

# **CUIDADOS PALIATIVOS – O QUE E PARA QUEM**

**Volume 1**

**Organizadores:**

**Luiza de Azevedo Freitas  
Maria Clara Carneiro Leite  
Renata Fernandes Coelho  
Yasmim Neves de Bem Pires  
Anderson de Almeida Rocha**

# **CUIDADOS PALIATIVOS – O QUE E PARA QUEM**

**Volume 1**

**Organizadores:**

**Luiza de Azevedo Freitas  
Maria Clara Carneiro Leite  
Renata Fernandes Coelho  
Yasmim Neves de Bem Pires  
Anderson de Almeida Rocha**

Editora Omnis Scientia

**CUIDADOS PALIATIVOS – O QUE E PARA QUEM**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO – PE

2021

**Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

**Organizadores**

Luiza de Azevedo Freitas

Maria Clara Carneiro Leite

Renata Fernandes Coelho

Yasmim Neves de Bem Pires

Anderson de Almeida Rocha

**Conselho Editorial**

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Cássio Brancaloneo

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

**Editores De Área – Ciências Da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

**Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

**Imagem de Capa**

Freepik

**Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

**Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C966 Cuidados paliativos [livro eletrônico] : o que é para quem /  
Organizadores Luiza de Azevedo Freitas... [et al.]. – Triunfo, PE:  
Omnis Scientia, 2021.  
69 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-47-6

DOI 10.47094/978-65-88958-47-6

1. Cuidados paliativos. 2. Dignidade humana. 3. Saúde. I. Freitas,  
Luiza de Azevedo. II. Leite, Maria Clara Carneiro. III. Coelho, Renata  
Fernandes. IV. Pires, Yasmim Neves de Bem. V. Rocha, Anderson  
de Almeida.

CDD 616

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



# APRESENTAÇÃO

Idealmente, os cuidados paliativos devem ser iniciados assim que temos o diagnóstico de uma doença que ameace a continuidade da vida, contemplando não somente o paciente mas toda a família. Ao contrário do que popularmente se pensa, o paliativismo não é apenas esperar pela morte, não é o que acontece quando não há mais nada a fazer, pois sempre há o que fazer pelo paciente. O paliativismo é, portanto, um trabalho multidisciplinar que busca promover dignidade no final da sua trajetória.

Nesse sentido, é imprescindível a difusão do paliativismo entre os estudantes e os profissionais da área da saúde, uma vez que no Brasil, infelizmente, mesmo após alguns avanços, como por exemplo a publicação no Diário Oficial da União das Políticas Públicas de Cuidados Paliativos em 2018, ainda há certo atraso em relação ao ensino e à prática desses cuidados quando comparado aos países Europeus e Norte Americanos. Assim, este e-book surge como uma iniciativa de colaborar com a propagação e o estabelecimento dos cuidados paliativos, elucidar sua história, seus fundamentos, indicações e outros temas relacionados ao cuidado multiprofissional, dignidade humana, luto, vida e morte.

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1.....09**

### **HISTÓRIA, DEFINIÇÃO E CONCEITOS**

Alicia Sessa

Ananda Calili Rezende Lima

Daniela de Mello Faria

Luiza de Azevedo Freitas

Thiago Guedes Giles

**DOI: 10.47094/978-65-88958-47-6/9-19**

## **CAPÍTULO 2.....20**

### **ORIENTAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E DA FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Ana Carolina Silva Vieira

Anderson de Almeida Rocha

Gabriela Felipe Martins

Marianna Paula Nunes Araujo

Pedro Arthur Moreira Aredes

**DOI: 10.47094/978-65-88958-47-6/20-31**

## **CAPÍTULO 3.....32**

### **ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE**

Ana Carolina Ferreira Maffud

Henrique Ramos Marcarini

Maria Luiza Sant'Anna Marchini

Otavio Soares Torezani

Yasmim Neves de Bem Pires

**DOI: 10.47094/978-65-88958-47-6/32-38**

**CAPÍTULO 4.....39**

**PRÁTICA CLÍNICA**

Bianca Gusmão Meirelles

Karina Vitória do Nascimento

Maria Clara Carneiro Leite

Valéria Alves Campos

Marcela Tanus Gontijo

**DOI: 10.47094/978-65-88958-47-6/39-53**

**CAPÍTULO 5.....54**

**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS**

Alice Moraes Scheffer

Carolina Penna de Faria

Eduardo Amaral Moura Sá

Paula de Lasari Anholetti

Renata Fernandes Coelho

**DOI: 10.47094/978-65-88958-47-6/54-65**

### COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

#### **Alice Moraes Scheffer<sup>1</sup>**

Universidade Federal de Juiz de Fora – *Campus* Governador Valadares (UFJF-GV), Governador Valadares, Minas Gerais.

[lattes.cnpq.br/7622664174011023](https://lattes.cnpq.br/7622664174011023)

#### **Carolina Penna de Faria<sup>2</sup>**

Universidade Federal de Juiz de Fora – *Campus* Governador Valadares (UFJF-GV), Governador Valadares, Minas Gerais.

[lattes.cnpq.br/0830129670674021](https://lattes.cnpq.br/0830129670674021)

#### **Eduardo Amaral Moura Sá<sup>3</sup>**

Cirurgião Geral e Oncológico, Coordenador do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV – SMS) e do Hospital Bom Samaritano (HBS – GV), Coordenador de Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de Governador Valadares (SAD GV – Melhor em Casa).

#### **Paula de Lasari Anholetti<sup>4</sup>**

Universidade Federal de Juiz de Fora – *Campus* Governador Valadares (UFJF-GV), Governador Valadares, Minas Gerais.

[lattes.cnpq.br/9969116888980680](https://lattes.cnpq.br/9969116888980680)

#### **Renata Fernandes Coelho<sup>5</sup>**

Universidade Federal de Juiz de Fora – *Campus* Governador Valadares (UFJF-GV), Governador Valadares, Minas Gerais.

[lattes.cnpq.br/0939575301249579](https://lattes.cnpq.br/0939575301249579)

**RESUMO:** A comunicação faz parte da essência humana e é de suma relevância na prática médica. Através dela as pessoas percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos, levando-se em conta a cultura, contexto, valores pessoais, vivências e intenções de cada sujeito envolvido. A habilidade de comunicação utiliza elementos verbais e não verbais, como escuta, olhar, toque e postura, para possibilitar a transmissão assertiva da mensagem e a criação de vínculos

entre os interlocutores. É indispensável o aprimoramento dessa habilidade para os profissionais que atuam em cuidados paliativos, pois uma comunicação adequada permite identificar, auxiliar, esclarecer, atender e acolher com empatia as necessidades do paciente e de seus familiares, reduzindo a ansiedade e mantendo a dignidade e autonomia do paciente no final da vida. A incapacidade de realizar a comunicação de forma efetiva pode resultar em piores resultados assistenciais, traumas e transtornos. Diante dos fatos relatados, este capítulo tem como objetivo abordar as técnicas de comunicação usadas por profissionais de saúde para transmitir más notícias, em especial o protocolo SPIKES, a disponibilidade de informações aos pacientes, a abordagem da família e as preocupações da comunicação em cuidados paliativos, como a confecção de Diretivas Antecipadas de Vontade e as fases do luto enfrentadas desde o momento da comunicação da má notícia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunicação. Cuidados paliativos. Protocolo SPIKES.

## COMMUNICATING BAD NEWS

**ABSTRACT:** Communication is part of the human essence and is very relevant in the medical practice. Through it, people receive and share the meaning of ideas, thoughts and purposes, taking into account the culture, context, personal values, experiences and intentions of each individual involved. Communication skills use verbal and non-verbal elements, as listening, looking, touching and posture, to enable the assertive transmission of the message and the creation of links between the interlocutors. It is essential to upgrade this skill for professionals who work in palliative care, because adequate communication allows the identification, assistance, clarification, care and empathy with the needs of the patient and their families, reducing anxiety and maintaining the dignity and autonomy of the patient at the end of life. The inability to communicate effectively can result in worse care results, trauma and disorders. Given the facts reported, this chapter aims to address the communication techniques used by health professionals to transmit bad news, in particular the SPIKES protocol, the availability of information to patients, the approach of the family and the concerns of communication in palliative care, such as making Anticipated Directives of Will and the phases of mourning faced since the moment of communicating the bad news.

**KEY-WORDS:** Communication. Palliative care. SPIKES protocol.

## INTRODUÇÃO

A comunicação é uma habilidade indispensável para os cuidados em saúde, podendo ser aprimorada por meio de treinamento apropriado. Utiliza-se de elementos verbais e não verbais para emitir e receber informações entre os indivíduos. Assim, para os profissionais que atuam nos cuidados paliativos, é uma das principais competências para realizar os elementos essenciais na prática diária (CARVALHO; PARSONS, 2012; VELASCO; RIBEIRO, 2020).

É válido ressaltar que a comunicação contempla, além das palavras e do conteúdo, a escuta atenta, o olhar e a postura. Nesse sentido, o uso efetivo da comunicação é uma medida terapêutica eficiente. Uma adequada comunicação é fundamental para a humanização e integralidade do cuidado, visto que por meio dela é possível identificar, amparar e atender com empatia as necessidades do paciente e de seus familiares. Esse recurso possibilita que o paciente participe da tomada de decisões e de cuidados especiais diante do processo de adoecimento, recebendo um tratamento digno; além de mediar as relações interpessoais, promover a autonomia do paciente; atuar como um elemento diagnóstico e terapêutico capaz de identificar as necessidades do cuidado e permitir o estabelecimento do vínculo interpessoal (ANDRADE et al., 2019; GOI; OLIVEIRA, 2018).

Verifica-se que a comunicação é composta por diversas ferramentas, entretanto, essas não devem ser usadas de forma rígida, servindo, portanto, como elemento de direcionamento do que é necessário na mediação de uma relação terapêutica eficaz. Nesse sentido, um exemplo da transmissão de más notícias é o “protocolo SPIKES”, utilizado para nortear a comunicação da má notícia, levando em conta que a maneira de comunicá-la pode propiciar grande impacto no doente, no processo saúde/doença e em seu tratamento (VELASCO; RIBEIRO, 2020).

Dessa maneira, o presente estudo busca elucidar as técnicas de comunicação utilizadas por profissionais de saúde para a transmissão de más notícias, especialmente o protocolo SPIKES, a disponibilidade de informações aos pacientes, o contexto familiar e as preocupações da comunicação em cuidados paliativos, como a elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade e as fases do luto enfrentadas desde o momento da comunicação da má notícia.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, com o intuito de se apresentar como é realizada a comunicação em cuidados paliativos, bem como o papel adotado pelos profissionais de saúde e sua preparação na comunicação de más notícias.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando como busca a base de dados da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) pelo PubMed, do Google Acadêmico e da base de livros digitais Minha Biblioteca com as seguintes palavras-chaves: “cuidados paliativos”, “medicina paliativa”, “comunicação de más notícias”. Durante a busca foi selecionado como filtro o período de 2015 a 2021. Essa pesquisa foi realizada de dezembro de 2020 a março de 2021.

Os critérios de inclusão dos artigos foram a abordagem da comunicação em cuidados paliativos, como é feita a comunicação de más notícias e os aspectos de uma comunicação efetiva e empática. Posteriormente, realizou-se uma revisão a respeito da temática envolvida.

Ademais, explorou-se a literatura cinzenta acerca da temática envolvida, como resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), definições da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

(ANCP) e livros didáticos, com o intuito de complementar esta pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Comunicação de más notícias

Más notícias podem ser definidas como qualquer informação que afete a visão de um indivíduo sobre o futuro (BAILE et al., 2000). Dessa forma, na área da saúde, a tarefa de dar más notícias pode ser extremamente desafiadora e complexa. Por mais que notícias ruins sejam dadas a todo o momento, o impacto é vivido individualmente. O processo de luto pode começar no momento em que a notícia do prognóstico ruim é transmitida.

A comunicação é um componente essencial do cuidado, por isso o treinamento dessa habilidade se torna essencial. A tarefa de dar más notícias pode ser melhorada compreendendo o processo envolvido e abordando-o como um procedimento gradual.

Para auxiliar na comunicação de más notícias existem protocolos que visam guiar e facilitar a abordagem da notícia difícil. A comunicação de notícias ruins, além do componente verbal, exige que o locutor tenha outras habilidades de interação, como a compreensão dos componentes não verbais de um diálogo. A complexidade da interação ou a interpretação errônea dos componentes não verbais pode levar a problemas de comunicação.

### Disponibilidade de Informações

Comunicar notícias difíceis referentes ao diagnóstico, prognóstico e/ou progressão da doença é um processo complicado, já que pode trazer reações emocionais ou comportamentais por parte do paciente (ARAÚJO E LEITÃO, 2012). Todavia, o profissional da saúde consegue minimizar a aflição causada pela má notícia ao demonstrar consideração pelos sentimentos do doente, respondendo às suas perguntas e fornecendo apoio contínuo a ele, mesmo quando a cura não for mais possível.

Existe um grande desejo dos pacientes em receber informações de forma sincera e clara sobre o diagnóstico médico. Um estudo feito por Gulinelli et al. em 2004 avaliou 363 pessoas e constatou que cerca de 94% e 92,3% desejam ser informados do diagnóstico de câncer e de Aids, respectivamente. Além disso, 85,6% e 75,9% desejam que a família também seja informada do diagnóstico de câncer e Aids, respectivamente. Ainda, 82,2% da amostra deseja ser informada da terapêutica. Em vista disso, reforça-se a ideia de que o paciente deve ser informado e convidado a participar das decisões terapêuticas a seu respeito.

Apesar disso, algumas pessoas optam por não saber certas informações. Assim, no que diz respeito à informação sobre o próprio estado de saúde, o paciente tem os seguintes direitos: de ser informado, de não ser informado e de discricionar com relação a terceiros (PRATA, 2017). Algumas

vezes, a ansiedade de receber um diagnóstico negativo na visão do paciente faz com que ele prefira não querer saber desse anúncio. Deve-se respeitar seu desejo, sendo necessário nomear um familiar ou alguém próximo a ele para ouvir as informações e ser seu interlocutor (CARVALHO, 2012).

No momento em que o paciente escolhe não ser informado, ele está exercendo o princípio de autonomia que lhe é assegurado. Entretanto, tal direito pode ser corrompido quando há censura de informações mediante um acordo previamente estabelecido entre a família e o profissional de saúde. Essa circunstância é chamada de “Conspiração de silêncio” e envolve paciente, família e profissional de saúde, caracterizando-se pela omissão de informações de uma ou duas partes, para uma terceira (CARVALHO, et al., 2018).

Carvalho et al. em 2018 constatou que os profissionais de saúde e familiares tendem a ser movidos pelos sentimentos de proteção e compaixão para com o paciente, acreditando que uma informação não concedida não poderia prejudicar o paciente. Apesar disso, a omissão, normalmente, resultará em medo, ansiedade e confusão no doente, e não em calma e tranquilidade. Também pode ocorrer a omissão de informações entre paciente e familiar para com a equipe médica e, ainda há casos em que o médico e paciente omitem informações para familiares (CARVALHO, et al., 2018).

Ao invés de mentir baseando-se no sentimento de compaixão, é melhor utilizar a sinceridade, comunicando as notícias ao paciente de modo gradual e suportável (CARVALHO, 2012). Para mais, apesar da informação ter sido transmitida de forma clara, nem sempre os receptores de uma má notícia conseguem reter toda a informação que lhes foi dada, sendo imprescindível analisar o estado emocional do enfermo, para que o profissional compreenda até qual ponto pode ir nesse momento da conversação.

### **Familiares No Contexto Da Comunicação De Más Notícias:**

Comunicar más notícias ao paciente e seus familiares é uma das responsabilidades mais difíceis relacionadas à assistência, demandando atenção e estratégias para auxiliar na condução desse momento (RODRIGUES, 2018).

Na situação em que evita-se de conversar a respeito de morte e terminalidade (no caso da família e do profissional, para poupar o paciente e, no caso do paciente, para proteger seus entes queridos), é estabelecido no ambiente uma condição de isolamento emocional. De forma que, tanto o paciente quanto a família apresentam sentimentos, incertezas, dúvidas e anseios semelhantes, mas não compartilham uns com os outros por medo de provocar algum tipo de sofrimento (CARVALHO, 2012).

Em consequência disso, mesmo que o comunicado seja negativo, é essencial que o profissional de saúde exponha-o de forma compreensível e humanizada. Para isso, é fundamental estabelecer um contato empático e respeitoso com o paciente e familiar, reconhecendo o quanto o paciente quer saber sobre sua situação de saúde e perguntando quem ele gostaria que estivesse com ele durante a

comunicação (RODRIGUES, 2018).

A abordagem da família deve ser realizada conjuntamente com o paciente, envolvendo preferencialmente os familiares que sejam mais engajados no cuidado e mais próximos por grau de parentesco. Não é incomum observar situações em que o tomador de decisão nomeado pelo paciente não seja um parente (VELASCO E RIBEIRO, 2020).

Ainda que as necessidades dos pacientes sejam classificadas como prioritárias, com intenção de cuidar do indivíduo de forma completa, também deve-se considerar seu contexto, dinâmica e convivência familiar. Já que a família é fonte de proteção psicossocial e é o principal apoio do paciente durante o processo de adoecimento (ARAÚJO; LEITÃO, 2012).

Oferecer informações contínuas e compreensíveis à família permite uma maior aceitação e uma visão mais serena do processo de morrer do doente (CARVALHO, 2012), momento em que os parentes desejam: sentir-se úteis no cuidado de seu ente; entender o que está acontecendo e ser informados a respeito de mudanças nas condições clínicas e proximidade de morte. Fora isso, eles querem ser certificados de que o paciente está confortável, de poder expressar suas emoções e de ter seus sentimentos compreendidos acerca da perda da pessoa amada. Assim, dialogar sobre os sentimentos, escutar, confortar e oferecer informações e orientações simples e claras para família é extremamente positivo.

### **Profissionais de Saúde e Comunicação de Más Notícias**

Durante muito tempo os profissionais de saúde aprendiam durante a graduação somente a buscar a cura, negligenciando o ser biopsicosocial presente no paciente e em seus entes queridos. No entanto, nos últimos anos tem havido uma crescente implantação de ligas acadêmicas e conteúdos curriculares sobre cuidados paliativos nas graduações na área da saúde. Devido a essa implantação, iniciou-se a uma discussão sobre métodos de comunicação de más notícias dentro das graduações (ANCP, 2018).

A utilização de habilidades de comunicação pode influenciar no impacto gerado pela má notícia e na sua compreensão. A preparação do profissional de saúde o ajuda a informar de uma maneira mais efetiva o prognóstico do paciente, aumentar a adesão ao tratamento, evitar que ele caia em uma mentira piedosa, humanizar a assistência e permitir um melhor vínculo com o paciente e seus entes queridos.

Saber como transmitir uma má notícia é uma habilidade importante para os profissionais de saúde, pois trabalham com seres humanos em situação de fragilidade emocional e física. O profissional deve demonstrar atenção, empatia e saber interpretar os sinais emitidos pelos ouvintes. Outra importante habilidade é a de escuta, que deve ser atenta e reflexiva. Dessa forma, é necessário adequar a comunicação para que ela ocorra de forma gradual, respeitando as condições emocionais do interlocutor. A incapacidade de realizar a comunicação de forma efetiva pode resultar em piores

resultados assistenciais, traumas e transtornos para o paciente e seus entes queridos.

Outro ponto importante para melhorar a assistência oferecida é a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde. Sabe-se que cuidados paliativos são oferecidos por uma equipe multidisciplinar que atua de forma integrada. Para atender de forma ampla e sanar as demandas físicas e psicológicas do paciente e seus entes queridos é importante que sempre tenha um diálogo constante entre os membros da equipe de assistência, pois cada profissional, com seu conhecimento específico, pode perceber uma demanda dentro da sua área de atuação que impactaria na forma de atenção dos demais profissionais.

### Protocolo Spikes

O protocolo Spikes foi criado, em 1992, por Robert Buckman com o intuito de orientar os profissionais de saúde quanto à comunicação de más notícias, abordando diretrizes principais, as quais são divididas em seis passos que abordaremos adiante (NETO et al; 2012).

O primeiro passo é chamado de “Setting up” que consiste na preparação para o encontro com o paciente e para a comunicação de más notícias. É necessário que o profissional de saúde prepare o ambiente externo, buscando um local silencioso, privado e que possibilite uma interlocução tranquila e satisfatória. Além do ambiente externo, o profissional e a equipe médica também precisam estar preparados técnica e emocionalmente para essa conversa. Por isso, é importante que o profissional de saúde conheça o caso minuciosamente e que esteja espiritualmente preparado para abordá-lo com o paciente e sua família (BAILE et al; 2015).

O segundo passo é denominado “Perception”. Esse é o momento no qual o profissional de saúde utilizará sua sensibilidade e experiência para identificar o quanto o paciente sabe sobre sua doença e o quanto ele deseja saber. Nesse contexto, também será possível perceber quais as expectativas e os pensamentos dele em relação ao presente e ao futuro. É nesse passo que o profissional procura perguntar antes de contar o que está acontecendo, o que permite que ele entenda o tamanho da dificuldade que enfrentará para comunicar as notícias necessárias ao paciente e sua família (BAILE et al; 2015).

O terceiro passo é o “Invitation”, ou seja, corresponde ao contexto no qual o paciente é convidado a saber mais sobre sua doença, tratamento e cuidados paliativos. Como todo convite, a resposta pode ser positiva ou negativa. Muitas vezes, o processo é tão doloroso para o paciente e para sua família que fica nítido para o profissional de saúde que não se deve continuar a conversa naquele momento (FERREIRA; MENDONÇA, 2017).

“Knowledge” é o termo que identifica o quarto passo, no qual é informado ao paciente a notícia propriamente dita. O profissional de saúde deve evitar neste momento palavras técnicas, como “metástases” e também não deve utilizar termos extremos que indiquem catástrofes, como “não há mais o que fazer por você” ou então, “sem tratamento você morrerá”. É necessário ser leve, firme e

claro com as palavras, evitando interpretações equivocadas e o surgimento de mais dúvidas e de medo pelo paciente (FERREIRA; MENDONÇA, 2017).

O momento de reconhecimento e validação das emoções equivale ao quinto passo, denominado “Emotions”. Após receber uma notícia ruim, é normal que o paciente se sintabalado, triste, emocionado e, por isso, é importante que o profissional reconheça e valideesse sentimento, demonstrando empatia e carinho, de modo que o paciente possa se sentiracolhido e mais confortável diante de toda a situação (BAILE et al; 2015).

Por último, tem-se o “Summary and Strategy” que corresponde ao sexto passo, noqual é feito um resumo do que foi dito em toda a conversa, evidenciando os pontos maisimportantes. Aqui também é abordada a estratégia mais próxima a ser realizada, afinal sempre há o que ser feito pelo paciente (FERREIRA; MENDONÇA, 2017).

## Preparação

Como evidenciado pelo primeiro passo do Protocolo Spikes, é necessário que a equipe médica e o profissional de saúde em si estejam preparados para a comunicação das más notícias ao paciente e sua família. Para que isso aconteça é fundamental que, inicialmente, haja uma revisão detalhada e atenta do caso e dos dados clínicos do pacienteem específico, o que possibilitará definir as informações faltantes e também os prováveiscenários evolutivos que serão encontrados.

Posteriormente, a equipe de profissionais deve avaliar e estabelecer metas quantoaos cuidados desse paciente e delinear o que será ou não compartilhado com ele e sua família durante a comunicação dessas notícias. É importante que a equipe tenha suas decisões definidas antes de realizar a reunião com o paciente, pois assim não irá se pautarno que é, realmente, melhor e mais viável para ele diante de seu contexto de saúde. Isso evita conflitos com os familiares e também posturas inadequadas da própria equipe (VELASCO; RIBEIRO, 2020).

Após o preparo da pauta da reunião, deve ser garantido ao paciente um lugar privado e silencioso, no qual as pessoas devem estar bem acomodadas e de preferência sentadas. O local deve estar disponível para a equipe, evitando que ocorram interrupções e que haja um descontentamento por parte dos ali presentes. Caso o paciente participe, é preciso que todas as suas necessidades sejam amparadas (VELASCO; RIBEIRO, 2020).

Por último, os profissionais de saúde que participaram da reunião devem ser selecionados. O ideal é que esteja presente uma equipe multidisciplinar com o número correspondente ao número de familiares, para que não se crie um clima intimidatório e desesperador para o paciente e sua família. Os profissionais envolvidos precisam estar alinhados no conteúdo da conversa, de modo que não ocorram interpretações equivocadas nem a comunicação de questões indesejadas (VELASCO; RIBEIRO, 2020).

## Plano de Cuidado

Ao escolher ter conhecimento sobre seu prognóstico e decidir participar nas tomadas de decisão no fim da vida, é importante que o médico conheça os anseios, valores e necessidades do paciente para oferecer um cuidado que atenda às suas expectativas. Costuma-se obter melhores resultados quando o planejamento da assistência ocorre durante as primeiras conversas com o paciente e seus familiares. Se obtiver um plano de cuidado de comum acordo entre paciente e família, pode-se iniciar as decisões sobre alocações e modalidades terapêuticas adequadas para as futuras situações (CARVALHO et al, 2018).

Opiniões discordantes entre as preferências do paciente e de sua família acabam gerando dúvidas e conflitos sobre o manejo de situações que possam acontecer. Para chegar a um consenso, deve-se propor conversas para tentar detectar as necessidades e preferências dos entes queridos. Caso um consenso não seja possível, deve-se garantir a manifestação da autonomia do paciente e pode-se propor a confecção de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como respaldo a futuras decisões. Segundo a resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.995/2012, as informações contidas nas DAV deverão prevalecer sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre as aspirações dos familiares.

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são um conjunto de desejos manifestados pelo paciente em forma de declaração, na qual expressa cuidados e tratamentos que deseja, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar sua vontade, ou quem deve ser seu representante nesse momento. Dessa forma, o médico deve registrar no prontuário as DAV que lhe forem diretamente comunicadas pelo paciente, pois, por meio de registro adequado terá orientação e respaldo para futuras limitações das medidas de suporte de vida. É importante ressaltar que as DAV não são obrigatórias e podem ser modificadas ou revogadas a qualquer momento.

A Resolução do CFM 1.995/2012 é um marco normativo na defesa dos interesses dos pacientes em fim de vida no Brasil, porém, essa norma tem eficácia restrita por ser feita pelo conselho da classe dos profissionais médicos. Entretanto, mesmo antes dessa Resolução, a validade das DAV no Brasil já era respaldada nos princípios da autonomia privada e da dignidade humana contidos na Constituição Federal. Apesar das informações citadas, não é possível afirmar que as DAV estão regulamentadas no Brasil, sendo, para isso, necessário a aprovação de uma lei no Congresso Nacional brasileiro. Dessa forma, apesar da aceitação no poder jurídico, é necessário a implantação de uma lei específica para formalizar a adoção de um modelo de DAV no território brasileiro, possibilitando uma uniformização de confecção e conteúdos válidos no documento (DADALTO, 2019).

## Fases do Luto

O luto envolve um conjunto de reações psicológicas e emocionais a uma perda - de uma pessoa, objeto ou animal de grande estima. Supõe-se que quanto maior e mais intenso for o vínculo, maior será o sofrimento. Além disso, é válido destacar que de acordo com a cultura, há a vivência do luto

de maneiras diferentes, não existindo um comportamento padrão, tendo em vista que cada indivíduo sente e expressa suas próprias emoções e sentimentos de uma maneira particular (RODRIGUES, 2018).

Uma referência utilizada na compreensão do processo do luto é a descrita por Kübler-Ross (1996), que propôs que pacientes em estado terminal ou pessoas com o vínculo afetivo, passam por cinco fases: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Entretanto, nem todo processo de enlutamento e resolução do luto são compostas por todas as etapas e, dessa maneira, tais fases não ocorrem de modo rígido, tendo em vista a individualidade e a subjetividade dos indivíduos. Assim, tais fases servem como uma orientação para os profissionais que assistem pacientes e familiares em situações de terminalidade (CARVALHO; PARSONS, 2012).

A negação, primeira fase do luto, se exprime como uma defesa psíquica, em que o indivíduo se recusa a acreditar no acontecimento, a manter o contato com a realidade e a dialogar sobre o assunto. É um período de intensa dor e dificuldade em lidar com a perspectiva de ausência em virtude da perda. A segunda fase do luto, a raiva, é caracterizada por revolta, inconformismo e ressentimento, que se projetam para todos à volta do enlutado. Na negociação, ou seja, terceira fase, o indivíduo negocia consigo mesmo, visando à redução da dor e considerando possíveis soluções. Não raro, há uma correlação com condições religiosas e promessas a um Deus. Na depressão, quarta fase, há um sofrimento intenso e o isolamento do indivíduo em seu mundo interior, em que este considera-se impotente diante do acontecimento. Em generalidade, esta fase tende a ser mais duradoura. Por fim, na quinta fase do luto, o paciente não sente mais desespero, raiva ou depressão, e sim, como é designado a fase, aceitação frente a situação (KÜBLER-ROSS, 1996).

É válido ressaltar, considerando a estrutura teórica atual do luto - como sendo um processo dinâmico e particular, relacionado ao significado das relações e vínculos - que este não deve ser enquadrado em etapas. Com isso, hodiernamente, as fases do luto não são mais utilizadas. Entretanto, para fins educacionais tais fases são expostas, pois o conhecimento destas fornecem uma base para o manejo eficaz dos recursos disponíveis, respeitando as medidas de defesa exigidas em cada uma das fases (CARVALHO; PARSONS, 2012).

## CONCLUSÃO

Diante do apresentado, compreende-se o grande valor que a comunicação tem para os profissionais de saúde, consistindo em um instrumento capaz de organizar, auxiliar, esclarecer, acolher e manter a dignidade e autonomia dos indivíduos com a saúde comprometida. Assim, a comunicação adequada entre profissional de saúde, paciente e familiar, proporciona a discussão conjunta de formas de promover a saúde, minimizando a ansiedade e angústia envolvidas no processo de adoecimento.

Ademais, informar acerca de más notícias também faz parte da rotina dos profissionais de saúde. De forma que algumas ferramentas, como o protocolo SPIKES, foram desenvolvidas para auxiliar na estruturação da comunicação de más notícias. Entretanto, tais instrumentos são

apenas norteadores, ficando a cargo dos profissionais ajustarem e adaptarem a forma do diálogo às características e aspectos culturais e individuais de cada paciente.

O ser humano é um ser social, por isso, relacionar-se com o outro é essencial para a vida. Por meio da comunicação, é permitido aos seres humanos compartilharem pensamentos, experiências, anseios e necessidades. Nos cuidados paliativos, sua principal função é proporcionar conforto e à medida que a doença decorre sua história natural, continua-se a ouvir e respeitar as necessidades e a autonomia do paciente.

## DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesse comercial, político, acadêmico e pessoal.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Panorama dos cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo: ANCP; 2018.

ANDRADE, G. B. D. et al. Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 713-717, 2019.

ARAÚJO, Janete. A.; LEITÃO, Elizabeth Maria Pini. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 58-62, abr.-jun. 2012.

BAILE, Walter et al. **SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News:**

Application to the Patient with Cancer, 2015. PMID: 10964998.

CARVALHO, Ricardo T. et al. **Manual da residência de cuidados paliativos**. [recurso eletrônico]. Barueri, SP: Editora Manole, 2018. ISBN: 9788520455562.

CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. [recurso eletrônico] 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.995/2012, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

DADALTO, Luciana. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos português e franceses. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 443-460, feb. 2019. ISSN 2525-3050.

FERREIRA, G. D; MENDONÇA, G. N. (2017). **Cuidados Paliativos: Guia de Bolso**. [recurso

eletrônico]. 1st ed. São Paulo: ANCP, pp.5-62.

GOI, Mariane Gonzaga; OLIVEIRA, Daniela Ramos. Produção do Conhecimento de Enfermagem Acerca De Cuidados Paliativos: Revisão Narrativa. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 34, p. 20-26, 2018.

GULINELLI, André et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 41-47, 2004.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PRATA, Henrique Moraes. **Cuidados Paliativos e Direitos do Paciente Terminal**. [recurso eletrônico]. Barueri, SP: Editora Manole, 2017. ISBN: 9788520453513.

RODRIGUES, Karine Mendonça. **Princípios dos cuidados paliativos**. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: SAGAH, 2018.

VELASCO, Irineu Tadeu; RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa. **Cuidados paliativos na emergência**. [recurso eletrônico]. Barueri, SP: Editora Manole, 2020. ISBN 9786555763102.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

abordagens do cuidado 40, 41  
aplicação dos Cuidados Paliativos 10  
assistência espiritual 32, 34  
assistentes sociais 21, 23  
autonomia do paciente 55, 56, 62  
avaliação clínica 40  
avaliação dos sintomas 40  
avanço científico 20

### B

bioética 10, 11, 19

### C

comunicação 15, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 45, 49, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64  
comunicação adequada 55, 63  
comunicação da má notícia 28, 55, 56  
comunicação efetiva 20, 27, 56  
conforto espiritual 32, 34  
cuidado em saúde 10  
Cuidados Paliativos (CP) 9, 11, 39, 41  
cultura 54, 62

### D

dependência funcional 40, 43  
desconfortos físicos, emocionais e psicossociais 40, 51  
diagnósticos 27, 40, 44  
Diagrama de Avaliação Multidimensional (DAM) 40, 48, 49  
dimensão espiritual do paciente 33, 36  
dimensões do cuidado 40, 42  
distanásia 10, 18

doença ameaçadora 32, 34

doenças crônicas 9, 11, 17, 22, 42, 49

## **E**

elementos verbais e não verbais 54, 55

empatia 55, 56, 59, 61

enfermeiros 19, 21, 23, 37

equipe multidisciplinar 10, 15, 20, 22, 24, 25, 26, 29, 41, 48, 60, 61

espiritualidade 11, 32, 34, 35, 36, 37, 51

eutanásia 10, 11, 16, 18, 19

exames físicos e complementares 40

## **F**

família 10, 11, 14, 15, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 35, 42, 49, 50, 52, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62

fases do luto 55, 56, 63

ferramentas de avaliação 40, 41, 44, 52

fisioterapeutas 21, 23

## **G**

grau de capacidade 40, 43

## **H**

habilidade de comunicação 54

habilidades comunicativas 21, 26

história da doença de base 40, 44

## **M**

medicina curativa 9, 11, 15, 28

médicos 12, 21, 23, 26, 31, 35, 62, 65

modelo assistencial à saúde 10

morte 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 25, 26, 29, 32, 34, 35, 36, 42, 45, 50, 51, 58, 59, 64, 65

morte encefálica 10, 16

## **O**

Organização Mundial da Saúde (OMS) 10, 39

Orientação à Equipe 21

Orientação à Família 21

ortotanásia 10, 18, 28

## **P**

paciente 10, 11, 12, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

Pacientes em fase terminal 39

paliativismo 9, 11, 14, 16, 17, 25, 49

plano de cuidados do paciente 21, 23

prática clínica 23, 39, 41, 42, 48, 49, 51

prática médica 54

preocupações da comunicação 55, 56

problemas psíquicos 33, 36, 37

procedimentos invasivos 9

profissionais 11, 13, 14, 15, 17, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 31, 36, 37, 41, 43, 49, 50, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63

protocolo SPIKES 55, 56, 63

psicólogos 21, 23

## **Q**

qualidade de vida 10, 11, 13, 14, 15, 23, 33, 34, 36, 37, 39, 41, 48, 49, 50, 51, 52

## **R**

relação médico-equipe-família 20

religiosidade 33, 36, 37

## **S**

saúde fisiológica 33, 37

sintomas físicos e psicossociais 40, 41

surgimento dos Cuidados Paliativos 9

## **T**

técnicas de comunicação 55

tempo de vida 40, 42

transmissão assertiva da mensagem 54

transtornos 55, 59

tratamento espiritual e religioso 33, 37

tratamentos prévios 40

traumas 55, 59

## V

valores pessoais 54

vivências 27, 54

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 