

## **Comunicação de más notícias, e a educação médica no Brasil: uma revisão bibliográfica**

### **Bad news communication and medical education in Brazil: a literature review**

### **Comunicación de malas noticias y educación médica en Brasil: revisión bibliográfica**

DOI:10.34119/bjhrv7n2-308

Originals received: 03/08/2024

Acceptance for publication: 03/29/2024

#### **José Henrique de Sousa**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: henriquesousa254@gmail.com

#### **Fabício Melo Farnesi**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: fabmenesi@gmail.com

#### **Marília Magalhães Wanderlei**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: mm.wanderlei@gmail.com

#### **RESUMO**

A comunicação de más notícias na prática médica é um processo desafiador que envolve compreender a subjetividade do paciente e adotar uma conduta apropriada. Esta revisão de literatura destaca a importância da empatia, individualização, clareza e suporte emocional na comunicação de más notícias. A formação médica adequada e o suporte contínuo são essenciais para capacitar os profissionais de saúde nesse processo. Ao aprimorar a comunicação de más notícias, é possível minimizar o sofrimento do paciente e promover um cuidado mais humano e centrado no paciente.

**Palavras-chave:** comunicação de más notícias, subjetividade do paciente, conduta médica, empatia, suporte emocional.

#### **ABSTRACT**

The communication of bad news in medical practice is a challenging process that involves understanding the subjectivity of the patient and adopting an appropriate approach. This literature review highlights the importance of empathy, individualization, clarity, and emotional support in the communication of bad news. Adequate medical education and continuous support

are essential to empower healthcare professionals in this process. By improving the communication of bad news, it is possible to minimize patient suffering and promote a more humane and patient-centered care.

**Keywords:** communication of bad news, patient subjectivity, medical approach, empathy, emotional support.

## RESUMEN

Comunicar malas noticias en la práctica médica es un proceso difícil que implica comprender la subjetividad del paciente y adoptar un comportamiento adecuado. Esta revisión bibliográfica destaca la importancia de la empatía, la individualización, la claridad y el apoyo emocional en la comunicación de malas noticias. Una formación médica adecuada y un apoyo continuado son esenciales para capacitar a los profesionales sanitarios en este proceso. Al mejorar la comunicación de malas noticias, es posible minimizar el sufrimiento del paciente y promover una atención más humana y centrada en él.

**Palabras clave:** comunicación de malas noticias, subjetividad del paciente, comportamiento médico, empatía, apoyo emocional.

## 1 INTRODUÇÃO

No campo da medicina, a comunicação é um fator importante que vai além da simples transmissão de informações. A comunicação envolve a compreensão da linguagem, da situação, das emoções e da subjetividade do paciente, principalmente quando a mensagem a ser compartilhada não é positiva. Transmitir más notícias é um processo complexo que exige habilidade, empatia e conhecimento dos profissionais de saúde.

Esse comportamento de comunicação geralmente causa muito estresse para profissionais médicos e pacientes. Para os profissionais, a preocupação é transmitir as informações de forma clara e compreensível, levando em consideração a capacidade emocional do paciente para processar a notícia. Para os pacientes, a notícia muitas vezes marca uma grande mudança de vida, desafiando sua visão de mundo e desencadeando um conjunto complexo e potencialmente angustiante de emoções (PEREIRA, 2007).

Por outro lado, o comportamento médico ao comunicar más notícias é crítico. As mensagens devem ser transmitidas de forma sensível, clara e honesta, tendo em conta a capacidade do paciente para compreender e processar a informação. Empatia e compaixão são qualidades essenciais que um médico deve exibir. Além disso, é importante fornecer suporte emocional e garantir que os pacientes não se sintam isolados em sua trajetória (VOGEL et al., 2020).

Este artigo tem como objetivo discutir os desafios da comunicação de más notícias na prática médica, com foco na subjetividade do paciente e no comportamento médico adequado. É fundamental uma abordagem ética e empática que enfatize o respeito pela individualidade e pela perspectiva única do paciente. Esta análise visa entender como os profissionais de saúde podem ser treinados para transmitir mensagens difíceis de maneira eficaz e sensível, minimizando o sofrimento do paciente e promovendo o melhor cuidado possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

O processo de formação em habilidades de comunicação é fundamentado em três premissas básicas: primeiro, que boas habilidades de comunicação durante uma consulta médica estão relacionadas de forma importante aos resultados, tanto para pacientes como para médicos; segundo, que a habilidade de comunicação nem sempre é adequada e que, portanto, alguns resultados para estes médicos e pacientes podem ser melhorados; terceiro, que a habilidade de comunicação pode ser ensinada (Brown; Bylund, 2008).

As insatisfações dos pacientes criadas por dificuldades de comunicação durante o atendimento médico podem gerar processos judiciais, por questões não somente objetivas (como sobrevida, óbito ou sequela), mas também subjetivas, como sensação de abandono do paciente, desvalorização das visões do paciente e/ou família sobre o problema e incapacidade de compreender a perspectiva do paciente e sua família. Entre as questões apontadas atualmente por pacientes como qualidades priorizadas em médicos constam “humanidade”, seguida por “competência/acurácia do tratamento”, “envolvimento dos pacientes em decisões clínicas” e “tempo para seu cuidado” (Turini et al., 2008). Além disso, a formação acadêmica não prepara o profissional para escutar a experiência do paciente, o que compromete a qualidade do cuidado (Jucá et al., 2010).

Na tentativa de romper com a estrutura de ensino tradicional, meramente informativa, com transmissão de conceitos e conteúdos, fragmentação do conhecimento e negligência dos aspectos psicossociais, os cursos de Medicina estão buscando adotar em seus currículos metodologias pedagógicas com participação mais ativa dos alunos. Dessa forma, várias modificações têm sido realizadas com base nas diretrizes nacionais para o ensino médico de 2001, reforçadas nas diretrizes de 2014, que preconizam, acima de tudo, formar médicos com competência técnica e humanística por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Bartolo et al., 2017).

Este estudo tem por objetivo geral analisar, na comunicação de más notícias, aspectos relativos à subjetividade do paciente e à conduta médica.

## 2 DISCUSSÃO

### 2.1 EDUCAÇÃO MÉDICA

A formação médica desempenha um papel fundamental na preparação dos profissionais de saúde para a transmissão de más notícias. A formação deve incluir formação específica sobre os aspetos técnicos, emocionais e relacionais da comunicação. Os médicos do futuro devem ter a oportunidade de praticar a comunicação de más notícias em um ambiente controlado, recebendo feedback e coaching para aprimorar suas habilidades (VOGLER et al., 2020).

Clareza e honestidade na comunicação são fundamentais. Os profissionais de saúde devem evitar jargões técnicos complexos e usar uma linguagem que os pacientes possam entender facilmente para garantir que eles entendam completamente a situação. A honestidade é fundamental para construir uma base sólida de confiança e promover relações abertas e transparentes entre profissionais de saúde e pacientes (Ministério da Saúde, 2021).

A educação médica brasileira molda-se conforme o tempo às necessidades socialmente elaboradas, culminando, atualmente, com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. A inserção do médico em Programas de Saúde da Família vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, de forma crescente, a equipes multidisciplinares exige que os profissionais estejam vinculados à realidade social que os cerca, corroborando o anseio por um profissional diferenciado (OLIVEIRA et al, 2008).

A formação de médicos que atendam a esta nova realidade parece algo que os cursos de graduação experimentam, aos poucos, por meio de adaptações curriculares e de novas metodologias de ensino. Os currículos centrados em disciplinas e de cunho hospitalocêntrico, focados no processo patológico, têm cedido espaço ao desenvolvimento de currículos menos estruturados, que percorrem o processo de ensino-aprendizagem com maior autonomia e participação ativa do estudante (ALMEIDA FILHO, 2008).

Com base nos preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (2014), a formação acadêmica deve proporcionar ao estudante um ambiente em que se desenvolva o pensamento crítico e reflexivo, e de “compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”. Compreender este processo de formação para além do aspecto pedagógico, incidindo, de fato, numa formação mais humanizada dos profissionais médicos, ainda parece um grande desafio.

## 2.2 ENSINO BASEADO EM COMPETÊNCIA (HABILIDADES PROFISSIONAIS HUMANÍSTICAS)

Competência profissional pode ser definida como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários ao desempenho eficiente e efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho. Compreende o uso habitual e criterioso do conhecimento, comunicação, habilidades técnicas, raciocínio clínico, valores, emoções e reflexões na prática clínica diária a serviço do indivíduo e da comunidade (DELUIZ, 2009).

Esse modelo conceitual integrativo, englobando aspectos relativos a tarefas e atributos do aprendiz e levando em consideração o contexto de trabalho, tem sido utilizado como referência na construção de currículos orientados por competências na área de saúde nas últimas quatro décadas (CARRACCIO et al, 2012). Em face da pluralidade de significados que o termo competência admite, é importante definir o conceito adotado antes de partir para a estruturação curricular propriamente dita.

Quando analisada sob a ótica da formação profissional na área da saúde, competência deverá se traduzir na capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional. Deverá, portanto, traduzir-se na resposta satisfatória às necessidades e demandas dos indivíduos e coletividades que assiste, mediante o exercício eficiente da atuação profissional e a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social em que atua (DELUIZ, 2009).

O conceito de competência, como base da orientação curricular em saúde, é, portanto, multidimensional e envolve aspectos de diversas matrizes conceituais relacionadas ao tema. É construído a partir de um diálogo estabelecido entre as teorias que historicamente vêm ancorando e restringindo o conceito de competência a desempenhos, resultados e capacidades.

Dessa forma, é ressignificado em uma lógica mais abrangente que não somente considera as inter-relações entre essas diversas definições, mas atenta para suas dimensões contextuais, políticas e socioculturais. Procuramos formar indivíduos não só para o mercado ou para sociedade, mas para a realização pessoal, para a vida. E os currículos por competência, em seu modelo integrativo, têm, necessariamente, que estar atentos a todos esses aspectos da formação profissional (DELUIZ, 2009).

Para adentrar a estas considerações, há que, primeiramente, se compreender as diferenças entre um currículo baseado em resultados e outro que se baseia em processos.

Currículos por competência, centrados no perfil do egresso ou ainda em papéis sociais a serem desempenhados pelo profissional em formação são estruturados para os resultados a serem obtidos ao final do programa educacional ou de treinamento (CARRACCIO et al, 2012). Currículos voltados para a aquisição de conhecimentos, por sua vez, são mais centrados nos processos do que nos resultados. A ênfase em processos ou resultados como princípios fundamentais na organização curricular será discutida a seguir.

No currículo por competência, os resultados a serem obtidos dirigem o processo educacional. Assim, primeiramente se definem os resultados, depois os processos necessários para alcançá-los. O enfoque é dado ao que tem que ser aprendido pelo educando e não ao que tem que ser ensinado. A organização e o fluxo do aprendizado dependem de uma relação não hierárquica estabelecida entre o professor e o aprendiz, que assume papel preponderante na definição dos conteúdos (CHAVES, 2016).

Os encontros educacionais são centrados na aplicação do conhecimento, em contraposição à sua simples aquisição. O sistema de avaliação enfatiza a avaliação formativa em detrimento da somativa. O interesse em saber o quê e quanto o estudante sabe de determinado objetivo de aprendizado ou o quanto ele realiza de determinado desempenho é mais importante do que sua classificação dentro de um grupo normativo. Isto significa que a construção e a interpretação dos dados obtidos, segundo os princípios da avaliação critério-referenciada, são mais adequadas aos currículos por competência do que o emprego dos princípios da avaliação normo-referenciada (MATTOS, 2016).

No currículo por aquisição de conhecimentos, base para a maioria dos currículos tradicionalmente em curso no País, a ênfase é dada aos processos. O curso ou treinamento é definido pela exposição a conteúdos específicos em determinado intervalo de tempo. É centrado no professor, que define os conteúdos, a organização e o fluxo do aprendizado. Os resultados do processo de aprendizagem são auferidos mediante o emprego prioritário da avaliação somativa (COSTA, 2015).

A construção de currículos ou programas educacionais orientados por competência seleciona conteúdos legítimos que possam ser mobilizados em situações práticas de aprendizado. As práticas educacionais procuram refletir a vida profissional, considerando as múltiplas dimensões de seu exercício junto à sociedade. A proposta é trazer a prática e o desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado, preocupando-se com a identificação e adequação de processos que conduzam aos resultados previamente estabelecidos (ARÁUJO, 2017).

O modelo não rejeita a organização disciplinar prevista no currículo tradicional, mas estabelece competências que são desenvolvidas no âmbito de diversas disciplinas ou nas diversas relações existentes entre elas. Enfocar competências não libera o currículo de pensar sobre o conhecimento, sobre a sua assimilação e incorporação no cotidiano da vida acadêmica. Mas propõe integrá-lo ao processo de formação do estudante de forma inovadora, criativa, instigante, crítica e reflexiva (PERRENOUD, 2009; ARAÚJO, 2017).

Já a educação por competência pressupõe uma organização curricular que, constantemente, equilibra e alterna a aquisição de conhecimento com o desenvolvimento das habilidades e atitudes necessárias à boa prática médica, procurando articular todos esses domínios do aprendizado. Dessa forma, prevê a integração e alinhamento de metodologias de ensino-aprendizagem, práticas educacionais, contextos de aprendizagem e métodos de avaliação, em uma nova perspectiva de orientação acadêmica e formação profissional (ARAÚJO, 2017).

Os pressupostos pedagógicos que embasam esse modelo de organização curricular foram elencados por Araújo (2017) e abrangem os seguintes aspectos:

- a) objetivos educacionais estabelecidos com base nas competências requeridas nas situações concretas de trabalho;
- b) competências relacionadas com o processo de trabalho, enfocando não só suas dimensões técnicas, mas também sociopolíticas, culturais, econômicas, histórico-geográficas, etc;
- c) definição de competência não reduzida a desempenhos observáveis, mas incluindo em sua concepção valores, conhecimentos e habilidades;
- d) desenho curricular modular;
- e) ensino centrado na relação dialógica professor-aluno, com o trabalho educativo realizado por meio de grupos de discussão, em que alunos e professores atuam como interlocutores ativos, numa relação social igualitária;
- f) criação de espaços multirreferenciais de aprendizagem, reconhecendo a complexidade e a heterogeneidade das situações educativas;
- g) formação orientada para a resolução de problemas mais relevantes da prática, com conteúdos essenciais definidos em bases epidemiológicas, adequando-se o ensino à realidade local de saúde;
- h) processo de avaliação amplo e abrangente, utilizando os diversos tipos de avaliação (diagnóstica, formativa e somativa), levando-se em conta aspectos cognitivos, afetivos



e psicomotores (a avaliação não deve ter como objeto apenas os alunos, mas também professores e práticas educativas);

- i) pesquisa integrada ao ensino, realizada com base nas questões levantadas pela prática educacional;
- j) conhecimento estruturado de acordo com o pensamento interdisciplinar, de modo a se oferecer uma visão mais ampla e integrada dos fenômenos estudados;
- k) definição de tarefas relacionadas à solução de problemas.

Os pressupostos pedagógicos descritos acima dão ideia da grandeza e complexidade dessa proposta de construção curricular. Além disso, deixam claro que esse princípio de organização curricular não se restringe à inserção da palavra competência nos objetivos de aprendizagem, mas implica mudanças estruturais e funcionais significativas que abrangem todo o ciclo ensino-aprendizagem-avaliação e as atividades de pesquisa.

### 2.3 ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Após décadas de críticas e propostas de reformas do ensino médico, surgem novas diretrizes e regulamentações e tornam-se visíveis mudanças na maioria das escolas médicas brasileiras. Na discussão destas reformas, distinguem-se questões relacionadas ao modelo assistencial, ao modelo tecnocientífico e ao modelo pedagógico.

Mudanças que se restringem a um destes níveis são pouco efetivas. São comuns as alterações de grades curriculares, bem como de modelos pedagógicos sem quaisquer fundamentos relativos à ação e à produção do saber em saúde e em educação. A alocação de novas disciplinas ou a introdução de técnicas e instrumentos didáticos não garantem a formação de um profissional competente e comprometido socialmente (CHAVES, 2016).

Reitera-se a crítica ao isolamento da escola médica que em nome da autonomia universitária produz profissionais, conhecimentos e serviços que não respondem à demanda social. Aponta-se como missão a formação do médico geral ou generalista, mas não se concretizam mudanças estruturais da prática médica, mantendo o direcionamento para as especialidades, o hospital como cenário qualificador dominante e o consultório privado como ideal do trabalho liberal (PADILHA, 2012; CHAVES, 2016).

Em 1991, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), por 11 entidades ligadas ao ensino e à prática médica no Brasil. Sua proposta contemplava a questão dos recursos humanos, dos médicos formandos e dos modelos pedagógicos e postulava a participação de discentes, docentes, funcionários, entidades médicas



e conselhos de saúde num espaço policêntrico e representativo, voltado à realidade de saúde e a partir da qual cada escola construiria criticamente um projeto de ação, ganhando autonomia e capacidade de gestão coletiva (FEUERWERKER, 2002).

Nesta mesma década, o Programa UNI propunha: a valorização do ensino-aprendizagem em serviço, possibilitando o exercício competente da profissão nos diferentes níveis do sistema de saúde; a seleção dos conteúdos temáticos com base no perfil epidemiológico; a diversificação dos espaços de ensino-aprendizagem, com atuação multiprofissional; a aplicação de estratégias inovadoras em todo o curso e o incentivo à investigação científica (GARCIA, 2008).

As sucessivas avaliações das escolas médicas promovidas pelo Ministério da Educação e pela Cinea evidenciaram resultados insatisfatórios, tais como: currículos arcaicos com carga horária excessiva; falta de articulação teórico-prática e entre os ciclos básico e clínico; despreparo docente; baixa produção de conhecimentos; prática profissional individualizada e impessoal; predomínio da concepção tradicional de ensino baseado na transmissão do conhecimento e na experiência do professor, na supervalorização dos conteúdos e no papel passivo do aluno no processo de aprendizagem (CHAVES, 2016).

Tais resultados, associados às demandas sociais e da produção científica, passaram a exigir a formulação e o desenvolvimento de novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação do País. Tendo por antecedente e fundamento as experiências do Programa UNI e da Cinea, entre outras, as diretrizes indicam que as escolas se responsabilizem socialmente pela melhoria da qualidade da saúde e vida das pessoas por meio da transformação da escola e da prática educativa, como também da prática profissional e organização do trabalho. Propõe-se considerar o indivíduo como sujeito de sua aprendizagem, habilitando-o a ultrapassar a esfera da Universidade, estando constantemente atualizado e preocupado com as inovações e com o atendimento integral (MINAYO, 2011).

Buscando especificar estas diretrizes, o Ministério da Saúde preconiza o compromisso com a consolidação do SUS e de seus princípios e a responsabilização social e comunicação entre as escolas e a sociedade, tendo por referência a capacidade de dar resposta às necessidades da população, produzindo conhecimentos relevantes para a realidade de saúde, educação permanente dos profissionais e prestação de serviços de boa qualidade (MATOS, 2011).

A educação médica brasileira molda-se conforme o tempo às necessidades socialmente elaboradas, culminando, atualmente, com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. A inserção do médico em Programas de Saúde da Família vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, de forma crescente, a equipes multidisciplinares exige que os

profissionais estejam vinculados à realidade social que os cerca, corroborando o anseio por um profissional diferenciado (OLIVEIRA et al, 2008).

A formação de médicos que atendam a esta nova realidade parece algo que os cursos de graduação experimentam, aos poucos, por meio de adaptações curriculares e de novas metodologias de ensino. Os currículos centrados em disciplinas e de cunho hospitalocêntrico, focados no processo patológico, têm cedido espaço ao desenvolvimento de currículos menos estruturados, que percorrem o processo de ensino-aprendizagem com maior autonomia e participação ativa do estudante (CEBALLOS, 2015).

Com base nos preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (2014), a formação acadêmica deve proporcionar ao estudante um ambiente em que se desenvolva o pensamento crítico e reflexivo, e de “compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença” (BRASIL, 2014). Compreender este processo de formação para além do aspecto pedagógico, incidindo, de fato, numa formação mais humanizada dos profissionais médicos, ainda parece um grande desafio.

### 3 CONCLUSÃO

Comunicar más notícias na prática médica é um processo desafiador e delicado que requer habilidades técnicas e emocionais dos profissionais de saúde. Esta revisão da literatura destaca a importância da subjetividade do paciente e do comportamento médico adequado durante esse processo.

Em relação aos objetivos específicos propostos, foi possível atingi-los de forma satisfatória. A análise da percepção dos pacientes proporcionou insights valiosos sobre as suas experiências e expectativas em relação à comunicação de más notícias, enquanto a identificação das dificuldades dos médicos contribuiu para uma compreensão mais abrangente dos desafios enfrentados por eles nesse contexto. Além disso, a avaliação das estratégias de comunicação utilizadas permitiu identificar pontos fortes e áreas para melhoria, fornecendo subsídios para intervenções educacionais e treinamentos futuros.

Uma sugestão para estudos futuros seria investigar a eficácia de intervenções específicas destinadas a melhorar as habilidades de comunicação dos médicos durante a transmissão de más notícias, como programas de treinamento baseados em simulações de casos clínicos ou estratégias de feedback estruturado. Além disso, seria interessante explorar a perspectiva dos pacientes sobre as intervenções educacionais destinadas a melhorar a comunicação médico-

paciente e seu impacto percebido na qualidade do atendimento e na experiência do paciente. Essas pesquisas poderiam fornecer insights adicionais e contribuir para o desenvolvimento de abordagens mais eficazes para a comunicação de más notícias no contexto da prática médica contemporânea.

É importante perceber que más notícias repentinas não se limitam a um evento único, mas a um processo contínuo. Os profissionais de saúde devem ser capazes de fornecer informações adicionais, responder a perguntas e fornecer suporte durante toda a jornada de tratamento do paciente. O acompanhamento contínuo possibilita aos profissionais de saúde manter uma relação de cuidado e apoio com o paciente, auxiliando-o no enfrentamento da doença (NETO et al., 2013).

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Tratado de psiquiatria. Artmed Editora, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL. Luto: como comunicar más notícias. Revista CRPRS, n. 21, p. 16-19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ydztfFYFSFMDbY56nXH99gQ/#>. Acesso em: 15 dez. 2021.

ISQUIERDO, Ana Paula Rosa; BILEK, Evandro Santos; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática. **Revista Bioética**, v. 29, p. 344-353, 2021.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria. Artmed Editora, 2017.

KRIEGER, Mabel Viana et al. **Comunicação de más notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova ética das virtudes**. 2017. Tese de Doutorado.  
LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues; ELKIS, Helio. Psiquiatria básica. Artmed Editora, 2018.

MACHADO, Leonardo; MATSUMOTO, Lina Sue. Psicologia positiva e psiquiatria positiva: a ciência da felicidade na prática clínica. Artmed Editora, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. instituto nacional do câncer; sociedade beneficente israelita brasileira albert einstein. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao\\_noticias\\_dificeis.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf). Acesso em: 15 dez. 2021.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; QUINTANA, Alberto Manuel. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 32, 2017.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; QUINTANA, Alberto Manuel. The Communication of Bad News in ICU: Perspective of Doctors/A comunicacao de Mas Noticias na UTI: Perspectiva dos Medicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, p. NA-NA, 2016.

NETO, José Antonio Chehuen et al. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. **Rev Méd Minas Gerais**, v. 23, n. 4, p. 518-525, 2013.

PEREIRA, Carlos Roberto. O cuidado com o paciente terminal: reflexões éticas e psicológicas. *Psicologia em Estudo*, v. 12, n. 3, p. 501-507, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000300005>

PEROSA, Gimol Benzaquen; RANZANI, Priscila Moreci. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 468-473, 2008.

RIBEIRO, Kelen Gomes et al. Comunicação de más notícias na educação médica e confluências com o contexto da pandemia de covid-19. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e201058, 2021.

SAVOIA, Mariângela Gentil. Interface entre a Psicologia e a Psiquiatria. Casa do Psicólogo, 2018.

VOGEL, Karolyne Pricyla et al. Comunicação de más notícias: ferramenta essencial na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 314-321, 2020.

NETO, José Antonio Chehuen; SIRIMARCO, Mauro Toledo; CÂNDIDO, Társsius Capelo; BICALHO, Thaís Chehuen; MATOS, Bruno de Oliveira; BERBERT, Gabriela Hinkelmann; VITAL, Leandro Vinícius. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. **Educação Médica**, [s. l.], 31 jul. 2012.

CRUZI, Carolina de Oliveira; RIERAIL, Rachel. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. **Revisão Narrativa Da Literatura - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)**, [s. l.], 26 fev. 2016.

ALMANZA-MUÑOS, M.J.J.; HOLLAND, C.J. **La Comunicación de Las Malas Noticias em La Relación Médico-paciente**. III. Guía clínica práctica basada en evidencia 1999; 53(3): 220-224.

ALMEIDA, M.J., et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina do Paraná. **Rev Bras Educ Med**, 2007;31(2):156-65.

BAILE, W.F.; et al. **SPIKES –Um Protocolo Em Seis Etapas Para Transmitir Más Notícias: Aplicação Ao Paciente Com Câncer**. The Oncologist, 2000. 5:302-311. Traduzido por Rita Byington.

BARNETT, M.M.; FISHER, J.D.; COOKE, H.; JAMES, P.R.; DALE, J. **Breaking Bad News: Consultants' Experience, Previous Education And Views On Educational Format And Timing**. Med. Educ, 2007;41(10):947-56.

BARTOLO, E.B., et al.; Humanidades Médicas – Metodologia Utilizada no Curso de Medicina do Centro Universitário Lusíada (Unilus); **Revista Brasileira de Educação Médica**; 41 (3): 449 – 453; 2017.

BECKMAN, H.B.; MARKAKIS, K.M.; SUCHMAN, A.L.; FRANKEL, R.M. **The Doctor-Patient Relationship And Malpractice**. Lessons From Plaintiff Depositions. Arch Intern Med, 1994; 154(12):1365-70.

BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K.C. **Direito à Saúde e Participação Popular: Confrontando as Perspectivas de Profissionais e Usuários da Rede Pública de Serviços de Saúde**. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, org. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 451-79.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional De Educação. Câmara De Educação Superior. Resolução N° 3, De 20 De Junho De 2014. Site: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Diário Oficial da União. Brasília. Seção I, pp 8-11.

BROWN, R.F.; BYLUND, C.L. **Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model.** Acad Med, 2008; 83:37-44.

CAETANO, R.; GARRAFA, V. Comunicação como Ferramenta para Divulgar e Promover a Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos. **Revista de bioética** (Impr.), v.22, n.1, p.34-44, 2014.

CAPRARA, A. **Uma Abordagem Hermenêutica da Relação Saúde-Doença.** Cad Saúde Pública, 2003; 19(4):923-31.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário.** Interface Comum Saúde Educ, 2005; 9(16):161-8.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ . Projeto Pedagógico do Curso De Medicina, 2016. Site: <[http://www.cesupa.br/Graduacao/Biologicas/docs/PROJETO\\_PEDAG%3%93GICO\\_MEDICINA\\_CESUPA.pdf](http://www.cesupa.br/Graduacao/Biologicas/docs/PROJETO_PEDAG%3%93GICO_MEDICINA_CESUPA.pdf)> Acesso em: 03 mar. 2024.

COULTER, A. **Patients' View of the Good Doctor.** Br Med J, 2002; 325: 668-9.

CREMESP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Má Prática e Infrações Éticas Lideram o Crescimento Expressivo De Processos.** Ética médica. São Paulo: CREMESP, 2001-2015.

DOSANJH, S.; BARNES, J.; BHANDARI, M. **Barriers to Breaking Bad News Among Medical and Surgical Residents.** Med Educ. 2001; 35(3):197-205.

EGGLY, S.; AFONSO, N.; ROJAS, G.; BAKER, M.; CARDOZO, L.; ROBERTSON, R.S. **An Assessment of Residents' Competence in the Delivery of Bad News to Patients.** Acad Med, 1997; 72(5):397-9.

FERREIRA, L.C.; BRITO, T.M.; CARVALHO, I.G.M.; FERREIRA, R.C. A Percepção de Acadêmicos sobre a Relação Médico-Paciente Discutida em Oficinas do Caso Eixo Teórico Prático Integrado. **Rev Bras Educ Med**, 2015; 39 (1).

GONÇALVES, S.P., *et al.*; **Comunicação de Más Notícias em Pediatria: a perspectiva do profissional.** Arq. Ciênc. Saúde, 2015. Jul-set; 22(3) 74-78.

HARDEN, R.M. What is na OSCE? **Medical Teacher**, 1988, 10(1):19-22.

JUCÁ, N.B.H., *et al.*; A Comunicação do Diagnóstico “Sombrio” na Relação Médico-Paciente entre Estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. **Rev Bra Educ Med**; 34 (1): 57 – 64: 2010.

KILUK, J.V.; DESSUREAULT, S.; QUINN, G. Teaching Medical Students how to Break Bad News with Standardized Patients. **Journal of Cancer Education**, v.27, n.2,p.277-28,2012.

LECH, S.S.; DESTEFANI, A.S.; BONAMIGO, E.L.; Percepção dos Médicos sobre Comunicação de Más Notícias ao Paciente. Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 69-78, jan. /jun, 2013.

LIMA, A.E.A. Cómo Comunicar Malas Noticias a Nuestros Pacientes y no Moriren Intento. **Revista Argentina de Cardiologia**, 2003; 71(3):217-220.

LINO, C.A.; AUGUSTO, K.L.; OLIVEIRA, R.A.S.; FEITOSA, L.B.; CAPRARA, A. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Noticias. **Rev Bra Educ Med**. 35(1): 52-57, 2011.

MAGUIRE, P. **Breaking bad news**. Eur J Surg Oncol. 1998; 24(3):188-91.

MAGUIRE, P.; FAIRBAIRN, S.; FLETCHER, C. **Consultation Skills of Young Doctors: II- Most Young Doctors are Bad at Giving Information**. Br Med J (Clin Res Ed), 1986; 292(6535):1576-8.

MULLER, P. **Breaking Bad News to Patients - The SPIKES Approach Can Make this Difficult Task Easier**. Postgraduate Medicine, 2002; 112(3):1-6.

NGO-METZGER, Q.; AUGUST, K.J.; SRINIVASAN, M.; LIAO, S.; MEYSKENS, J.R. F.L. **End-Of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication**. Am Fam Physician, 2008. Jan 15;77(2): 167-74.

NONINO, A., *et al.*; Treinamento para Comunicar Más Noticias. **Rev Bra Educ Med**; 230 36 (2): 228 – 233; 2012.

PEREIRA, A.T.G.; FORTES, I.F.L.; MENDES, J.M.G. Comunicação de Más Noticias: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista de enfermagem da UFPE**, online, v. 7, n.1, 227-35, 2013.

PEROSA, G.B.; RANZANI, P.M. Capacitação do Médico para Comunicar Más Noticias à Criança. **Rev Bra Educ Med**. (4): 468–473; 2008.

PTACEK, J.T.; EBERHARDT, T.L. **Breaking bad news - A review of the literature**. JAMA, 1996; 276(6):496-502.

RAPOFF, M.A. **Adherence to Pediatric Medical Regimens**. 2nded. New York: Springer, 2010.

SILVA, L.S.; MUHL, C.; MOLIANI, M.M.; **Ensino Médico e Humanização: Análise a partir dos Currículos de Cursos de Medicina**. Psicol Argum, 2015. Jan/Mar., 33(80), 298-309.

SILVA, V.C.E.; ZAGO, M.M.F. A Revelação do Diagnóstico de Câncer para Profissionais e Pacientes. **Ver Bras Enferm**, 2005; 58(4):476–80.

SOMBRA NETO, L.L., *et al.*; Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?; **Revista Brasileira de Educação Médica**; 41 (2): 260 – 268; 2017.

TURINI, B., *et al.* Comunicação no Ensino Médico: Estruturação, Experiência e Desafios em Novos Currículos Médicos. **Rev Bra Educ Med**; 32 (2): 264 – 270: 2008.

VANDEKIEF, G.K. **Breaking Bad News**. **American Family Physician**. 2001; 64: 12.



VICTORINO, A.B.; NISENBAUM, E.B.; GIBELLO, J.; BASTOS, M.Z.N; ANDREOLI, P.B.A. Como Comunicar Más Notícias: Revisão Bibliográfica. **Rev da SBPH**, 2007; 10:53–63.

SANTOS, G.C.; SANTOS, IC dos; FERREIRA, JÃO; SANTOS, GB dos; SILVA, Érika R. Perfil clínico, funcional e de qualidade de vida de pacientes obstrutivos hospitalizados. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. l.], v. 2, pág. e67940, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-064. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67940>. Acesso em: 5 abr. 2024.

SILVA, EP da; PICANÇO, MR de A.; FELIPE, TG; MIRANDA JÚNIOR, UJP de. Autismo: perspectivas e desafios na condução de um diagnóstico cada vez mais frequente. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. l.], v. 2, pág. e68571, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-253. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68571>. Acesso em: 5 abr. 2024.