

DOI: <https://doi.org/10.58871/conaeti.v4.56>**COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS NAS EMERGÊNCIAS: INTEGRANDO OS CUIDADOS PALIATIVOS AO DIÁLOGO HUMANO E ÉTICO COM O PACIENTE E A FAMÍLIA****COMMUNICATING DIFFICULT NEWS IN THE EMERGENCY ROOM: INTEGRATING PALLIATIVE CARE WITH HUMAN AND ETHICAL DIALOGUE WITH PATIENT AND FAMILY****ISABELLE MOHN DIRCEU**

Acadêmica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás (UniEvangélica)

GIOVANNA MIRANDA DE SOUZA

Médica pediatra do corpo clínico do Hospital Albert Einstein em Goiânia e da Clínica Viva Pediatria e docente na Universidade Evangélica de Goiás (UniEvangélica)

RESUMO

Objetivo: Este capítulo tem como objetivo analisar protocolos e estratégias de comunicação de más notícias, com ênfase no cuidado paliativo, buscando estruturar e humanizar esse processo em contextos emergenciais, marcados pela urgência, escassez de tempo e ausência de vínculo prévio entre médico e paciente. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica com base nos descritores *Communication*, *Emergency Room* e *Bad News* na base de dados PubMed, além da análise de livros de instituições como a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e o Hospital Israelita Albert Einstein. Foram estudados protocolos como SPIKES, BREAKS, PEWTER, The 10 Steps McGuigan, SHARE, COMFORT e Keefer-Cooperman. **Resultados e Discussão:** A análise demonstrou que os protocolos SPIKES, PEWTER e BREAKS se destacam no ambiente emergencial por sua objetividade e por não dependerem de um vínculo prévio com o paciente. Além da aplicação dessas ferramentas, o uso de estratégias verbais, não verbais e paraverbais mostrou-se essencial para uma comunicação empática e eficaz. Outro ponto importante é o reconhecimento e manejo dos mecanismos de defesa frequentemente acionados pelos pacientes, como negação, racionalização e projeção, que, quando identificados, permitem uma abordagem mais acolhedora e sensível. **Considerações Finais:** Conclui-se que os protocolos fornecem uma base valiosa para a comunicação em emergências, contribuindo para a preservação da dignidade do paciente e a otimização do tempo clínico. No entanto, estratégias complementares, como a leitura do comportamento não verbal e a escuta ativa, são fundamentais para uma comunicação verdadeiramente humanizada. Espera-se que este capítulo incentive reflexões e capacitações que fortaleçam a atuação sensível e competente dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: cuidados paliativos; emergência; comunicação.**ABSTRACT**

Objective: This chapter aims to analyze protocols and strategies for breaking bad news, with an emphasis on palliative care, seeking to structure and humanize this process in emergency settings, which are often marked by urgency, time constraints, and the absence of a prior bond

between physician and patient. **Methodology:** A literature review was conducted using the descriptors *Communication*, *Emergency Room*, and *Bad News* in the PubMed database, along with the analysis of books from renowned institutions such as the University of São Paulo Medical School (FMUSP) and the Albert Einstein Israeli Hospital. Several protocols for breaking bad news were examined, including SPIKES, BREAKS, PEWTER, The 10 Steps McGuigan, SHARE, COMFORT, and Keefer-Cooperman. **Results and Discussion:** The analysis indicated that the SPIKES, PEWTER, and BREAKS protocols are the most suitable for emergency settings due to their objectivity and their ability to be applied without the need for a prior relationship with the patient. In addition to the use of these structured tools, the conscious application of verbal, non-verbal, and paraverbal communication strategies proved essential for delivering news with empathy and clarity. Another key aspect identified was the recognition and appropriate handling of common defense mechanisms triggered in patients, such as denial, rationalization, and projection. Identifying these reactions allows for a more sensitive and supportive approach. **Final Considerations:** It is concluded that these protocols provide a solid foundation for communication in emergencies, supporting both time management and the preservation of patient dignity. However, complementary strategies—such as reading non-verbal cues and active listening—are equally important for achieving truly humanized communication. It is hoped that this chapter will inspire reflection and training to enhance the compassionate and competent practice of healthcare professionals.

Keywords: palliative care; emergency; communication.

1. INTRODUÇÃO

Uma cena típica da emergência se caracteriza por decisões rápidas e diagnósticos muitas vezes imprevisíveis. A diversidade de pacientes e prognósticos nesse contexto é ampla, dada a alta rotatividade que marca esse ambiente. Entre os grupos que vêm ganhando destaque, à medida que o envelhecimento populacional avança, estão os pacientes com doenças crônicas em estágios avançados, que demandam cuidados paliativos.

Mas afinal, o que são cuidados paliativos? Segundo a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), trata-se de uma abordagem multidisciplinar voltada à minimização do sofrimento e à preservação da qualidade de vida de pacientes com doenças graves e ameaçadoras à vida, em qualquer ambiente de cuidado. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são um direito de toda a população, o que os torna ainda mais relevantes no contexto emergencial — muitas vezes a porta de entrada para a identificação e início de abordagem desses pacientes, promovendo a integração entre a equipe de emergência e os profissionais especializados em cuidados paliativo.

Diante disso, surge uma pergunta essencial: o manejo de cuidados paliativos na emergência difere dos demais contextos hospitalares? A resposta está nas próprias características da emergência — um ambiente que exige resolutividade e ação imediata. Assim, quando um paciente chega ao setor com critérios para cuidados paliativos, como a presença de doença grave e incurável, sintomas mal controlados, aumento da dependência ou complexidade clínica, é necessário, antes de tudo, adotar medidas rápidas para estabilização e alívio dos sintomas. Estratégias como o ajuste do suporte vital, manejo farmacológico da dor, uso de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo e administração medicamentosa imediata tornam-se prioritárias, seguindo a lógica do protocolo ABCDE do trauma, desenvolvido por James K. Styner.

No entanto, nesse ambiente marcado pela urgência, um elemento essencial frequentemente é negligenciado: a comunicação médico-paciente ao transmitir o diagnóstico de

uma doença grave e incurável. Muitos pacientes chegam à emergência sem saber da gravidade de sua condição, e cabe ao médico comunicar essa realidade de forma ética e sensível. O desafio é ainda maior diante do tempo limitado para criar vínculo com o paciente e sua família, somado à pressão para tomada de decisões rápidas. Nesse cenário, protocolos como: SPIKES Epicee Buckman e Cols (1992,2005), SHARE (2007), The 10 Steps McGuigan (2009), PEWTER Nandi e Keefer-Cooperman (2009), BREAKS Narayanan, Bista e Koshy (2010) e CONFORT (2011) surgem como ferramentas fundamentais para guiar o profissional, integrando aspectos da linguagem verbal, não verbal e paraverbal.

Dessa forma, este capítulo se dedica à análise da comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos em ambientes emergenciais. Serão discutidos os principais protocolos disponíveis, ferramentas propostas em estudos recentes e estratégias que permitam uma abordagem mais humana, acolhedora e centrada no paciente. O objetivo é reduzir o sofrimento e evitar que esse momento delicado seja fonte de impacto emocional negativo para a continuidade do cuidado.

2. METODOLOGIA

Este capítulo foi elaborado com base em revisão bibliográfica e análise de conteúdo, por meio da consulta a fontes secundárias provenientes de instituições de referência na área de cuidados paliativos e emergências médicas no Brasil. Inicialmente, foram selecionados dois livros educacionais da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), ambos com enfoque no cuidado paliativo em contextos emergenciais e em pacientes críticos. Além disso, foram analisados artigos referenciados em aulas expositivas disponibilizadas pelo Hospital Israelita Albert Einstein, cujos temas abordam a importância da comunicação médico-paciente e a condução de notícias difíceis na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Complementarmente, realizou-se uma busca sistematizada na base de dados PubMed, utilizando os seguintes descritores controlados (MeSH Terms): Communication, Emergency Room; Bad News e Palliative Care. A pesquisa resultou em 25 artigos, dos quais foram selecionados três estudos considerados mais relevantes para a temática, sendo: um estudo transversal publicado em 2018, um ensaio clínico randomizado publicado em 2019 e um estudo transversal publicado em 2024. Todos abordam a comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos em ambientes emergenciais. Os critérios de inclusão utilizados foram: pertinência direta ao tema proposto, acesso gratuito ao conteúdo completo, artigos escritos em inglês ou português, e publicações recente (nos últimos 10 anos). Também foram considerados os estudos que apresentavam metodologias robustas e relevância para a prática clínica emergencial. Os critérios de exclusão incluíram: artigos com acesso restrito (pago), publicações com mais de 10 anos de antiguidade, estudos que não abordavam diretamente o contexto de cuidados paliativos em ambientes emergenciais, artigos de baixa qualidade metodológica (por exemplo, estudos com amostras muito pequenas ou falta de controle de variáveis), e estudos que não estavam focados na comunicação de más notícias. Também foram excluídos artigos que tratavam do tema apenas em contextos não emergenciais ou fora do contexto médico (por exemplo, em ambientes educacionais ou corporativos).

Por fim, para a análise e descrição dos principais protocolos existentes para a comunicação de más notícias em contextos emergenciais, acrescentou-se à busca o descritor Protocols, sendo selecionados os modelos mais citados e utilizados na prática clínica, como SPIKES, BREAKS, The 10 Steps McGuigan, PEWTER Nandi e Keefer-Cooperman, CONFORT e SHARE.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A Necessidade da Comunicação na Emergência

Falar sobre comunicação é, essencialmente, abordar a importância da boa relação médico-paciente. Um estudo transversal realizado em 2014 pela Universidade de Chicago, nos Estados Unidos, demonstrou que mais de 50% dos entrevistados consideravam que, para um médico ser de alta qualidade, é imprescindível que ele seja um bom ouvinte. Dessa forma, ser escutado vai além de apenas ser ouvido — significa estabelecer um diálogo real, no qual o paciente se sente seguro para expressar suas aflições e preocupações, o que facilita uma descrição mais clara e precisa de seus sintomas. Os benefícios de uma comunicação eficaz são diversos, tanto para o paciente quanto para o médico: maior alívio dos sintomas, melhor adesão aos tratamentos, controle mais eficiente de doenças crônicas, atendimentos mais resolutivos e diagnósticos mais precisos.

Entretanto, no contexto da emergência, diversas barreiras dificultam essa comunicação. A dinamicidade do ambiente, a escassez de tempo e a ausência de vínculo prévio com o paciente impõem limites significativos entre o ideal da boa comunicação e sua real aplicabilidade. A entrega de uma má notícia, por exemplo, torna-se ainda mais desafiadora nessas circunstâncias. A dificuldade de estabelecer uma relação de confiança pode comprometer a aceitação da informação pelo paciente ou familiar, aumentando o risco de impacto emocional negativo.

Nesse cenário, destaca-se uma situação recorrente e particularmente sensível: comunicar à família que o paciente necessitará de cuidados paliativos, uma vez que sua doença não apresenta mais possibilidade de cura. Trata-se de uma conversa já delicada, que se torna ainda mais complexa diante das particularidades do ambiente emergencial. Por esse motivo, é fundamental que médicos e demais profissionais da saúde se apoiem em estratégias e protocolos estruturados, que orientem não apenas a tomada de decisão clínica, mas também promovam uma comunicação empática, clara e ética, preservando a dignidade do paciente e fortalecendo a relação médico-paciente, mesmo diante da adversidade. Isso pode ser percebido a partir do relato de uma paciente em um estudo qualitativo desenvolvido no St. Paul's Hospital and Hospice, em Addis Ababa, Etiópia, que afirmou: “*É imoral dar uma má notícia sem um modo adequado*”, destacando que, mais do que o conteúdo da informação, é a maneira como ela é transmitida que pode causar sofrimento adicional ou oferecer algum conforto diante de uma realidade difícil.

3.2 Protocolo SPIKES

O protocolo SPIKES é, indiscutivelmente, o mais conhecido e amplamente utilizado entre os diversos modelos de comunicação voltados à transmissão de más notícias no contexto médico, como demonstrado por diversos estudos ao longo dos anos, incluindo uma publicação no *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Criado em 1999 e aprimorado em 2005 pelo oncologista Robert Buckman, esse protocolo propõe uma ferramenta estruturada capaz de facilitar a comunicação de notícias difíceis em diferentes cenários clínicos — inclusive no anúncio de diagnósticos de doenças graves e incuráveis, seguido da necessidade de cuidados paliativos.

Trata-se de um modelo que segue uma estrutura padronizada, projetada para oferecer suporte tanto ao profissional quanto ao paciente durante esse momento delicado, especialmente em ambientes de alta pressão, como o pronto-socorro. O acrônimo SPIKES representa as seis etapas do protocolo: **S** de *Set-up* (Prepare-se), **P** de *Perceive* (Perceba), **I** de *Invite/Warning shot* (Convide/Aviso), **K** de *Knowledge* (Compartilhe as informações), **E** de *Emotions* (Acolha as emoções) e **S** de *Strategy and Summary* (Resuma e planeje).

Para uma melhor compreensão da aplicação prática dessa estratégia, vale observar a tabela desenvolvida pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que resume de forma didática os passos e orientações de cada etapa do protocolo.

Etapa	Descrição
S – Set up (Prepare-se)	<ul style="list-style-type: none">• Revisar o caso clínico e exames relevantes.• Alinhar com a equipe os objetivos da conversa e os participantes.• Escolher ambiente tranquilo, com privacidade.• Desligar celulares ou colocá-los no modo silencioso.• Garantir apresentação dos presentes e agradecer a presença.• Utilizar uma frase introdutória (warning shot), como: “Chamamos vocês porque estamos muito preocupados com o estado de saúde da sua mãe.”
P – Perceive (Ouça)	<ul style="list-style-type: none">• Ouvir o que o paciente/familiar compreende sobre a situação.• Utilizar perguntas abertas para avaliar entendimento, expectativas e demandas.• Exemplo: “Você poderia me contar o que aconteceu com sua mãe antes da chegada ao hospital?”
I – Invite (Convide)	<ul style="list-style-type: none">• Perguntar o quanto o paciente/familiar deseja saber.• Exemplo: “Você prefere que eu fale de forma mais detalhada ou faça um resumo geral?”• Em casos de óbito, essa etapa pode ser omitida.
K – Knowledge (Informe)	<ul style="list-style-type: none">• Compartilhar as informações de forma gradual e cuidadosa.• Verificar a compreensão após cada etapa.• Adaptar a linguagem ao preparo emocional do familiar.• Exemplo de progressão: relatar desde o atendimento inicial até o óbito, checando compreensão com perguntas como: “Posso continuar?” ou “Você tem alguma dúvida até aqui?”
E – Emotions (Emoções)	<ul style="list-style-type: none">• Acolher reações emocionais com empatia.• Validar sentimentos e evitar frases como “Eu sei o que você está sentindo”.• Frases simples, como: “Sinto muito. Gostaria que fosse diferente”, podem ser mais apropriadas.

- Usar comunicação não verbal (olhar, tom de voz, pausas).
- Quando à distância, usar chamadas em vídeo pode ajudar a manter a conexão humana.

S – Strategy & Summary (Resumo e plano)

- Recapitular o que foi dito e acordado.
- Alinhar expectativas e esclarecer dúvidas.
- Estabelecer prazos de reavaliação e canais de contato.
- Oferecer suporte psicológico, espiritual ou ao luto, se disponível.
- Realizar o “debriefing” com a equipe após a conversa, refletindo sobre o processo.

Tabela 1- Protocolo SPIKES pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

A partir da análise dessa estrutura, observa-se que a proposta de comunicação do SPIKES se fundamenta principalmente na escuta ativa e no acolhimento das emoções e percepções do paciente. Esses dois pilares não apenas promovem uma comunicação mais empática, como também fortalecem a relação médico-paciente — um dos aspectos mais valorizados na prática clínica. Esses fatores explicam por que o SPIKES é considerado, por muitos profissionais da saúde, como a abordagem mais eficaz e utilizada atualmente.

No contexto emergencial, fica evidente também por que esse protocolo é tão eficiente, uma vez que alinha a falta de tempo presente nesse ambiente com um atendimento que valoriza a relação médico-paciente ao colocar as percepções pessoais do paciente em primeiro lugar. Isso só é possível a partir da estrutura rígida proposta, da facilidade de memorização pelos passos seguirem o acrônimo e do treinamento prévio entre os médicos plantonistas e demais profissionais. Além disso, o protocolo SPIKES demonstra especial relevância na comunicação de más notícias relacionadas aos cuidados paliativos no contexto da emergência. Por se tratar de um tema extremamente delicado e sensível, o protocolo possibilita, mesmo em um ambiente marcado pela ausência de vínculo prévio entre médico e paciente, o estabelecimento de uma relação de confiança suficiente para minimizar o impacto psicológico da notícia. Tal abordagem é fundamental para que familiares e pacientes compreendam a gravidade da situação e da doença, evitando sofrimento desnecessário ou a desumanização do cuidado. Dessa forma, o SPIKES se mostra eficaz também por conseguir conciliar a dinamicidade dos centros emergenciais com a adequada condução de uma tarefa tão complexa.

3.3 Protocolos BREAKS E The 10 Steps McGuigan

Criados entre 2009 e 2010, os protocolos BREAKS e The 10 Steps McGuigan possuem um objetivo em comum: a comunicação de notícias difíceis no contexto médico. Apesar de terem sido desenvolvidos em épocas próximas e com o mesmo propósito, apresentam métodos distintos para alcançar uma comunicação eficaz. Para compreender como cada um se encaixa no contexto dos cuidados paliativos em ambientes emergenciais, é necessário analisar suas particularidades.

Por um lado, o Protocolo BREAKS apresenta-se como uma estratégia objetiva e efetiva, criado por Narayanan, Bista e Koshy. Ele surgiu como uma alternativa mais simplificada ao

SPIKES, sendo especialmente indicado para ambientes desafiadores, como o pronto-socorro, nos quais o tempo é limitado e a carga emocional é elevada. Ainda assim, mantém os princípios de empatia, escuta ativa e clareza. O acrônimo BREAKS representa os seguintes passos:

- **B – Background (Contexto):** Preparar-se previamente, conhecendo a história clínica do paciente e garantindo um ambiente adequado para a conversa.
- **R – Rapport (Vínculo) :** Estabelecer uma conexão empática com o paciente, demonstrando respeito e atenção.
- **E – Explore (Explorar):** Investigar o que o paciente já sabe sobre sua condição e o que deseja saber.
- **A – Announce (Anunciar):** Comunicar a má notícia de forma clara, utilizando linguagem acessível e observando a comunicação não verbal.
- **K – Kindle (Acolher emoções):** Estimular e acolher as reações emocionais do paciente, oferecendo suporte e empatia.
- **S – Summarize (Resumir):** Resumir as informações fornecidas, esclarecer dúvidas e discutir os próximos passos.

Por outro lado, o protocolo The 10 Steps McGuigan, criado por Deirdre McGuigan, é uma estratégia mais abrangente e reflexiva, que valoriza o contexto emocional e social do paciente. Ele é composto por 10 passos que orientam o profissional na comunicação da má notícia:

1. **Preparação do profissional:** Revisar as informações clínicas e preparar-se emocionalmente para a conversa.
2. **Avaliar o conhecimento do paciente:** Entender o que o paciente já sabe sobre sua condição.
3. **Identificar o que o paciente deseja saber:** Respeitar os desejos do paciente quanto às informações que deseja receber.
4. **Dar um sinal de aviso:** Utilizar sinais verbais ou não verbais para preparar o paciente para a má notícia.
5. **Comunicar a má notícia com sensibilidade:** Transmitir a informação de forma clara e compassiva.
6. **Reconhecer e apoiar as emoções:** Validar os sentimentos do paciente e oferecer suporte emocional.
7. **Identificar e priorizar preocupações:** Ajudar o paciente a expressar suas preocupações e necessidades.
8. **Verificar as necessidades de informação:** Assegurar que o paciente compreendeu as informações e fornecer esclarecimentos adicionais.
9. **Identificar redes de apoio:** Explorar os sistemas de suporte disponíveis para o paciente, como família e amigos.
10. **Comunicar-se com a equipe multidisciplinar:** Garantir que todos os membros da equipe estejam informados e alinhados no cuidado ao paciente.

Evidentemente, o protocolo BREAKS se mostra como uma alternativa mais viável para o contexto da emergência quando se trata de comunicar a necessidade de cuidados paliativos, uma vez que sua estrutura objetiva permite conciliar a urgência do ambiente com a sensibilidade exigida nesse tipo de comunicação. Por outro lado, o protocolo criado por McGuigan, embora extremamente rico por promover uma abordagem holística e centrada no paciente, requer mais tempo, integração com a equipe multiprofissional e uma conexão prévia com o paciente — fatores geralmente limitados no ambiente emergencial. No entanto, mesmo não sendo o mais aplicável em situações de urgência, o 10 Steps McGuigan oferece importantes contribuições conceituais para a construção de uma comunicação empática e acolhedora, valores fundamentais no cuidado paliativo.

3.4 Protocolos PEWTER, SHARE e COMFORT

Entre os anos de 2007 e 2011, surgiram os protocolos PEWTER, SHARE e COMFORT, todos com o propósito comum de oferecer uma estrutura compassiva, ética e eficiente para a comunicação de más notícias, especialmente no campo dos cuidados paliativos. Embora compartilhem esse objetivo central, cada um apresenta abordagens e estratégias próprias. O protocolo PEWTER, por exemplo, é mais direto e conciso, sendo altamente aplicável em cenários com limitação de tempo, como as emergências. Já o SHARE prioriza a autonomia e os valores culturais do paciente, sendo mais indicado em contextos como a oncologia. O COMFORT, por sua vez, é o mais abrangente, integrando o cuidado contínuo e multidisciplinar com foco na comunicação sustentada ao longo do tempo — característica essencial dos cuidados paliativos fora do contexto agudo.

O protocolo PEWTER, desenvolvido por Dr. Robert C. Macauley, estrutura-se em seis passos: **Prepare** (preparar o ambiente e revisar as informações clínicas), **Evaluate** (avaliar o que o paciente e familiares já sabem), **Warning shot** (antecipar a má notícia com uma frase de transição), **Tell** (comunicar a notícia de forma clara e objetiva), **Emotional response** (acolher a reação emocional) e **Regroup** (reafirmar o cuidado e planejar os próximos passos). Ele foi especialmente desenhado para contextos pediátricos e paliativos, sendo altamente eficaz também em emergências.

O protocolo SHARE, criado por Fujimori et al., estrutura-se com foco na empatia e no respeito aos valores do paciente, sendo composto por: **Supportive environment** (ambiente acolhedor), **How to deliver the news** (linguagem clara e sensível), **Additional information** (respeitar quanto o paciente deseja saber), **Reassurance and emotional support** (oferecer apoio emocional contínuo) e **Empathy** (demonstrar escuta ativa e compaixão). É especialmente útil em contextos oncológicos e paliativos planejados, em que há possibilidade de estabelecer vínculos prévios.

Por fim, o protocolo COMFORT, criado por Elaine Wittenberg, visa uma comunicação compassiva e contínua em cuidados paliativos integrativos. Suas etapas incluem: **Connect** (criar vínculo com o paciente e a família), **Options** (apresentar opções de cuidados), **Make meaning** (ajudar a dar significado à notícia), **Family** (envolver a família nas decisões), **Openings** (reconhecer momentos para diálogo), **Relating** (manter relação respeitosa) e **Team** (estimular a comunicação entre a equipe de saúde).

Dessa forma, embora todos os protocolos discutidos contribuam para uma comunicação mais humanizada em cuidados paliativos, o protocolo PEWTER se destaca como a alternativa mais adequada ao contexto emergencial. Sua estrutura objetiva e centrada na clareza e acolhimento emocional o torna ideal para situações em que a família precisa ser informada, de forma rápida e ética, sobre o diagnóstico de uma condição incurável e progressiva. Já os

protocolos SHARE e COMFORT, apesar de menos indicados para emergências, oferecem importantes diretrizes para outros momentos do cuidado paliativo, como no acompanhamento ambulatorial, no diagnóstico de progressão oncológica ou em situações de tomada de decisão prolongada. Integrá-los ao conhecimento dos profissionais de saúde amplia a capacidade de adaptação e sensibilidade na condução dessas conversas difíceis.

3.5 Outras estratégias no auxílio da comunicação

Embora os protocolos sejam ferramentas fundamentais para a comunicação de más notícias em ambientes emergenciais, por oferecerem estrutura e praticidade diante da escassez de tempo, estratégias que vão além dessas estruturas prontas também se mostram indispensáveis. As linguagens verbal, não verbal e paraverbal exercem papel crucial para garantir uma abordagem verdadeiramente empática e humanizada. No componente verbal — que diz respeito ao conteúdo da mensagem — é essencial evitar jargões técnicos e detalhes excessivos, priorizando uma linguagem clara, acessível e sensível à compreensão do paciente e seus familiares. Já no aspecto não verbal — como expressões faciais, gestos, postura corporal e o ambiente escolhido — é importante que o profissional mantenha uma comunicação coerente com o momento delicado, transmitindo acolhimento e respeito. O ideal é que a conversa ocorra em um espaço reservado e tranquilo. Por fim, no componente paraverbal — que envolve o tom de voz, entonação e ritmo da fala — o cuidado está em transmitir a mensagem de forma serena, clara e com a sensibilidade que a situação exige. Essas estratégias, integradas aos protocolos, ampliam a eficácia da comunicação e fortalecem o cuidado centrado no paciente.

Além dos cuidados com os diferentes tipos de linguagem, há outras abordagens que também contribuem para uma comunicação mais eficaz e sensível. Em um artigo chamado *Delivering bad news in emergency care medicine*, Maynard descreve a melhor forma de preparar emocionalmente o paciente e seus familiares, respeitando seu tempo de assimilação e reação. Segundo o autor, a estratégia mais efetiva é chamada de *forecasting* – ou antecipação gradual da má notícia. Esse método permite uma introdução cuidadosa da informação, criando um espaço de preparação emocional. Ele é considerado mais adequado do que abordagens abruptas (*being blunt*) ou vagas (*stalling*), que muitas vezes geram confusão, sofrimento e quebra de vínculo com a equipe médica.

Também é fundamental compreender os mecanismos de defesa que podem surgir no momento da comunicação, bem descritos por Sigmund Freud e passíveis de serem aplicados em contextos médicos. Diante da notícia de que há necessidade de cuidados paliativos – ou seja, de que a doença é incurável e o foco do tratamento deve ser redirecionado – pacientes e familiares frequentemente ativam respostas psicológicas protetoras. Os principais mecanismos observados incluem:

- **Negação:** Recusa em aceitar a gravidade do quadro. O médico deve evitar o confronto direto, acolher o sofrimento e manter-se disponível para o diálogo.
- **Evitação:** A pessoa muda de assunto ou evita falar sobre o prognóstico. O profissional deve respeitar o tempo do paciente e perguntar o quanto ele deseja saber.
- **Racionalização:** Justificativas lógicas ou técnicas para minimizar a dor emocional. Nesse caso, o médico pode reafirmar os dados clínicos e oferecer apoio contínuo.

- **Projeção:** Atribuição de culpa a terceiros, como à equipe ou ao hospital. É importante escutar com empatia e esclarecer os fatos de forma acolhedora.
- **Silêncio ou bloqueio emocional:** Pode indicar um congelamento psicológico. O profissional deve respeitar o silêncio e, com delicadeza, criar oportunidades para que a pessoa fale, como com perguntas abertas: “Tem algo que você gostaria de perguntar ?”

Em síntese, ir além dos protocolos e reconhecer as complexidades emocionais e subjetivas envolvidas na comunicação de más notícias é essencial para um cuidado verdadeiramente humanizado. A integração de estratégias de linguagem, sensibilidade cultural e escuta ativa, aliada ao preparo diante dos mecanismos de defesa, permite ao médico oferecer não apenas informações, mas também presença, acolhimento e suporte em um dos momentos mais delicados da trajetória do paciente e sua família.

4. Considerações Finais

A presença crescente de pacientes com doenças crônicas avançadas nas unidades de emergência tem evidenciado a urgência de integrar os cuidados paliativos a esse cenário. Embora tradicionalmente associados a contextos mais estáveis e planejados, os cuidados paliativos na emergência mostram-se não apenas possíveis, mas também necessários. No entanto, a eficácia dessa abordagem depende diretamente da qualidade da comunicação entre o profissional de saúde, o paciente e sua família — especialmente no momento delicado da transmissão de más notícias.

Nesse contexto, o protocolo SPIKES destaca-se como uma ferramenta prática e estruturada, capaz de humanizar a comunicação mesmo em ambientes marcados pela pressão e pela ausência de vínculo prévio. Ao valorizar a escuta ativa, o acolhimento das emoções e o planejamento conjunto dos próximos passos, o SPIKES torna-se um guia essencial para o profissional de saúde que precisa comunicar diagnósticos graves e orientar a transição para os cuidados paliativos de maneira ética, empática e respeitosa.

Além do protocolo SPIKES, outros modelos como BREAKS, COMFORT, The 10 Steps McGuigan, SHARE e PEWTER também se mostram relevantes para uma abordagem mais qualificada nesse contexto. Dentre eles, os protocolos PEWTER e BREAKS revelaram-se os mais aplicáveis em situações emergenciais, por apresentarem estratégias eficientes que demandam menor tempo de conexão prévia com o paciente. Em contrapartida, embora os demais protocolos não sejam tão viáveis em ambientes dinâmicos como os das emergências, continuam sendo valiosos para a formação dos profissionais de saúde, oferecendo bases sólidas para uma comunicação compassiva e respeitosa diante do relato de doenças incuráveis.

A fim de maior compreensão do tema disposto, a tabela a seguir resume as vantagens e desvantagens de cada protocolo:

PROTOCOLO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
SPIKES	- Estruturado e fácil de memorizar	- Foco mais médico que emocional - Menos adaptado a contextos culturais ou paliativos complexos

	<ul style="list-style-type: none"> - Popular entre profissionais de saúde - Aborda emoções 	
BREAKS	<ul style="list-style-type: none"> - Ênfase em empatia e vínculo - Mais adaptado aos cuidados paliativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos conhecido e estudado - Pode parecer subjetivo na aplicação
10 Steps (McGuigan)	<ul style="list-style-type: none"> - Detalhado e passo a passo - Aborda o ambiente, linguagem e percepção 	<ul style="list-style-type: none"> - Muitos passos (pode ser difícil lembrar em emergências) - Pouco difundido
PEWTER (Nandi e Keefer-Cooperman)	<ul style="list-style-type: none"> - Simples e direto - Incentiva feedback do paciente - Integra aspectos éticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco conhecido - Poucos estudos de validação clínica
CONFORT	<ul style="list-style-type: none"> - Foco em comunicação compassiva e multidisciplinar - Forte em cuidados paliativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode exigir mais treinamento e tempo - Menos utilizado fora de contextos paliativos
SHARE	<ul style="list-style-type: none"> - Culturalmente sensível (origem no Japão) - Valoriza respeito e autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação limitada fora de contextos culturais específicos - Pouco traduzido para ocidente

Tabela 2- Comparação entre Protocolos de más notícias (vantagens e desvantagens)

Adicionalmente, a análise das linguagens verbal, não verbal e paraverbal demonstrou-se fundamental para a construção de uma comunicação eficaz no contexto emergencial. Um ambiente reservado, o uso de linguagem simples, um tom de voz calmo e gestos acolhedores contribuem para que o paciente se sinta mais confortável e consiga absorver a informação de maneira menos traumática, mesmo em situações críticas. Além disso, o manejo médico frente aos mecanismos de defesa, como a negação e a evitação, exige preparo e sensibilidade, de modo a lidar com a complexidade emocional vivenciada por ambas as partes nesse momento.

Assim, espera-se que este capítulo contribua para a reflexão sobre a importância de uma comunicação eficaz nas emergências, reforçando a ideia de que, mesmo diante do caos e da pressa, é possível — e necessário — oferecer um cuidado centrado na dignidade, no conforto e no bem-estar do paciente. Afinal, comunicar bem também é um ato de cuidado. Além disso, destaca-se a necessidade de ampliar o debate sobre a comunicação de más notícias no contexto emergencial, promovendo mais capacitação dos profissionais de saúde e incentivando o

desenvolvimento de pesquisas que aprofundem esse tema ainda pouco explorado. Investir em conhecimento e formação nessa área é essencial para transformar a realidade dos cuidados paliativos na emergência, garantindo uma abordagem mais humana, ética e qualificada.

5. REFERÊNCIAS

AYALEW, Ephrem Abathun; MPHUTHI, Ditaba David; MATLHABA, Kholofelo Lorraine. Patients' preferences for delivering bad news in palliative care in Ethiopia: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 1, p. 170, 2023.

BAILEY, Ryan; PICO, Jose. Defense mechanisms. In: **StatPearls [Internet]**. StatPearls Publishing, 2023.

BASCUÑÁN, María Luz; LUENGO-CHARATH, M. Ximena. Protocolos de comunicación de malas noticias en salud: limitaciones, desafíos y propuestas. **Revista médica de Chile**, v. 150, n. 9, p. 1206-1213, 2022.

FISSEHA, Henok et al. Perspectives of protocol based breaking bad news among medical patients and physicians in a teaching hospital, Ethiopia. **Ethiopian journal of health sciences**, v. 30, n. 6, 2020.

GEORGE, Naomi et al. Past, present, and future of palliative care in emergency medicine in the USA. **Acute medicine & surgery**, v. 7, n. 1, p. e497, 2020.

MAYNARD, D. W. Delivering bad news in emergency care medicine. **Acute Medicine & Surgery**, 4 (1), 3–11 [em linha]. 2017.

MEITAR, Dafna; KARNIELI-MILLER, Orit. Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using SPw-ICE-S—A revised version of the SPIKES protocol. **Medical teacher**, v. 44, n. 10, p. 1087-1091, 2022.

SÁNCHEZ, Antonio Ramos et al. The Communication of Bad News in Palliative Care: The View of Professionals in Spain. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 41, n. 1, p. 26-37, 2024.

SERVOTTE, Jean-Christophe et al. Efficacy of a short role-play training on breaking bad news in the emergency department. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 20, n. 6, p. 893, 2019.

TOMPSON, Trevor. Finding quality doctors: how Americans evaluate provider quality in the United States. 2014.

TOUTIN-DIAS, Gabriela; DAGLIUS-DIAS, Roger; SCALABRINI-NETO, Augusto. Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. **European Journal of Emergency Medicine**, v. 25, n. 1, p. 71-76, 2018.