

O MÉDICO E A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

THE PHYSICIAN AND THE COMMUNICATION OF DIFFICULT NEWS

Ciências da Saúde • 02/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/785443034](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/785443034)

Anna Valeska Procópio de Moura Mendonça¹

Déborah Mônica Machado Pimentel²

RESUMO

Introdução: A comunicação de notícias difíceis é essencial na prática médica, especialmente em situações de adoecimento grave, cuidados paliativos e fim de vida, pois envolve dimensões técnicas, éticas, emocionais e relacionais. **Objetivo:** Compreender as vivências, estratégias e desafios relatados por médicos de um hospital público de referência em Aracaju (SE) diante da comunicação de notícias difíceis. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa qualitativa, compreensiva e exploratória, realizada com dez médicos de diferentes áreas assistenciais. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas com pergunta disparadora e diário de campo reflexivo. Após a leitura das transcrições, foram identificados núcleos de sentido, organizados em quatro eixos temáticos. **Resultados e discussão:** Os achados foram organizados nos eixos: (1) Eixo 1: Como fica a esperança? A difícil tarefa em comunicar notícias difíceis; (2) O preparo e o imprevisto: formação, estratégias e condições para comunicar; (3) Diante do sofrimento e da finitude: limites éticos, emocionais e existenciais do cuidado; e (4) Cuidar do outro e cuidar de si: autocuidado e sustentação emocional do profissional. As narrativas evidenciaram tensões entre o dever de comunicar a verdade e a preservação da esperança, lacunas na formação médica, necessidade de preparo, lapidar a escuta e condições institucionais adequadas, além do impacto emocional dessa prática sobre os profissionais. Conclui-se que a comunicação de notícias difíceis deve ser reconhecida como competência clínica fundamental e como forma de cuidado.

Palavras-chave: Comunicação de notícias difíceis; Prática médica; Relação médico-paciente; Finitude.

ABSTRACT

Introduction: Communicating difficult news is essential in medical

practice, especially in situations involving serious illness, palliative care, and end-of-life care, as it encompasses technical, ethical, emotional, and relational dimensions. **Objective:** To understand the experiences, strategies, and challenges reported by physicians at a public referral hospital in Aracaju, Sergipe, Brazil, when communicating difficult news. **Methodology:** This qualitative, interpretive, and exploratory study was conducted with ten physicians from different clinical areas. Data were produced through interviews guided by an open-ended question and a reflective field diary. After the transcripts were read, meaning units were identified and organized into four thematic axes. **Results and discussion:** The findings were organized into the following axes: (1) Axis 1: What happens to hope? The difficult task of communicating difficult news; (2) Preparation and improvisation: training, strategies, and conditions for communication; (3) In the face of suffering and finitude: ethical, emotional, and existential limits of care; and (4) Caring for others and caring for oneself: self-care and emotional support for healthcare professionals. The narratives revealed tensions between the duty to communicate the truth and the preservation of hope, gaps in medical education, the need for preparation, refinement of listening skills, and appropriate institutional conditions, as well as the emotional impact of this practice on professionals. It is concluded that communicating difficult news should be recognized as a fundamental clinical competence and as a form of care.

Keywords: Difficult news communication; Medical practice; Physician-patient relationship; Finitude.

1. INTRODUÇÃO

A comunicação inadequada pode ampliar incertezas e adversidades, prejudicar a relação médico-paciente, interferir na maneira como o paciente compreende e enfrenta a doença e afetar os resultados do cuidado. Além disso, a comunicação de notícias difíceis é percebida por muitos médicos como um dos maiores desafios da prática clínica, seja por dificuldades relacionadas às habilidades comunicacionais, seja pelo medo e pela ansiedade diante do contexto ou das possíveis reações dos familiares. Em muitos momentos, os médicos temem ser responsabilizados pelas notícias transmitidas e receiam expressar suas próprias emoções durante o processo. Assim, podem reter informações ou apresentar otimismo excessivo em relação ao prognóstico, o que pode levar à confusão dos pacientes sobre sua condição (Baile et al., 2000).

Nas escolas médicas brasileiras, embora tenha crescido o incentivo à discussão sobre a comunicação de notícias difíceis durante a graduação, ainda há pouca inclusão da temática nas matrizes curriculares e escassez de atividades práticas voltadas ao uso de métodos e técnicas de comunicação, o que influencia a formação profissional e a relação com os pacientes (Santos et al., 2025).

Em um cenário marcado pelo avanço técnico e pela crescente especialização da medicina, torna-se indispensável que os profissionais desenvolvam competências comunicacionais capazes de sustentar encontros mais empáticos, sensíveis e acolhedores. A comunicação, nesse contexto, não se limita à informação compartilhada, mas envolve a criação de um espaço em que o paciente e seus familiares possam expressar inquietações, preocupações e desafios.

Diante da persistência de lacunas na formação e da complexidade dessa prática em ambientes hospitalares, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: como ocorre a comunicação de notícias difíceis por médicos(as) que atuam em um hospital público de referência em Aracaju (SE), especialmente em cenários como Oncologia, Hematologia, Pediatria, Geriatria, Cuidados Paliativos e Unidade de Terapia Intensiva? Assim, o estudo teve como objetivo compreender as vivências, estratégias e desafios relatados por esses profissionais diante da comunicação de notícias difíceis.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza compreensiva e exploratória, realizada em um hospital público de referência no estado de Sergipe. Participaram do estudo dez médicos(as), com diferentes tempos de formação e trajetórias profissionais, que atuam em áreas como Oncologia, Hematologia, Pediatria, Geriatria, Cuidados Paliativos e Unidade de Terapia Intensiva em um hospital público de referência no estado de Sergipe, nas quais a comunicação de notícias difíceis faz parte do seu cotidiano profissional.

O convite aos colaboradores foi realizado inicialmente por meio de contato via WhatsApp, a partir de indicações de profissionais do hospital e do Setor de Pesquisa da instituição. Como critério de inclusão foram convidados médicos(as) que atuam em cenários que demandam notícias difíceis. As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2025 e fevereiro de 2026, conforme a disponibilidade de cada participante. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 94227625.9.0000.5546. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, e as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Além das entrevistas, foi utilizado um diário de campo reflexivo, no qual foram registradas as compreensões, inquietações e sensações emergentes no contato com cada colaborador(a). No artigo, os participantes foram identificados pelos códigos C1 a C10.

As entrevistas partiram da seguinte pergunta disparadora: “O que você poderia falar sobre a comunicação de notícias difíceis na sua prática clínica?”. Também foram realizadas perguntas complementares sobre formação, estratégias, recursos, emoções e autocuidado.

A análise das narrativas foi fundamentada na hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer, considerando a compreensão como um processo dialógico marcado pela circularidade hermenêutica e pela fusão de horizontes entre pesquisadora, colaboradores e textos produzidos (Gadamer,1999).

O processo envolveu a leitura compreensiva do material, a identificação de temas e de sentidos explícitos e implícitos, a problematização das narrativas e o diálogo entre os dados empíricos, o referencial teórico e outros estudos sobre a temática.

Após a leitura das transcrições e do diário de campo reflexivo, foram identificados quatro eixos temáticos: (1) Eixo 1: Como fica a esperança? A difícil tarefa em comunicar notícias difíceis; (2) O preparo e o imprevisto: formação, estratégias e condições para comunicar; (3) Diante do sofrimento e da finitude: limites éticos, emocionais e existenciais do cuidado; e (4) Cuidar do outro e cuidar de si: autocuidado e sustentação emocional do profissional. Os

resultados foram apresentados sob a forma de narrativa compreensiva, articulando os principais achados da pesquisa à literatura científica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Algumas informações merecem ser descritas para que se possa compreender melhor os colaboradores da pesquisa.

Em relação ao tempo de formação e às trajetórias de especialização dos(as) colaboradores(as), observou-se um grupo com experiência profissional consolidada, entre 7 a 43 anos de formação. Os colaboradores concluíram a graduação em Medicina em diferentes períodos, entre 1983 e 2019, o que evidencia a presença de profissionais em distintas etapas da carreira, mas todos com vivência significativa em cenários assistenciais complexos. Quanto à formação especializada, foram mencionadas residências médicas em Clínica Médica, Cardiologia, Oncologia Clínica, Hematologia e Hemoterapia, Pediatria, Oncologia Pediátrica, Geriatria e Anestesiologia. Além das residências, alguns colaboradores relataram pós-graduação ou formação complementar em Cuidados Paliativos, especialização em Educação em Saúde, mestrado e doutorado, bem como cursos curtos ou módulos voltados à comunicação. Apesar disso, parte dos(as) colaboradores(as) afirmou não ter recebido formação estruturada específica em comunicação de notícias difíceis, indicando que essa competência foi sendo desenvolvida, em muitos casos, pela prática assistencial, pela residência médica, pela convivência com preceptores e pela experiência acumulada no cuidado a pacientes e familiares em situações de adoecimento grave, finitude e tomada de decisões difíceis.

A frequência com que comunicam notícias difíceis variou entre semanal e diária, sendo essa prática descrita como parte recorrente do cotidiano assistencial, especialmente em situações de diagnóstico, agravamento clínico, recaída, limitação terapêutica, cuidados paliativos exclusivos, finitude e óbito.

Diante dos apontamentos relevados pelos colaboradores, foi possível estruturar quatro eixos temáticos que serão descritos a seguir.

Eixo 1: Como fica a esperança? A difícil tarefa em comunicar notícias difíceis

A verdade, em muitos momentos e cenários de adoecimento, pode provocar inquietações e desassossego no paciente e em seus familiares. No entanto, a verdade sobre os fatos precisa ser revelada pelo profissional de saúde às pessoas envolvidas no processo de cuidado. Muitas vezes, há o desejo de permanecer em certa obscuridade, já que as palavras, ao anunciarem uma realidade difícil, têm o poder de modificar a forma como nos sentimos, percebemos e como passamos a nos posicionar diante dos novos passos da vida.

Nesse sentido, não saber o que está acontecendo pode produzir uma aparente sensação de controle e de não desestabilização. Por essa razão, muitas pessoas evitam conhecer a real condição clínica que vivenciam. Além disso, há também situações em que os familiares não permitem, não desejam ou dificultam que o próprio paciente tome conhecimento de seu quadro clínico. Diante dessas realidades, a tentativa de não saber exatamente o que acontece parece funcionar como uma forma de preservar o clima familiar, os papéis já estabelecidos, as emoções e os comportamentos

cotidianos, evitando mudanças de hábitos e novas formas de enfrentamento.

Para o profissional de saúde, entretanto, existe um dever ético de compartilhar aquilo que observa e compreende a partir do diagnóstico, do prognóstico, dos próximos passos e do planejamento terapêutico. Essa comunicação precisa ocorrer com o paciente ou, quando este não desejar receber diretamente tais informações, com um familiar ou pessoa de confiança por ele indicada. Nesse movimento, percebe-se que alguns colaboradores da pesquisa, por meio de suas entrevistas, destacam o papel da verdade e o quanto ela impacta a relação profissional estabelecida com pacientes e familiares.

A comunicação da verdade, contudo, não deve ser compreendida como a retirada da esperança do lugar sagrado que ela ocupa na experiência do paciente e de seus familiares. Em muitos relatos, observa-se que os profissionais de saúde se veem diante de um limite tênue entre a necessidade de uma verdade esclarecida e o receio de uma esperança desestimulada, afetada ou desconstruída, como se evidencia no trecho do diário de campo:

Percebe-se que os colaboradores desejam comunicar o que está acontecendo, porém ficam incomodados com a possibilidade de causar impacto na vida do paciente e de seus entes queridos. Isso demonstra também o quanto a construção social e cultural influencia a necessidade de apaziguar os danos e sustentar uma ideia de felicidade permanente, compreendida como caminho de bem-estar, alegria e prazer constantes. Quando os cenários assumem outras conotações, surgem dificuldades em ocupar o lugar de mensageiro de notícias difíceis. Tudo isso porque a comunicação da verdade pode modificar a compreensão dos fatos e, com isso, (re)organizar a esperança. Trata-se de uma experiência nada fácil, mas extremamente humana (Registro do diário de campo reflexivo).

Desse modo, os profissionais não têm como se isentar da comunicação de notícias difíceis, já que ela se configura como uma prática frequente e necessária. Foi possível perceber, na fala de um colaborador, que, embora esse tema não tenha sido abordado de forma estruturada em sua formação acadêmica ou nas residências médicas, trata-se de uma habilidade que precisa ser incorporada à prática clínica. Isso se mostra especialmente relevante porque a UTI, cenário em que atua, lida continuamente com quadros graves, prognósticos incertos, agravamentos súbitos, limitação terapêutica e possibilidade de desfechos desfavoráveis (C1). O colaborador diferencia as notícias difíceis agudas, como uma piora inesperada, daquelas que vão sendo construídas ao longo da internação,

quando a família acompanha progressivamente a evolução desfavorável do quadro, como descreve na fala:

Eu acho que o direito a ter informação clara, positiva e real da situação no paciente [...] é uma coisa que a gente precisa incorporar na nossa prática [...] talvez o complexo entre verdade e esperança, sem tirar a esperança de ninguém [...] entre a gente trazer a verdade da evolução de um quadro clínico e equilibrar com a esperança do paciente (C1).

Alguns colaboradores evidenciaram uma das tensões centrais presentes na comunicação de notícias difíceis: o compromisso ético com a verdade e, ao mesmo tempo, o cuidado para que essa verdade não seja recebida como anulação da esperança (C1, C2, C6, C7). Ao afirmar o direito do paciente a uma informação clara, positiva e real, o colaborador reconhece que a comunicação não pode se apoiar na omissão, na obscuridade ou em explicações vagas, pois o paciente e seus familiares precisam compreender a situação clínica para participar das decisões e reorganizar os próximos passos do cuidado.

No entanto, essa verdade precisa ser comunicada de modo sensível, respeitando o tempo emocional de quem escuta e evitando que a informação seja transmitida como sentença definitiva. Nesse quesito, a esperança não aparece como negação da realidade, mas como possibilidade de sustentação subjetiva diante dela. O desafio médico, portanto, situa-se nesse equilíbrio delicado: dizer a verdade sobre a evolução do quadro clínico sem retirar do paciente a

possibilidade de (re)elaborar a esperança em sua vida (C1, C2, C3, C6, C7 e C9).

Além disso, os depoimentos também indicam que a dificuldade não se restringe ao ato de dizer a verdade, mas envolve a possibilidade de torná-la compreensível para quem a recebe. A comunicação exige que o profissional adapte a linguagem, evite jargões técnicos em explicações, observe o nível de compreensão do paciente e da família e verifique se a mensagem foi, de fato, compreendida. Também se evidencia que a verdade não deve ser transmitida como uma sentença fechada ou definitiva, pois há pacientes que não desejam saber tudo naquele momento, outros que precisam de tempo para elaborar a informação e alguns que preferem indicar um familiar para participar mais diretamente desse processo. Desse modo, a verdade clínica aparece como uma construção relacional e progressiva, que precisa ser comunicada com prudência, respeitando o tempo emocional de quem escuta. Nesse percurso, a esperança pode ser deslocada da promessa de cura para outras formas de sustentação, como o alívio do sofrimento, a presença da equipe, a qualidade de vida, a dignidade, o cuidado possível e a preservação de sentido diante da realidade vivida (C3, C4, C6, C7 e C9).

A comunicação de notícias difíceis é compreendida como uma dimensão fundamental na relação entre profissional de saúde, paciente e família. Araujo e Leitão (2012) destacam que comunicar adequadamente não significa apenas transmitir uma informação clínica, mas construir um processo relacional capaz de fortalecer vínculos, favorecer a autonomia do paciente, reduzir a ansiedade e melhorar a adesão ao tratamento. Nesse sentido, defendem que a verdade deve ser comunicada com cuidado, considerando que “a

verdade é como um remédio: há dose, via e hora para ser administrada” (p. 61), pois uma informação insuficiente pode desencadear processos confusos, inseguros e sofrimentos. Assim, a sinceridade cuidadosa aparece como caminho ético e terapêutico, pois permite informar sem abandonar, respeitando os medos, valores, crenças e a história do paciente. Como destaca a colaboradora: “sinto muito em dizer isso para vocês. Eu acho que é importante isso. Mas vamos ter que trabalhar com essa realidade. [...] A realidade é essa, mas eu gostaria que fosse diferente” (C8).

Van der Velden et al. (2020) apontam que a revelação do prognóstico pode estar associada à maior compreensão da doença e das possibilidades de cuidado, sem necessariamente produzir prejuízos à relação médico-paciente ou ao bem-estar psicológico quando realizada por meio de estratégias sensíveis. Nessa mesma direção, Hagerty et al. (2005) destacam que pacientes com câncer incurável tendem a preferir uma comunicação realista, individualizada e detalhada sobre o prognóstico, desde que acompanhada por uma postura profissional competente, positiva, colaborativa e empática. Enzinger et al. (2015) também observaram que a comunicação prognóstica esteve associada a expectativas mais realistas sobre a vida, sem piora significativa do bem-estar emocional ou da relação com o médico. Esses estudos reforçam que a comunicação da verdade sobre a evolução clínica não deve ser reduzida a uma sentença, mas conduzida como processo de esclarecimento, acolhimento e construção compartilhada dos próximos passos do cuidado.

Outro aspecto que amplia a compreensão sobre a comunicação de notícias difíceis diz respeito ao tempo que antecede a fala médica. Em alguns casos, o sofrimento não começa quando o resultado é

comunicado, mas já se instala na espera pelo exame, na ansiedade pela consulta e no medo de abrir o resultado. Essa dimensão aparece na fala de C6:

Os pacientes relatam constantemente que um dos piores momentos é levar os exames de controle para o médico, eles falam que muitos não têm coragem de abrir o exame, muitos ficam aquela semana que fez o exame, até sair o resultado, não dormem, então é uma semana complicada (C6).

Essa fala evidencia que a comunicação não se restringe ao instante em que o médico anuncia uma informação difícil. Ela envolve também o tempo da espera, da antecipação e da incerteza, dimensões que precisam ser consideradas na formação médica e na organização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a verdade sobre a situação clínica precisa ser revelada como forma de (re)conhecimento dos fatos da vida. Nesse cenário, o profissional de saúde necessita saber dizer palavras capazes de produzir o afeto preciso: palavras que não desvalidem aquilo que emerge, mas que também não se esquivem de nomear o que precisa ser dito.

A prática médica precisa reconhecer os limites da intervenção curativa. É salutar compreender os momentos difíceis, as perdas e as rupturas. Comunicar uma notícia difícil, na maioria das vezes, deslocará a esperança para outros fundamentos. Essa esperança não desaparece necessariamente, mas muda de lugar, de forma e de

sentido. Também a fé, muitas vezes situada em um lugar basilar da existência, pode ser atravessada por essa nova compreensão da realidade clínica.

Por isso, os profissionais de saúde que atuam em situações delicadas de comunicação precisam reconhecer que esses movimentos fazem parte do cuidado. A prática médica não se restringe à possibilidade de cura ou ao prolongamento da sobrevivência; ela também se realiza diante das circunstâncias próprias do adoecer, especialmente quando se trata de doenças graves, limites terapêuticos e da possibilidade de morte. Portanto, torna-se imprescindível lidar com essas experiências como fatos profundamente humanos, abrindo espaço para que temas existenciais e conversas sobre temas delicados da vida possam emergir no encontro com o outro.

Eixo 2: O preparo e improviso: formação, estratégias e condições para comunicar

Em relação à formação médica para a comunicação de notícias difíceis, os colaboradores apresentaram experiências distintas. Parte dos relatos descreve que esse tema não foi abordado na graduação nem na residência médica (C1, C3, C4, C6, C7, C9, C10). Alguns utilizam como referência o protocolo SPIKES em sua prática profissional (C1, C2, C3, C5, C7), enquanto outros realizaram cursos sobre o tema após a formação (C7, C9).

Também foram mencionadas condições importantes para a comunicação de notícias difíceis, como sala reservada, preparação prévia, ambiente adequado, revisão das informações clínicas e participação da equipe multiprofissional (C1). Nessa mesma direção,

foram citados a presença de psicólogo, o apoio do Serviço Social, a disponibilidade de sala estruturada com água e lenços e o preparo emocional do profissional (C2). A escuta, a revisão do prontuário e dos exames, bem como a conversa prévia com a equipe, também foram apontadas como elementos relevantes (C3). Além disso, destacou-se a necessidade de treinamento em comunicação, saber escutar e uso de linguagem acessível, evitando jargões técnicos ou explicando-os quando necessários (C5). O alinhamento de expectativas, as reuniões familiares e a atuação da equipe de cuidados paliativos também compõem esse conjunto de estratégias (C7). Somam-se a esses aspectos o preparo prévio, a escolha do ambiente, a definição de quem deve participar da conversa e a disponibilidade de tempo (C9). Tais elementos se articulam à compreensão de que a comunicação demanda uma presença profissional “de corpo e alma”, e não apenas a postura de alguém que repassa uma informação (C4).

Oferecer um espaço privativo, acolhedor e adequado para a conversa constitui uma conduta ética, pois permite que o paciente se sinta mais seguro para expressar dúvidas, emoções e sentimentos diante de uma notícia difícil (Oliveira; Lisboa, 2025).

Essa preparação, contudo, não aparece apenas como revisão técnica de informações clínicas. Em alguns relatos, ela se amplia para uma leitura mais sensível do paciente, da família e do cenário de cuidado, como se observa na fala de C8:



Eu leio o prontuário do paciente todo antes para entender quem que eu vou encontrar, com quem que eu vou me encontrar [...] eu sempre digo para os alunos, você tá lendo esse prontuário, né? Então desenhe uma pessoa, uma família, um cenário, um quarto de hospital na sua mente, desenhe de acordo com o seu prontuário e depois você faz essa interação para você perceber como é que você tá fazendo essas leituras (C8).

Nessa perspectiva, preparar-se para comunicar não significa apenas dominar os dados do caso, mas também antecipar, de modo cuidadoso, quem será encontrado naquele encontro clínico. A fala seguinte aprofunda essa compreensão ao mostrar que o preparo envolve também reconhecer o tempo oportuno da conversa:

Eu acredito que é a etapa da consulta em que a gente mais tem que se preparar, previamente, antes de iniciar essa conversa. É uma etapa que exige muito tempo, preparo do ambiente, escolha de quem vai participar da conversa e o dia também. Às vezes não é aquele dia o propício para que você inicie essa conversa e talvez você tenha que fazer uma preparação do paciente e marcar numa outra data. Então, dificilmente você, em medicina da parte técnica, vai precisar adiar outras conversas como a conversa de notícias difíceis. E às vezes você tem que fazer uma preparação. Às vezes o paciente vem com outras questões pessoais, familiares, que estão num momento agudo e aquela não é a oportunidade correta de você entregar uma conversa sobre prognóstico, sobre complicações que tendem a ocorrer nesse prognóstico (C9).

Assim, as duas falas deslocam a comunicação de notícias difíceis de uma ação imediata e protocolar para uma prática que exige leitura do contexto, sensibilidade ao tempo do paciente e capacidade de decidir quando falar, como falar e com quem falar. Seria, como afirmam Oliveira e Lisboa (2025), uma disponibilidade que exige coragem, compaixão e treinamento.

Além desses aspectos, os relatos também indicam que a preparação para comunicar notícias difíceis não se limita à formação teórica ou ao uso de protocolos. A aprendizagem aparece, muitas vezes, vinculada à prática cotidiana, à observação de profissionais mais

experientes e à possibilidade de realizar essas comunicações com alguém ao lado, oferecendo suporte e supervisão (C2). Também se evidencia que a comunicação não ocorre apenas em um momento isolado, mas se constrói no vínculo progressivo com o paciente e a família, exigindo continuidade, presença e disponibilidade relacional (C4). Outros elementos mencionados dizem respeito à necessidade de evitar ruídos de comunicação entre familiares. Nesse propósito é importante reunir pessoas significativas quando possível, adaptar a linguagem ao nível de compreensão de quem escuta e, em alguns casos, utilizar recursos visuais, como exames, imagens ou desenhos, para tornar a informação clínica mais compreensível (C2, C6). Por fim, as falas também apontam para limites institucionais importantes, como falta de espaço físico, tempo reduzido, rotina acelerada, dificuldades logísticas e necessidade de educação permanente da equipe, uma vez que a comunicação de notícias difíceis envolve não apenas o médico, mas todo o conjunto de profissionais que participa do cuidado (C7, C10).

Essa dimensão coletiva da comunicação aparece de forma evidente quando a colaboradora destaca que escutar, revisar o caso e conversar previamente com a equipe são condições indispensáveis para sustentar esse momento, como afirma a colaboradora:

A escuta é extremamente importante e o fato também da revisão prévia de todo o caso e a conversa prévia com as pessoas envolvidas [...] a conversa também antecipada com a equipe multiprofissional (C3).

Desse modo, a comunicação de notícias difíceis passa a ser compreendida como uma prática compartilhada, gradual, que depende da escuta do paciente, da leitura clínica do caso e da articulação entre os profissionais envolvidos no cuidado. E, diante dessas particularidades, a escuta é fundamental. Como traz a colaboradora C3 ao propor curso de escutatória para aperfeiçoar a habilidade dessa comunicação.

Araujo e Leitão (2012) ressaltam que a comunicação de notícias difíceis é uma tarefa complexa, marcada por aspectos emocionais que exigem do profissional de saúde preparo, técnicas e competências específicas. Para as autoras, a comunicação adequada não depende apenas da experiência acumulada no cotidiano assistencial, mas requer treinamento, aquisição de conhecimento e reflexão constante sobre os próprios recursos emocionais do profissional diante de perdas e frustrações. A qualidade da comunicação envolve atenção à linguagem verbal e não verbal, tempo para responder perguntas, respeito às crenças e aos valores do paciente e participação da equipe interdisciplinar.

A literatura mais recente reforça que a comunicação de notícias difíceis exige preparo do profissional e consideração das dimensões emocional e institucional, não podendo ser reduzida à experiência espontânea adquirida no cotidiano. Pinheiro et al. (2025) destacam que o ensino dessa competência ainda é subvalorizado na formação médica, apesar de sua presença cotidiana no cuidado clínico, e defendem a inclusão de treinamentos formais, simulações, práticas supervisionadas e estratégias pedagógicas que preparem os futuros médicos para comunicar notícias difíceis de modo mais humano, ético e tecnicamente adequado.

Na mesma direção, Polivka et al. (2024) destacam que a comunicação é uma habilidade humana que pode ser desenvolvida e aprimorada por meio de aprendizagem, interação e metodologias ativas, como oficinas, discussões multiprofissionais, simulações e avaliações por OSCE. Estudantes submetidos a uma intervenção ativa e multidisciplinar apresentaram melhor desempenho em comunicações dessa natureza quando comparados àqueles que receberam ensino convencional, reforçando a necessidade de formação sistemática, prática supervisionada e espaços de reflexão para preparar futuros médicos para esses encontros complexos.

Eixo 3: Diante do sofrimento e da finitude: limites éticos, emocionais e existenciais do cuidado

As narrativas dos colaboradores evidenciam que a comunicação de notícias difíceis envolve uma carga emocional importante para o profissional. Nessas condições, podem surgir ansiedade, peso moral e receio diante da reação de quem receberá a informação. Em alguns cenários, especialmente quando há um desfecho muito difícil, manifesta-se uma sensação de impotência. O médico pode sentir-se inquieto, e sensações de tristeza e apreensão podem emergir (C1, C2).

O sofrimento emocional do paciente também aparece como uma das dimensões mais difíceis da conversa, especialmente quando o profissional precisa responder a perguntas objetivas, como “eu vou morrer?” ou “eu estou morrendo?” (C5). É desafiador acompanhar o sofrimento do outro e encontrar um equilíbrio entre não se deixar consumir por ele e, ao mesmo tempo, manter uma postura zelosa e humana, sem adoecer em razão desse contato. O sofrimento também assume uma dimensão espiritual quando o profissional se

pergunta por que as pessoas precisam sofrer e como Deus, compreendido por sua misericórdia e amor, pode presenciar o sofrimento humano (C5, C7).

Diante do sofrimento do paciente, alguns colaboradores destacam atitudes de acolhimento e cuidado durante a comunicação, pois elas demonstram que o profissional de saúde reconhece o sofrimento e a demanda apresentada, ainda que não possa sentir exatamente o que o outro sente, como enfatiza o colaborador C1:

Não me colocando na situação do paciente porque eu considero empatia uma outra coisa. Acho que muitas vezes a gente não vai conseguir, são histórias diferentes, são reações diferentes, são bagagens diferentes.

Nesse argumento, o colaborador problematiza a ideia de empatia como “colocar-se no lugar do outro”, pois a experiência vivida pertence singularmente a quem a atravessa. O que pode emergir nessa relação é uma afetação existencial, produzida pelo encontro entre histórias, identificações e vulnerabilidades humanas. Assim, a empatia pode ser compreendida como a capacidade de deixar-se afetar pelo sofrimento do outro, aproximando-se da compaixão e do cuidado.

Nesses momentos sensíveis sobre adoecimento, é necessário que o colaborador procure identificar os medos e as preocupações do paciente, inclusive o medo da morte, reforçando que a equipe estará presente para tentar aliviar o sofrimento, mesmo reconhecendo que

ele faz parte do processo de adoecimento, como um luto pela própria saúde (C3).

Outras falas destacam a importância de conhecer os valores, as crenças e a religiosidade do paciente (C3). É importante compreender se o paciente possui alguma religiosidade, em que acredita e quais são seus valores. Nesse caminho, busca resgatar o que o paciente entendia da vida antes do adoecimento, pois reconhece que, quando a pessoa adoece, algumas coisas se modificam. Essa dimensão também aparece relacionada ao modo como o profissional tenta compreender o paciente para além da doença, considerando aquilo que orienta sua vida, suas crenças e seus sentidos (C3).

A comunicação de limites terapêuticos aparece como uma das situações mais difíceis. Precisar dizer aquilo que as pessoas não querem ouvir é demasiadamente complicado. Em geral, elas procuram o serviço em busca de alguma possibilidade, e não esperando ouvir que todas as alternativas já foram esgotadas. Essa fala evidencia o quanto a comunicação de notícias difíceis se torna ainda mais delicada quando envolve a percepção de finitude, o esgotamento das possibilidades terapêuticas e a necessidade de reorganização do cuidado (C6).

Além desses aspectos, as falas também apontam que o sofrimento diante da finitude se expressa por diferentes reações emocionais, como choro, silêncio, raiva, negação e não aceitação, exigindo do profissional a capacidade de acolher, pausar e, quando necessário, retomar a conversa em outro momento (C1, C2, C3, C5). Nesse contexto, os limites terapêuticos aparecem atravessados por questões éticas importantes, como autonomia, beneficência, não

maleficência, justiça, proporcionalidade terapêutica, futilidade e distanásia. As decisões sobre cuidados paliativos exclusivos, não reanimação ou suspensão de tratamentos modificadores da doença não são compreendidas como decisões unilaterais da equipe, mas como processos que precisam ser compartilhados com o paciente e a família, sempre que possível (C1, C3, C5). Também se evidenciam desafios sociais, familiares, financeiros, religiosos e culturais que atravessam a experiência da finitude, especialmente quando há dependência econômica, ausência de recursos para o cuidado ou dificuldade da família em aceitar a terminalidade (C7, C10). Nesses cenários, o cuidado não se limita à fala verbal: o silêncio, o toque, o abraço e a presença também aparecem como formas de sustentar o outro diante de uma realidade difícil (C5, C10). Tudo isso é relevante porque comunicar é um “ato terapêutico” (C9).

A literatura reforça que o enfrentamento de momentos difíceis do adoecimento envolve não apenas a transmissão de informações clínicas, mas também a sustentação de experiências emocionais, éticas e existenciais vividas por pacientes, familiares e profissionais. Engel et al. (2023), em revisão sistemática sobre a perspectiva de pacientes e familiares, destacam que a comunicação efetiva deve favorecer a troca de informações, a decisão compartilhada e uma relação empática, mas reconhecem que informações abertas e honestas também podem desencadear ansiedade, estresse e ruptura existencial, exigindo que o profissional respeite o modo como cada pessoa assimila e enfrenta a informação. De modo complementar, Rabben et al. (2024) mostram que a decisão compartilhada ocorre em situações complexas, multifacetadas e marcadas por escolhas limitadas, nas quais os profissionais precisam adaptar a comunicação às ambiguidades, dúvidas e dimensões existenciais do adoecimento avançado. Assim, a comunicação de

limites terapêuticos e de cuidados no fim de vida não se reduz a uma decisão técnica, mas constitui um processo relacional que requer altruísmo, clareza, vínculo, reconhecimento do sofrimento e participação possível do paciente e da família.

Eixo 4: Cuidar do outro e cuidar de si: autocuidado e sustentação emocional do profissional

As narrativas dos colaboradores também evidenciaram que a comunicação de notícias difíceis não afeta apenas pacientes e familiares, mas atravessa emocionalmente os próprios profissionais que comunicam. Diante de diagnósticos graves, agravamentos clínicos, recaídas, limites terapêuticos e situações de finitude, os médicos precisam sustentar a presença, acolher reações diversas e, ao mesmo tempo, lidar com aquilo que essas experiências produzem em si. Nesse sentido, o autocuidado aparece como uma dimensão necessária da prática médica, especialmente quando o cotidiano assistencial exige contato recorrente com sofrimento, incerteza, morte e luto. Como enfatiza um dos colaboradores.

Diante de cenários tão sensíveis, o autocuidado dos profissionais surge como recurso para lidar com o peso emocional dessas situações. Entre as práticas mencionadas estão o suporte familiar, os momentos de silêncio e reflexão sobre a vida (C1), a terapia, a atividade física e a religiosidade como formas de enfrentamento e cuidado de si (C2).

Acho que tem um suporte muito bom em casa com minha esposa em relação a ter conversas de como algumas situações possam sobrecarregar a gente e talvez um final da tarde no silêncio [...] Adoro chegar em casa no final da tarde, onde não tem ninguém em casa, apenas eu ficar no quarto escuro, ali ficar quietinho, é uma forma de autocuidado minha também (C1).

Essa necessidade de recolhimento e elaboração mostra que o profissional não apenas comunica a notícia, mas também precisa encontrar formas de processar internamente aquilo que vive no encontro com o sofrimento do outro. A comunicação, portanto, exige uma presença sensível, mas também uma certa sustentação emocional, pois há momentos em que a técnica e a experiência não impedem que o profissional seja afetado pela dor compartilhada, como aparece na fala seguinte:

Eu não deixo de chorar com o paciente, não é sempre, mas às vezes [...] são algumas situações em que a gente vai com a técnica, vai com a experiência, mas em alguns momentos a gente deixa o coração falar (C5).

Alguns colaboradores associaram o autocuidado a práticas como atividade física, terapia, religiosidade, leitura, conversas familiares e momentos de silêncio. C1 relatou realizar atividade física diária e

poder refletir sobre os atendimentos, perguntando-se o que poderia aprender ou fazer de outro modo. Também mencionou o suporte familiar e o silêncio como formas de reorganização interna. Em outra entrevista, o autocuidado apareceu relacionado à terapia, à atividade física, à conversa com a esposa e à religiosidade, indicando que a sustentação emocional do profissional pode estar ancorada tanto em práticas corporais quanto em vínculos afetivos e espirituais (C2).

Outras falas mostram que o autocuidado também pode ocorrer pela organização do próprio trabalho. Uma colaboradora afirma que procura não trabalhar todo o tempo em cuidados paliativos, pois reconhece que a exposição contínua a esse campo poderia produzir desgaste: “de forma que eu não trabalhe todo o tempo em cuidado paliativo porque senão eu não aguentaria” (C3). Assim, diversificar atividades, transitar entre assistência, gestão, docência e outros espaços de atuação também aparece como estratégia de proteção. Nessa mesma direção, a oração, a religião e a busca de “um sentido e um significado maior” foram mencionadas como recursos que ajudam a sustentar o contato com o sofrimento e com a finitude (C3).

O autocuidado também foi compreendido como possibilidade de reenergização e retomada de si após encontros difíceis. Uma das colaboradoras afirma: “A corrida. É o esporte. É o que me reenergiza. Quinta-feira mesmo eu saí daqui muito pesada. Eu cheguei em casa, vinte minutos de corrida, fiquei nova” (C9). Essa fala revela que o corpo também participa da elaboração emocional do trabalho, funcionando como via de descarga, recomposição e continuidade. De modo semelhante, outro colaborador apresenta o autocuidado de forma objetiva, ao afirmar que utiliza como práticas “praticar esportes” e “estudar mais sobre o assunto” (C10), aproximando o

cuidado de si tanto da dimensão física quanto do aprimoramento profissional.

Em alguns relatos, contudo, o autocuidado aparece de maneira menos evidente e mais vinculada à própria experiência de cuidar. Uma colaboradora afirma que não percebe apenas peso na prática com pacientes em sofrimento, mas também a possibilidade de ajudar e aliviar momentos difíceis. Ao ser questionada se essa satisfação poderia ser compreendida como autocuidado, responde: “Para mim é. A sensação de satisfação. De cuidar” (C8). Essa fala amplia a compreensão do autocuidado, pois mostra que ele não se restringe às práticas realizadas fora do trabalho, mas pode emergir também da percepção de que a presença profissional produziu alívio, conforto e cuidado possível.

Ao mesmo tempo, as entrevistas revelam que nem sempre é possível sair ileso dessas experiências. Uma colaboradora, ao relatar o encontro com uma mãe idosa diante do sofrimento do filho, afirma: “Eu fui para casa triste. Não tem como você não absorver um pouco” (C7). Essa fala evidencia que a afetação, embora essencial para a comunicação de notícias difíceis, também pode tornar o profissional mais vulnerável ao sofrimento do outro. O desafio, portanto, não é eliminar o impacto emocional da prática, mas reconhecer seus efeitos e construir modos de elaboração que não levem ao endurecimento afetivo nem ao adoecimento profissional.

Dessa forma, o autocuidado, nas narrativas dos colaboradores, não aparece como elemento secundário ou externo à comunicação de notícias difíceis. Ele compõe as condições de possibilidade para que o profissional continue comunicando com presença, sensibilidade, clareza e humanidade. Cuidar de si, nesse contexto, significa

reconhecer os próprios limites, elaborar as experiências difíceis, buscar suporte, preservar espaços de silêncio, movimento, espiritualidade, estudo, vínculo e descanso. Significa, ainda, compreender que a comunicação de notícias difíceis exige não apenas preparo técnico para falar, mas também recursos internos e institucionais para permanecer inteiro diante da dor do outro.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender que a comunicação de notícias difíceis na prática médica constitui uma experiência complexa, atravessada por dimensões técnicas, éticas, emocionais, relacionais e existenciais. As narrativas dos colaboradores evidenciaram que comunicar diagnósticos, prognósticos, agravamentos clínicos, limites terapêuticos e situações relacionadas à finitude exige mais do que domínio científico sobre a doença, requerendo preparo, sensibilidade, escuta, clareza e capacidade de sustentar, junto ao paciente e à família, o impacto produzido pela verdade clínica. Ao mesmo tempo, as falas mostram que essa prática também afeta o profissional, que muitas vezes vivencia tristeza, ansiedade, apreensão, impotência e desgaste diante do sofrimento do outro. Assim, nesse processo comunicacional, há muitos detalhes que vão além dos ditames técnicos, envolvem nuances que a vida solicita. E muitos não estão descritos nos livros científicos. É preciso a arte em saber existir para que a partir desse reconhecimento tudo se faça se refaça nos caminhos de acompanhar no adoecimento.

Como limites deste estudo, destaca-se que a pesquisa foi realizada em um único hospital público de Sergipe, com dez médicos de áreas específicas, o que não permite generalizar os resultados para todos os contextos da prática médica. Além disso, os dados foram

produzidos a partir das narrativas dos próprios profissionais, sem incluir a perspectiva de pacientes, familiares ou demais membros da equipe multiprofissional, nem a observação direta de situações reais de comunicação. Futuras pesquisas poderão ampliar os cenários, especialidades e colaboradores, incorporando também observações de campo e análise de práticas formativas.

Agradecimentos

Agradecemos à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH) pelo apoio institucional, pela autorização que possibilitou a realização desta pesquisa no âmbito hospitalar e pela condução dos trâmites documentais necessários à efetivação do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, 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. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/8943>. Acesso em: 26 jun. 2026.

BAILE, Walter F.; BUCKMAN, Robert; LENZI, Renato; GLOBER, Gary; BEALE, Estela A.; KUDELKA, Andrzej P. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964998/>. Acesso em: 17 jul. 2026

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

ENGEL, Marijanne; KARS, Marijke C.; TEUNISSEN, Saskia C. C. M.; VAN DER HEIDE, Agnes. Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: a systematic review. **Palliative & Supportive Care, Cambridge**, v. 21, n. 5, p. 890-913, out. 2023. DOI: 10.1017/S1478951523001165. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>. Acesso em: 26 jun. 2026.

ENZINGER, Andrea C.; ZHANG, Baohui; SCHRAG, Deborah; PRIGERSON, Holly G. Outcomes of prognostic disclosure: associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 33, n. 32, p. 3809-3816, 2015. DOI: 10.1200/JCO.2015.61.9239. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4737862/>. Acesso em: 26 jun. 2026.

HAGERTY, Rebecca G.; BUTOW, Phyllis N.; ELLIS, Peter M.; LOBB, Elizabeth A.; PENDLEBURY, Susan C.; LEIGHL, Natasha; MACLEOD, Craig; TATTERSALL, Martin H. N. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23, n. 6, p. 1278-1288, 2005. DOI: 10.1200/JCO.2005.11.138. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.11.138>. Acesso em: 26 jun. 2026.

OLIVEIRA, Samantha; LISBOA, Walter. Comunicação de notícias difíceis no contexto brasileiro: revisão de escopo. **Revista Bioética**, Brasília, v. 33, e3785PT, p. 1-13, 2025. DOI: 10.1590/1983-

803420253785PT. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420253785PT>. Acesso em: 30 jun. 2026.

PINHEIRO, Robson Gabriel Xavier; CARNEIRO, Luis Felipe Ferreira; MELO, Amanda Gabriele Alves Cobiniano de; OLIVEIRA, Fernanda Oliveira de; MORATTO, Mayara de Andrade; BARRA, Williams Fernandes. Comunicação de más notícias: uma necessidade negligenciada? **Revista Bioética**, Brasília, v. 33, e3811PT, p. 1-8, 2025. DOI: 10.1590/1983-803420253811PT. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420253811PT>. Acesso em: 30 jun. 2026.

POLIVKA, Laura et al. Breaking bad news: an active learning method for medical students. **BMC Medical Education**, v. 24, artigo 994, 2024. DOI: 10.1186/s12909-024-05821-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05821-4>. Acesso em: 26 jun. 2026.

RABBEN, Jannicke; VIVAT, Bella; FOSSUM, Mariann; ROHDE, Gudrun Elin. Shared decision-making in palliative cancer care: a systematic review and metasynthesis. **Palliative Medicine**, London, v. 38, n. 4, p. 406-422, abr. 2024. DOI: 10.1177/02692163241238384. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02692163241238384>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SANTOS, Marcilea Silva; CUNHA, Laís Michelle; FERREIRA, Ana Julia; DRUMMOND-LAGE, Ana Paula. From classroom to clinic: addressing gaps in teaching and perceived preparedness for breaking bad news in medical education. **BMC Medical Education**, v. 25, artigo 449, 2025. DOI: 10.1186/s12909-024-06498-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06498-5>. Acesso em: 20 jun. 2026.

VAN DER VELDEN, Naomi C. A.; MEIJERS, Maartje C.; HAN, Paul K. J.; VAN LAARHOVEN, Hanneke W. M.; SMETS, Ellen M. A.;

HENSELMANS, Inge. The effect of prognostic communication on patient outcomes in palliative cancer care: a systematic review. **Current Treatment Options in Oncology**, [s. l.], v. 21, artigo 40, 2020. DOI: 10.1007/s11864-020-00742-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11864-020-00742-y>. Acesso em: 26 jun. 2026.

¹ Doutora em Psicologia pela UFRN. Docente na Universidade Federal de Sergipe no curso de Medicina.

² Doutora em Ciências da Saúde pela UFS. Docente na Universidade Federal de Sergipe no curso de Medicina.