do médico, aquele que detinha todo o saber científico. Então, por não existirem mais dois sujeitos, apenas um, já não existia comunicação nem cuidado (Gewehr et al., 2017; Fontes, Menezes, Borgato, & Luiz, 2017).

Em contraposição a essa lógica, a partir da Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, efervescentes no Brasil na década de 1970, iniciou-se um processo de transformação na forma de ver o paciente e tratar sua doença, apresentando o modelo biopsicossocial como suplente ao modelo biomédico. Refletiu-se sobre uma nova compreensão acerca da saúde, não mais definida como ausência de doenças, mas determinada por múltiplos fatores, e reivindicou-se uma assistência à saúde como direito de todos (Souza et al., 2019).

Para atender à nova concepção ampla de saúde e à expansão das demandas que ela gera, novos profissionais de saúde foram agregados no cuidado ao doente, tirando-se do médico a inteira responsabilidade de combate às enfermidades (Sousa, Maciel, & Medeiros, 2018). Foi dada ênfase à clínica ampliada e compartilhada, uma ferramenta teórica e prática que considera o cuidado no seu sentido integral, singular e inclusivo ao sujeito adoecido (Almeida & Melo, 2019; Baronio & Pecora, 2016).

O questionamento sobre a ineficiência na comunicação entre médico e paciente ganhou força quando os padrões de saúde e doença no Brasil entraram na chamada transição epidemiológica, especialmente na década de 1990. Ocorreram mudanças nos condicionantes

de saúde com a diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas, aumento das taxas de doenças crônico-degenerativas (Almeida & Melo, 2018; Gysels et al., 2012), envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida, associados à mudança no padrão de consumo e agravamento das desigualdades sociais e da pobreza (Silva, 2012).

A partir dessas novas demandas na área da saúde, na qual a cura muitas vezes não é possível e o prolongamento da vida do paciente já não é suficiente, tornou-se necessário repensar novas possibilidades de cuidado (Marinho, Oliveira, Borges, Fernandes, & Silva, 2018). Em resposta a esse desafio, os cuidados paliativos surgem como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de qualquer doença ameaçadora à vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais, desde o diagnóstico até a morte (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017, 2018).

Nessa nova forma de cuidar, o indivíduo é compreendido em sua totalidade, singularidade e autonomia (Campos, Silva, & Silva, 2019; Cassell, 1982, 1991), cuidando-se de sua dor total – física, psíquica, social e espiritual (Gomes & Melo, 2023; Hanks & Forbes, 2005; Saunders, 1996). Para tal, convoca-se maior integração entre os profissionais de saúde e o sujeito adoecido (Almeida & Melo, 2019; Pinho, Silva, Souza, & Corrêa, 2019), em um processo no qual a comunicação eficaz é condição sine qua non e determinante da qualidade da relação médico-paciente e da adesão ao tratamento (Bastos, Fonseca, Pereira, & Silva, 2016; Cabeça, 2014; Sombra Neto et al., 2017).

Porém, mesmo com essas mudanças radicais nas formas de cuidado e atenção ao sujeito enfermo, percebe-se que elas às vezes limitam-se às diretrizes teóricas. Na prática, existem dificuldades para mudar completamente as concepções arraigadas do modelo biomédico, que fragmenta e reduz o sujeito a seus determinantes biológicos (Melo et al., 2024). Muitos profissionais de saúde ainda dão enfoque à doença e esquecem o paciente enquanto sujeito integral. Assim, seguem silenciando, dividindo e segregando o indivíduo, dão maior atenção aos estudos especializados do corpo, exageram na confiança das tecnologias para dar um diagnóstico, e, principalmente, descuidam-se da forma de se relacionar com os pacientes (Sousa et al., 2018).

Nesse contexto de distanciamento, o ato de comunicar más notícias é um dos maiores desafios dos profissionais (Koch, Rosa, & Bedin, 2017), especialmente porque os colocam entre duas polaridades. Por um lado, o Código de Ética Médica (2019) diz que o médico não pode deixar de informar ao paciente sobre o diagnóstico, prognóstico e tudo que esteja relacionado ao tratamento do sujeito.

Por outro lado, estudos mostram que os médicos evitam a realização de tal tarefa, por diversos motivos, como: o medo da reação do paciente (Koch et al., 2017), o desejo da família de não oferecer informações aos pacientes, em conspiração do silêncio (Volles, Bussoletto, & Rodacoski, 2012), falta de instrução e habilidade de contato (Arantes, 2016), receio de queixas

ou processos judiciais (Lopes, Lima, & Santoro, 2018) e/ou desconhecimento de diversas técnicas que auxiliam a comunicação de más notícias (Freiberger, Carvalho, & Bonamigo, 2019), como os protocolos SPIKES, PACIENTE ou VALUE (Cabeça, 2014; Cruz & Riera, 2016; Ferreira & Mendonça, 2017). Tais problemas demandam maior investimento na formação de médicos, uso de protocolos e cuidado na realização da comunicação de más notícias (Cavalcante, Vasconcelos, & Grosseman, 2017; Dias, Carvalho, Furlaneto, & Oliveira, 2018).

Dentre os protocolos existentes que fornecem mais segurança pela técnica que utilizam, destaca-se o SPIKES, que apresenta quatro objetivos principais: entender o que o sujeito e a família sabem sobre o processo de adoecimento; informar ao paciente e à família da situação, não ultrapassando o limite do que podem suportar; acolher qualquer reação à informação dada; e expor um plano. Para alcançar os objetivos propostos, são traçados seis passos estruturados no acrônimo SPIKES: S – setting up (preparando-se para o encontro), P – perception (percebendo o paciente), I – invitation (convidando para o diálogo), K – knowledge (transmitindo as informações), E – emotions (expressando emoções) e S – strategy and summary (resumindo e organizando estratégias) (Cabeça, 2014; Cruz & Riera, 2016; Ferreira & Mendonça, 2017).

Ao considerar a importância dessas questões, abre-se espaço para as contribuições da Psicologia Médica, que tem como principal foco de interesse as relações humanas no contexto médico e a compreensão do homem em sua totalidade como sujeito biopsicossocial. Também convida para a discussão a Psicologia da Saúde, que está interessada na origem, manutenção e forma como o sujeito vivencia e experimenta seus processos de saúde e adoecimento. A partir dessas perspectivas, a Psicologia estuda e intervém sobre as possíveis limitações no tratamento, relação e comunicação entre profissionais e pacientes, dentro de uma visão que englobe as esferas biológica, social e psicológica do sujeito adoecido (Almeida & Malagris, 2011).

A comunicação entre médicos e pacientes ainda precisa de estudos mais aprofundados, a fim de detectar seus entraves, desafios e possibilidades, especialmente em contextos mais delicados de atenção, como nos cuidados de pacientes em processo de finitude, de modo a subsidiar a tomada de decisão sobre cursos de formação para profissionais de saúde. Em resposta a essa demanda, a presente pesquisa objetivou analisar a perspectiva de médicos que atuam em cuidados paliativos com pacientes adultos em diferentes áreas acerca da comunicação de más notícias.

Método

Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória, por meio da qual é possível ter maior familiaridade com o tema, explorando e entendendo o significado que os indivíduos atribuem a ele (Richardson, 2017).

Participantes

Contou-se com nove médicos que atuam em cuidados paliativos, considerando-se o critério de saturação, ou seja, o recrutamento de participantes foi encerrado quando os entrevistados não apresentavam mais novos elementos nas falas que pudessem agregar à compreensão do fenômeno estudado (Nascimento et al., 2018). A saturação foi alcançada a partir do participante 7.

Considerou-se como critério de inclusão: ser médico, atuar em equipe de cuidados paliativos dedicada a pacientes adultos com qualquer patologia, em hospitais públicos ou privados de Fortaleza (Ceará, Brasil), há no mínimo 1 ano, tempo considerado mínimo para que ele tenha experiência em cuidados paliativos, de acordo com a experiência de estudos e práticas dos autores. Excluíram-se participantes que não considerassem realizar comunicações de más notícias em seu cotidiano de trabalho. A Tabela 1 mostra a descrição dos participantes.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa

| | Sexo | Idade | Tempo de formação | Tempo nos cuidados paliativos |
|---|-------------|--------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Feminino | 38 anos | 13 anos | 6 anos |
| 2 | Feminino | 58 anos | 35 anos | 18 anos |
| 3 | Feminino | 39 anos | 15 anos | 10 anos |
| 4 | Homem | 40 anos | 12 anos | 2 anos |
| 5 | Homem | 47 anos | 17 anos | 5 anos |
| 6 | Homem | 38 anos | 15 anos | 5 anos |
| 7 | Homem | 38 anos | 15 anos | 5 anos |
| 8 | Homem | 29 anos | 4,5 anos | 4 anos |
| 9 | Homem | 37 anos | 12 anos | 5 anos |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Instrumento

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, com perguntas pré-elaboradas, com possibilidade de inclusão de novas perguntas durante a entrevista, abordando as seguintes temáticas: comunicação de más notícias, capacitação dos profissionais e as dificuldades existentes nessa prática.

Procedimentos éticos de coleta de dados

Para o processo de coleta de dados, foi realizada a Técnica da Bola de Neve, por meio da qual foram contatados participantes previamente conhecidos para realização da pesquisa e, a partir destes, foram indicados outros participantes. As entrevistas foram realizadas no

período de junho e julho de 2019, por um grupo de pesquisadores psicólogos com experiência em cuidados paliativos. Ocorrem de forma individual, com o auxílio de gravador, em local escolhido pelos participantes (consultório ou hospital onde trabalhavam) e tiveram duração de 60 a 90 minutos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer Nº 2.428.047, e foi desenvolvida em concordância com os padrões éticos, respeitando as Resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos de Análise de dados

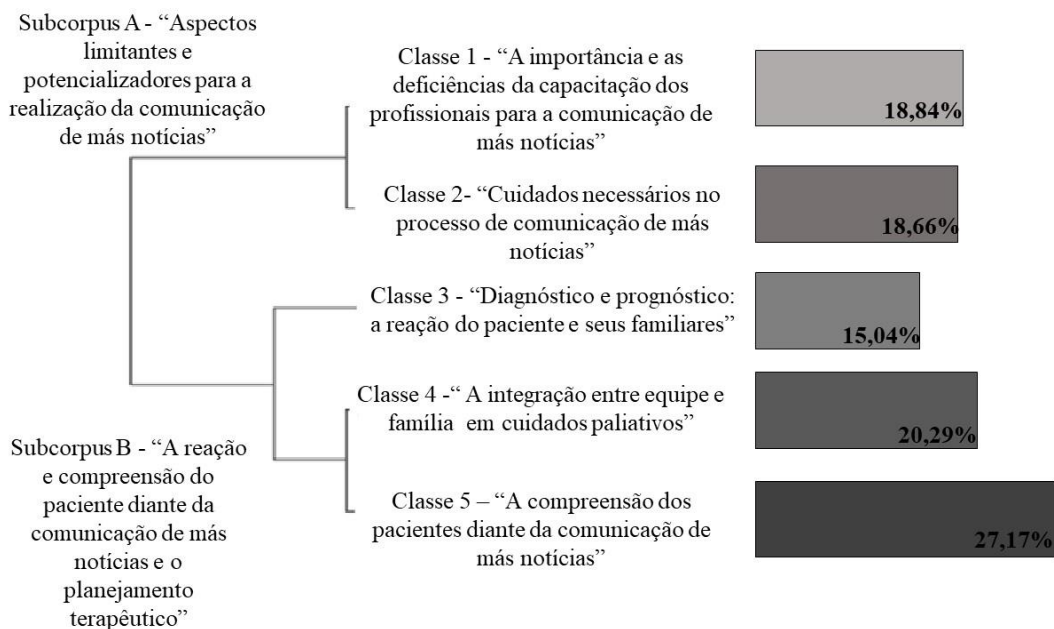
As entrevistas foram compreendidas por meio do software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um programa gratuito que busca apreender a estrutura e a organização do discurso, sendo capaz, assim, de informar as relações entre os mundos lexicais que são mais frequentemente enunciados pelos participantes da pesquisa (Camargo & Justo, 2013). As análises foram realizadas em duas etapas. Foram obtidas análises lexicográficas clássicas, para verificação de estatística de quantidade de evocações, formas e segmentos de texto (ST) – recortes de frases de cerca de 3 linhas. A partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o *software* faz uma distribuição do conteúdo das entrevistas em classes e oferece um dendrograma, considerando que palavras com maior χ^2 estão mais associadas à classe, e desconsiderando as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$). A compreensão em maior profundidade do material e a nomeação das classes foram realizadas por dois juízes, mediante análise de conteúdo de Bardin (2016) do material emergido em cada classe. A partir desse conteúdo, foi feita uma discussão com a literatura sobre o tema, especialmente comparando os dados com as etapas do protocolo SPIKES (Cabeça, 2014; Cruz & Riera, 2016; Ferreira & Mendonça, 2017).

Resultados e discussão

O corpus foi constituído por nove textos, separados em 691 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 552 STs (79,88%). Emergiram 24.269 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.724 palavras distintas e 1.398 com uma única ocorrência. O conteúdo foi categorizado em cinco classes, divididas em duas ramificações (A e B) do corpus total em análise. O subcorpus A “Aspectos limitantes e potencializadores para a realização da comunicação de más notícias” é composto pela Classe 1 - “A importância e as deficiências da capacitação dos profissionais para a comunicação de más notícias” (104 ST; 18,84%); e Classe 2- “Cuidados necessários no processo de comunicação de más notícias” (103 ST; 18,66%). O subcorpus B - “A reação e compreensão do paciente diante da comunicação de más notícias e o planejamento terapêutico” contém os discursos correspondentes à Classe 3 - “Diagnóstico e prognóstico: a reação do paciente e seus familiares” (83 ST; 15,04%); Classe 4 - “A integração entre equipe e família em cuidados paliativos” (112 ST; 20,29%); e Classe 5 - “A compreensão

dos pacientes diante da comunicação de más notícias” (150 ST; 27,17%) (ver Figura 1). A seguir serão descritas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas classes emergidas na Classificação Hierárquica Descendente.

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Classificação hierárquica descendente

Classe 1 – A importância e as deficiências da capacitação dos profissionais para a comunicação de más notícias

Compreende 18,84% ($f = 104$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3,85$ (Ajudar) e $\chi^2 = 183,11$ (Mau). É composta por palavras como "mau" ($\chi^2 = 183,11$); "notícia" ($\chi^2 = 102,75$); "dar" ($\chi^2 = 69,27$); "habilidade" ($\chi^2 = 31,63$); "formação" ($\chi^2 = 18,35$); e "preparo" ($\chi^2 = 16,74$).

A classe aborda conteúdos sobre a importância e as deficiências na formação, capacitação e habilidade em comunicar más notícias. Os participantes relataram que a forma como é realizada a comunicação repercute diretamente sobre o vínculo, a relação entre médico e paciente, e na adesão ao tratamento, tornando-se obrigação do profissional se capacitar para tal tarefa. Por outro lado, os médicos apresentaram queixas recorrentes por não terem sido capacitados para essa comunicação e afirmam que seus conhecimentos foram adquiridos apenas com o tempo, a partir da prática profissional, observando outros profissionais ou por cursos extras.

Eu não tive nenhuma experiência, nenhum professor meu chegando e me dizendo como é que eu deveria dar uma notícia, qualquer notícia, tanto uma boa notícia, quanto uma má notícia [...]. Eu aprendi observando, né? A prática médica mesmo, né? (Participante 1).

A comunicação em cuidados paliativos é a peça-chave. Se eu fizer uma comunicação adequada, eu vou ter muito sucesso, mas se eu fizer uma comunicação inadequada, todo o meu processo pode ir por água abaixo. E não é só comunicação verbal. Ela tem a linguagem não verbal que também é extremamente importante nessa comunicação de más notícias. Então eu preciso me preparar e existe técnicas para você dar más notícias. Não é que eu queira me aperfeiçoar, não que eu ache bonito, eu tenho obrigação, se eu sou da área de saúde, eu tenho que aprender como dar más notícias (Participante 2).

Nos relatos, os médicos expõem a ausência de disciplinas e aulas na faculdade voltadas para essa temática, e reforçam a importância e a obrigação dos profissionais de buscarem o desenvolvimento dessa habilidade, mesmo que fora da graduação. Corrobora-se a literatura nacional, que sinaliza uma formação deficitária e demasiadamente teórica dos cursos de graduação em Medicina, que valorizam em maior grau os aspectos técnicos, como saber diagnosticar, tratar e curar, e não capacitam os profissionais para o ato de comunicar más notícias (Arantes, 2016; Silva & Araujo, 2009). O contato tardio e distante dos profissionais com os pacientes, ainda na graduação, faz com que os médicos sintam um bloqueio em lidar com a experiência subjetiva e, como consequência, deparam-se no contexto hospitalar com relações fragilizadas e sem confiança (Arantes, 2016; Juca et al, 2010). Reforça-se, portanto, a necessidade de uma formação médica na graduação que valorize o processo de comunicação, especialmente de más notícias (Cavalcante et al., 2017; Dias et al., 2018).

Como consequência, a comunicação é vista como elemento crítico para a alta qualidade dos cuidados prestados em saúde, pois as maiores queixas dos pacientes são referentes a essa etapa, e não à competência clínica dos profissionais (Koch et al., 2017). A comunicação ineficaz pode causar nos pacientes um sentimento de insegurança em relação à doença, ao prognóstico e ao médico, fragilizando, inclusive, o vínculo, a relação e a adesão ao tratamento terapêutico (Cabeça, 2014). Também pode trazer repercussões negativas sobre os médicos, ao gerarem desconfortos, emoções intensas de raiva, tristeza ou culpa e sensação de incompetência (Koch et al., 2017). Para evitar esses problemas, o desenvolvimento de habilidades de comunicação de más notícias pode proporcionar aos profissionais execução mais segura do seu trabalho e atendimento mais digno aos pacientes e seus familiares.

Classe 2 – Cuidados necessários no processo de comunicação de más notícias

Compreende 18,66 % ($f = 103$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3,93$ (impacto) e $\chi^2 = 39,88$ (presente). Essa classe é composta

por palavras como “comunicação” ($\chi^2 = 36,62$); “possibilidade” ($\chi^2 = 34,15$); “empatia” ($\chi^2 = 17,56$); “sinceridade” ($\chi^2 = 17,56$) e “confiança” ($\chi^2 = 5,25$).

Nessa classe, foram sinalizados os principais cuidados para a realização da transmissão da informação em uma comunicação de más notícias e as consequências ocasionadas quando esta é realizada de forma inadequada. A partir dos discursos, entende-se que a comunicação adequada perpassa pela linguagem clara e simples e pelo uso da empatia. Tal cuidado facilita a apreensão do médico sobre os problemas, anseios, temores, dúvidas e expectativas dos pacientes e familiares. Caso contrário, a comunicação é realizada sem compreensão pelo paciente e seu familiar, gerando até possíveis problemas jurídicos.

Eu acho que é bom a gente se esforçar para poder comunicar as coisas com simplicidade, clareza e empatia. São três pontos fundamentais de comunicação, principalmente com sinceridade. Acho que é o ponto mais importante de toda comunicação (Participante 8).

Um ambiente acolhedor, esse ambiente também tem que ser um ambiente relacional, onde você prepara o terreno. [É importante] você se colocar à disposição, você ter segurança dos dados daquela comunicação (Participante 9).

A partir das falas, é reiterado o cuidado que se deve ter ao se comunicar com o paciente e/ou familiar. Eles relatam a importância da linguagem clara, empática e com sinceridade. Sabe-se que a comunicação é o principal fio condutor no processo de construção de uma boa relação, sendo essa de extrema importância para que tanto os profissionais consigam exercer seu papel, como para que o paciente confie no seu tratamento. Por isso, a literatura apresenta diversos protocolos, na tentativa de ajudar aos profissionais nesse processo de comunicação com qualidade, sendo o mais conhecido e utilizado o SPIKES (Cabeça, 2014; Cruz & Riera, 2016).

As dificuldades sinalizadas pelos profissionais nessa classe estão em consonância com uma das etapas do protocolo SPIKES, da “informação” (K- Knowledge), que afirma que é essencial uma linguagem acessível, didática e de acordo com a linguagem do paciente e seus familiares (Cabeça, 2014; Cruz & Riera, 2016). Ou seja, o paciente e seus familiares precisam compreender o que está sendo dito. Sendo assim, o uso de jargões, palavras técnicas ou termos e tons catastróficos devem ser evitados (Ferreira & Mendonça, 2017).

Os médicos relatam ainda que a maneira como a comunicação é realizada pode repercutir de forma significativa sobre a pessoa que a recebe. Na área da saúde, a eficiência da comunicação, da fala e da escuta repercutem sobre o tratamento e a qualidade do encontro, e sobre o desenvolvimento de relação e vínculo construtivos entre profissionais - paciente - família (Cabeça, 2014; Sombra Neto et al., 2017). Além disso, a importância de se ter uma habilidade de comunicação, sem ruído e com clareza, em consonância com os princípios bioéticos, pode evitar um mal julgamento e um desfecho judicial (Lopes et al., 2018).

Classe 3 – Diagnóstico e prognóstico: a reação do paciente e seus familiares

Compreende 15,04 % ($f = 83$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3,21$ (diagnóstico) e $\chi^2 = 93,11$ (câncer). Essa classe é composta por palavras como “câncer” ($\chi^2 = 93,11$); “pai” ($\chi^2 = 85,86$); “mãe” ($\chi^2 = 73,99$); “criança” ($\chi^2 = 50,57$); “esposo” ($\chi^2 = 33,37$); “falência” ($\chi^2 = 28,51$); “avançado” ($\chi^2 = 22,77$); “chorar” ($\chi^2 = 17,65$) e “metástase” ($\chi^2 = 17,04$).

Na análise realizada, verificou-se que no processo de comunicação de más notícias, após a realização da informação, há a necessidade de permitir a expressão das emoções dos pacientes e seus familiares. Nesse cenário, o diagnóstico de uma doença com risco à vida ou de um prognóstico reservado é perpassado por sentimentos e reações de negação, revolta e conspiração do silêncio.

Então você pode deixar boas marcas, por mais difícil que seja. “Olha, aquela doutora me disse que minha mãe tinha um câncer, mas ela falou de uma forma tão legal, ela não disse que não tinha mais nada para fazer” (Participante 2).

Era uma situação que teve um impacto do silêncio muito grande, né? A criança já sabia do diagnóstico e do prognóstico e não conversava nada com a mãe, porque não queria fazer a mãe sofrer [...] e a mãe já sabia e não conversava nada com a criança porque não queria fazer ela sofrer. Então todas ficavam nessa situação de silêncio absoluto (Participante7).

Nas falas, pode-se inferir que o processo de comunicação de más notícias é um momento difícil, em que os pacientes e seus familiares podem reagir de diversas maneiras: desespero, negação, esperança, raiva e conspiração do silêncio, esta última por vezes parte dos familiares. Cada um será afetado de forma diferente. No protocolo SPIKES, essas expressões correspondem à etapa “expressando emoções” (E - Emotions), momento em que os profissionais devem escutar e perceber a comunicação não verbal expressa pelo paciente com empatia (Cruz & Riera, 2016; Ferreira & Mendonça, 2017).

Em uma comunicação de qualidade, é possível acolher e amenizar sentimentos de dor, desespero, negação, raiva, desamparo, frustração, estresse e ansiedade vivenciados pelo paciente e/ou familiar, e de como lidar com a conspiração do silêncio, quando se trata de notícia desfavorável. Escutar e compreender o outro em sua realidade vivida é ajudá-lo a se reorganizar no mundo em suas diversas dimensões, proporcionando assim uma relação de confiança e suporte para as próximas tomadas de decisão em seu percurso de vida (Koch et al., 2017).

No discurso dos participantes, também emergiram conteúdos que retratam o conflito existente entre os familiares sobre a decisão de contar, ou não, uma má notícia para o paciente, que muitas vezes pedem aos profissionais para omitir informações dele. Diante disso, há a necessidade de os profissionais se questionarem sobre a maneira como irão dividir

essas informações com as pessoas envolvidas e se informar sobre o que o paciente sabe de seu diagnóstico e prognóstico. Nesse momento, quando a reação é marcada pelo conluio do silêncio, é gerada ansiedade nos profissionais, que geralmente preferem a verdade do diagnóstico ao paciente, permitindo que este participe de forma ativa no processo de decisão, respeitando sua autonomia (Volles et al., 2012).

Nessa discussão, recomenda-se lembrar que entre os princípios bioéticos está a beneficência, que determina o dever ético do profissional da saúde de promover primeiramente o bem do paciente, evitando danos. Diante disso, é importante ressaltar que a participação do paciente na escolha dos métodos terapêuticos, quando ele está em condições aptas, deve ser respeitada e valorizada, mantendo assim sua autonomia. Para isso, é necessário que o paciente tenha consciência e informações sobre seu estado de saúde para que seus desejos, sonhos e vontades sejam respeitados, bem como suas pendências de vida sejam resolvidas (Lopes et al., 2018).

A postura de omissão da informação realizada pela família, numa tentativa de proteção, pode ser arriscada, pela possibilidade de o paciente ter conhecimento por outros meios. Além disso, a pessoa pode se sentir excluída das discussões sobre medidas adotadas, consequentemente percebendo-se mais isolada e em um ambiente desfavorável para compartilhar suas angústias. Por isso, a conspiração do silêncio pode gerar sofrimento tanto para o paciente como para o familiar, suscitando cada membro envolvido a viver seu luto antecipatório em solidão. Essa atitude também pode impossibilitar a oportunidade do paciente de se despedir, tomar decisões práticas - como organizar testamentos e herança - participar de rituais religiosos, pedir perdão, revelar segredos, dizer a alguém que o ama e, até mesmo, realizar sonhos e desejos que sempre quis (Lopes et al., 2018).

Classe 4 –A integração entre equipe e família em cuidados paliativos

Compreende 20,29 % ($f = 112$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3,47$ (informação) e $\chi^2 = 48,68$ (familiar). Essa classe é composta por palavras como “familiar” ($\chi^2 = 48,68$); “equipe” ($\chi^2 = 44,15$); “reunião” ($\chi^2 = 26,82$); “paciente” ($\chi^2 = 15,98$) e “apoio” ($\chi^2 = 15,02$).

Nessa classe, os participantes relatam que é indispensável a existência de uma equipe alinhada para fazer as reuniões familiares e realizar comunicações, principalmente as de más notícias. Nas reuniões, a equipe deve proporcionar um ambiente que favoreça a participação da família e do paciente, quando este estiver apto a participar. Assim, juntos, será traçado o plano terapêutico do paciente, de forma que ele e seus familiares estejam cientes de todo o processo, respeitando sua autonomia.

É tão importante em cuidados paliativos, ou quando você está fazendo uma reunião familiar, você ter uma equipe, porque às vezes você fala uma coisa que não foi muito adequada e vem a psicóloga e puxa um gancho e viu e sentiu que aquilo não caiu bem, e vem a enfermeira e fala outra coisa, a assistente social dá um apoio (Participante 2).

Familiares que estão meio perdidos e na verdade geralmente as reuniões que a gente faz com eles revertem essa situação né? E já escutei de paciente dizer: “Olha doutor, agora depois dessa reunião mudou completamente a visão que eu tenho desse hospital” (Participante 7).

A partir das falas, pode-se perceber a importância do trabalho em equipe interdisciplinar no processo de comunicação e planejamento terapêutico de pacientes em cuidados paliativos. A proposta dos cuidados paliativos é cuidar do paciente como um todo, sendo assim, pode-se inferir que não se fazem cuidados paliativos apenas com um profissional. Reconhece-se que o paciente não é só biológico, ele é social, espiritual, psicológico. Por isso, para que os cuidados paliativos aconteçam, o trabalho deve ser realizado por uma equipe composta por diversos saberes, que se unem para dispor de um cuidado integral ao paciente e sua família (Pinho et al., 2019). Essa integralidade não tem como foco de atenção a doença a ser curada ou controlada, mas sim o doente, sendo entendido como ser biográfico, ativo, com direito à informação e autonomia plena para decisões a respeito do seu tratamento. É necessário o envolvimento e partilha de responsabilidades entre todos os envolvidos - profissionais, pacientes e familiares (Baronio & Pecora, 2016; Pinho et al., 2019).

Impera ainda a necessidade de atenção especial aos familiares, pois são considerados como unidades de cuidados à pessoa e sua família. É importante que os médicos, em seus atendimentos, deem apoio aos familiares, escutando-os e tirando suas dúvidas, bem como respeitando suas emoções. Esse cuidado implica também em se calar para ouvir e perceber quais são as respostas e demandas da família, pois é comum o profissional falar demais na hora das notícias ruins e justificar demais. Esse apoio se torna essencial para integrá-los como sujeitos ativos e participativos no processo de cuidado ao paciente e para prepará-los para o momento de despedida (Pinho et al., 2019). É preciso lembrar que os familiares são agentes de cuidado, mas também são sujeitos a serem cuidados.

Nessa perspectiva, mantendo as orientações da etapa “Sumário” (S - Summary) do protocolo SPIKES, é importante que a equipe resuma, ao final das reuniões com os familiares e/ou pacientes, os pontos que foram abordados naquele momento, para que todos compreendam e participem do planejamento terapêutico dos pacientes. As reuniões internas também são fundamentais para entender o caso. É importante que os profissionais se reúnam e discutam sobre como foi aquela reunião, o que foi bom e o que pode ser melhorado, para que assim a equipe cada dia mais esteja integrada, evitando incongruência nas decisões tomadas (Cruz & Riera, 2016; Ferreira & Mendonça, 2017).

Classe 5 – A compreensão dos pacientes diante da comunicação de más notícias

Compreende 27,17% ($f = 150$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3,27$ (dizer) e $\chi^2 = 35,68$ (perceber). Essa classe é composta por

palavras como “perceber” ($\chi^2 = 35,68$); “saber” ($\chi^2 = 16,34$); “adequado” ($\chi^2 = 14,36$); “sentimento” ($\chi^2 = 9,67$) e “falar” ($\chi^2 = 8,86$).

Essa classe apresenta conteúdos sobre o momento da comunicação da má notícia e como o paciente compreende esse período. Torna-se indispensável pensar no outro que escuta, para que este se sinta acolhido, pois esse estágio talvez seja o mais doloroso de sua caminhada. Faz-se importante, também, lembrar que comunicar envolve mais do que informar, implica a validação do que o outro recebeu e entendeu da mensagem. Pode-se, assim, ter a oportunidade de se produzir conhecimento, esclarecimento e acolhimento.

Não é só falar. É falar e o outro entender e processar aquela informação. Então, às vezes não é que a minha comunicação não foi tão inadequada, é que ele realmente estava com raiva ou em negação e não conseguiu assimilar aquela informação (Participante 2).

Isso é importante. Eu tento sempre avaliar a percepção das pessoas. Eu não acho tão ruim que as pessoas demonstrem emoção, porque é uma forma de você avaliar como é que tá o que as pessoas perceberam (Participante 6).

A partir das falas, percebe-se que comunicar não é apenas informar, mas é saber se realmente houve comunicação, ou seja, saber se o outro compreendeu a mensagem que o emissor queria repassar. Assim, é importante certificar-se do entendimento do que foi dito. Os médicos entrevistados, além de constatar se o paciente e seu familiar compreenderam as informações, também se utilizam das emoções expressas pelos pacientes e familiares como demonstração de entendimento do que foi falado. Aqui, fica nítida a importância em ser usada não apenas a linguagem verbal, pois se configura como uma pequena parte do processo de comunicação entre os seres humanos (Koch et al., 2017).

Essa classe também apresenta conteúdos sobre as estratégias que viabilizam a clareza dessa comunicação, como o falar a verdade, o não rodear e a comunicação adequada como forma para que essa comunicação seja fluida, clara e acessível, conforme orienta o protocolo SPIKES (Cruz & Riera, 2016; Ferreira & Mendonça, 2017). Além disso, esse comunicar deve ser digno, solidário e acolhedor ao paciente e seus familiares, para que possa incentivar o paciente a participar do contexto, e como consequência, propiciar uma boa relação (Cruz & Riera, 2016).

Considerações finais

Quando se constata o quão complexo é comunicar uma má notícia, também se reconhece o quão difícil, doloroso e desafiador é esse processo para quem comunica e para quem recebe. O presente estudo mostrou que o ato de comunicar más notícias pode ser uma tarefa crítica na carreira de um médico. Isso ocorre principalmente pela falta da inclusão desse exercício durante sua formação acadêmica. Ficou claro nas falas dos médicos a importância de se preparar para esse momento, pois o impacto de uma má notícia dada de forma insensível, impessoal e incompleta afeta muitas vezes de forma negativa a vida do paciente

e/ou familiar que a recebe, além de influenciar o vínculo médico-paciente e a adesão ao tratamento.

É importante perceber a ambivalência do posicionamento dos médicos entrevistados sobre sua formação para a prática de comunicar más notícias. Eles denunciam a deficiência na formação médica para tal exercício, mas reconhecem a responsabilidade do profissional de buscar capacitação. Acrescenta-se à reflexão que a medicina paliativa é uma subespecialidade, ou seja, o preparo para lidar com o paciente na prática médica transcende à graduação. Isso significa que o currículo mínimo dos cursos de graduação deve capacitar os profissionais, inclusive sobre aspectos relacionais com o paciente, mas isso não exime a responsabilidade do médico de preparar-se para suas práticas.

Para uma comunicação responsável, ética e eficaz, os participantes reconhecem que há necessidade de atenção aos aspectos relacionados a: uma linguagem acessível, clara, acolhedora; não uso de palavras que sugerem preconceitos; disposição de um ambiente adequado e um cuidado com o paciente e o familiar que está recebendo a má notícia, com avaliação frequente de como estes se apresentam no momento e quais as suas necessidades.

Durante o processo de realização da pesquisa, experimentaram-se algumas limitações e dificuldades, como os médicos serem exclusivamente da cidade de Fortaleza/CE e majoritariamente formados há mais de 10 anos, não sendo possível avaliar como os futuros e recém médicos estão sendo formados e informados acerca do assunto. Por isso, sugere-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas, ampliando a abrangência de participantes, contemplando outros estados brasileiros, estudantes e recém-formados em medicina, por meio de constantes avaliações, para apreender as possíveis mudanças na formação para a comunicação de más notícias resultantes das novas diretrizes curriculares nacionais. Espera-se, assim, estimular o desenvolvimento do ensino e da pesquisa no âmbito da comunicação em saúde, especialmente aquelas realizadas com pacientes em processo de finitude e em cuidados paliativos, para que a realidade brasileira de cuidado em saúde seja transformada.

Referências

- Almeida, R. A. de, & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH, 14*(2), 183-202.
- Almeida, H. R. A., & Melo, C. F. (2018). Prácticas de ortotanasia y cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal: una revisión sistemática de la literatura. *Enfermería Global, 17*(51), 529-574. Doi: 10.6018/eglobal.17.3.299691
- Almeida, H. R. A., & Melo, C. F. (2019). Orthotanasia and Dignified Death in Cancer Patients: The Perception of Health Professionals. *Psicooncología, 16*(1), 143-160.
- Arantes, A. C. Q. (2016). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Casa da Palavra.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Baronio, M., & Pecora, A. (2016). A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola. *Psicologia Revista, 24*(2), 199-228.

- Bastos, B. R., Fonseca, A. C. G., Pereira, A. K. S., & Silva, L. C. S. (2016). Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(3), 263-266.
- Cabeça, L. P. F., & de Sousa, F. G. M. (2017). Dimensions qualifying for communication of difficult news in neonatal intensive care unit. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(1), 37-50. Doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.37-50.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. <https://laccos.com.br/2018/11/29/atualizacao-do-kit-iramuteq>
- Campos, V. F., Silva, J. M. da, & Silva, J. J. da. (2019). Communication in palliative care: team, patient and family. *Revista Bioética*, 27(4), 711-718. Doi: 10.1590/1983-80422019274354
- Cassel E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England journal of medicine*, 306(11), 639-645. Doi: 10.1056/NEJM198203183061104
- Cassell, E. J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.
- Cavalcante, M., Vasconcelos, M. V. L., & Grosseman, S. (2017). A comunicação de más notícias por estudantes de medicina: um estudo de caso. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1642-1653.
- Conselho Federal de Medicina. (2019). *Código de Ética Médica*. Conselho Federal de Medicina.
- Costa, M. C. da, & Silva, R. G. L. da. (2019). A dinâmica do conhecimento biomédico e em saúde: uma interpretação sociológica. *Sociologias*, 21(50), 18-47. Doi: 10.1590/15174522-02105001
- Cruz, C. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn. Tratamento*, 21(3), 106-108.
- Dias, L. M., Carvalho, A. E. V., Furlaneto, I. P., & Oliveira, C. G. S. (2018). Medical residents perceptions of communication skills a workshop on breaking bad news. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(4), 175-183. Doi: [10.1590/1981-52712015v42n3rb20180047ing](https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20180047ing)
- Ferreira, G. D., Mendonça, G.N. (2017). *Cuidados paliativos: guia de bolso*. ANCP.
- 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), 1148-54.
- Freiberger, M. H., Carvalho, D. de, & Bonamigo, E. L. (2019). Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. *Revista Bioética*, 27(2), 318-325. Doi: 10.1590/1983-80422019272316
- Gewehr, R. B., Baêta, J., Gomes, E., & Tavares, R. (2017). Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. *Psicologia USP*, 28(1), 33-43. Doi: 10.1590/0103-656420150092

- Gomes, A. M. L., & Melo, C. de F. (2023). Dor total em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia em Estudo*, 28(e53629), 1-16. Doi: [10.4025/psicoestud.v28i0.53629](https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.53629)
- Gysels, M., Evans, N., Meñaca, A., Andrew, E., Toscani, F., Finetti, S., & Pool, R. (2012). Culture and end of life care: a scoping exercise in seven European countries. *PLoS One*, 7(4), e34188. Doi: [10.1371/journal.pone.0034188](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034188)
- [Hanks, G., & Forbes, K. \(2005\). Dame Cicely Saunders. *Pain*, 118\(3\), 283-284.](#)
- Juca, N. B. H. et al. (2010). A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 57-64. Doi: 10.1590/S0100-55022010000100007
- Koch, C. L., Rosa, A. B., & Bedin, S. C. (2017). Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. *Revista Bioética*, 25(3), 577-584. Doi: 10.1590/1983-80422017253214
- Lopes, A. C., Lima, C. A. S., Santoro, L. F. (2018). *Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia*. Atheneu.
- Malfitano, A. P. S., & Sakellariou, D. (2019). Care and occupational therapy: what kind of care definition do we have? *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(3), 681-685. Doi: 10.4322/2526-8910.ctoar1886
- Marinho, C. L. A., Oliveira, J. F. de, Borges, J. E. da S., Fernandes, F. E. C. V., & Silva, R. S. da. (2018). Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Cuidarte*, 9(1), 2017-2029. Doi: 10.15649/cuidarte.v9i1.483
- Melo, C. F., Costa, I. M., Pinheiro, A. L. V., Alves, R. S. F., & Seidi, E. M. F. (2024). In the same storm, but on different boats: The social determination of mental health during COVID-19. *Estudos de Psicologia*, 41, e210128, 1-14. Doi: [10.1590/1982-0275202441e210128](https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e210128)
- Mota, A., & Schraiber, L. B. (2014). Medicina sob as lentes da história: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1085-1094. Doi: 10.1590/1413-81232014194.16832013.
- Nascimento, L. C. N. et al. (2018). Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 228-233. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0616.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Definição de cuidados paliativos da OMS*. Genebra: OMS.
- Pinho, A. da C. C. de, Silva, V. do S. M. da, Souza, A. M. de, & Corrêa, V. A. C. (2019). On the way to look for care of people under palliative care. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 118-126. Doi: 10.4322/2526-8910.ctoao1654.
- Richardson, R. J. (2017). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Saunders, D. C. (1996). Into the valley of the shadow of death. A personal therapeutic journey. *BMJ*, 313, 1599-1601. Doi: 10.1136/bmj.313.7072.1599.

- Silva, M. J. P., & Araújo, M. M. T. (2009). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Silva, S. M. M., Melo, C. F., & Magalhaes, B. J. (2019). A recidiva em oncologia pediátrica a partir da perspectiva dos profissionais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(2), 542-555. Doi: 10.15309/19psd200221.
- Silva, L. B. (2012). Condições de vida e adoecimento por câncer. *Libertas*, 10(2), 172-187.
- Sombra Neto, L. L. et al. (2017). Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(2), 260-268. Doi: 10.1590/1981-52712015v41n2rb20160063.
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. (2018). Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico? *Trends in Psychology*, 26(2), 883-895. Doi: 10.9788/tp2018.2-13pt.
- Souza, L. E. P. F. de, Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L., Guimarães, R., Almeida-Filho, N. de, Machado, C. V., Campos, G. W., & Silva, G. A. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2783-2792. Doi: 10.1590/1413-81232018248.34462018.
- Terra, L. S. V., & Campos, G. W. de S. (2019). Alienação do Trabalho Médico: Tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0019124. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00191
- Volles, C. C., Bussoletto, G. M., & Rodacoski, G. (2012). A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. *Revista da SBPH*, 15(1), 212-231.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Definition of Palliative Care*. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Recebido em: 3/08/2020

Aprovado em: 6/07/2021