

Práticas profissionais de comunicação em cuidados intensivos: revisão sistemática

Arnaldo Santos Leite¹, Luiza Mitre Batista², Mayra Mota Soares¹

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil. 2. Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Resumo

A comunicação é crucial na troca de informações e no apoio emocional no contexto da saúde, especialmente em doenças críticas e cuidados paliativos. A empatia permite que profissionais compreendam as necessidades de pacientes e familiares, favorecendo uma comunicação respeitosa e contínua e que considere as preferências discutidas durante o tratamento. Entretanto, muitos dos envolvidos enfrentam dificuldades em receber e transmitir informações claras. Questões como uso de jargão técnico, abordagem insensível e sofrimento profissional são frequentes. Capacitação e práticas que priorizem empatia e clareza são fundamentais, assim como uma atuação dos profissionais de saúde em conformidade com os preceitos legais específicos de cada país. Este estudo consiste em uma revisão sistemática que analisa as atitudes dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em unidades de terapia intensiva, em diversos contextos culturais e jurídicos, com foco nas percepções da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Sistemas de comunicação no hospital. Comunicação em saúde. Psicologia médica. Pessoal de saúde. Relações profissional-paciente. Estado terminal. Unidades de terapia intensiva.

Resumen

Prácticas profesionales de comunicación en cuidados intensivos: una revisión sistemática

La comunicación es fundamental para intercambiar informaciones y en el apoyo emocional en contextos de la salud, especialmente en enfermedades críticas y cuidados paliativos. La empatía permite a los profesionales comprender las necesidades de los pacientes y sus familiares, lo que favorece una comunicación respetuosa y continua que tiene en cuenta las preferencias discutidas durante el tratamiento. Sin embargo, muchos de los involucrados enfrentan dificultades para recibir y transmitir información clara. Son frecuentes cuestiones como el uso de jerga técnica, el enfoque insensible y el sufrimiento profesional. La capacitación y las prácticas que priorizan la empatía y la claridad son fundamentales, así como la actuación de los profesionales de la salud de conformidad con los preceptos legales específicos de cada país. Este estudio consiste en una revisión sistemática que analiza las actitudes de los profesionales de la salud en la comunicación de malas noticias en unidades de terapia intensiva, en diversos contextos culturales y jurídicos, centrándose en las percepciones del equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Sistemas de comunicación en hospital. Comunicación en salud. Psicología médica. Personal de salud. Relaciones profesional-paciente. Enfermedad crítica. Unidades de cuidados intensivos.

Abstract

Professional communication practices in intensive care: a systematic review

Communication is fundamental when exchanging information and providing emotional support in healthcare contexts, especially in critical illnesses and palliative care. Empathy allows professionals to understand the needs of patients and family members, promoting respectful and continuous communication that takes into account the preferences discussed during treatment. However, many of those involved face difficulties in receiving and conveying clear information. Issues such as the use of technical jargon, insensitive approaches, and professional distress are common. Training and practices that prioritize empathy and clarity are essential, as is the action of healthcare professionals in accordance with the specific legal precepts of each country. This is a systematic review that analyzes the attitudes of healthcare professionals in communicating bad news in intensive care units, in different cultural and legal contexts, focusing on the perceptions of the multidisciplinary team.

Keywords: Hospital communication systems. Health communication. Psychology, medical. Health personnel. Professional-patient relations. Critical illness. Intensive care units.

Declararam não haver conflito de interesse.

A comunicação é elemento imprescindível na troca de informações e emoções entre indivíduos e assume função primordial nos contextos de saúde, especialmente na interação entre profissionais, pacientes e familiares¹. A comunicação de más notícias (CMN) em saúde refere-se à transmissão de informações que transformam radicalmente a perspectiva futura de um paciente, as quais normalmente referem-se a diagnósticos e manejos de doenças graves². A CMN em unidades de terapia intensiva (UTI) provoca ansiedade nas famílias, do que advém a necessidade de comunicação eficaz por parte das equipes de saúde¹. A escassez de recursos e a falta de treinamento em comunicação podem prejudicar a prática clínica³.

Os profissionais de saúde frequentemente encaram a comunicação como mera obrigação e utilizam abordagens indiretas na troca de informações⁴. A interação bidirecional é fundamental para uma comunicação eficaz, que deve equilibrar honestidade e otimismo. A intervenção da equipe multiprofissional é crucial no suporte emocional às famílias⁵, sendo o cuidado centrado na família vital para promover dignidade e colaboração⁶. É também relevante o suporte psicológico aos profissionais, que deve incluir adequação das estruturas de trabalho, práticas de autocuidado, reuniões e supervisão⁷.

A comunicação, aprimorada por meio de interações e treinamentos, é essencial para mitigar o estresse profissional e aumentar a satisfação dos pacientes⁴. Contudo, a formação em CMN ainda apresenta deficiências, o que se reflete em insatisfação de pacientes e desafios emocionais enfrentados por profissionais^{2,8}. Protocolos como SPIKES⁸, PEWTER e ABCDE foram estabelecidos para orientar essa comunicação, revelando-se altamente benéficos quando implementados em treinamentos⁴.

Esta revisão sistemática visa avaliar o papel dos profissionais de saúde na CMN na UTI pela análise das percepções dos profissionais envolvidos, das estratégias empregadas e do treinamento necessário para tal competência.

Método

O objetivo do estudo foi definido segundo a estratégia SPIDER⁹, com base na seguinte

questão: “Qual é o papel dos profissionais de saúde e quais são as percepções dos envolvidos em CMN em UTI?”. Realizou-se revisão sistemática conforme diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁰, com registro no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob a identificação CRD42024612860.

A busca de artigos foi realizada em 12 de outubro de 2024 nas bases de indexação PubMed, Scopus, Web of Science, LILACS, SciELO e psycINFO. Utilizou-se uma combinação de termos relacionados a “comunicação de más notícias” e “terapia intensiva”. Foram filtrados artigos nos idiomas inglês, português e espanhol publicados desde 2004, recorte temporal que busca assegurar a atualidade do debate científico com estudos baseados no protocolo SPIKES⁸, cuja influência posterior padronizou a comunicação de más notícias e o treinamento de profissionais de saúde. Foram incluídos apenas artigos originais, ou seja, foram excluídos artigos de revisão, capítulos de livros, editoriais e publicações de anais de congressos. As chaves exatas de buscas para cada base de indexação estão no Quadro 1.

Quadro 1. Chaves para a busca nas bases de indexação

Base de indexação	Chave
PubMed	(bad news deliver*) AND (ICU)
Scopus	(TITLE-ABS-KEY((bad AND news AND deliver*) AND TITLE-ABS-KEY((intensive AND care))))
Web of Science	Analyze Results: bad news deliver* (Topic) AND intensive care (Topic)
LILACS	(terapia intensiva) AND (notícia*)
SciELO	(terapia intensiva) AND (notícia*)
psycINFO	Any Field: bad news AND ((Any Field: ICU) OR (Any Field: intensive care))

Os artigos foram analisados no aplicativo Rayyan¹¹, a fim de eliminar os duplicados. Na seleção de artigos para leitura na íntegra, dois revisores (ASL/LMB) analisaram títulos e resumos de forma independente e resolveram eventuais conflitos por consenso. Foram selecionados artigos que analisam, discutem ou descrevem percepções de profissionais sobre CMN em UTI. Foram

excluídos artigos que envolvem percepções apenas de pacientes e familiares. Também foram excluídos estudos de pacientes e/ou profissionais fora da UTI; artigos que não abordam a comunicação de notícias em UTI; estudos que abordam exclusivamente outros aspectos, como percepções de profissionais sobre sofrimento de pacientes e familiares em decorrência de doença.

De acordo com os mesmos critérios, os três autores, divididos em duplas e em análise independente, selecionaram os artigos para revisão após leitura na íntegra. Eventuais conflitos foram resolvidos por consenso entre todos os autores. Os artigos incluídos na revisão foram analisados de forma independente pelas mesmas duplas, com extração de dados, que foram coletados e gerenciados no aplicativo REDCap (Yale University)¹². Eventuais discrepâncias foram resolvidas por consenso pelas duplas de revisores.

Para cada estudo, as seguintes informações foram extraídas, quando aplicável: autor; ano e revista de publicação; país de realização do estudo; objetivos, desenho e metodologia do estudo; tipo de UTI; número de centros de estudo; profissional envolvido na comunicação; número de

participantes; percepção dos profissionais; conclusões dos autores e protocolos aplicados na CMN.

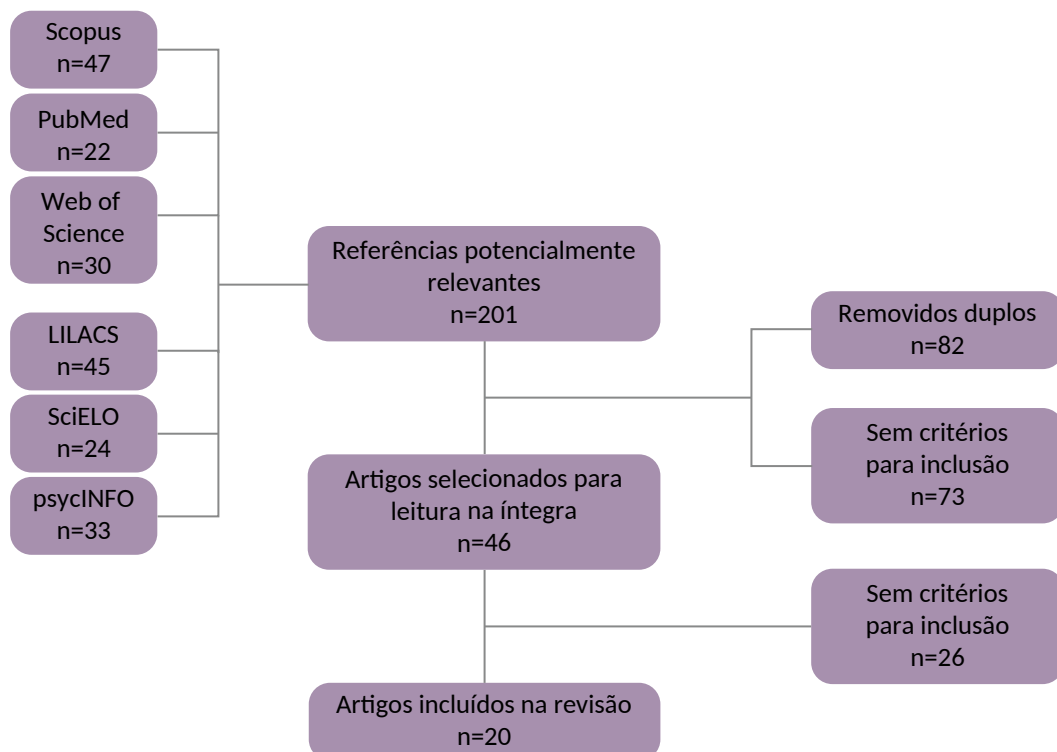
Os resultados quantitativos e qualitativos, incluindo as percepções e atitudes dos profissionais de saúde, foram apresentados em tabela ou descritos e discutidos no corpo do artigo. Como se trata de pesquisa secundária sem sujeitos envolvidos diretamente no estudo, este trabalho não foi submetido a aprovação em comitê de ética em pesquisa.

Resultados e discussão

Entre 201 diferentes títulos e resumos potencialmente relevantes encontrados nas bases de indexação, 46 artigos foram selecionados para leitura na íntegra e 20 destes foram incluídos na revisão sistemática (Figura 1). O Quadro 2 apresenta uma descrição dos artigos incluídos.

Dos 20 artigos, foram extraídos 308 diferentes itens relacionados às percepções e atitudes de profissionais de saúde sobre a CMN. Os itens foram organizados em seis grupos temáticos, que são categorizados e sintetizados a seguir.

Figura 1. Resultados da busca conforme o protocolo PRISMA



Quadro 2. Características dos artigos incluídos e principais resultados

Autoria; ano	Revista/ país do estudo	Tipo de UTI (número de centros participantes)	Profissional envolvido na CMN (número de profissionais participantes)	Principais resultados: percepções e atitudes dos profissionais envolvidos na CMN
Soeiro, Vasconcelos, Silva; 2022 ¹³	<i>Revista Bioética/</i> Brasil	UTI pediátrica (1)	Equipe médica (14)	Os médicos destacaram o impacto emocional da CMN na UTI, com desafios éticos, como manter esperança enquanto lidam com limites terapêuticos e reações familiares. Relataram ainda falta de treinamento formal, com habilidades de comunicação desenvolvidas na prática.
Campos e colaboradores; 2017 ¹⁴	<i>Saúde em Debate/Brasil</i>	UTI neonatal (1)	Equipe multidisciplinar (10)	Os profissionais relataram falta de preparo para CMN, o que intensifica sofrimento emocional e promove atitudes de distanciamento, mecanização ou insensibilidade. Necessitam de humanização, suporte emocional e treinamento para lidar com morte e luto, além de melhor integração interdisciplinar.
Seifart e colaboradores; 2022 ¹⁵	<i>Frontiers in Pediatrics/</i> Alemanha	UTI neonatal (6)	Equipe médica (17)	A CMN é considerada tarefa que requer senso de envolvimento e responsabilidade por parte dos profissionais de saúde, impactada negativamente pela sobrecarga na rotina clínica. A eficácia da comunicação impacta a experiência das famílias em momentos delicados.
Monteiro e colaboradores; 2015 ¹⁶	<i>Psicologia Argumento/</i> Brasil	UTI adulto (1)	Equipe médica (6)	A presença da família é considerada essencial no cuidado durante a doença crítica e na terminalidade, para compreender o paciente e discutir a evolução clínica. Fragilizados, familiares buscam respostas e segurança, enquanto a equipe, sobrecarregada, prioriza os aspectos técnicos. Os médicos destacam a importância da empatia na CMN e o respeito à autonomia do paciente. Na relação com familiares, dar o devido tempo para adaptação às situações e para tomada de decisões informadas, garantindo assistência centrada no paciente e na família. O acompanhamento do médico assistente pode reduzir conflitos com a família, mas a fragmentação entre especialidades pode dificultar decisões integradas e centradas no paciente.

continua...

Quadro 2. Continuação

Autoria; ano	Revista/ país do estudo	Tipo de UTI (número de centros participantes)	Profissional envolvido na CMN (número de profissionais participantes)	Principais resultados: percepções e atitudes dos profissionais envolvidos na CMN
Seoane e colaboradores; 2012 ¹⁷	<i>Ochsner Journal</i> / Estados Unidos	UTI adulto (1)	Médico residente (214)	Neste estudo, no final da residência, os médicos ainda encontram dificuldades na CMN, em especial na discussão dos limites terapêuticos e definição de cuidados paliativos, ressaltando-se a necessidade de estruturação teórica e diretrizes clínicas específicas. As habilidades de comunicação podem ser desenvolvidas por meio de treinamentos, com atividades práticas como dramatizações e simulações que melhoraram a comunicação entre profissionais, permitindo o fortalecimento de interações e gerando melhores resultados no tratamento intensivo.
Vale e colaboradores; 2023 ¹⁸	<i>Revista Latinoamericana de Bioética</i> /Brasil	UTI (sem especificar) (1)	Equipe multidisciplinar (29)	Os profissionais destacaram lacunas no treinamento em CMN na graduação. Encontram dificuldade ainda maior na comunicação de óbito em jovens. Os participantes demonstraram evidente receio em relação à possível não aceitação das notícias por parte de familiares, tornando o processo de comunicação desafiador.
Alves, Sarinho, Belian; 2023 ¹⁹	<i>Revista Bioética</i> / Brasil	UTI neonatal (1)	Médico residente (12)	Os residentes identificaram que, na rotina da UTI, os médicos valorizam pouco as conversas com familiares. Destacaram a falta de espaço adequado e pouco tempo dedicado para esclarecer dúvidas e discutir estratégias, e enaltecem a relevância de treinamento específico para a CMN.
Haas, Brust-Renck; 2022 ²⁰	<i>Psicologia USP</i> / Brasil	UTI adulto (não especificado)	Equipe médica (15)	Os participantes evidenciaram evolução na forma de comunicar em relação ao que faziam no início de suas carreiras, fruto de amadurecimento profissional e pessoal. Destacaram que o tempo de exercício da profissão torna mais fácil o processo de CMN e acreditam que fazem o melhor que podem, porém sentem o desafio da CMN, com reflexos no estado emocional e físico.

continua...

Quadro 2. Continuação

Autoria; ano	Revista/ país do estudo	Tipo de UTI (número de centros participantes)	Profissional envolvido na CMN (número de profissionais participantes)	Principais resultados: percepções e atitudes dos profissionais envolvidos na CMN
Camilo e colaboradores; 2022 ²¹	<i>Revista Gaúcha de Enfermagem/ Brasil</i>	UTI neonatal (3)	Equipe de enfermagem (17)	As percepções dos participantes evidenciam os desafios na CMN, exigindo que se ofereça suporte emocional à família, mas destacam as dificuldades estruturais e processuais e o peso do envolvimento com o sofrimento de familiares. A atuação da enfermagem na atenção multidisciplinar auxilia na promoção de vínculos com os familiares, permitindo que exerçam seu papel como responsáveis nesses momentos difíceis e reforçando a importância do papel colaborativo dentro da equipe. Destacam barreiras culturais, falta de capacitação e autoproteção dos profissionais frente à finitude.
Koch, Rosa, Bedin; 2017 ²²	<i>Revista Bioética/ Brasil</i>	UTI neonatal e pediátrica (1)	Equipe multidisciplinar (9)	Os participantes identificaram lacunas na formação para a CMN e a subjetividade relacionada à prática pela ausência de protocolos específicos para a comunicação. Destacaram a comunicação de morte como o principal desafio. Ressaltaram a importância de empatia, sinceridade e vínculo com o paciente e família, com respeito à religiosidade.
Alves, Sarinho, Belian; 2023 ²³	<i>Saúde e Pesquisa/Brasil</i>	UTI neonatal (1)	Equipe médica (12)	O estudo revela desafios na CMN na UTI, destacando problemas estruturais, pouca empatia, sobrecarga de trabalho e falta de estratégias adequadas. Treinamento em protocolo específico para a comunicação ajudou os médicos residentes a refletirem sobre práticas, reforçando a importância de vínculo, escuta, empatia e sensibilidade ao comunicar, sem tirar a esperança dos familiares.
Souto, Schulze; 2019 ²⁴	<i>Revista Psicologia e Saúde/Brasil</i>	UTI neonatal (1)	Profissional não especificado (9)	A maioria dos participantes se revelou despreparada para a CMN, buscando recursos intuitivos e emocionais, baseando-se em experiências acumuladas e na observação de colegas mais experientes. A comunicação foi considerada tarefa tensa e emocionalmente desgastante. A ausência de protocolos e treinamento formal agrava o desafio, gerando desconforto e estresse emocional. A empatia foi apontada como habilidade essencial, embora pouco desenvolvida, sendo fundamental na comunicação sensível.

continua...

Quadro 2. Continuação

Autoria; ano	Revista/ país do estudo	Tipo de UTI (número de centros participantes)	Profissional envolvido na CMN (número de profissionais participantes)	Principais resultados: percepções e atitudes dos profissionais envolvidos na CMN
Cabeça, Sousa; 2017 ²⁵	<i>Revista de Pesquisa/Brasil</i>	UTI neonatal (1)	Equipe multidisciplinar (14)	De acordo com o estudo, profissionais recorrem à empatia, vivências pessoais e suporte psicológico para lidar com perda e sofrimento. Comunicação na UTI requer empatia, clareza, escuta ativa e respeito às singularidades familiares. Estratégias incluem transmissão gradual, linguagem acessível, acolhimento, colaboração e apoio emocional às famílias, com sondagem do entendimento prévio, suporte psicológico e diálogo cuidadoso e gradual. Destacam a importância do trabalho interdisciplinar, da sensibilidade e da atenção à comunicação não verbal.
Monteiro e colaboradores; 2015 ²⁶	<i>Estudos e Pesquisas em Psicologia/Brasil</i>	UTI adulto (1)	Equipe médica (12)	Os médicos participantes relataram intensa dificuldade ao comunicar morte, interpretando-a como fracasso pessoal. A dificuldade é ainda maior diante do óbito de jovens, mediante a dor dos familiares. A comunicação de morte encefálica é especialmente difícil para os médicos, pois envolve pacientes jovens, situações inesperadas e decisões complexas, como doação de órgãos. Os médicos frequentemente evitam verbalizar a palavra "morte", empregando eufemismos, possivelmente como mecanismo de defesa emocional.
October, Wat- son, Hinds; 2013 ²⁷	<i>Pediatric Critical Care Medicine/ Estados Unidos</i>	UTI pediátrica (1)	Equipe médica (10)	Neste estudo que investiga o local escolhido pelo médico para interagir com familiares, identificou-se que a preferência dos médicos é conversar com familiares em sala de conferências para discutir redirecionamento de cuidados, mas preferem a comunicação ao lado do leito do paciente pela praticidade, rapidez, ou quando querem que o paciente participe da discussão. A necessidade de espaço amplo para maior número de pessoas foi um fator associado à preferência dos médicos por se reunir com familiares em sala de conferências.

continua...

Quadro 2. Continuação

Autoria; ano	Revista/ país do estudo	Tipo de UTI (número de centros participantes)	Profissional envolvido na CMN (número de profissionais participantes)	Principais resultados: percepções e atitudes dos profissionais envolvidos na CMN
Berlacher e colaboradores; 2017 ²⁸	<i>Journal of Palliative Medicine/</i> Estados Unidos	UTI adulto (1)	Equipe médica (28)	Este estudo investiga os resultados de um treinamento em comunicação para médicos. Observou-se que os médicos residentes eram muito mais propensos a relatar qualquer treinamento anterior do que os professores assistentes, mais experientes. A percepção de preparo para a comunicação aumentou em todas as habilidades após o treinamento, mesmo entre médicos experientes, que inclusive recomendariam o treinamento para seus pares.
Ghoneim e colaboradores; 2019 ²⁹	<i>Teaching and Learning in Medicine/</i> Estados Unidos	UTI neonatal (1)	Médico resi- dente (15)	Este estudo explora o treinamento em comunicação para residentes em CMN, o qual resultou em melhorias significativas nos escores de autoavaliação e testes de conteúdo. Destaca-se a necessidade de treinamento contínuo em habilidades de comunicação e a necessidade de adaptação às diferentes experiências clínicas.
Macdonell e colaboradores; 2015 ³⁰	<i>Journal of Neonatal Nursing/Canadá</i>	UTI neonatal (1)	Profissional não especificado (131)	A equipe multiprofissional reconheceu a necessidade de mais treinamento em CMN. O emprego de reuniões entre equipe e familiares e treinamentos práticos aumentaram a empatia, reflexão e parceria entre profissionais e familiares, promovendo cuidado mais humanizado e oferecendo ferramentas formais para melhorar a comunicação na UTI.
Monteiro, Quintana; 2016 ³¹	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa/Brasil</i>	UTI adulto (1)	Equipe médica (12)	Os profissionais relataram falta de treinamento formal durante a formação médica, exigindo aprendizado na prática, observação ou senso comum. A prática considerou a observação dos docentes, exemplos midiáticos e sentimentos subjetivos como referências. Alguns médicos buscam proteger-se emocionalmente adotando estratégias como linguagem indefinida ou eufemismos, o que frequentemente resulta em dificuldades de clareza e desconforto nas interações com familiares. A CMN gera nos médicos angústia, impotência e culpa, especialmente diante do sofrimento do paciente ou da família.

continua...

Quadro 2. Continuação

Autoria; ano	Revista/ país do estudo	Tipo de UTI (número de centros participantes)	Profissional envolvido na CMN (número de profissionais participantes)	Principais resultados: percepções e atitudes dos profissionais envolvidos na CMN
Van Keer e colaboradores; 2019 ³²	<i>Patient Education and Counseling/</i> Bélgica	UTI adulto (1)	Equipe médica (35)	Este estudo explora a CMN em UTI, quem participa das conversas, considerando equipe, pacientes e familiares. Observaram que médicos comunicam as notícias difíceis principalmente aos familiares, raras vezes envolvem os pacientes. Dificuldades surgem de barreiras linguísticas, culturais e emocionais, além de conflitos familiares. Identificou-se que os enfermeiros têm participação limitada nas conversas. Como estratégia para melhorar a compreensão por parte de familiares, buscaram simplificação de informações, cooperação de outros colegas e escolha de interlocutores entre os familiares.

UTI: unidade de terapia intensiva; CMN: comunicação de más notícias

Estratégias e gerenciamento

A sinergia interprofissional é essencial em UTI, onde a colaboração tem mostrado redução da mortalidade e melhoria na qualidade do atendimento³³. A equipe multidisciplinar é fundamental para oferecer cuidados holísticos ao paciente. Enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas têm perfis especializados que contribuem para o plano terapêutico e para a assistência ao paciente. Existem legislações específicas nos diferentes países que regulamentam o exercício profissional. No Brasil, os atos diretamente associados a diagnóstico nosológico, determinação de prognóstico clínico e definição das condutas terapêuticas são restritos à atuação médica³⁴, e os demais membros da equipe podem participar como facilitadores na adoção das condutas prescritas pelo médico ou em ações educativas e de suporte emocional³⁵.

A CMN é ato que exige preparo técnico e sensibilidade ética, e o médico não pode transferir tal responsabilidade a outros membros da equipe^{35,36}. Porém a atuação da equipe multidisciplinar é essencial para ampliar os cuidados e proporcionar suporte integral e centrado no paciente, mas de forma complementar e não substitutiva ao médico³⁵. As competências do médico são exclusivas, porém o trabalho conjunto com a equipe

multidisciplinar potencializa a qualidade dos cuidados ao paciente³⁷.

Os médicos frequentemente enfrentam insegurança na CMN, dada a ênfase de seu treinamento na manutenção da vida^{18,26}. A comunicação da morte, por ser tarefa precípua do médico, pode resultar em falta de corresponsabilidade da equipe de saúde no suporte aos familiares¹⁸. A atuação da enfermagem é crucial, pois promove vínculos com os familiares, permitindo que eles exerçam seu papel como responsáveis nesses momentos difíceis²¹. É frequente médicos buscarem a colaboração de outros membros da equipe em situações difíceis, o que favorece um ambiente acolhedor^{21,32}.

Encorajados a participar das conversas, enfermeiros e fisioterapeutas contribuem para melhorar a comunicação com as famílias e fornecer informações sobre o cuidado do paciente³⁰. A presença de psicólogos e/ou capelães fornece suporte mútuo e é essencial para melhorar a comunicação e aliviar tensões associadas, ajudando pacientes e familiares a encontrarem equilíbrio em momentos críticos^{16,32}. O apoio psicológico auxilia os profissionais na gestão das emoções e na compreensão da dinâmica familiar^{13,16}. A corresponsabilidade entre todos é chave para suavizar o desgaste na CMN¹³.

A CMN é complexa e pode envolver familiares e amigos, muitos dos quais desejam participar das

conversas. Porém a inclusão de todos nem sempre é possível, e o médico deve avaliar quem está mais apto a entender as informações e tomar decisões em nome do paciente³². A escolha dos representantes nem sempre é fácil, pois às vezes é complicada por barreiras emocionais, linguísticas e educacionais³². Os médicos geralmente incluem nas conversas membros próximos da família que demonstram capacidade para compreender as informações médicas. Em situações de disputas familiares, é importante incluir representantes de ambos os lados para evitar conflitos e assegurar uma comunicação equilibrada³².

Sempre que possível, o paciente deve ser incluído nas discussões sobre seu tratamento³⁶. Na impossibilidade, a equipe deve avaliar os desejos manifestos pelo paciente em consonância com a família¹⁶. Em situações de dificuldade de compreensão, é essencial incluir outros membros da família para oferecer apoio e facilitar a interpretação das notícias²⁵. No contexto da UTI neonatal, deve-se realizar reuniões com ambos os genitores em locais privados, para que a comunicação seja eficaz³⁰.

Reuniões entre profissionais, pacientes e familiares devem ser planejadas e são essenciais para a tomada de decisões, promovendo conforto, facilitando a compreensão e possibilitando suporte emocional, além de melhorar os resultados do tratamento³⁸. A CMN deve ocorrer em ambientes privativos e relaxantes⁴. Entretanto, a escolha do local é influenciada por diferentes fatores, embora não influa diretamente no resultado. Médicos preferem salas de conferência, especialmente para discutir redirecionamento de cuidados, como a transição para cuidados paliativos. Outros optam por reuniões ao lado do leito, para permitir a participação do paciente²⁷.

A eficácia da CMN depende da sensibilidade e flexibilidade dos profissionais em adaptar técnicas de comunicação ao contexto cultural³⁹ e familiar dos pacientes²⁴. A preparação para a conversa, tanto do ponto de vista técnico quanto do emocional, envolve reservar tempo especial para a comunicação e gerenciar os próprios sentimentos^{26,31}. Como estratégia, os médicos questionam inicialmente o conhecimento dos familiares sobre a condição do paciente com perguntas abertas, para verificar o entendimento

prévio e a percepção das condições emocionais dos familiares^{25,32}.

A CMN é considerada tarefa que requer senso de envolvimento e responsabilidade por parte dos profissionais de saúde¹⁵. Compreender e gerenciar os fatores que contribuem para a dificuldade das conversas leva a uma experiência mais eficaz e satisfatória tanto para a equipe quanto para os familiares⁴⁰. O manejo das expectativas é crucial, especialmente quando o tratamento curativo não é viável, e os médicos devem abordar a possibilidade de óbito com tranquilidade¹³. Sugere-se aprimorar a sensibilidade, usar a religiosidade como suporte, dedicar tempo para escuta e valorizar a humanização no atendimento¹⁴.

A comunicação deve ser gradual e adaptativa⁴⁰ e respeitar a vontade da família em participar das decisões²⁵. Notícias desfavoráveis não devem ser comunicadas de maneira abrupta¹³. Sempre que possível e pertinente, os profissionais devem envolver os parentes no processo de despedida e permitir que participem de momentos significativos – por exemplo, permitir à mãe segurar seu bebê no colo –, caso desejem, para facilitar o luto²⁵.

A comunicação humanizada cria um ambiente acolhedor e é essencial para superar barreiras. Deve integrar aspectos verbais e não verbais, como linguagem corporal e emoções¹⁶. A eficácia da comunicação influi na experiência das famílias em momentos delicados¹⁵. A empatia é crucial na gestão emocional. O médico deve demonstrar disponibilidade e apoio, além de abertura para que as decisões familiares sejam ajustadas conforme necessário¹⁶.

A empatia é considerada habilidade essencial na CMN, que pode ser aprendida e desenvolvida^{19,24}. Fornecer “uma palavra de carinho” e apoio emocional é fundamental para valorizar as famílias durante o processo²¹. A comunicação empática promove corresponsabilidade e participação no tratamento, essenciais para o bem-estar de todos os envolvidos¹⁶.

Abordagens compassivas incluem explicações completas e informações de apoio, que ajudam as famílias a se sentirem bem informadas³⁰. A clareza e a honestidade são essenciais para capacitar as famílias a tomar decisões. Profissionais devem explicar a patologia, as opções de tratamento

e o prognóstico de forma direta e realista^{16,32}. Apesar das adversidades, o diálogo honesto e acolhedor facilita a compreensão e cria um ambiente de apoio emocional¹³. A comunicação deve ser clara, sem agressividades²⁵, pautada em troca bilateral marcada por igualdade e respeito³, a fim de permitir que os familiares entendam a gravidade da situação e tomem decisões esclarecidas. Orientar o acesso a informações externas, quando requisitado, e realizar uma abordagem otimista ajuda os familiares a enfrentarem período tão difícil⁵.

Aspectos emocionais dos profissionais

A CMN gera angústia significativa em quem transmite e em quem recebe a informação, o que evidencia a complexidade dessa interação²². Os fatores que contribuem para conversas difíceis podem ser relacionados ao médico, ao paciente, à situação ou a uma combinação destes⁴⁰. Dar más notícias pode ter pesado efeito emocional para o médico, que frequentemente sente o encargo dessas informações negativas e antecipa reações negativas⁴¹. Os profissionais enfrentam estresse antecipatório, o que resulta em sintomas físicos como aumento da frequência cardíaca e ansiedade^{1,13}, em reflexo da carga emocional do trabalho¹⁴. Todos os membros da equipe enfrentam sofrimento considerável em razão da dor dos pacientes. Choro manifesto durante as conversas, ansiedade, depressão e síndrome de *burnout* são comuns entre os profissionais²².

Os projetos de humanização do atendimento muitas vezes não contemplam o fortalecimento emocional dos profissionais¹⁴. O desespero familiar exacerba o estresse emocional dos profissionais²⁶, que precisam lidar com dor e morte, desenvolvendo sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade, os quais nem sempre são compartilhados²⁵.

A imprevisibilidade das conversas aumenta a angústia e impacta a vida pessoal e a confiança dos profissionais, que adotam estratégias de distanciamento emocional, as quais geram conflitos entre cuidado e autopreservação⁷. Embora os profissionais acreditem fazer o melhor que podem, sentem o peso emocional e físico da CMN²⁰. A tensão entre empatia e capacidade técnica torna a emoção um problema, e não uma ferramenta¹⁴. A pressão por infalibilidade e a falta de apoio colaboram

para o estresse não reconhecido e a sensação de isolamento⁷.

Os profissionais que desenvolvem vínculos mais próximos com os pacientes, como na oncologia infantil, vivem reações emocionais especialmente intensas em situações de perda^{13,26}. Muitas vezes, a morte se associa a sentimentos de culpa e fracasso^{14,26} e sua comunicação é considerada uma tarefa desconfortável para o médico. A morte, não mencionada de forma direta, é substituída por outras expressões e não raro eufemismos, o que impede que a comunicação seja clara e empática²⁶. Sua comunicação é frequentemente vista pelo médico como uma tarefa difícil e desconfortável²⁶. O conflito entre a missão de salvar vidas e a inevitabilidade da morte²⁶, associado ao reconhecimento dos próprios limites, faz os médicos adotarem mecanismos de defesa, como afastamento emocional dos pacientes e familiares e frieza manifesta¹⁴.

Alguns profissionais optam por não estar presentes durante a CMN para evitar o impacto emocional¹⁴, enquanto outros reprimem as emoções durante as conversas, o que resulta em diálogos formais e distantes²⁴. A priorização de recursos técnicos sobre a expressão emocional agrava o afastamento do sofrimento do paciente e da família e o distanciamento emocional, dificultando ainda mais a comunicação¹⁶.

A crença de que a CMN deveria ser realizada por profissionais mais resilientes ou em posições superiores³¹ reafirma a carência de treinamento¹⁴. Para lidar com o sofrimento, alguns recorrem a apoio psicológico^{13,25}. Outros se sustentam em suporte familiar e práticas religiosas¹³.

Relação com pacientes e familiares

A devida atenção no processo da comunicação torna os familiares mais seguros e confiantes^{16,19} e favorece a colaboração e a aceitação da situação clínica, o que facilita o trabalho médico¹⁶. A CMN deve ser transparente para estabelecer um vínculo forte com a família, essencial para transmitir informações desafiadoras¹³, com perguntas que tenham como objetivo compreender os sentimentos da família antes de comunicar as notícias³¹ e, com isso, proporcionar o tempo e a privacidade necessários para discussões completas e compassivas. Aproximar-se do “mundo do

outro” implica compreender os aspectos psicológicos e imaginários das famílias, que têm realidades e experiências distintas. A habilidade na CMN é fundamental para um cuidado centrado no paciente, na medida em que influi em sua compreensão e adaptação⁴² e otimiza escolhas em decisões complexas^{16,30}.

O uso de linguagem técnica e a falta de empatia durante as conversas trazem insatisfação a familiares de pacientes internados em UTI¹. O uso excessivo de jargões técnicos dificulta a compreensão das informações essenciais sobre a situação clínica¹³. Alguns profissionais utilizam uma comunicação estritamente objetiva, focada em dados, que pode resultar em distanciamento emocional³¹. Pacientes e familiares desejam informações honestas, mas esperam que os profissionais respeitem seu processo de assimilação, de modo que consideram a comunicação franca potencialmente estressante⁴³. A comunicação clara, com exemplos acessíveis e que respeite as singularidades do paciente, como cultura e contexto social⁴⁴, promove um entendimento mais empático e acolhedor, conforto emocional para familiares e maior participação no tratamento^{16,25,32}.

Os profissionais de saúde devem respeitar e reconhecer como legítimas as reações emocionais e os sentimentos de familiares de pacientes críticos¹⁶. Muitos profissionais esperam que as famílias aceitem rapidamente o quadro crítico do paciente, ignorando o complicado processo emocional que enfrentam¹⁶. Não obstante, devem promover esclarecimento técnico, suporte emocional e espiritual²⁵, com abertura às preocupações e medos da família. Devem, ademais, compreender que diferentes membros da mesma família podem reagir de maneiras distintas³¹ e, em situações delicadas, manter a calma e solicitar tranquilidade aos envolvidos, com vista a promover diálogos construtivos e a fortalecer vínculos³².

A comunicação com familiares deve ser diária e conter informações sobre o estado de saúde do paciente, de maneira a prepará-los para eventuais notícias difíceis e reduzir o impacto de informações inesperadas²⁵. É importante ter um médico de referência, isto é, evitar a rotação de profissionais. Tal continuidade reduz a sensação de solidão e proporciona confiança, apoio emocional e segurança²⁵. É necessário treinar habilidades de comunicação para realizar um

atendimento mais eficaz e empático²⁵. Embora as atividades assistenciais demandem tempo e dificultem a comunicação, deve-se investir na escuta atenta, pois ela alivia o sofrimento e ajuda a entender as necessidades de familiares na medida em que respeita preocupações e dirime dúvidas^{16,44}.

Em situações críticas, profissionais utilizam a comunicação não verbal, como abraços e toques, para oferecer apoio emocional e demonstrar reconhecimento do sofrimento de familiares⁴⁴. Um olhar atento e gestos expressivos promovem interação eficaz^{1,26} e criam um espaço de confiança²⁵.

Barreiras e desafios

A CMN na UTI é complexa e desafiadora. Fatores situacionais dificultadores incluem pressões de tempo durante a assistência, conflitos entre pacientes e equipe ou questões sociais complexas⁴⁰. O profissional já tem uma rotina clínica pesada¹⁵, com pouca disponibilidade para a conversa devido à sobrecarga no ambiente de trabalho^{16,45}. A comunicação muitas vezes envolve paciente sedado ou entubado¹³, sendo tarefa emocionalmente carregada, especialmente em caso de eventos inesperados^{13,22}. É vista como uma tarefa desagradável tanto para quem comunica quanto para quem recebe²⁴. Por se relacionar a um evento doloroso e traumático, a CMN pode gerar distanciamento entre o profissional e familiares, prejudicando a relação terapêutica^{13,16,32}. Para a interlocução com familiares de pacientes críticos, a gestão das habilidades pessoais e interpessoais é de suma importância. Os profissionais devem estar preparados para lidar com aspectos técnicos, éticos, legais e relacionais¹³.

Uma revisão sistemática com 40 estudos e 3.242 participantes evidenciou que profissionais de saúde frequentemente percebem a comunicação como mera obrigação e adotam abordagens indiretas na hora de se comunicar⁴. Os profissionais tendem a falar mais e fazer poucas perguntas aos familiares, sem discutir a perspectiva do paciente, estabelecendo uma comunicação pouco abrangente³².

Muitos profissionais evitam comunicar diretamente a gravidade do estado clínico e utilizam expressões ambíguas, que geram incerteza nos familiares³¹. Mesmo ao comunicar o óbito, ainda

que esperado, médicos hesitam em usar a palavra “morte”, o que reflete negação da finitude da vida, e recorrem a eufemismos²⁶. Ao negar a morte pela escolha de palavras mais suaves, o profissional enfrenta a inevitabilidade da finitude sem ter que lidar diretamente com a dor²⁶. A falta de clareza nas informações afeta a percepção dos familiares e pode gerar falsas expectativas²⁶ e falhas na comunicação³¹.

A equipe de saúde deve adaptar sua abordagem comunicativa às necessidades culturais⁴⁴ e preferências dos familiares, visto que uma comunicação eficaz fortalece o vínculo familiar e reduz o estresse⁵. A CMN torna-se ainda mais desafiadora quando existem barreiras linguísticas, especialmente se houver a necessidade de empregar intérpretes, que nem sempre produzem traduções precisas³². Familiares com dificuldades de comunicação não são vistos como interlocutores adequados nas conversas, e contextos etnoculturais podem dificultar ainda mais as discussões³².

Outro desafio é a falta de entendimento dos familiares quanto à gravidade do estado do paciente crítico, que exige dos profissionais sensibilidade e múltiplas interações para aumentar compreensão^{16,32}. A negação é uma reação comum à CMN e resulta na necessidade de repetir as informações¹³. A complexidade da doença crítica e a expectativa de um “milagre” dificultam a compreensão, especialmente em populações vulneráveis socialmente¹⁶.

A sobrecarga de trabalho dos profissionais, a escassez de tempo e a falta de estrutura adequada comprometem a comunicação de notícias sensíveis¹⁴, dificultam o esclarecimento de dúvidas e as discussões sobre os cuidados¹⁹, prejudicando ainda mais a interação entre profissionais e familiares²¹. Conversas sobre más notícias frequentemente ocorrem ao lado do leito ou em espaços inapropriados, como o corredor²¹, o que gera desconforto e resistência nos familiares, que se sentem expostos³², e prejudica a eficácia da comunicação e a compreensão das notícias.

Conflitos entre familiares e divergências entre a vontade do paciente e a deles dificultam a tomada de decisões consensuais e aumentam o desafio para os médicos. Questões financeiras e

sentimentos de frustração, especialmente entre aqueles que, após longos períodos de afastamento, tentam se redimir no momento da doença do familiar, afetam o comportamento das pessoas de modo a aumentar as tensões nas interações¹⁶.

Na ocorrência de conflitos e para compreender as necessidades da família, é essencial que os profissionais se aproximem do mundo subjetivo dos familiares e reconheçam a singularidade de cada sistema familiar⁴⁴. Essa compreensão facilita a comunicação e promove um cuidado mais humanizado¹⁶.

Os médicos citam as notícias sobre piora clínica e morte como as conversas mais desafiadoras²². A comunicação do óbito é elencada como a situação mais difícil, e os médicos destacam o vínculo entre a morte e a percepção de “má notícia”²⁶. Em entrevista sobre o tema, os profissionais associaram a dificuldade na CMN com a idade dos pacientes e ressaltaram que enfrentam dificuldades em associar o fim da vida a indivíduos jovens^{18,26}. A notícia da morte de um filho, fato que desafia a ordem natural das expectativas, e a comunicação da constatação de morte encefálica em jovens que não estavam doentes previamente, isto é, cuja vida é interrompida abruptamente,²⁶ são exemplos de situações difíceis tanto para a família quanto para os profissionais.

Treinamento, desenvolvimento profissional e ferramentas

A CMN é parte da rotina dos profissionais de saúde, mas muitos ainda se sentem despreparados para a tarefa. Vários médicos expressam dificuldades em transmitir essas informações de forma apropriada e frequentemente se emocionam com pacientes e familiares²⁴. Apesar do conhecimento teórico e prático, os médicos geralmente se sentem despreparados para comunicar a morte, sem saber a melhor maneira de abordar a situação. Esse despreparo é recorrente, como mostra um dos estudos da revisão, no qual os médicos, ao serem convidados a participar da pesquisa, revelaram necessidade de mudança na forma como comunicam más notícias³¹.

A falta de treinamento específico para lidar com a morte torna a comunicação ainda mais

desafiadora⁴⁵. Embora alguns médicos se sintam aptos, a formação teórica, escassa durante a graduação⁴⁶, não garante segurança na prática^{14,18,24,26,31}. Essa lacuna resulta em abordagens baseadas nas experiências pessoais e em mensagens confusas ou rudes²⁴. A CMN na prática médica não se sustenta na técnica formal, mas é moldada pelas experiências pessoais e intuições dos médicos³¹, com abordagens improvisadas e adaptadas às necessidades da situação, sem estratégia previamente estabelecida³². A prática da CMN se caracteriza pelo conhecimento empírico e informal²², de modo que os profissionais atuam de acordo com as próprias percepções, concepções e experiências²⁴. A percepção da necessidade de desenvolver habilidades de comunicação geralmente surge apenas na prática, de modo que os médicos criam estratégias empíricas¹⁴.

A ausência de protocolos específicos e referências teóricas é frequentemente relatada, e muitos profissionais sugerem que técnicas estruturadas poderiam melhorar a compreensão dos pacientes²⁴. A experiência na CMN é geralmente adquirida por meio da prática, pela experimentação direta ou pela observação de profissionais mais experientes²⁴. O professor é visto como referência essencial no desenvolvimento da habilidade, embora a CMN não seja percebida como uma técnica formalmente ensinada, e sim predominantemente aprendida na prática e pela observação³¹.

Participantes de um estudo incluído nesta revisão notaram mudança significativa em suas abordagens de comunicação ao longo da carreira, atribuída ao amadurecimento pessoal e profissional²⁰. Em outro estudo, um residente entrevistado destacou que sua primeira experiência foi traumatizante e que um treinamento prévio teria sido útil¹⁹. Quase todos os profissionais indicam a importância de melhor formação na área. Macdonell e colaboradores³⁰ relatam que, entre os médicos, mesmo se autodeclarando experientes, 88% concordaram com a necessidade de mais treinamento. Residentes, estagiários, assistentes sociais e enfermeiros também expressaram a necessidade de mais preparo³⁰.

A CMN requer uma estrutura teórica e diretrizes clínicas específicas, e suas habilidades podem ser desenvolvidas por meio de treinamentos⁴⁶,

entre os quais atividades práticas como dramatizações e simulações, que melhoram a comunicação entre profissionais^{4,47} e, com isso, as interações e os resultados no tratamento intensivo^{4,5,17}.

Um *workshop* foi realizado para treinar residentes e médicos na CMN, e 100% dos médicos assistentes recomendaram a obrigatoriedade dessa formação para colegas de UTI e residentes²⁸. Entre os residentes, 95% recomendaram o treinamento como requisito. Em outro estudo, Ghoneim e colaboradores²⁹ observaram melhoras significativas após treinamento²⁹.

O protocolo SPIKES^{8,42}, com suas seis etapas estruturadas, enfatiza a necessidade de envolver a família, criar um ambiente adequado, praticar a empatia e elaborar plano de cuidados de forma clara^{1,14,23}. Deve-se proporcionar ambiente adequado para uma comunicação sensível, o que abrange, entre outros, a escolha do local para a conversa⁴⁵. O SPIKES tem sido um protocolo eficaz no treinamento de residentes na CMN⁴². Outros protocolos, como o EMPATHY, destacam a importância da linguagem acessível e do direito do paciente à verdade e a esclarecimentos para a tomada de decisões¹.

Aspectos éticos, legais, culturais e religiosos. E a esperança...

De acordo com a legislação brasileira, a determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico é atividade exclusiva dos médicos³⁷, ou seja, apenas o médico tem respaldo técnico e legal para estabelecer previsões sobre o curso da condição de saúde do paciente, com base no diagnóstico obtido por meio de avaliação clínica e exames complementares. Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM)³⁵ reforça que é responsabilidade privativa do médico revisar estratégias terapêuticas e definir condutas conforme o diagnóstico realizado. O Código de Ética Médica³⁶, por sua vez, determina que é vedado ao médico omitir o diagnóstico e o prognóstico, salvo em situações nas quais a comunicação direta possa causar danos ao paciente. Nesses casos, a lei estabelece que tais informações devem ser transmitidas ao representante legal do indivíduo.

O médico tem a responsabilidade de fornecer informações objetivas e de compartilhar a gravidade da situação de maneira clara e realista, explicando os riscos e permitindo que a família acompanhe a evolução do paciente. Existem implicações éticas e médico-legais em dar más notícias, o que significa que esconder informações vitais relativas ao diagnóstico e prognóstico do paciente devido à suposição de que ele não será capaz de “lidar” com essa informação pode não ser sempre justificável, haja vista a autonomia e o “direito de saber” do paciente^{36,41}. A participação dos familiares no entendimento da situação clínica fortalece a aliança com a equipe de saúde⁴⁴ e promove melhor compreensão e cooperação¹⁶.

Em algumas situações, os familiares pedem que as más notícias não sejam comunicadas ao paciente, ou por temerem a perda da esperança ou por questões culturais³⁹. Contudo, os pacientes conscientes têm o direito de conhecer sua condição, por respeito a sua autonomia³². É dever ético do médico comunicar as informações ao paciente, tanto as boas quanto as más. O respeito à verdade e a transparência são princípios fundamentais na prática médica^{13,32}. Quando o paciente tem capacidade de expressar sua vontade, sua decisão deve prevalecer¹⁶.

A falta de compreensão dos familiares frequentemente desafia o profissional que comunica a má notícia. As pessoas muitas vezes não aceitam o diagnóstico negativo em decorrência da certeza em tratamentos curativos e de interpretações baseadas em crenças etnorreligiosas³². A espiritualidade e a religiosidade influenciam profundamente o tratamento na medida em que conferem esperança e moldam as expectativas dos familiares, que podem acreditar em intervenções divinas até o último momento^{13,16}. A fé e a religião não raro interferem nas decisões médicas, e há famílias que acreditam que o médico é apenas um instrumento de Deus e que os esforços devem ser mantidos até que um milagre ocorra. Essa visão pode gerar conflito entre as expectativas da família e as limitações impostas pela condição clínica do paciente¹⁶, embora as crenças também possam, por vezes, ajudar na aceitação da situação¹³.

A “esperança” emerge como imperativo ético na prática médica, e seu reconhecimento é fundamental para a comunicação e o cuidado. Manter a esperança é crucial para enfrentar as dificuldades, pois ela proporciona uma perspectiva otimista que favorece o processo de aceitação, mesmo em quadros clínicos graves. Os médicos devem administrar o dilema ético ao equilibrar a honestidade sobre a condição clínica e a preservação da esperança da família¹³.

É especialmente desafiador para o médico abordar a esperança quando ele próprio já perdeu a expectativa otimista, o que afeta a comunicação com a família^{13,16}. Cabe a ele comunicar o prognóstico de forma realista, mas esperançosa. No estudo de Alves, Sarinho e Belian²³, a maior dificuldade identificada pelos médicos residentes participantes foi a comunicação do prognóstico de forma realista e sem perder a esperança. Porém, o treinamento é capaz de desenvolver tal habilidade, fato que destaca a importância do suporte emocional na prática clínica^{14,23}.

Limitações do estudo e pontos fortes

Esta revisão sistemática apresenta algumas limitações. Inicialmente, não é possível saber se as percepções dos profissionais predominantemente negativas em relação às experiências de dar más notícias poderiam indicar um foco, durante a coleta de dados, nas dificuldades da tarefa ou um viés subjetivo devido a preconcepções. Os tamanhos amostrais pequenos em uma proporção considerável dos estudos revisados podem ter limitado o espectro de experiências refletidas nos dados e as percepções obtidas na síntese. A maioria dos estudos não incluiu o nível de especialização dos profissionais de saúde em cuidados paliativos e em terapia intensiva, o que dificulta a análise do valor agregado da especialização. Outra limitação do estudo é não ter analisado como o contexto legal e jurídico de cada país influencia os papéis dos profissionais de saúde. Aspectos normativos determinam em diferentes graus as responsabilidades e a participação da equipe multidisciplinar na comunicação com familiares e podem introduzir vieses na compreensão dessas dinâmicas em diferentes sistemas de saúde. Em relação ao treinamento

para CMN, ainda é insuficiente a compreensão do “efeito teto” durante a formação, segundo o qual profissionais com formação anterior podem reagir de forma diferente. Não houve análise dos resultados e da satisfação do paciente, nem da saúde mental e física de pacientes e familiares. Como ponto forte desta revisão, cita-se a estratégia empregada de pesquisa abrangente em bases indexadoras respeitáveis para selecionar artigos relevantes para os objetivos da pesquisa, com abordagens e impressões de profissionais oriundos de diversos países e, portanto, com grande diversidade etnocultural.

Considerações finais

O papel dos profissionais de saúde na CMN em UTI é oferecer informações claras e honestas, com empatia e respeito ao núcleo familiar e aos sentimentos. Eles devem adaptar a linguagem ao nível de compreensão dos familiares, evitando jargões e minimizando o impacto emocional. A comunicação deve ser contínua e abordar aspectos técnicos e emocionais do cuidado e, ao mesmo tempo, respeitar as particularidades culturais e as reações individuais. É essencial que os profissionais avaliem previamente o conhecimento, as expectativas e as condições emocionais dos familiares.

Observou-se exacerbado nível de angústia entre os profissionais, resultante de formação acadêmica e educação continuada insuficientes. Implementar

treinamento específico para profissionais da UTI é relevante para incrementar a qualidade da assistência e mitigar repercussões adversas, especialmente no que tange ao bem-estar emocional dos envolvidos. O desenvolvimento de habilidades como empatia é imprescindível e deve ser continuamente aprimorado por meio de treinamentos específicos em comunicação, com emprego de ferramentas para conduzir as conversas de forma mais eficaz e humanizada, tais como o protocolo SPIKES.

A preparação dos profissionais deve incluir tempo para organizar aspectos técnicos e gerenciar o próprio estado emocional, de modo a garantir uma abordagem equilibrada. Os profissionais de saúde devem implementar estratégias que prezem pela humanização e colaboração interprofissional durante a CMN. Recomenda-se a seleção criteriosa do familiar envolvido na comunicação, com priorização daqueles com maior capacidade de compreender as informações clínicas e de tomar decisões representativas do paciente. As reuniões devem ocorrer em locais privativos e adequados, a fim de proporcionar conforto, suporte emocional e uma atmosfera apropriada ao diálogo.

A CMN deve ser pautada nos princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, de maneira a garantir ao paciente e à família informação clara, verdadeira e proporcional a sua compreensão, respeitar valores pessoais e culturais e preservar a dignidade em todas as etapas do cuidado.

Referências


1. Marçola L, Zoboli I, Polastrini RTV, Barbosa SMM. Comunicação de más notícias em uma unidade de terapia intensiva neonatal: a avaliação feita pelos pais. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2020 [acesso 14 mar 2025];38:1-6. DOI: 10.1590/1984-0462/2020/38/2019092
2. Cardoso AF, Rosendo I, Santiago L, Neto J, Cardoso D. Protocols for breaking bad news in health care: a scoping review protocol. *JBIE Evidence Synthesis* [Internet]. 2024 [acesso 16 mar 2025];22(11):2411-8. DOI: 10.11124/JBIES-23-00404
3. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 15 mar 2025];69(6):1037-44. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0221
4. Jalali R, Jalali A, Jalilian M. Breaking bad news in medical services: a comprehensive systematic review. *Heliyon* [Internet]. 2023 [acesso 16 mar 2025];9(4):e14734. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e14734

5. Guttman KF, Raviv GN, Fortney CA, Ramirez M, Smith CB. Parent perspectives on communication quality in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2024 [acesso 15 mar 2025];24(4):382-88. DOI: 10.1097/ANC.0000000000001178
6. Maatman SMO, Bohlin K, Lilliesköld S, Garberg HT, Uitewaal-Poslawky I, Kars MC, van den Hoogen A. Factors influencing implementation of family-centered care in a neonatal intensive care unit. *Front Pediatr* [Internet]. 2020 [acesso 14 mar 2025];8:222. DOI: 10.3389/FPED.2020.00222
7. Francis L, Robertson N. Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: a critical interpretative meta synthesis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2023 [acesso 16 mar 2025];107. DOI: 10.1016/j.pec.2022.107574
8. Baile WF. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* [Internet]. 2000 [acesso 24 ago 2025];5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
9. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res* [Internet]. 2012 [acesso 16 mar 2025];22(10):1435-43. DOI: 10.1177/1049732312452938
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [acesso 16 mar 2025];372(71). DOI: 10.1136/BMJ.N71.1
11. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 [acesso 14 mar 2025];5(1):2-10. DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4
12. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap): a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform* [Internet]. 2009 [acesso 16 mar 2025];42(2):377-81. DOI: 10.1016/j.jbi.2008.08.010
13. Soeiro ACV, Vasconcelos VCS, Silva JAC. Desafios na comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2022 [acesso 16 mar 2025];30(1):45-53. DOI: 10.1590/198380422022301505PT
14. Campos CACA, Silva LB, Bernardes JS, Soares ALC, Ferreira SMS. Desafios da comunicação em unidade de terapia intensiva neonatal para profissionais e usuários. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [acesso 16 mar 2025];41(2):165-74. DOI: 10.1590/0103-11042017S214
15. Seifart C, Falch M, Wege M, Maier RF, Carrasco AJP. NEO-SPEAK: a conceptual framework that underpins breaking bad news in neonatology. *Front Pediatr* [Internet]. 2022 [acesso 14 mar 2025];10. DOI: 10.3389/fped.2022.1044210
16. Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado RN. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. *Psicol argum* [Internet] 2015 [acesso 15 mar 2025];33(81):314-29. DOI: 10.7213/psicol.argum.33.081.AO07
17. Seoane L, Bourgeois DA, Blais CM, Rome RB, Luminais HH, Taylor DE. Teaching palliative care in the intensive care unit: how to break the news. *Ochsner Journal* [Internet]. 2012 [acesso 16 mar 2025];12(4):312-7. Disponível: <https://bit.ly/4qOaimF>
18. Vale IS, Mota VBR, Leitão IES, Barros BFM, Pasklan ANP, Lima SF. Comunicação de notícias difíceis: investigação dos conhecimentos de profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Bioét* [Internet]. 2023 [acesso 16 mar 2025];23(2):59-70. DOI: 10.18359/rlbi.6379
19. Alves CAC, Sarinho SW, Belian RB. Comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2023 [acesso 14 mar 2025];31(2):1-8. DOI: 10.1590/1983-803420233448PT
20. Haas KDC, Brust-Renck PG. A comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo com médicos experientes e novatos. *Psicologia USP* [Internet]. 2022 [acesso 16 mar 2025];33. DOI: 10.1590/0103-6564e220006
21. Camilo BHN, Serafim TC, Salim NR, Andreato AMO, Roveri JR, Misko MD. Comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos neonatal: experiência de enfermeiros intensivistas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 15 mar 2025];43. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20210040
22. Koch CL, Rosa AB, Bedin SC. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 14 mar 2025];25(3):577-84. DOI: 10.1590/1983-80422017253214

23. Alves CAC, Sarinho SW, Belian RB. Vídeo educativo participativo para humanização da assistência em saúde. *Saúde Pesq* [Internet]. 2023 [acesso 14 mar 2025];16(2). DOI: 10.17765/2176-9206.2023v16n2.e11320
24. Souto DC, Schulze MD. Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2019 [acesso 14 mar 2025];11(3):173-84. DOI: 10.20435/pssa.v0i0.690
25. Cabeça LPF, Sousa FGM. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Pesqui* [Internet]. 2017 [acesso 16 mar 2025];9(1):37-50. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.37-50
26. Monteiro DT, Reis CGC, Quintana AM, Mendes JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2015 [acesso 16 mar 2025];15(2):547-67. Disponível: <https://bit.ly/4bqFfc6>
27. October TW, Watson AC, Hinds PS. Characteristics of family conferences at the bedside versus the conference room in pediatric critical care. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2013 [acesso 14 mar 2025];14(3):135-42. DOI: 10.1097/PCC.0b013e318272048d
28. Berlacher K, Arnold RM, Reitschuler-Cross E, Teuteberg J, Teuteberg W. The impact of communication skills training on cardiology fellows' and attending physicians' perceived comfort with difficult conversations. *J Palliat Med* [Internet]. 2017 [acesso 15 mar 2025];20(7):767-9. DOI: 10.1089/jpm.2016.0509
29. Ghoneim N, Dariya V, Guffey D, Minard CG, Frugé E, Harris LL *et al*. Teaching NICU Fellows How to Relay Difficult News Using a Simulation-Based Curriculum: Does Comfort Lead to Competence? *Teach Learn Med* [Internet]. 2019 [acesso 14 mar 2025];31(2):207-21. DOI: 10.1080/10401334.2018.1490649
30. Macdonell K, Omrin D, Pytlik K, Pezzullo S, Bracht M, Diambomba Y. An effective communication initiative: using parents' experiences to improve the delivery of difficult news in the NICU. *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2015 [acesso 14 mar 2025];21(4):142-9. DOI: 10.1016/j.jnn.2015.01.002
31. Monteiro D, Quintana A. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2016 [acesso 16 mar 2025];32(4):1-9. DOI: 10.1590/0102.3772e324221
32. Van Keer RL, Deschepper R, Huyghens L, Bilsen J. Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019 [acesso 15 mar 2025];102(12):2199-207. DOI: 10.1016/j.pec.2019.06.017
33. Xyrichis A, Rose L. Interprofessional collaboration in the intensive care unit: power sharing is key (but are we up to it?). *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2024 [acesso 15 mar 2025];80. DOI: 10.1016/j.iccn.2023.103536
34. Pazinato MM. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM1/2016. *Rev. bioét. (Impr)* [Internet]. 2019 [acesso 24 ago 2024];27(2):234-43. DOI: 10.1590/1983-80422019272305
35. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 2.416, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre os atos próprios dos médicos, sua autonomia, limites, responsabilidade e juridicidade. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 587324003, 19 set 2024 [acesso 23 ago 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4pCLb5j>
36. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 179, 1° nov 2018 [acesso 23 ago 2025]. Disponível: <https://bit.ly/2RyvAE8>
37. Brasil. Lei n° 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 1, 11 jul 2013 [acesso 23 ago 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3NBBSB5>
38. Glajchen M, Goehring A, Johns H, Portenoy RK. Family meetings in palliative care: benefits and barriers. *Curr Treat Options Oncol* [Internet]. 2022 [acesso 16 mar 2025];23(5):658-67. DOI: 10.1007/s11864-022-00957-1
39. Holmes SN, Illing J. Breaking bad news: tackling cultural dilemmas. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2021 [acesso 27 ago 2025];11:128-32. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002700
40. Lorenzetti RC, Jacques CHM, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician* [Internet]. 2013 [acesso 27 ago 2025];87(6):419-25. Disponível: <https://bit.ly/3L8bB0N>
41. Kumar V, Sarkhel S. Clinical practice guidelines on breaking bad news. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2023 [acesso 27 ago 2025];65(2):238-44. DOI: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_498_22
42. Mahendiran M, Yeung H, Rossi S, Khosravani H, Perri GA. Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news – a systematic review. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2023 [acesso 15 mar 2025];40(11):1231-60. DOI: 10.1177/10499091221146296

43. Engel M, Kars MC, Teunissen S, van der Heide A. Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: a systematic review. *Palliat Support Care* [acesso 16 mar 2025]. 2023 [Internet];21(5):890-913. DOI: 10.1017/S1478951523001165
44. Patient-centred communication [Internet]. Ottawa: Canadian Medical Protective Association; 2021 [acesso 23 ago 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3NDE1Ag>
45. Oliveira S, Lisboa W. Comunicação de notícias difíceis no contexto brasileiro: revisão de escopo. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2025 [acesso 27 ago 2025];33:1-13. DOI: 10.1590/1983-803420253785PT
46. Pinheiro RGX, Carneiro LFP, Melo AGAC, Oliveira FO, Moratto MA, Barra WF. Comunicação de más notícias: uma necessidade negligenciada? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2025 [acesso 27 ago 2025];33:1-8. DOI: 10.1590/1983-803420253811PT
47. Camargo NC, Lima MG, Brietzke E, Mucci S, Góis AFT. Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 15 mar 2025];27(2):326-40. DOI: 10.1590/1983-80422019272317

Arnaldo Santos Leite – Doutor – asleite.medicina.ufmg@gmail.com

 0000-0003-4856-4166

Luiza Mitre Batista – Graduanda – luizamitreat@gmail.com

 0009-0000-1487-9835

Mayra Mota Soares – Graduanda – soaresmayramota@gmail.com

 0009-0006-0405-5959

Correspondência

Arnaldo Santos Leite – Av. Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia. CEP 30130-100. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Contribuições dos autores

Arnaldo Santos Leite foi responsável pela conceituação; supervisão; validação; redação de introdução, resultados e discussão; e administração do projeto. Luiza Mitre Batista contribuiu com conceituação; curadoria de dados; e redação do rascunho original. Mayra Mota Soares fez a curadoria de dados e redação da metodologia. Todas participaram das etapas de revisão e edição.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editores responsáveis: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 17.3.2025

Revisado: 19.8.2025

Aprovado: 11.9.2025