UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

GABRIELA TOUTIN DIAS

**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA:
UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS PERCEPÇÕES DE MÉDICOS
RESIDENTES, PACIENTES e FAMILIARES**

SÃO PAULO
2015

GABRIELA TOUTIN DIAS

**Comunicação de Más Notícias no Departamento de Emergência: uma Análise
Comparativa entre as Percepções de Médicos Residentes, Pacientes e
Famíliares**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de concentração: Educação e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Augusto Scalabrini Neto

**SÃO PAULO
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Dias, Gabriela Toutin

Comunicação de más notícias no departamento de emergência: uma análise comparativa entre as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares / Gabriela Toutin Dias. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências Médicas. Área de Concentração: Educação e Saúde. Orientador: Augusto Scalabrini Neto.

Descritores: 1.Comunicação em saúde 2.Relação médico-paciente 3.Emergências 4.Internato e residência 5.Educação médica 6.Serviços médicos de emergência

USP/FM/DBD-461/15

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana

- Carl G. Jung

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Mônica e Eduardo, pelo constante e incondicional amor e encorajamento. Consegui sempre correr atrás dos meus sonhos e objetivos pois sabia que vocês estavam lá. Vocês são e sempre serão o meu mais importante porto seguro.

Ao meu grande amor e marido, Roger. A nossa união me inspira e me motiva a cada dia, e esta conquista não teria sido possível sem seu amor, seu apoio e sua força. Serei eternamente grata pela sorte de ter você ao meu lado.

Ao meu querido irmão, Thomas, pelos conselhos e companheirismo. Seu equilíbrio, sabedoria e lealdade são um exemplo e uma força dentro da nossa família.

À minha querida avó, Rafaela, por sempre nos enriquecer com um ensinamento. Por ser um exemplo de vida e uma inspiração, provando a cada dia que uma mente ativa nos faz sermos sempre jovens.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Augusto Scalabrini Neto, pela valiosa amizade e pela oportunidade de adentrar neste campo de pesquisa, trilhando o caminho com constantes ensinamentos.

Aos membros da banca de qualificação que contribuíram com valiosas sugestões, possibilitando o aperfeiçoamento desta dissertação.

Aos médicos residentes que participaram desta pesquisa, pela disposição de se expor em um momento tão difícil.

Aos pacientes e familiares que diariamente passam pelo pronto-socorro e que, em seus piores momentos, nos permitem participar de suas vidas.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

TOUTIN-DIAS, G. *Comunicação de Más Notícias no Departamento de Emergência: uma Análise Comparativa entre as Percepções de Médicos Residentes, Pacientes e Familiares* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Introdução: A comunicação de más notícias é uma prática difícil, porém frequente, tornando-se praticamente rotineira no dia-a-dia de médicos. No departamento de emergência, esta categoria de comunicação adquire aspectos bastante particulares.

Objetivos: O principal objetivo deste estudo é avaliar a percepção de pacientes e familiares acerca da comunicação de más notícias no departamento de emergência, comparando-as à percepção de médicos residentes.

Método: Trata-se de um estudo observacional transversal realizado no departamento de emergência de um hospital universitário terciário. Com o intuito de comparar as percepções de médicos residentes e receptores (pacientes e familiares), foi criado um questionário baseado nas seis recomendações provenientes do protocolo SPIKES (*Setting [Ambientação]*: questões 1-5; *Perception [Percepção]*: questão 6; *Invitation [Convite]*: questão 7; *Knowledge [Conhecimento]*: questões 8-12; *Emotions [Emoções]*: questões 13-15; *Strategy and Summary [Estratégia e Resumo]*: questão 16). Os questionários foram aplicados aos participantes imediatamente após a comunicação de uma má notícia no departamento de emergência. A concordância entre médicos residentes e receptores foi analisada utilizando os testes estatísticos de Kappa e Qui-quadrado.

Resultados: Um total de 73 comunicações de más notícias foram analisadas. Os participantes foram 73 médicos residentes, 69 familiares e 4 pacientes. Em geral, houve um baixo nível de concordância entre médicos residentes e receptores acerca de como se deu a comunicação da má notícia no departamento de emergência. O nível de satisfação de pacientes e familiares sobre como os médicos residentes comunicaram estas notícias apresentou média de $3,7 \pm 0,6$ pontos. Em contraste, os médicos residentes demonstraram uma pior percepção do mesmo encontro ($2,9 \pm 0,6$ pontos), sendo $p < 0.001$. **Conclusão:** Médicos residentes e receptores tendem a discordar em relação a diversos aspectos da comunicação de uma má notícia. As discrepâncias foram mais evidentes em questões envolvendo emoções, convite e privacidade. No entanto, uma importante concordância entre as percepções foi

encontrada nas questões técnicas e de conhecimento que surgiram durante a comunicação.

Descritores: comunicação em saúde; relação médico-paciente; emergências; internato e residência; educação médica; serviços médicos de emergência

ABSTRACT

TOUTIN-DIAS, G. *Breaking Bad News in the Emergency Department: a Comparative Analysis amongst Residents, Patients and Family Members' Perceptions* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Introduction: Breaking bad news is a common and routine practice, performed practically every day by physicians. In the Emergency Department, communication acquires unique aspects. **Objective:** Our main objective was to assess patient and family member's perception about bad news communication in the Emergency Department and compare these with physicians' perceptions. **Method:** This is a cross-sectional study performed at the Emergency Department of a tertiary teaching hospital. To compare physicians' and receivers' (patient and/or family member) perceptions, we created a survey based on the six attributes derived from the SPIKES protocol (*Setting*: questions 1-5; *Perception*: question 6; *Invitation*: question 7; *Knowledge*: questions 8-12; *Emotions*: questions 13-15; *Strategy and Summary*: question 16). The surveys were applied immediately after bad news communication happened in the Emergency Department. We analyzed agreement amongst participants using Kappa statistics and Qui-squared test to compare proportions. **Results:** A total of 73 bad news communication encounters were analyzed. The survey respondents were 73 physicians, 69 family members and 4 patients. In general, there is a low level of concordance between physicians' and receivers' perceptions of how breaking bad news transpired. The satisfaction level of receivers in regards to breaking bad news by doctors presented a mean of 3.7 ± 0.6 points. In contrast, the physicians' perception of the communication was worse (2.9 ± 0.6 points), with $p < 0.001$. **Conclusions:** Doctors and receivers disagree in relation to what transpired throughout the bad news communication. Discrepancies were more evident in issues involving emotion, invitation and privacy. However, an important agreement between perceptions was found in technical and knowledge related aspects of the communication.

Descriptors: health communication; physician-patient relations; emergencies; internship and residency; medical education; emergency medical services

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Níveis de Concordância do Coeficiente Kappa.....	16
Tabela 2 – Características Demográficas dos Participantes.....	18
Tabela 3 – Características dos Encontros de Comunicação de Más Notícias.....	19
Tabela 4 – Comparação entre as Respostas de Médicos Residentes e Receptores às 16 Questões do Questionário Aplicado.....	22

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Concordância Médico-Receptor por Questão. K = PABAK.....	21
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPPesq – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

HC-FMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

PABAK – *Prevalence and Bias Adjusted Kappa*

PS – Pronto-Socorro

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de Apresentação de Dissertações, Teses e Monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas
Lista de Gráficos
Lista de Abreviaturas e Siglas

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Comunicação de Más Notícias.....	2
1.2 Comunicação de Más Notícias no Departamento de Emergência.....	3
1.3 O Protocolo SPIKES.....	4
1.4 O Papel da Percepção na Comunicação de Más Notícias.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
3 MÉTODOS.....	11
3.1 Local do Estudo e Comitê de Ética.....	12
3.2 Delineamento e População do Estudo.....	12
3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	13
3.4 Instrumentos.....	13
3.5 Procedimentos.....	14
3.6 Análise Estatística.....	15
4 RESULTADOS.....	17
4.1 Características dos Participantes.....	18
4.2 Características dos Encontros.....	19
4.3 Grau de Satisfação.....	20
4.4 Concordância de Percepções.....	20
5 DISCUSSÃO.....	23
5.1 Considerações Finais.....	28
6 CONCLUSÃO.....	30
7 ANEXOS.....	32
Anexo 1.....	33
Anexo 2.....	35
Anexo 3.....	37
8 REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

1.1 Comunicação de Más Notícias

Uma má notícia pode ser definida como qualquer informação dada a um paciente ou familiar, que adversamente afeta a visão individual sobre o presente e futuro, alterando as suas expectativas (BUCKMAN, 1984). Embora todos nós transmitiremos ou receberemos uma má notícia em algum momento de nossas vidas, há determinados grupos de pessoas que convivem de maneira mais próxima com esta prática. É o caso de profissionais da área da saúde, que em suas rotinas lidam constantemente com situações difíceis de adoecimento, agravamento de condições clínicas e morte. Sendo assim, a comunicação de más notícias é uma prática comum e rotineira para médicos (PTACEK; EBERHARDT, 1996).

No entanto, não é sempre que a prática diária de uma atividade faz com que esta se torne mais fácil. A comunicação de más notícias é percebida por grande parte dos médicos como uma tarefa extremamente difícil e que exige um alto grau de responsabilidade. A dificuldade surge de diversas frentes, mas é frequentemente associada a como a má notícia impactará a vida do paciente e seu familiar, não sendo rara a situação em que notícias difíceis demoram a ser comunicadas. Além disso, é realmente difícil se colocar no lugar do portador de uma má notícia, já que se trata de uma situação desconfortável e angustiante, que vem acompanhada de sentimentos de culpa e do medo da reação de quem está no lugar de ouvinte, bem como do manejo destas reações (VANDEKIEFT, 2001; BROWN et al., 2009).

Más notícias são normalmente associadas, de maneira estereotipada, a situações de terminalidade ou de risco de morte. Entretanto, médicos se deparam com diversas situações que envolvem a comunicação de más notícias, como o diagnóstico de diabetes a um adolescente ou a constatação de uma má formação fetal. A maneira com que um paciente ou familiar responde a uma má notícia é influenciada por seu contexto psicossocial. Pode se tratar, por exemplo, de um diagnóstico que surge em um momento inoportuno, como uma angioplastia indicada a um paciente, devido a uma angina instável, na véspera do casamento de sua filha. Sendo assim, é importante que, na comunicação de más notícias, se leve em consideração não somente o que deve ser falado ao paciente e familiar, mas também o contexto em que estes se encontram e quais são suas demandas e necessidades (VANDEKIEFT, 2001).

Desta maneira, é imperativo que abordemos esta habilidade de comunicação, não só pela sua importância na rotina médica diária, mas também porque uma comunicação de má notícia eficaz resulta em diversos desfechos positivos. Entre eles destacamos, uma melhor compreensão da informação por parte do paciente e familiar, manutenção dos sentimentos de esperança, maiores níveis de satisfação com a assistência médica e subsequente ajustamento psicológico (MAYNARD, 1996; FORD; FALLOWFIELD; LEWIS, 1996; LAST; VELDHUIZEN, 1996; SARDELL; TRIERWEILER, 1993).

A comunicação de más notícias ocorre em diversos ambientes de assistência médica, tais como: domicílio, ambulatório, enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto-Socorro (PS). Em cada um destes ambientes, a comunicação adquire aspectos e desafios peculiares, exigindo dos médicos habilidades e atitudes distintas em cada uma destas situações.

1.2 Comunicação de Más Notícias no Departamento de Emergência

No departamento de emergência, a comunicação de más notícias adquire aspectos únicos e próprios à dinâmica deste ambiente. A natureza crítica do atendimento de urgências e emergências instala um cenário no qual a maior parte dos encontros entre médicos e pacientes ocorre pela primeira vez, sem que haja um vínculo, e em um ritmo de atendimento onde tarefas como avaliação, anamnese e informação ao paciente e acompanhante acontecem de maneira desordenada (KNOPP et al., 1996).

Além disso, o ambiente disruptivo do pronto socorro é um estressor para os que lá se encontram. Do lado do médico, fatores como a inversão do ritmo circadiano, a imprevisibilidade dos atendimentos e a pressão do tempo facilitam distrações. Lidar com pacientes que muitas vezes esperam por longas horas com dor e altos níveis de ansiedade, buscando alívio rápido e atenção, pode resultar em frustração e servir como mais uma fonte de estresse (KNOPP et al., 1996).

O início do atendimento clínico muitas vezes ocorre sem nenhuma informação prévia acerca do paciente e de seus familiares e com pouco ou nenhum tempo de preparação para as interações. Quando estas interações ocorrem, muitas vezes não

há um espaço adequado para tal, não sendo infrequente observar más notícias sendo comunicadas em corredores e à beira leito (PARK et al., 2010).

Por outro lado, a ida ao departamento de emergência representa uma experiência extremamente difícil para pacientes e familiares, que muitas vezes se veem deparados repentinamente com o diagnóstico de uma doença grave ou com a possibilidade de morte. As novas informações, que surgem muitas vezes de forma rápida e desordenada, levam a sentimentos de abandono, solidão e perda de controle (TAKAYESU; HUTSON, 2004; WOOLEY et al., 1989). Muitos pacientes e familiares lembrarão, com exatidão, de suas respectivas experiências de receber uma má notícia no departamento de emergência pelo resto de suas vidas (SUN et al., 2000; BLOCK, 2001).

Entretanto, apesar de todos estes obstáculos, as crises que levam pacientes e familiares às unidades de emergência apresentam a oportunidade para uma autêntica interação (KNOPP et al., 1996). É de extrema importância que o treino da habilidade de comunicar más notícias em ambientes de urgência e emergência, assim como os protocolos adotados, contemplem o cenário de incerteza que se observa nos atendimentos, a rapidez com que os quadros clínicos evoluem e os frequentes e intensos encontros que ocorrem entre médicos e familiares (HARRISON; WALLING, 2010).

1.3 O Protocolo SPIKES

Ao pensarmos em diretrizes que possam orientar a prática da comunicação de más notícias, notamos que uma grande parte da literatura consiste em consensus de especialistas acerca de comunicações realizadas em ambientes eletivos, como ambulatório, enfermaria e assistência domiciliar (ELLIS; TATTERSALL, 1999; AMBUEL; MAZZONE, 2001; WALSH; GIRGIS; SANSON-FISHER, 1998; HARRISON; WALLING, 2010).

No ambiente de urgências e emergências, esta oferta de diretrizes para a orientação de como comunicar uma má notícia se mostra bastante limitada e geralmente voltada para a comunicação de óbitos, excluindo toda a diversidade de

comunicações difíceis que ocorrem em pronto socorros e UTIs (SHOENBERGER et al., 2013).

Neste contexto, o protocolo SPIKES surge como uma das diretrizes mais reconhecidas na literatura, sendo citado em grande parte das publicações científicas como sendo um guia eficaz e completo (BUCKMAN, 2005).

Um protocolo de comunicação tem como objetivo auxiliar o profissional que executa uma tarefa difícil. Os autores do protocolo SPIKES observaram que um plano que propunha diretrizes de ação em relação à demanda dos pacientes, à tomada de decisão compartilhada e a estratégias de enfrentamento da situação aumentava significativamente a confiança dos profissionais. Médicos que se sentem mais à vontade para comunicar más notícias apresentam menos estresse e *burnout* (BAILE et al., 2000).

Em 1998, durante um encontro da *American Society of Clinical Oncology*, 400 oncologistas compareceram a uma palestra sobre comunicação de más notícias. Segundo pesquisa realizada no local, menos de 5% destes médicos havia recebido treinamento em como comunicar más notícias; 66% relataram que davam más notícias entre 5 e 20 vezes ao mês; 74% referiram não ter nenhum tipo de planejamento para esta comunicação e, por fim, mais de 90% descreveram que lidar com as reações emocionais dos pacientes e familiares era a parte mais difícil da comunicação de más notícias. Considerando esses dados, o protocolo SPIKES foi criado como uma estratégia para facilitar a comunicação da má notícia (BAILE et al., 2000). Segundo Buckman (2005), são enfatizadas seis diretrizes:

1) *Setting* (S - Ambientação): o local onde a má notícia é comunicada deve ser reservado e privativo, evitando interrupções. No momento da comunicação, deve ser oferecida a possibilidade de participação de pessoas importantes para o ouvinte, que possam oferecer suporte. É importante estar sentado ao dar a má notícia e, se possível, sem barreiras físicas entre os participantes, deixando o cenário menos intimidador e facilitando o vínculo. A postura adotada pelo profissional deve ser neutra, evitando sinais de ansiedade e mantendo contato visual. Este pode ser brevemente interrompido caso um dos ouvintes comece a chorar, evitando que o mesmo se sinta vulnerável. Contatos físicos, tal como colocar a mão sobre a mão do ouvinte, podem representar acolhimento;

- 2) *Perception* (P – Percepção): antes de iniciar a comunicação da má notícia, o profissional deve verificar o grau de percepção do ouvinte frente à situação, incluindo o quanto ele já sabe sobre a gravidade do quadro. O objetivo é identificar a distância entre as expectativas do ouvinte e a realidade da situação;
- 3) *Invitation* (I – Convite à participação): sugere-se que o paciente possa ser convidado de antemão a saber sobre as informações que o médico possui. Pacientes e familiares possuem o direito de escolher se querem saber ou não sobre o quadro clínico, e essa vontade deve ser respeitada pelo profissional;
- 4) *Knowledge* (K - Conhecimento): antes de comunicar a má notícia o profissional deve preparar o paciente, introduzindo o assunto aos poucos. Aqui o profissional deve evitar linguagem técnica, aproximando-se do ouvinte e facilitando a compreensão. É importante verificar também sua compreensão ao longo da conversa;
- 5) *Emotions* (E - Emoções): esta é uma das partes mais desafiadoras para os profissionais, pois significa responder às emoções trazidas pelos ouvintes. Sugere-se identificar e validar as emoções apresentadas, mostrando que estas emoções estão sendo compreendidas;
- 6) *Strategy and Summary* (S – Estratégia e Resumo): o profissional deve fazer um resumo do que foi transmitido e permitir que os ouvintes verbalizem dúvidas e comentários em geral. Tenta-se de garantir que as dúvidas sejam esclarecidas e que paciente e familiares entendam a notícia que foi comunicada.

Em suma, o protocolo SPIKES fornece orientações de maneira didática, instrumentalizando o profissional a comunicar uma má notícia e a oferecer suporte para pacientes e familiares em um momento difícil. Harrison e Walling (2010) afirmam que este protocolo pode também ser utilizado como base para treinamentos adaptados à demanda específica dos profissionais, área clínica, local de atuação e público alvo. Sendo assim, e corroborado pelo estudo de Takayesu e Hutson (2004), embora o protocolo SPIKES tenha sido criado para a demanda de ambientes

eletivos, ele pode ser adaptado para se tornar um instrumento de extrema utilidade em unidades de urgência e emergência.

1.4 O Papel da Percepção na Comunicação de Más Notícias

A construção do mundo interior de cada um passa pelo processo de observação, percepção e interação com o mundo externo. Detectamos a energia física do meio e a codificamos como sinais neurais, em um processo conhecido como sensação. No entanto, precisamos selecionar, organizar e interpretar essas informações, e é neste processo que temos a percepção e a construção de significado (MYERS, 2006).

Com isso, podemos entender a percepção como a organização e interpretação de informações obtidas sensorialmente, com o intuito de formar representações internas do que ocorre ao nosso redor. Estas representações podem se tratar tanto de objetos que nos cercam até da impressão que formamos das pessoas. No entanto, este processo não está isento dos efeitos de elementos subjetivos, tais como nossas experiências prévias e expectativas (GROSS, 2009).

No encontro com o outro, somos bombardeados com informações que chegam a nós de diversas formas, sejam elas através da comunicação verbal, não verbal, de expressões faciais, entre muitos outros. Estas informações se somam e levam à percepção que formamos do outro e da mensagem por ele veiculada (GROSS, 2009). Sabe-se que a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, do outro participante da comunicação e do conteúdo, influenciam significativamente diversos aspectos do processo de interação, podendo inclusive gerar desfechos negativos (CEGALA; MCNEILIS; MCGEE, 1995; BEISECKER, 1990; SALMON et al., 1994; WEST, 1984).

Na área da saúde, a relação entre as diferentes percepções e a qualidade da comunicação possui grande importância. Uma comunicação eficaz entre médico e paciente favorece a criação de um bom vínculo, melhora a aderência ao tratamento clínico e aumenta a satisfação com o serviço como um todo. No entanto, muitas vezes são observadas discrepâncias na maneira com que médicos e pacientes ou

familiares percebem estas comunicações (OLSON; WINDISH, 2010; WEST et al., 1997).

Os autores Girgis, Sanson-Fisher e Schofield (1999) citam os seguintes aspectos como possíveis explicações para estas diferenças em percepções:

- Enquanto os médicos podem ter a percepção de que transmitiram todo o conteúdo necessário ao paciente e/ou familiar, a mensagem pode não ter sido recebida de maneira clara ou então não ter sido retida. Muitas vezes a verdade pode ter ficado mascarada pelo uso de eufemismos ou linguagem excessivamente técnica. Se pensarmos em comunicações de más notícias, fatores como choque, distração ou ansiedade podem influenciar a maneira com que o conteúdo da comunicação é percebido;
- Poucos cursos de medicina oferecem treinamento nos aspectos psicológicos do cuidado ao paciente. Consequentemente, grande parte dos médicos se forma com os recursos necessários para providenciar assistência médica de alta qualidade, mas carecendo nos recursos que englobam os demais aspectos do cuidado;
- Levando-se em consideração a formação médica voltada à cura, médicos que se deparam com situações graves podem vivenciar sentimentos como culpa, impotência e frustração sem estarem preparados para lidar com isto;
- Médicos tem que lidar com as reações emocionais dos pacientes e/ou familiares durante a comunicação, sendo estas reações mais intensas se pensarmos em comunicações de más notícias. Esta difícil tarefa acaba colocando os profissionais frente a frente com seus próprios medos e angústias.

Desta maneira, ao pensarmos na comunicação de más notícias, pensamos também na importância das percepções dos diferentes atores envolvidos na comunicação. Afinal, uma comunicação efetiva depende não somente das técnicas e estratégias empregadas, mas também das percepções de médicos, pacientes e familiares. O reconhecimento de possíveis discrepâncias nestas percepções pode fornecer elementos essenciais para a elaboração de estratégias que visem à melhoria das comunicações de más notícias.

2. OBJETIVOS

- Comparar as percepções de médicos residentes e de pacientes e/ou familiares acerca da comunicação de más notícias ocorrido no departamento de emergência.

3. MÉTODOS

3.1 Local do Estudo e Comitê de Ética

O estudo foi realizado no Pronto-Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, que é um hospital universitário terciário, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O Instituto Central faz parte do Complexo HC-FMUSP, formado por seis institutos especializados que juntos chegam a um total de aproximadamente 2.220 leitos. O Instituto Central, em particular, conta com 960 leitos. Já o seu Pronto-Socorro, recebe anualmente em torno de 50.000 visitas, das quais 12.000 resultam em internações. Sua estrutura física é subdividida em três principais áreas, sendo estas a sala de emergência (12 leitos), a unidade de observação crítica (17 leitos) e a unidade de observação não-crítica (34 leitos).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq), da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob o número de registro 9033. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2 Delineamento e População do Estudo

O presente estudo é de característica observacional transversal, tendo a coleta de dados ocorrido entre o período de junho do ano de 2012 a janeiro do ano de 2015, no Pronto-Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

A população foi composta por dois distintos grupos: médicos residentes e receptores da má notícia, ou seja, pacientes e familiares. O grupo dos médicos residentes abrangeu profissionais do primeiro ano de residência dos programas de clínica médica, neurologia, dermatologia, fisioterapia e moléstias infecciosas e médicos residentes do segundo ano do programa de clínica médica. A participação destes médicos residentes se deu durante o estágio no Pronto-Socorro. Cabe ressaltar também que permitiu-se que cada médico residente participasse somente uma única vez do estudo.

Além dos médicos residentes, participaram também deste estudo pacientes e familiares que receberam uma má notícia no Pronto-Socorro no período estudado, sendo este grupo denominado como receptores.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na pesquisa os médicos residentes que, voluntariamente, aceitaram participar do projeto. Da mesma maneira, participaram pacientes e familiares que, voluntariamente, aceitaram participar do projeto.

O critério de exclusão contemplou participantes que não preencheram completamente o questionário utilizado.

3.4 Instrumentos

Um instrumento foi desenvolvido especificamente para avaliar as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares que participaram da comunicação de uma má notícia no Pronto-Socorro. Este instrumento, elaborado no formato de um questionário, foi baseado no protocolo SPIKES (BAILE et al., 2000).

A estrutura geral do questionário inclui um total de 17 questões. Destas questões, 16 tem resposta binária (sim/não) e uma questão avalia o grau de satisfação geral do participante em relação à comunicação da má notícia, com quatro níveis de resposta (1 = ruim/2 = regular/3 = bom/4 = muito bom).

O questionário avaliou, mais especificamente, os seguintes aspectos:

- *Setting* (ambientação da comunicação) – questões 1 a 5
- *Perception* (percepção sobre a situação alvo da comunicação) – questão 6
- *Invitation* (convite à participação na comunicação) – questão 7
- *Knowledge* (transmissão do conhecimento ao receptor) – questões 8 a

- *Emotions* (resposta à emoção do receptor) – questões 13 a 15
- *Strategy and Summary* (estratégia e resumo da comunicação) – questão 16
- Avaliação da satisfação geral do participante com a comunicação da má notícia – questão 17

Os médicos e receptores responderam ao mesmos itens do questionário, no entanto as questões foram adaptadas em questionários diferentes para refletir o ponto de vista de cada participante em relação à comunicação da má notícia (Anexos 1, 2 e 3).

3.5 Procedimentos

Os médicos residentes foram abordados pelos pesquisadores e convidados a participarem da pesquisa durante seus respectivos estágios no Pronto-Socorro. Após a explicação do projeto, dos procedimentos e após a aceitação em participar da pesquisa, o médico comunicou a má notícia de acordo com a rotina habitual. Houve cuidado neste momento em não descrever detalhes do questionário ao médico residente, para que não houvesse indução no seu processo de comunicação.

Após o término da comunicação, foram abordados separadamente os receptores da má notícia, podendo estes ser pacientes e/ou familiares. Neste momento, foram explicados os objetivos da pesquisa, o termo de consentimento e o questionário. Após o convite e aceitação em participar da pesquisa foi garantido o sigilo e anonimato e aplicou-se o questionário, preenchido pelos participantes sem interferência dos pesquisadores.

Ao fim dos procedimentos, foi preenchido pelo pesquisador, juntamente com o médico residente, uma ficha de cadastro contendo os seguintes dados: sexo, idade, ano de residência, número de encontros prévios com o receptor da má notícia, tempo de duração da comunicação (medido pelo pesquisador), setor de admissão do paciente (sala de emergência, unidade de observação crítica e unidade de observação não crítica) e categoria da má notícia alvo da comunicação. Este último

campo consiste em uma categorização criada pelos próprios pesquisadores, a fim de organizar as principais condições clínicas que levam a comunicações de más notícias no departamento de emergência. As categorias de más notícias comunicadas a pacientes e/ou familiares foram:

- Diagnóstico de doença neoplásica maligna avançada sem proposta curativa
- Diagnóstico de doença neoplásica maligna com proposta curativa
- Situação de emergência com prognóstico ruim
- Óbito
- Morte encefálica
- Evento adverso

3.6 Análise Estatística

Os resultados foram analisados utilizando frequências e proporções para descrever variáveis categóricas e média $\pm$ desvio padrão para variáveis contínuas. Para avaliar a concordância das respostas dos participantes aos questionários, o teste Kappa foi adotado. Devido à interferência da prevalência e viés no coeficiente Kappa, tal como relatado em estudos prévios (BYRT; BISHOP; CARLIN, 1993; FEINSTEIN; CICCHETTI, 1990), calculamos o *Prevalence and Bias Adjusted Kappa* (PABAK) usando o *software* estatístico SAS 9.1.

A interpretação do coeficiente Kappa foi feita com base no estudo de Landis e Koch (1977), o qual adotou os níveis de concordância demonstrados na tabela 1.

Tabela 1 – Níveis de Concordância do Coeficiente Kappa

Estatística Kappa	Nível de Concordância
< 0.00	Ruim
0.00 – 0.20	Leve
0.21 – 0.40	Regular
0.41 – 0.60	Moderado
0.61 – 0.80	Substancial
0.81 – 1.00	Quase Perfeito

Fonte: Landis e Koch (1977)

O cálculo do tamanho da amostra para análise Kappa foi realizado com base no estudo de Flack et al. (1998) e utilizando o *software* estatístico PASS 13.0.1. Foi determinado que um $n=60$ alcançaria 80% de poder para detectar um valor de Kappa de 0,8 (concordância quase perfeita), com erro alpha de 0,05 (bicaudal). Esta estimativa foi calculada com base no estudo de Fried, Bradley e O'Leary (2003), que obteve 59% de respostas concordantes.

Os dados foram testados para normalidade usando o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Análises categóricas bivariadas foram realizadas com o teste qui-quadrado e as médias comparadas com o teste *t-student*. Estas análises foram processadas no *software* estatístico SPSS 20.2. Para todos os resultados, $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

4. RESULTADOS

4.1 Características dos Participantes

Um total de 73 comunicações de más notícias foram analisadas. Os participantes do estudo foram 73 médicos residentes, 69 familiares e 4 pacientes. Somente uma comunicação de má notícia foi excluída, devido ao preenchimento incompleto do questionário. A tabela 2 apresenta as características demográficas da amostra.

Tabela 2 – Características Demográficas dos Participantes

	Médicos Residentes	Familiares	Pacientes
N	73	69	4
Idade (anos)*	26,3 ± 1,9	42,5 ± 14,0	37,0 ± 10,6
Sexo (n, %)			
Masculino	43 (58,9)	18 (26,1)	3 (75,0)
Feminino	30 (41,1)	51 (73,9)	1 (25)
Ano de Residência (n, %)			
Primeiro	42 (57,5)	-	-
Segundo	31 (42,5)	-	-
Grau de Parentesco (n, %)			
Filhos	-	35 (50,7)	-
Esposa	-	15 (21,7)	-
Irmãos	-	8 (11,6)	-
Sobrinho	-	3 (4,3)	-
Mãe	-	2 (2,9)	-
Netos	-	2 (2,9)	-
Marido	-	1 (1,5)	-
Outros	-	3 (4,3)	-

*Os valores são expressos como média ± desvio padrão

A tabela 2 indica que, do total da amostra, houve uma maior prevalência de familiares participantes comparado a pacientes. Em geral, há predominância de médicos do sexo masculino e que se encontravam no primeiro ano de residência. Já

em relação aos familiares, a maioria é do sexo feminino. Observa-se também que o grau de parentesco mais prevalente dos familiares para com os pacientes é de filhos.

4.2 Características dos Encontros

A tabela 3 demonstra características específicas de cada encontro de comunicação de uma má notícia. A maior parte dos pacientes (39,7%) encontrava-se na unidade de observação crítica e na sala de emergência (38,4%). Do total de encontros, a maioria foi referente à comunicação de condições de emergência com prognóstico ruim e tratou-se do primeiro encontro entre médico e receptor da má notícia.

Tabela 3 – Características dos Encontros de Comunicação de Más Notícias

	N (%)
Total de encontros	73
Idade do paciente atendido (anos)*	62,3 ± 15,9
Unidade de cuidado	
Sala de Emergência	28 (38,4)
Unidade de Observação Crítica	29 (39,7)
Unidade de Observação Não-Crítica	16 (21,9)
Categorias de Comunicação	
Situação de emergência com prognóstico ruim	49 (67,1)
Diagnóstico de doença neoplásica maligna avançada sem proposta curativa	13 (17,8)
Óbito	6 (8,2)
Morte encefálica	3 (4,1)
Evento adverso (relacionado com acesso venoso central)	1 (1,4)
Diagnóstico de doença neoplásica maligna com proposta curativa	1 (1,4)

Duração do encontro (minutos)*	11,6 $\pm$ 6,2
Número de encontros prévios	
0	57 (78,1)
1	8 (11,0)
2	3 (4,1)
3 ou mais	5 (6,8)

*Os valores são expressos como média $\pm$ desvio padrão

4.3 Grau de Satisfação

O grau de satisfação de pacientes e familiares com a maneira com que médicos residentes comunicaram as más notícias apresentou uma média de 3,7 $\pm$ 0,6 pontos (em uma escala de 1 a 4). Por outro lado, a percepção dos médicos em relação ao grau de satisfação dos pacientes e familiares foi pior, apresentando uma média de 2,9 $\pm$ 0,6 pontos (em uma escala de 1 a 4). Esta diferença foi estatisticamente significativa, com $p < 0,001$.

4.4 Concordância de Percepções

O gráfico 1 ilustra a porcentagem de concordância das percepções de médicos residentes e receptores das más notícias. Neste gráfico, o coeficiente Kappa que mede o nível de concordância é demonstrado para cada questão. É possível observar que somente as questões 2, 8 e 11 obtiveram um nível de concordância quase perfeita. As questões 1 e 7 apresentaram um nível de concordância ruim; a questão 15, concordância leve; as questões 9, 13 e 14, concordância regular; as questões 4, 5, 6 e 10, concordância moderada e as questões 3, 12 e 16, concordância substancial.

Gráfico 1 – Concordância Médico-Receptor por Questão. K = PABAK

Na tabela 4 pode ser observada a comparação entre as respostas de médicos residentes e pacientes e familiares. Detalhadamente, é apresentada a porcentagem de respostas sim para cada questão do questionário. Referente às questões 1, 4, 7, 13 e 15, houve uma diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos participantes.

Em linhas gerais, notamos que a etapa do protocolo SPIKES na qual houve o maior numero de respostas concordantes foi a etapa *Knowledge* (transmissão do conhecimento ao receptor). Já na etapa *Emotions* (resposta à emoção do receptor), todas as respostas foram de concordância ruim e leve entre os participantes.

Tabela 4 – Comparação entre as Respostas de Médicos Residentes e Receptores às 16 Questões do Questionário Aplicado

	Médicos Residentes (% de Sim)	Receptores (% de Sim)	Teste Qui-Quadrado (valor de p)	Coeficiente Kappa
<i>Setting</i>				
Q1	27,4	78,1	< 0,001	- 0,07
Q2	98,6	91,8	0,053	0,81
Q3	90,4	84,9	0,312	0,62
Q4	19,2	35,6	0,026	0,56
Q5	90,4	83,6	0,219	0,53
<i>Perception</i>				
Q6	78,1	78,1	1,000	0,562
<i>Invitation</i>				
Q7	21,9	71,2	< 0,001	- 0,09
<i>Knowledge</i>				
Q8	98,6	94,5	0,172	0,86
Q9	57,5	60,3	0,737	0,34
Q10	90,4	84,9	0,314	0,51
Q11	97,3	95,9	0,649	0,86
Q12	61,6	71,2	0,220	0,65
<i>Emotions</i>				
Q13	16.4	37.0	0.005	0.21
Q14	83.6	79.5	0.522	0.37
Q15	47.9	69.9	0.007	0.18
<i>Strategy and Summary</i>				
Q16	71,2	61,6	0,220	0,65

5. DISCUSSÃO

A comunicação de más notícias no departamento de emergência é uma prática muito frequente na rotina de médicos residentes. A complexidade desta tarefa impõe diversos desafios à sua execução. No entanto, a grande importância de uma comunicação efetiva, não somente para pacientes e familiares, mas também para médicos, faz deste tema de vital relevância. No presente estudo, nós acessamos as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares em relação a comunicações de más notícias no departamento de emergência de um hospital universitário terciário.

A realidade do pronto-socorro de um hospital terciário implica em pacientes de alta complexidade e que chegam, em sua grande maioria, em estado grave. Esta realidade é refletida em nossos dados demográficos, que constata que, do total de receptores participantes, a minoria era de pacientes. Os pacientes que não participaram da pesquisa encontravam-se com alteração do nível de consciência, sendo, portanto, impossibilitados de participarem das comunicações. Refletindo também a gravidade dos casos atendidos no pronto-socorro, a maior parte das comunicações de más notícias em nosso estudo foi dada em relação a pacientes que se encontravam na sala de emergência e na unidade de observação crítica. Da mesma maneira, a categoria de má notícia mais prevalente foi a de situação de emergência com prognóstico ruim.

Em relação aos familiares que participaram da pesquisa, a maioria era do sexo feminino e de grau de parentesco filhos, o que é compatível com a literatura em nosso meio. Segundo Floriani e Schramm (2004), por exemplo, o cuidador informal de idosos costuma ser do sexo feminino e, na maioria das vezes, filho do paciente.

Os nossos achados demonstram que, em geral, há um baixo nível de concordância entre as percepções de médicos residentes e receptores acerca da comunicação de más notícias em um cenário de emergência. Esta constatação é evidenciada pelo fato de que somente três das dezesseis questões resultaram em um alto nível de concordância.

Embora diversos estudos tenham analisado as percepções de médicos e pacientes dentro do contexto hospitalar, até o presente momento não existe nenhum estudo comparando as percepções de médicos, pacientes e familiares dentro do departamento de emergência e imediatamente após a comunicação de uma má notícia. Por outro lado, no que diz respeito a diferenças significativas de percepção entre médicos residentes e receptores no processo de comunicação, nossos

achados são compatíveis com a literatura existente. Hall et al. (1999) demonstraram em seu estudo que as percepções de médicos e pacientes diabéticos na atenção primária foram substancialmente discrepantes em relação à qualidade da comunicação e satisfação geral com o atendimento. De maneira similar, Fried, Bradley e O'Leary (2003) encontraram que, para pacientes idosos com doenças graves em seu domicílio, a concordância entre pacientes e médicos e entre cuidadores e médicos para a comunicação de mau prognóstico foi baixa.

Uma análise detalhada dos resultados obtidos em nosso estudo mostra que o item *Knowledge* (transmissão do conhecimento ao receptor) resultou no maior número de respostas concordantes, sendo que neste quesito, a maioria dos médicos residentes e receptores percebeu que as recomendações do protocolo SPIKES foram cumpridas. Neste sentido, os residentes tenderam a comunicar mensagens claras, sem o uso excessivo de termos técnicos, acessando a compreensão do receptor ao longo da conversa e esclarecendo todas as suas dúvidas. Por outro lado, o item *Emotions* (resposta à emoção do receptor) resultou no maior número de respostas discrepantes.

Estes resultados sugerem que as habilidades de comunicação que envolvem aspectos emocionais e comportamentais são extremamente complexas, representando um grande desafio para os médicos em comparação às habilidades técnicas. No estudo de Sweeny, Shepperd e Han (2013), os médicos entrevistados referiram que o objetivo mais importante em uma comunicação de más notícias era fornecer informações aos pacientes e familiares. Por outro lado, estes mesmos médicos referiram que o objetivo menos importante era a atenuação do desconforto dos pacientes e familiares. Já Dulmen et al. (2007), ao analisarem o comportamento verbal de 237 alunos de medicina durante comunicações de más notícias simuladas, concluíram que os alunos utilizam a linguagem de uma forma muito mais instrumental do que afetiva, fornecendo principalmente informações médicas.

De fato, a maior parte das graduações em medicina atualmente oferece pouco ou nenhum treinamento nos aspectos psicológicos do cuidado médico. Portanto, muitos médicos adentram seus programas de residência bem preparados para os aspectos técnicos do cuidado, mas carecendo das ferramentas necessárias para lidar com os demais aspectos inerentes ao atendimento (GIRGIS; SANSON-FISHER; SCHOFIELD, 1999; COWAN; LAIDLAW, 1993). Neste cenário, os médicos residentes tendem a confiar mais em seu conhecimento técnico, enfatizando este

aspecto durante comunicações difíceis, tal como considerado por Friedrichsen e Milberg (2006). Os autores atribuíram este comportamento à apreensão, por parte dos médicos, com o fato de que a falta de conhecimento técnico os tornem menos confiáveis perante os pacientes. De fato, Cegala, McNeilis e McGee (1995) encontraram que pacientes e familiares possuem uma grande preocupação com aspectos técnicos de seus quadros clínicos.

As questões que apresentaram as piores concordâncias dentro do item *Emotions* (resposta à emoção do receptor), foram as que envolveram empatia. Interessantemente, a percepção dos receptores acerca do desempenho dos médicos residentes nestes quesitos foi melhor do que a percepção dos médicos. Uma possível explicação para este achado é que os médicos residentes podem ter relacionado empatia com suas atitudes de ativamente acessar os sentimentos dos receptores, o que ocorreu, na percepção dos médicos, na minoria dos encontros. Adicionalmente, os médicos tiveram a percepção de que as emoções dos receptores foram reconhecidas e validadas por eles em menos da metade dos encontros. Suchman et al. (1997) apresentaram resultados similares, atribuindo-os a oportunidades empáticas perdidas, ou seja, em situações nas quais o médico poderia apresentar uma resposta empática às reações emocionais dos pacientes, ele opta por retornar a assuntos ligados a aspectos técnicos da comunicação, geralmente ligados a resultados de exames, sintomas e diagnósticos. Novamente temos os aspectos técnicos servindo como uma zona de conforto para os médicos residentes.

Por outro lado, pacientes e familiares podem ter percebido respostas empáticas dos médicos residentes através de ações indiretas, como comportamento não verbal, compaixão e uso de linguagem apropriada ao seu entendimento. Esta pode ser uma explicação para os receptores terem percebido uma maior empatia do que os médicos residentes. Dosanjh, Barnes e Bhandari (2001), ao trabalharem com residentes em um *workshop* sobre comunicação de más notícias, encontraram que a linguagem não verbal é essencial na transmissão de notícias difíceis, pois são gestos que complementam a comunicação verbal e refletem uma postura empática por parte do residente.

Os achados acima estão em consonância com o nível geral de satisfação com a comunicação encontrado em nosso estudo, que também foi superestimado por pacientes e familiares quando comparado à percepção dos residentes. Esta

diferença também foi observada por outros pesquisadores, como Hall et al. (1999), que encontraram discrepância entre as avaliações de médicos e pacientes, concluindo que médicos subestimaram as avaliações positivas de pacientes em relação à comunicação em todos os itens avaliados.

Um possível motivo para a pior percepção dos residentes em relação ao grau de satisfação dos pacientes e familiares com a comunicação pode ser o alto grau de insegurança apresentado por médicos residentes ao comunicarem uma má notícia (HULSMAN et al., 2010). Neste contexto de insegurança, os médicos podem subjugar suas habilidades e acharem que não desempenharam tão bem quanto deveriam o processo comunicativo.

O item *Invitation* (convite à participação na comunicação) recomenda que os profissionais de saúde perguntem aos pacientes se eles desejam ou não, saber mais sobre seu diagnóstico e tratamento. Em nosso estudo, houve uma importante discrepância entre as percepções dos participantes, sendo que a minoria dos médicos residentes afirma que perguntou ao receptor se ele gostaria de receber as informações sobre seu quadro clínico. Este resultado é compatível com os achados prévios da literatura, que mostram que o médico, na preocupação de exercer suas obrigações morais e legais, acaba não acessando a vontade expressa do paciente. (BUTOW et al., 1997; MILLER, 1995).

Em contraste, a maioria dos pacientes e familiares percebeu que os médicos e residentes pediram sua permissão antes de fornecer informações sobre exames e diagnósticos. Essa diferença em percepção pode ter ocorrido porque, embora os residentes não tenham ativamente acessado esta preferência, os receptores podem ter se sentido convidados a expressarem suas preferências. Com isso, este convite ocorreu tacitamente ao longo da comunicação da má notícia.

As especificidades inerentes ao departamento de emergência também influenciaram a maneira com que as comunicações de más notícias ocorreram. Do total de 73 encontros analisados, identificamos que a grande maioria ocorreu pela primeira vez, sem que houvesse nenhum tipo de relacionamento prévio entre médicos e pacientes e familiares. A duração média de cada encontro foi de 11,6 minutos. A falta de vínculo ou relacionamento prévio, associada ao pouco tempo disponível para a comunicação, são particularidades do trabalho no pronto-socorro, que juntamente com a pouca ou nenhuma informação prévia sobre o paciente e seu

familiar, fazem da comunicação de más notícias neste ambiente uma tarefa ainda mais desafiadora.

A estrutura física do departamento de emergência, geralmente restrita e desorganizada, também trás desafios ao fluxo de trabalho. Em muitos casos, não há um espaço adequado para comunicações difíceis. A primeira questão do questionário utilizado nesta pesquisa indaga justamente se houve ou não privacidade no momento da comunicação da má notícia. Novamente observamos uma alta discordância entre os participantes, com os receptores avaliando melhor este quesito em comparação aos médicos. Em geral, médicos tem o conhecimento do que seria o espaço ideal para uma comunicação difícil, incluindo as recomendações para uma sala que promova privacidade e reduzidas chances de interrupção. A realidade dos serviços de emergência é bem diferente, o que explica o fato de menos de um terço dos médios residentes, em nosso estudo, terem percebido o local da comunicação como um ambiente reservado. A alta porcentagem de pacientes e familiares que discordaram dos médicos nesta questão pode ser explicada pelo fato de que, em meio ao caos do pronto-socorro, o simples fato de baixar o tom de voz, fechar a cortina do leito ou encontrar um espaço vazio no corredor para conversar, podem transmitir a sensação de foco e privacidade (ISERSON, 2000).

5.1 Considerações Finais

A compreensão da lacuna existente na comunicação entre médicos residentes e pacientes e familiares, refletida pela discrepância encontrada nas percepções, torna-se essencial para o entendimento da miríade de fatores que influenciam o processo de comunicação de uma má notícia no departamento de emergência. Em um ambiente intenso e caótico como o pronto-socorro, onde notícias difíceis são dadas diariamente, entender as peculiaridades desta modalidade de comunicação do ponto de vista dos diversos atores envolvidos é crucial para prover cuidados clínicos integrais e com segurança.

A elaboração desta pesquisa nos comprovou a necessidade de dar continuidade ao estudo do tema. Além de buscar mais dados para a compreensão

das demandas e particularidades de médicos, pacientes e familiares que participam na comunicação de más notícias, julgamos ser de grande relevância o estudo de intervenções que tenham como objetivo a melhoria da atuação dos profissionais de saúde nesta modalidade de comunicação.

6. CONCLUSÃO

Houve significativa discordância entre as percepções de médicos residentes e de pacientes e familiares durante a comunicação de más notícias no departamento de emergência.

7. ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO (para o paciente)

Por favor, marque com um X a resposta para as perguntas a seguir:

1) O lugar onde o médico conversou com você era um lugar reservado, no qual você teve privacidade?	Sim	Não
2) O médico se apresentou para você dizendo o nome dele?	Sim	Não
3) O médico disse para você qual a função ou cargo que exercia?	Sim	Não
4) O médico perguntou para você se queria chamar outros familiares ou acompanhantes para participar da conversa?	Sim	Não
5) O médico olhou em seus olhos ou tocou em suas mãos ou ombros oferecendo apoio?	Sim	Não

6) O médico perguntou o que você já sabia ou pensava sobre a sua doença, antes de começar a dar as notícias?	Sim	Não
--	------------	------------

7) Antes de dar as notícias, o médico perguntou à você se queria saber sobre o seus exames, diagnósticos e tratamentos?	Sim	Não
---	------------	------------

8) O médico deu as notícias de maneira clara sem utilizar muitos termos técnicos?	Sim	Não
9) O médico usou expressões que te assustaram ou te deixaram com medo?	Sim	Não
10) O médico perguntou ao longo da conversa se você entendeu o que ele estava falando?	Sim	Não
11) O médico respondeu a todas as suas dúvidas?	Sim	Não
12) O médico disse que não havia mais nada que ele pudesse fazer por você?	Sim	Não
13) O médico perguntou a você o que estava sentindo?	Sim	Não
14) O médico deu a você tempo para expressar o que estava sentindo?	Sim	Não

15) O médico disse que entende o que você está sentindo?	Sim	Não
--	------------	------------

16) O médico pediu para você e a sua família decidirem sozinhos se as medidas médicas deveriam ser continuadas ou não?	Sim	Não
--	------------	------------

17) Dê uma nota de 1 a 4 em relação ao seu grau de satisfação com a maneira como o médico deu as notícias a você:
1 - ruim 2 - regular 3 - bom 4 - muito bom

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO (para o familiar)

Por favor, marque com um X a resposta para as perguntas a seguir:

1) O lugar onde o médico conversou com você era um lugar reservado, no qual você teve privacidade?	Sim	Não
2) O médico se apresentou para você dizendo o nome dele?	Sim	Não
3) O médico disse para você qual a função ou cargo que exercia?	Sim	Não
4) O médico perguntou para você se queria chamar outros familiares ou acompanhantes para participar da conversa?	Sim	Não
5) O médico olhou em seus olhos ou tocou em suas mãos ou ombros oferecendo apoio?	Sim	Não

6) O médico perguntou o que você já sabia ou pensava sobre a doença do seu familiar, antes de começar a dar as notícias?	Sim	Não
--	------------	------------

7) Antes de dar as notícias, o médico perguntou se você queria saber sobre os exames, diagnósticos e tratamentos do seu familiar?	Sim	Não
---	------------	------------

8) O médico deu as notícias de maneira clara sem utilizar muitos termos técnicos?	Sim	Não
9) O médico usou expressões que te assustaram ou te deixaram com medo?	Sim	Não
10) O médico perguntou ao longo da conversa se você entendeu o que ele estava falando?	Sim	Não
11) O médico respondeu a todas as suas dúvidas?	Sim	Não
12) O médico disse que não havia mais nada que ele pudesse fazer pelo seu familiar?	Sim	Não
13) O médico perguntou a você o que estava sentindo?	Sim	Não
14) O médico deu a você tempo para expressar o que estava sentindo?	Sim	Não

15) O médico disse que entende o que você está sentindo?	Sim	Não
--	------------	------------

16) O médico pediu para você e a sua família decidirem sozinhos se as medidas médicas deveriam ser continuadas ou não?	Sim	Não
--	------------	------------

17) Dê uma nota de 1 a 4 em relação ao seu grau de satisfação com a maneira como o médico deu as notícias a você:
1 - ruim 2 - regular 3 - bom 4 - muito bom

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO (para o médico)

Por favor, marque com um X a resposta para as perguntas a seguir:

1) O lugar onde você conversou com o paciente/familiar era um lugar reservado, no qual ele teve privacidade?	Sim	Não
2) Você se apresentou para o paciente/familiar dizendo o seu nome?	Sim	Não
3) Você disse para o paciente/familiar qual a função ou cargo que exercia?	Sim	Não
4) Você perguntou para o paciente/familiar se ele queria chamar outros familiares ou acompanhantes para participar da conversa?	Sim	Não
5) Você olhou nos olhos do paciente/familiar ou tocou em suas mãos ou ombros pra dar apoio?	Sim	Não

6) Você perguntou ao paciente/familiar o que ele já sabia ou pensava sobre a sua doença antes de começar a dar as más notícias?	Sim	Não
---	------------	------------

7) Antes de começar a dar as más notícias, você perguntou ao paciente/familiar se ele queria saber sobre os exames, diagnósticos e tratamentos?	Sim	Não
---	------------	------------

8) Você deu as más notícias de maneira clara sem utilizar muitos termos técnicos?	Sim	Não
9) Você usou expressões que assustaram ou deixaram com medo o paciente/familiar?	Sim	Não
10) Você perguntou ao longo da conversa se o paciente/familiar entendeu o que você estava falando?	Sim	Não
11) Você respondeu todas as dúvidas do paciente/familiar?	Sim	Não
12) Você disse que não havia mais nada que pudesse fazer pelo paciente/familiar?	Sim	Não

13) Você perguntou ao paciente/familiar o que ele está sentindo?	Sim	Não
14) Você deu a paciente/familiar tempo para expressar o que está sentindo?	Sim	Não
15) Você disse que entendia o que o paciente/familiar está sentindo?	Sim	Não

16) Você pediu para o paciente e sua família decidirem sozinhos se as medidas médicas deveriam ser continuadas ou não?	Sim	Não
--	------------	------------

17) Dê uma nota de 1 a 4 em relação a qual você acha que foi o grau de satisfação do paciente e/ou familiar em relação à comunicação das más notícias feita por você: 1 - ruim 2 - regular 3 - bom 4 - muito bom

8. REFERÊNCIAS

Ambuel B, Mazzone MF. Breaking Bad News and Discussing Death. *Prim Care* 2001; 28:249-267.

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a Six-step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* 2000; 5:302–311.

Beisecker AE. Patient Power in Doctor-Patient Communication: What do We Know? *Health Communication* 1990; 2:105-122.

Block SD. Psychological Considerations, Growth, and Transcendence at the End of Life. *JAMA* 2001; 285:2898-2905.

Brown R, Dunn S, Byrnes K, Morris R, Heinrich P, Shaw J. Doctors' Stress Responses and Poor Communication Performance in Simulated Bad-News Consultations. *Acad Med* 2009; 84:1595-1602.

Buckman R. Breaking Bad News: Why is it Still So Difficult? *BMJ* 1984; 288:1597–99.

Buckman R. Breaking Bad News: the S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology* 2005; 2:183-142.

Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall MHN, Boyer MJ. The Dynamics of Change: Cancer Patients' Preferences for Information, Involvement and Support. *Ann Oncol* 1997; 8(9):857–863.

Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, Prevalence and Kappa. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:423-429.

Cegala DJ, McNeilis KS, McGee DS. A Study of Doctors' and Patients' Perceptions of Information Processing and Communication Competence During the Medical Interview. *Health Communication* 1995; 7(3)179-203.

Cowan DH, Laidlaw JC. A Strategy to Improve Communication Between Healthcare Professionals and People Living with Cancer: Improvement of Teaching and Assessment of Doctor-Patient Communication in Canadian Medical Schools. *J Cancer Educ* 1993; 8:109-117.

Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to Breaking Bad News among Medical and Surgical Residents. *Medical Education* 2001; 35:197-205.

Dulmen SV, Tromp F, Grosfeld F, Cate OT, Bensing J. The Impact of Assessing Simulated Bad News Consultations on Medical Students' Stress Response and Communication Performance. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32:943-950.

Ellis PM, Tattersall MHN. How Should Doctors Communicate the Diagnosis of Cancer to Patients? *Ann Med* 1999; 31:336-341.

Feinstein AR, Cicchetti DV. High Agreement but Low Kappa: the Problems of Two Paradoxes. *J Clin Epidemiol* 1990; 6:543-549.

Flack VF, Afifi AA, Lachenbruch PA, Schouten HJA. Sample Size Determinations for the Two Rater Kappa Statistic. *Psychometrika* 1998; 53(3):321-325.

Floriani CA, Schramm FR. Atendimento Domiciliar ao Idoso: Problema ou Solução? *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):986-94.

Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-Patient Interactions in Oncology. *Soc Sci Med* 1996; 42:1511-19.

Fried TR, Bradley EH, O'Leary J. Prognosis Communication in Serious Illness: Perceptions of Older Patients, Caregivers and Clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:1398-1403.

Friedrichsen M, Milberg A. Concerns about Losing Control when Breaking Bad News to Terminally Ill Patients with Cancer: Physicians' Perspective. *J Palliat Med* 2006; 9:673-682.

Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking Bad News: Consensus Guidelines for Medical Practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13:2449-2456.

Girgis A, Sanson-Fisher RW, Schofield MJ. Is There Consensus Between Breast Cancer Patients and Providers on Guidelines for Breaking Bad News. *Behav Med* 1999; 25(2):69-77.

Gross, R. *Psychology: The Science of Mind and Behaviour*. 5. ed. London: Hodder Arnold, 2009.

Hall JA, Stein TS, Roter DL, Rieser N. Inaccuracies in Physicians' Perceptions of their Patients. *Med Care* 1999; 37:1164–1168.

Harrison ME, Walling A. What do We Know about Giving Bad News? A Review. *Clin Pediatr* 2010; 49(7):619–626.

Hulsman RL, Pranger S, Koot S, Fabriek M, Karemaker JM, Smets EMA. How Stressful is Doctor-Patient Communication? Physiological and Psychological Stress of Medical Students in Simulated History Taking and Bad News Consultations. *Int J Psychophysiol* 2010; 77:26-34.

Iserson KV. Grave Words: Notifying Survivors about Sudden, Unexpected Deaths. *West J Med* 2000; 173(4):261-65.

Knopp R, Rosenzweig S, Bernstein E, Totten V. Physician-Patient Communication in the Emergency Department – Part 1. *Acad Emerg Med* 1996; 3(11):1065-9.

Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* 1977; 33:159–74.

Last BF, Veldhuizen AM. Information about Diagnosis and Prognosis Related to Anxiety and Depression in Children with Cancer Aged 8-16. *Eur J Cancer* 1996; 32:290-94.

Maynard DW. On “Realization” in Everyday Life: The Forecasting of Bad News as a Social Relation. *Am Sociol Rev* 1996; 61(1):109-131.

Miller SM. Monitoring versus Blunting Styles of Coping with Cancer Influence the Information Patients Want and Need about their Disease - Implications for Cancer Screening and Management. *Cancer* 1995; 76(2):167–177.

Myers DG. *Psicologia*. 7. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

Olson DP, Windish DM. Communication Discrepancies Between Physicians and Hospitalized Patients. *Arch Intern Med* 2010; 170(15):1302-1307.

Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking Bad News Education for Emergency Medicine Residents: A Novel Training Module Using Simulation with the SPIKES Protocol. *J Emerg Trauma Shock* 2010; 3(4):385-388.

Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking Bad News: a Review of the Literature. *JAMA* 1996; 276:496-502.

Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the Cancer Diagnosis: Procedures that Influence Patient Hopefulness. *Cancer* 1993; 72:3355-65.

Salmon P, Sharma N, Valori R, Bellenger N. Patients' Intentions in Primary Care: Relationship to Physical and Psychological Symptoms and their Perception by General Practitioners. *Soc Sci Med* 1994; 38:585–592.

Shoenberger JM, Yeghiazarian S, Rios C, Henderson SO. Death Notification in the Emergency Department: Survivors and Physicians. *West J Emerg Med* 2013; 14(2):181-185.

Suchman A, Markakis K, Beckman H, Frankel R. A Model of Empathic Communication in the Medical Interview. *JAMA* 1997; 27:678–682.

Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care. *Ann Emerg Med* 2000; 35:426-434.

Sweeny K, Shepperd JA, Han PK. The Goals of Communicating Bad News in Health Care: do Physicians and Patients Agree? *Health Expect* 2013; 16(3):230-8.

Takayesu JK, Hutson HR. Communicating Life-Threatening Diagnoses to Patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2004; 43(6):749-755.

Vandekieft GK. Breaking Bad News. *Am Fam Physician* 2001; 64:1975-8.

Walsh RA, Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking Bad News 2: What Evidence is Available to Guide Clinicians? *Behav Med* 1998; 24:61-72.

West C. Medical Misfires: Mishearings, Misgivings and Misunderstandings in Physician-Patient Dialogues. *Discourse Processes* 1984; 7:107-134.

West C, Frankel RM, Coupland N, Giles H, West JW. Miscommunication in Medicine, *in* Coupland N, Giles H, Wiemann J. The Handbook of Miscommunication and Problematic Talk. Multilingual Matters: UK, 1997.

Woolley H, Stein A, Forrest GC, Baum JD. Imparting the Diagnosis of Life Threatening Illness in Children. *BMJ* 1989; 298:1623-1626.