

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: O PROTOCOLO SPIKES E O PAPEL ESTRATÉGICO, PORÉM DESVALORIZADO, DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO HUMANIZADO

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.070-001>

Filipi de Oliveira Souza

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Hugo Rocha Frias Rabello

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Mayla Elias da Silva

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Cristiane dos Santos Lopes

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Breno Martins de Souza

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Mathias Pains Valim

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Alexandre Henriques Mattos da Cruz

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Enoghalliton de Abreu Arruda

Doutor em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP)

Professor no Centro Universitário UniFAMESC

E-mail: enoghalliton.arruda@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5634-4724>

Larissa Pereira Costa

Doutora em Enfermagem (UFRJ)

Professora universitária no Centro Universitário UniFAMESC

E-mail: larissapcosta90@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1275-1349>

Resumo

A comunicação de más notícias constitui um dos desafios mais complexos e emocionalmente exigentes da prática em saúde, particularmente nos setores de urgência e emergência, onde a instantaneidade das decisões e a imprevisibilidade dos desfechos clínicos intensificam a vulnerabilidade de pacientes, familiares e profissionais. O presente artigo tem como objetivo analisar, à luz da literatura científica contemporânea, o papel do protocolo SPIKES como ferramenta estruturante da comunicação de más notícias, evidenciando a

atuação da equipe multiprofissional como engrenagem indispensável a esse processo, ainda que historicamente subvalorizada nos espaços de decisão e nas políticas institucionais de saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, construída a partir de publicações indexadas em bases de dados nacionais e internacionais, compreendendo o período de 2018 a 2025, com o intuito de atualizar e ampliar discussões anteriores sobre a temática. Os resultados apontam que o protocolo SPIKES, organizado em seis etapas sequenciais e adaptáveis, mostra-se eficaz na estruturação do diálogo entre profissionais e pacientes, favorecendo a redução do sofrimento psíquico, o fortalecimento do vínculo terapêutico e a tomada de decisão compartilhada. Constatou-se, ainda, que a comunicação eficaz de más notícias não deve ser atribuição exclusiva do médico, mas responsabilidade compartilhada por toda a equipe multiprofissional – enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos e demais categorias –, cuja atuação integrada é frequentemente invisibilizada nos protocolos institucionais e na formação acadêmica tradicional. Conclui-se que a incorporação sistemática do protocolo SPIKES, associada à valorização e ao reconhecimento formal do trabalho multiprofissional, representa caminho promissor para a humanização do cuidado em contextos de urgência e emergência, exigindo investimentos em educação permanente, revisão curricular e políticas institucionais de reconhecimento profissional.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Equipe Multiprofissional; Humanização da Assistência; Protocolo SPIKES; Urgência e Emergência.

1 INTRODUÇÃO

A comunicação constitui elemento estruturante das relações humanas e, no contexto da saúde, assume dimensão ainda mais crítica, pois medeia vínculos entre profissionais, pacientes e familiares em momentos de intensa vulnerabilidade emocional e existencial. Dentre as diversas competências exigidas dos profissionais de saúde, a habilidade de comunicar más notícias destaca-se como uma das mais desafiadoras, por envolver a transmissão de informações que alteram, de maneira drástica e muitas vezes irreversível, a perspectiva do paciente sobre seu próprio futuro (Fallowfield; Jenkins, 2004; Baile et al., 2000).

O conceito de má notícia, segundo a literatura especializada, refere-se a qualquer informação que modifique negativa e substancialmente a percepção do indivíduo sobre si mesmo, sua saúde ou seu prognóstico de vida (Buckman, 1992). Nos setores de urgência e emergência, essa realidade se intensifica em razão da imprevisibilidade dos eventos, da escassez de tempo para preparo emocional dos envolvidos, da sobrecarga assistencial e da necessidade de decisões rápidas e assertivas.

Nesses cenários, a comunicação inadequada pode gerar consequências significativas, como o aumento do sofrimento psíquico de pacientes e familiares, a fragilização da relação de confiança com a

equipe de saúde, o comprometimento da adesão terapêutica e, inclusive, implicações éticas e jurídicas para a instituição e para os profissionais envolvidos (Silva; Pereira, 2021).

Historicamente, a formação acadêmica em saúde privilegiou o desenvolvimento de competências técnicas e procedimentais, relegando a segundo plano as habilidades comunicacionais e relacionais, consideradas, por vezes, como dons inatos e não como competências passíveis de ensino e aprimoramento sistemático (Ramos; Almeida, 2020).

Esse cenário começou a ser modificado a partir da difusão de protocolos estruturados de comunicação, dentre os quais o protocolo SPIKES, desenvolvido originalmente por Baile e colaboradores (2000) no contexto da oncologia, destaca-se como referência internacionalmente reconhecida. Composto por seis etapas sequenciais – Setting (preparação do ambiente), Perception (percepção do paciente), Invitation (convite à informação), Knowledge (conhecimento transmitido), Emotions (acolhimento das emoções) e Strategy and Summary (estratégia e resumo) –, o protocolo oferece roteiro didático e replicável, capaz de orientar o profissional na condução de conversas difíceis, sem, contudo, engessar a sensibilidade e a singularidade de cada encontro terapêutico.

Embora tenha nascido no âmbito da comunicação oncológica, o protocolo SPIKES tem sido amplamente adaptado e utilizado em múltiplos contextos clínicos, incluindo doenças crônico-degenerativas, infertilidade, óbitos súbitos, diagnósticos de deficiência, falência terapêutica e, mais recentemente, em cenários de urgência e emergência hospitalar, nos quais a compressão temporal e a intensidade emocional exigem adaptações metodológicas específicas (Menezes et al., 2022; Costa; Rodrigues, 2023).

É justamente nesse recorte que reside a relevância acadêmica e social do presente estudo: investigar como o protocolo SPIKES pode ser mobilizado nos setores de alta complexidade assistencial, marcados pela urgência decisória, e como a equipe multiprofissional – frequentemente relegada a papel coadjuvante nas discussões sobre comunicação em saúde – constitui, na verdade, engrenagem indispensável para a efetivação de um cuidado ético, humanizado e resolutivo.

A escolha por ampliar o enfoque para a equipe multiprofissional justifica-se pela constatação, amplamente documentada na literatura recente, de que a comunicação de más notícias não é, nem deveria ser, prerrogativa exclusiva da categoria médica (Oliveira; Santos, 2022).

Enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e demais profissionais atuam cotidianamente na mediação de informações sensíveis, no acolhimento emocional de pacientes e familiares e na articulação de redes de apoio psicossocial. Contudo, tais profissionais frequentemente enfrentam invisibilidade institucional, ausência de capacitação formal específica e desvalorização simbólica e remuneratória, o que compromete a qualidade do cuidado prestado

e gera sobrecarga emocional, esgotamento profissional (burnout) e insatisfação laboral (Ferreira; Nascimento, 2023).

Diante desse panorama, o presente estudo tem por objetivo geral analisar, com base na literatura científica atualizada, o papel do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias em saúde, com ênfase nos setores de urgência, emergência e demais contextos hospitalares, evidenciando a atuação estratégica e, paradoxalmente, desvalorizada da equipe multiprofissional nesse processo. Como objetivos específicos, buscou-se: (i) descrever a estrutura, os fundamentos teóricos e as adaptações contemporâneas do protocolo SPIKES; (ii) discutir os desafios comunicacionais inerentes aos setores de urgência e emergência; (iii) evidenciar a contribuição da equipe multiprofissional na comunicação de más notícias e os fatores associados à sua desvalorização institucional; e (iv) propor caminhos e estratégias para a superação dessas fragilidades, com vistas à humanização do cuidado e ao fortalecimento das políticas de educação permanente em saúde.

A relevância social desta investigação reside na urgência de qualificar a assistência prestada em momentos de extrema vulnerabilidade humana, contribuindo para a redução do sofrimento evitável e para o fortalecimento da confiança nas instituições de saúde.

Do ponto de vista acadêmico, o estudo contribui para o adensamento teórico sobre comunicação em saúde, articulando bioética, humanização e valorização profissional, temas que permanecem insuficientemente explorados de maneira integrada na literatura nacional, especialmente no que tange à interseção entre protocolos comunicacionais estruturados e o reconhecimento do trabalho em equipe.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa e caráter descritivo-exploratório, cujo propósito consiste em sintetizar, interpretar e articular criticamente o conhecimento científico disponível acerca da aplicação do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias, com ênfase na atuação da equipe multiprofissional nos setores de urgência, emergência e demais unidades hospitalares. A opção metodológica pela revisão narrativa, em detrimento de revisões sistemáticas ou metanálises, justifica-se pela natureza do objeto de estudo, que exige abordagem ampla, interpretativa e reflexiva, capaz de articular diferentes correntes teóricas, contextos assistenciais e dimensões éticas envolvidas na temática (Rother, 2007; Cordeiro et al., 2021).

A construção do presente estudo seguiu as seguintes etapas metodológicas: (1) formulação da questão norteadora; (2) definição dos critérios de busca e seleção; (3) levantamento bibliográfico em bases de dados científicas; (4) leitura crítica e seleção dos materiais; (5) organização temática do conteúdo; e (6) redação analítico-interpretativa dos achados.

A questão norteadora que orientou a presente revisão foi formulada a partir da estratégia PICO (Population, Interest, Context), sendo definida como: "Qual o papel do protocolo SPIKES e da equipe multiprofissional na comunicação de más notícias nos setores de urgência, emergência e demais contextos hospitalares?".

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases eletrônicas de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Scopus. Foram utilizados os seguintes descritores, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): "comunicação em saúde" / "health communication"; "comunicação de más notícias" / "breaking bad news"; "protocolo SPIKES" / "SPIKES protocol"; "equipe multiprofissional" / "multidisciplinary team"; "urgência e emergência" / "emergency care"; e "humanização da assistência" / "humanization of care", combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (a) artigos originais, revisões de literatura, estudos de caso e relatos de experiência publicados em periódicos indexados; (b) publicações em português, inglês ou espanhol; (c) textos disponíveis na íntegra; (d) publicações compreendidas no recorte temporal de 2018 a 2025, com exceção de referências clássicas e fundantes sobre o protocolo SPIKES e a comunicação de más notícias, consideradas indispensáveis à contextualização histórica e conceitual do tema, ainda que anteriores a esse período. Foram excluídos: (a) editoriais, cartas ao editor e resumos de anais de eventos sem texto completo disponível; (b) estudos duplicados entre as bases consultadas; (c) publicações que, após leitura integral, não apresentassem relação direta com os objetivos da pesquisa; e (d) materiais sem rigor metodológico identificável.

O processo de seleção seguiu o fluxo recomendado por diretrizes de revisão de literatura (semelhante ao modelo PRISMA adaptado para revisões narrativas), compreendendo as fases de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. Inicialmente, foram identificados 312 registros nas bases consultadas. Após a remoção de duplicatas ($n = 58$), restaram 254 estudos, submetidos à leitura de títulos e resumos, etapa em que foram excluídos 168 registros por não atenderem aos critérios temáticos estabelecidos. Os 86 estudos remanescentes foram lidos na íntegra, resultando na exclusão de 41 artigos por ausência de rigor metodológico, inadequação ao escopo da pesquisa ou impossibilidade de acesso ao texto completo. Ao final do processo, foram selecionados 45 estudos, os quais compuseram o corpus analítico da presente revisão, complementados por literatura clássica de referência sobre o protocolo SPIKES e por documentos institucionais e normativos pertinentes ao tema, como resoluções de conselhos profissionais e diretrizes do Ministério da Saúde.

A análise dos dados foi conduzida por meio da técnica de análise temática de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2016), envolvendo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. A partir dessa técnica, foram construídas categorias analíticas que estruturam o desenvolvimento do presente artigo, a saber: (i) fundamentos teóricos da comunicação em saúde; (ii) estrutura e aplicabilidade do protocolo SPIKES; (iii) especificidades da comunicação de más notícias nos setores de urgência e emergência; (iv) o papel da equipe multiprofissional nesse processo; (v) a desvalorização institucional e simbólica dos profissionais não médicos; e (vi) estratégias de enfrentamento e caminhos para a qualificação do cuidado.

Cabe destacar que, por se tratar de estudo baseado exclusivamente em fontes secundárias de domínio público, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelece a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispensa tal exigência para pesquisas que utilizem informações de acesso público, sem envolvimento direto de seres humanos como sujeitos de pesquisa.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

A comunicação em saúde transcende a simples transmissão de informações técnicas, configurando-se como processo relacional complexo, permeado por dimensões cognitivas, emocionais, culturais e éticas (Araújo; Cardoso, 2021).

Segundo o modelo biopsicossocial, amplamente adotado nas ciências da saúde contemporâneas, o cuidado não pode se restringir à dimensão biológica da doença, devendo incorporar as percepções subjetivas do paciente, seu contexto sociocultural e sua rede de suporte familiar e comunitário (Engel, 1977; Almeida; Ferreira, 2020). Nessa perspectiva, a comunicação assume papel central como instrumento terapêutico, capaz de fortalecer vínculos, promover adesão ao tratamento e mitigar o sofrimento psíquico associado ao adoecimento.

Estudos recentes demonstram que a qualidade da comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e pacientes está diretamente associada a desfechos clínicos mais favoráveis, maior satisfação com o cuidado recebido, redução de processos judiciais por erro ou negligência e diminuição dos níveis de ansiedade e depressão relacionados ao adoecimento (Travassos; Martins, 2022).

Por outro lado, a comunicação deficiente – caracterizada por linguagem excessivamente técnica, ausência de escuta ativa, negligência quanto às emoções do paciente ou transmissão abrupta de informações sensíveis – tem sido associada a experiências traumáticas, perda de confiança na equipe assistencial e agravamento do sofrimento psicológico (Barbosa; Lima, 2021).

No que concerne especificamente à comunicação de más notícias, a literatura conceitua tal prática como um dos momentos mais delicados da relação profissional-paciente, exigindo competências que extrapolam o conhecimento técnico-científico, demandando sensibilidade, empatia, capacidade de escuta e domínio de estratégias comunicacionais estruturadas (Buckman, 1992; Fallowfield; Jenkins, 2004). Segundo Kübler-Ross (1969), em obra seminal sobre o processo de morrer, a forma como uma informação é comunicada pode determinar, em grande medida, a maneira como o paciente e sua família elaborarão o luto antecipatório ou o enfrentamento da nova condição de saúde, reforçando a responsabilidade ética inerente a esse ato comunicacional.

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde privilegiou o desenvolvimento de competências técnico-procedimentais, relegando as habilidades comunicacionais a um plano secundário, tratadas, muitas vezes, como atributos de personalidade e não como competências passíveis de ensino sistemático (Ramos; Almeida, 2020).

Essa concepção começou a ser desconstruída a partir da década de 1990, quando pesquisas em educação médica e em ciências da saúde passaram a evidenciar que a comunicação, assim como qualquer outra competência clínica, pode e deve ser ensinada, treinada e avaliada por meio de metodologias ativas, simulações realísticas e protocolos estruturados (Baile et al., 2000; Kurtz; Silverman; Draper, 2005).

Nesse contexto, diversos modelos de comunicação de más notícias foram desenvolvidos ao longo das últimas três décadas, dentre os quais se destacam o protocolo BREAKS (Narayanan; Bista; Koshy, 2010), o modelo ABCDE (Rabow; McPhee, 1999) e, com maior repercussão internacional e aplicabilidade multicontextual, o protocolo SPIKES (Baile et al., 2000), objeto central de análise do presente artigo. A escolha pelo aprofundamento no protocolo SPIKES justifica-se por sua ampla validação empírica, sua flexibilidade de aplicação em diferentes especialidades e categorias profissionais, e sua crescente incorporação em diretrizes institucionais e currículos de formação em saúde no Brasil e no mundo (Menezes et al., 2022).

3.2 O PROTOCOLO SPIKES: ESTRUTURA, FUNDAMENTOS E ADAPTAÇÕES CONTEMPORÂNEAS

O protocolo SPIKES foi originalmente proposto por Baile e colaboradores (2000), pesquisadores vinculados ao MD Anderson Cancer Center, com o objetivo de sistematizar a comunicação de diagnósticos e prognósticos desfavoráveis no contexto oncológico. O acrônimo SPIKES representa seis etapas sequenciais, concebidas não como um roteiro rígido, mas como um guia flexível, adaptável às particularidades de cada encontro clínico, conforme detalhado a seguir.

A primeira etapa, *Setting* (preparação do ambiente), refere-se ao cuidado com as condições físicas e relacionais em que a notícia será transmitida. Recomenda-se um espaço reservado, que garanta privacidade

e minimize interrupções, além do planejamento prévio do conteúdo a ser comunicado, da revisão do prontuário e da definição de quem deve estar presente no momento da conversa (Baile et al., 2000; Costa; Rodrigues, 2023).

Nos setores de urgência e emergência, essa etapa configura-se como um dos maiores desafios operacionais, tendo em vista a escassez de espaços privativos, a sobrecarga de leitos e a necessidade de atendimento simultâneo a múltiplos pacientes em estado crítico (Menezes et al., 2022).

A segunda etapa, *Perception* (percepção do paciente), consiste em investigar, antes de qualquer transmissão de informação, o que o paciente e/ou seus familiares já compreendem sobre a situação clínica. Essa etapa permite ao profissional identificar distorções cognitivas, expectativas irreais ou mecanismos de negação, ajustando a linguagem e a abordagem subsequente às necessidades específicas de cada interlocutor (Baile et al., 2000; Silva; Pereira, 2021).

A terceira etapa, *Invitation* (convite), diz respeito ao direito do paciente de determinar o nível de detalhamento da informação que deseja receber, respeitando sua autonomia e suas particularidades culturais, emocionais e cognitivas. Esse princípio dialoga diretamente com os fundamentos bioéticos da autonomia e do consentimento informado, reconhecendo o paciente como sujeito ativo e não mero receptor passivo de informações (Beauchamp; Childress, 2013; Oliveira; Santos, 2022).

A quarta etapa, *Knowledge* (conhecimento), refere-se à transmissão efetiva da informação, devendo ser conduzida em linguagem clara, acessível e desprovida de jargões técnicos excessivos, evitando tanto o eufemismo excessivo, que pode gerar falsas esperanças, quanto a brutalidade informacional, que pode configurar violência simbólica (Buckman, 1992; Ferreira; Nascimento, 2023). Recomenda-se a utilização de frases curtas, pausas estratégicas e verificação contínua da compreensão do interlocutor.

A quinta etapa, *Emotions* (emoções), talvez a mais complexa e frequentemente negligenciada na prática assistencial, envolve o reconhecimento, a nomeação e o acolhimento das reações emocionais do paciente e da família – choro, silêncio, negação, raiva ou desespero –, por meio de técnicas de escuta ativa, validação emocional e presença empática (Baile et al., 2000; Barbosa; Lima, 2021). É nessa etapa que a atuação de profissionais com formação específica em saúde mental, como psicólogos, revela-se particularmente relevante, embora, como será discutido adiante, sua participação seja frequentemente relegada a momento posterior à comunicação inicial, e não integrada ao processo desde o início.

Por fim, a sexta etapa, *Strategy and Summary* (estratégia e resumo), consiste na elaboração conjunta de um plano de cuidados subsequente, com definição clara dos próximos passos terapêuticos, esclarecimento de dúvidas remanescentes e reafirmação do compromisso da equipe com o cuidado continuado, elemento fundamental para a construção de confiança e para a redução da sensação de abandono frequentemente relatada por pacientes e familiares após o recebimento de más notícias (Costa; Rodrigues, 2023).

Estudos recentes têm proposto adaptações do protocolo SPIKES para contextos específicos, como a comunicação de óbito em unidades de emergência (Menezes et al., 2022), a comunicação por telemedicina (Travassos; Martins, 2022) e a comunicação pediátrica (Almeida; Ferreira, 2020), evidenciando a plasticidade metodológica do modelo e sua capacidade de responder a demandas assistenciais diversificadas, sem perder sua essência estruturante.

3.3 ESPECIFICIDADES DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NOS SETORES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os setores de urgência e emergência apresentam características que os distinguem substancialmente de outros contextos assistenciais, impondo desafios específicos à aplicação de protocolos comunicacionais estruturados. Entre essas características, destacam-se: a imprevisibilidade dos eventos clínicos, que impede o preparo antecipado de pacientes e familiares; a compressão temporal, que exige decisões e comunicações rápidas, muitas vezes sem o tempo necessário para o estabelecimento de vínculo prévio; a alta rotatividade de profissionais e pacientes, que dificulta a continuidade do cuidado e a construção de relações de confiança duradouras; e a sobrecarga física e emocional das equipes, decorrente da superlotação, da escassez de recursos humanos e materiais, e da exposição contínua a situações de sofrimento e morte (Silva; Pereira, 2021; Menezes et al., 2022).

Nesses contextos, a comunicação de más notícias frequentemente ocorre em circunstâncias adversas: corredores movimentados, salas de espera improvisadas, presença de outros pacientes e familiares, e interrupções constantes por demandas assistenciais concorrentes. Tais condições comprometem diretamente a primeira etapa do protocolo SPIKES – Setting –, exigindo dos profissionais criatividade e flexibilidade para adaptar o ambiente disponível às exigências mínimas de privacidade e acolhimento (Costa; Rodrigues, 2023).

Ademais, a natureza súbita e muitas vezes fatal dos eventos atendidos em serviços de urgência e emergência – politraumatismos, infartos agudos, acidentes vasculares cerebrais, tentativas de suicídio, óbitos inesperados – impõe aos profissionais a necessidade de comunicar notícias extremamente graves a familiares que, muitas vezes, sequer tiveram tempo de assimilar a gravidade da situação antes de receberem o desfecho final (Ferreira; Nascimento, 2023).

Essa realidade intensifica a carga emocional tanto para os receptores da notícia quanto para os profissionais responsáveis pela comunicação, configurando cenário propício ao desenvolvimento de sofrimento moral e síndrome de burnout entre os trabalhadores da saúde (Travassos; Martins, 2022).

Pesquisas indicam que a ausência de treinamento formal específico para a comunicação de más notícias em contextos de urgência e emergência constitui uma das principais lacunas na formação dos profissionais de saúde brasileiros, resultando em práticas comunicacionais heterogêneas, muitas vezes

pautadas na intuição individual e na experiência empírica acumulada, e não em fundamentação técnico-científica consolidada (Oliveira; Santos, 2022). Esse cenário reforça a urgência de investimentos institucionais em capacitação continuada, simulação realística e supervisão clínica, de modo a qualificar a atuação das equipes e a mitigar os impactos negativos de comunicações inadequadas.

3.4 O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A literatura contemporânea tem progressivamente reconhecido que a comunicação de más notícias não constitui atribuição exclusiva da categoria médica, mas processo compartilhado e continuamente construído por toda a equipe multiprofissional de saúde (Oliveira; Santos, 2022; Ferreira; Nascimento, 2023). Embora o médico frequentemente assuma o papel de comunicar formalmente o diagnóstico ou prognóstico, a preparação do paciente e da família, o acolhimento emocional subsequente e o suporte contínuo ao longo do processo de elaboração da notícia são majoritariamente conduzidos por outros profissionais, cuja contribuição, no entanto, permanece frequentemente invisibilizada nos registros institucionais e na literatura científica tradicional.

Os enfermeiros, por sua proximidade cotidiana e prolongada com pacientes e familiares, desempenham papel fundamental na identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico, na mediação de dúvidas e receios não verbalizados durante o encontro médico, e na continuidade do cuidado após a comunicação inicial (Barbosa; Lima, 2021). Estudos apontam que a enfermagem frequentemente atua como "tradutora" das informações médicas, reformulando, em linguagem acessível, aquilo que foi comunicado de maneira excessivamente técnica, além de oferecer suporte emocional contínuo, muitas vezes ausente no encontro inicial (Araújo; Cardoso, 2021).

Os psicólogos, por sua vez, possuem formação específica para o manejo de reações emocionais intensas, sendo fundamentais na condução da etapa "Emotions" do protocolo SPIKES, bem como no suporte ao luto antecipatório, na mediação de conflitos familiares decorrentes do impacto da notícia e no cuidado à saúde mental dos próprios profissionais expostos a situações de alta carga emocional (Ramos; Almeida, 2020). Contudo, pesquisas evidenciam que a presença do psicólogo nos setores de urgência e emergência ainda é incipiente no Brasil, restrita a poucos serviços de referência, o que compromete a integralidade do cuidado psicossocial nesses contextos (Silva; Pereira, 2021).

Os assistentes sociais desempenham papel estratégico na articulação de redes de apoio familiar e comunitário, na orientação sobre direitos sociais e previdenciários decorrentes de novos diagnósticos ou incapacidades, e na mediação de conflitos socioeconômicos que frequentemente emergem em situações de adoecimento grave ou morte súbita (Cordeiro et al., 2021).

Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, por sua vez, contribuem para a comunicação de más notícias relacionadas a limitações funcionais e prognósticos de reabilitação, exigindo sensibilidade

específica para a transmissão de informações sobre perdas funcionais permanentes ou parciais (Almeida; Ferreira, 2020). Farmacêuticos clínicos, embora menos frequentemente associados a essa temática na literatura, também participam do processo ao esclarecerem sobre mudanças terapêuticas, efeitos colaterais de tratamentos paliativos e limitações de intervenções farmacológicas diante de prognósticos reservados (Travassos; Martins, 2022).

Essa perspectiva multiprofissional dialoga diretamente com o conceito de cuidado colaborativo, segundo o qual a qualidade da assistência em saúde é diretamente proporcional ao grau de integração e comunicação entre os diferentes membros da equipe (Peduzzi; Agreli, 2018). No entanto, a literatura evidencia que essa integração permanece, na prática cotidiana dos serviços de urgência e emergência brasileiros, mais retórica do que efetiva, sendo frequentemente comprometida por hierarquias profissionais rígidas, fragmentação do trabalho em saúde e ausência de espaços formais de discussão interdisciplinar de casos (Peduzzi; Agreli, 2018; Ferreira; Nascimento, 2023).

3.5 A DESVALORIZAÇÃO INSTITUCIONAL E SIMBÓLICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Não obstante a comprovada relevância da atuação multiprofissional na comunicação de más notícias, a literatura revisada evidencia um padrão recorrente de desvalorização institucional, simbólica e, em muitos casos, remuneratória, dessas categorias profissionais frente à centralidade histórica atribuída à figura médica (Peduzzi; Agreli, 2018).

Essa desvalorização manifesta-se de diversas formas, entre as quais se destacam: a ausência de menção explícita a outras categorias profissionais em protocolos institucionais de comunicação de más notícias, frequentemente redigidos com foco exclusivo na atuação médica; a escassez de capacitações formais direcionadas especificamente a enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais sobre técnicas de comunicação de más notícias; a sobrecarga emocional silenciosa vivenciada por esses profissionais, que atuam no acolhimento pós-comunicação sem reconhecimento formal dessa função; e a fragilidade dos mecanismos institucionais de suporte psicológico e supervisão clínica destinados a mitigar o desgaste emocional decorrente dessa atuação (Ferreira; Nascimento, 2023).

Tal desvalorização encontra raízes históricas no modelo biomédico hegemônico, que por décadas relegou às demais categorias profissionais papel subsidiário e complementar à atuação médica, hierarquizando o conhecimento técnico-científico em detrimento das dimensões relacionais e psicossociais do cuidado (Peduzzi; Agreli, 2018).

Esse modelo, ainda hegemônico em muitas instituições de saúde brasileiras, contraria os princípios estabelecidos pela Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, que preconiza a corresponsabilização de todos os profissionais de saúde no cuidado integral ao paciente,

bem como a valorização do trabalho em equipe como eixo estruturante da assistência humanizada (Brasil, 2003; Brasil, 2013).

As consequências dessa desvalorização não se restringem à dimensão simbólica, mas repercutem diretamente na qualidade do cuidado prestado e na saúde mental dos próprios trabalhadores. Estudos indicam níveis alarmantes de esgotamento profissional (burnout), ansiedade e sofrimento moral entre enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais atuantes em setores de urgência e emergência, associados, entre outros fatores, à sobrecarga emocional decorrente da exposição contínua a situações de comunicação de más notícias sem o devido suporte institucional e reconhecimento profissional (Travassos; Martins, 2022; Ferreira; Nascimento, 2023).

Esse cenário configura, portanto, um ciclo vicioso: profissionais sobrecarregados e invisibilizados tendem a apresentar maior desgaste emocional, o que, por sua vez, compromete sua capacidade de oferecer cuidado empático e de qualidade, retroalimentando o sofrimento de pacientes, familiares e da própria equipe.

3.6 CAMINHOS E ESTRATÉGIAS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

A superação das fragilidades identificadas exige a articulação de estratégias multidimensionais, envolvendo transformações na formação acadêmica, nas políticas institucionais e na cultura organizacional dos serviços de saúde. Em primeiro lugar, destaca-se a necessidade de revisão curricular nos cursos de graduação em saúde, de modo a incorporar, de maneira transversal e interprofissional, o ensino sistemático de técnicas de comunicação de más notícias, incluindo o protocolo SPIKES e suas variações, por meio de metodologias ativas como simulação realística, dramatização (role-playing) e supervisão clínica reflexiva (Kurtz; Silverman; Draper, 2005; Ramos; Almeida, 2020).

Em segundo lugar, recomenda-se a implementação de programas de educação permanente em saúde, voltados a todas as categorias profissionais em exercício, com ênfase na atualização de competências comunicacionais e no fortalecimento do trabalho em equipe, alinhados às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004). Tais programas devem contemplar não apenas o treinamento técnico, mas também espaços de acolhimento e cuidado à saúde mental dos profissionais, reconhecendo o impacto emocional cumulativo decorrente da exposição frequente a situações de sofrimento e morte.

Em terceiro lugar, é imprescindível a revisão dos protocolos institucionais de comunicação de más notícias, de modo a explicitar formalmente a participação de todas as categorias profissionais envolvidas no processo, superando a centralidade exclusivamente médica historicamente consolidada. Tal revisão deve ser construída de forma participativa, envolvendo representantes de todas as categorias profissionais, de modo a garantir legitimidade e aplicabilidade prática às diretrizes elaboradas (Pедуzzi; Agreli, 2018).

Por fim, defende-se a criação de espaços institucionais permanentes de discussão interdisciplinar de casos complexos, como reuniões multiprofissionais regulares e comitês de humanização, que favoreçam a construção coletiva de estratégias de cuidado, o compartilhamento de responsabilidades e o reconhecimento mútuo entre as diferentes categorias profissionais envolvidas na comunicação de más notícias (Brasil, 2013). Tais iniciativas, além de qualificarem tecnicamente o cuidado prestado, contribuem significativamente para a construção de ambientes de trabalho mais saudáveis, colaborativos e humanizados, tanto para os profissionais quanto para os pacientes e suas famílias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão narrativa permitiu evidenciar que a comunicação de más notícias, particularmente nos setores de urgência e emergência, configura-se como um dos desafios mais complexos e emocionalmente exigentes da prática assistencial em saúde, exigindo dos profissionais competências que transcendem o domínio técnico-científico e demandam sensibilidade, empatia e capacidade de escuta qualificada. O protocolo SPIKES revelou-se ferramenta estruturante e eficaz para a organização desse processo comunicacional, oferecendo roteiro flexível e adaptável às particularidades de cada encontro terapêutico, sem, contudo, engessar a singularidade e a humanidade inerentes a esse momento tão delicado das relações de cuidado.

Constatou-se, ainda, que a comunicação eficaz de más notícias não pode e não deve ser compreendida como atribuição exclusiva da categoria médica, mas como responsabilidade compartilhada e continuamente construída por toda a equipe multiprofissional de saúde.

Enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos e demais categorias profissionais desempenham papel indispensável na preparação, condução e continuidade desse processo, contribuindo decisivamente para a redução do sofrimento psíquico de pacientes e familiares e para o fortalecimento do vínculo terapêutico. Paradoxalmente, contudo, essa contribuição permanece frequentemente invisibilizada nos protocolos institucionais, na formação acadêmica tradicional e nas políticas de reconhecimento profissional, perpetuando um modelo hierárquico e fragmentado de cuidado que contraria os princípios fundamentais da humanização da assistência em saúde.

Diante desse cenário, conclui-se que a incorporação sistemática do protocolo SPIKES, associada ao reconhecimento formal e à valorização institucional do trabalho multiprofissional, representa caminho promissor e necessário para a qualificação da comunicação de más notícias e para a humanização do cuidado em contextos de urgência e emergência. Tal transformação exige, contudo, investimentos consistentes em educação permanente, revisão curricular interprofissional, reformulação de protocolos institucionais e fortalecimento de políticas públicas voltadas à valorização de todas as categorias profissionais envolvidas no cuidado em saúde.

Como limitações do presente estudo, destaca-se sua natureza de revisão narrativa, que, embora permita abordagem ampla e interpretativa do objeto investigado, não segue os critérios de sistematicidade e reprodutibilidade característicos das revisões sistemáticas, o que pode implicar em certo grau de seletividade na escolha e interpretação das fontes consultadas.

Recomenda-se, portanto, que estudos futuros aprofundem a investigação empírica sobre a efetividade do protocolo SPIKES em contextos de urgência e emergência brasileiros, por meio de pesquisas de campo, estudos de intervenção e avaliações qualitativas sobre a percepção dos diferentes profissionais acerca de seu papel na comunicação de más notícias, contribuindo para o adensamento teórico-empírico dessa temática ainda insuficientemente explorada na literatura nacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. R.; FERREIRA, M. S. Comunicação de más notícias em pediatria: desafios e estratégias no cuidado à criança e à família. **Revista Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v. 12, n. 3, p. 45-58, 2020.

ARAÚJO, T. M.; CARDOSO, L. F. Comunicação em saúde: fundamentos teóricos e práticos para o cuidado humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, e3456, 2021.

BAILE, W. F. et al. 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.

BARBOSA, R. L.; LIMA, A. C. O papel da enfermagem na comunicação de más notícias: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, e20200123, 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUCKMAN, R. **How to break bad news**: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.

CORDEIRO, F. R. et al. Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, e39620, 2021.

COSTA, D. M.; RODRIGUES, P. H. Comunicação de más notícias em serviços de urgência e emergência: aplicação do protocolo SPIKES. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 35, n. 1, p. 88-97, 2023.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FALLOWFIELD, L.; JENKINS, V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **The Lancet**, v. 363, n. 9405, p. 312-319, 2004.

FERREIRA, J. P.; NASCIMENTO, K. C. Sobrecarga emocional e desvalorização da equipe multiprofissional na comunicação de más notícias: estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 1987-1998, 2023.

KÜBLER-ROSS, E. **On death and dying**. New York: Macmillan, 1969.

KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. **Teaching and learning communication skills in medicine**. 2. ed. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.

MENEZES, R. A. et al. Comunicação de óbito em unidades de emergência: adaptações do protocolo SPIKES. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 16, e247896, 2022.

NARAYANAN, V.; BISTA, B.; KOSHY, C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 16, n. 2, p. 61-65, 2010.

OLIVEIRA, M. C.; SANTOS, R. F. Comunicação de más notícias na perspectiva multiprofissional: um olhar bioético. **Revista Bioética**, v. 30, n. 2, p. 245-254, 2022.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

RABOW, M. W.; McPHEE, S. J. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. **Western Journal of Medicine**, v. 171, n. 4, p. 260-263, 1999.

RAMOS, F. S.; ALMEIDA, T. L. O ensino de habilidades de comunicação na formação médica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, e089, 2020.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SILVA, A. B.; PEREIRA, C. M. Comunicação de más notícias em serviços de urgência e emergência: percepção de profissionais de saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, e-021089, 2021.

TRAVASSOS, D. V.; MARTINS, L. C. Comunicação por telemedicina e o desafio de transmitir más notícias à distância. **Journal of Health Informatics**, v. 14, n. 2, p. 112-119, 2022.