



# Comunicação de más notícias: significados atribuídos por psicólogos hospitalares

*Breaking bad news: meanings attributed by  
hospital psychologists*

Patrícia Barberá GALLEGO<sup>1</sup> 

Rodrigo Sanches PERES<sup>2</sup> 

Layla Raquel Silva GOMES<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto, Curso de Graduação em Psicologia. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Uberlândia, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Instituto de Psicologia, Centro de Psicologia. Uberlândia, MG, Brasil.

## Correspondência:

Patrícia Barberá Gallego  
paaty.gallego@gmail.com

Recebido: 23/05/2023

Revisado: 24/08/2023

Aprovado: 23/10/2023

## Como citar (APA):

Gallego, P. B., Peres, R. S., &  
Gomes, L. R. S. Comunicação de  
más notícias: significados atribuí-  
dos por psicólogos hospitalares.

*Revista da SBPH*, 26, e002.

<https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v26.523>



## Resumo

O presente estudo teve como objetivo compreender os significados atribuídos à comunicação de más notícias por psicólogos hospitalares. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, do qual participaram 17 psicólogos hospitalares que atuavam em setores de urgência e emergência em hospitais-gerais públicos brasileiros. Os instrumentos utilizados foram uma entrevista semidirigida e, especificamente para a obtenção de um perfil profissional dos participantes, um questionário de autopreenchimento. O *corpus* foi submetido à análise de conteúdo. Foram configuradas duas categorias, intituladas “O equilibrista de pratos” e “Cá entre nós”. A primeira categoria agrega relatos representativos dos significados atribuídos pelos participantes às dificuldades que, para os mesmos, caracterizam as situações de comunicação de más notícias. A segunda categoria abarca o ponto de vista dos participantes quanto ao papel que compete aos psicólogos hospitalares no equacionamento das expectativas e das necessidades de cada um dos envolvidos na comunicação de más notícias. Em síntese, os resultados obtidos indicam que, de acordo com os participantes, os profissionais de saúde se posicionam de diferentes maneiras – predominantemente sugerindo antagonismo, ao invés de complementaridade – frente às más notícias, sendo que caberia especificamente aos psicólogos hospitalares acolher as demandas emocionais de pacientes e familiares, sobretudo aquelas que se verificam após a ação comunicacional.

**Descritores:** Psicologia hospitalar; comunicação interpessoal; Saúde; Pesquisa qualitativa.

## Abstract

This study aimed to understand the meanings attributed to the breaking bad news by hospital psychologists. This is a clinical-qualitative study, in which participated 17 hospital psychologists who worked in the urgency and emergency sectors of Brazilian public general hospitals. The instruments used were a semi-structured interview and, specifically to obtain a professional profile of the participants, a self-administered questionnaire. The *corpus* was submitted to content analysis. Two categories were set up, and were entitled “The plate’s spinner” and “Just between us”. The first category added reports representative of meanings attributed by the participants to the difficulties that, for them, characterize situations of breaking bad news. The second category encompasses the participants’ point of view about the role of hospital psychologists in solving the expectations and needs of each person involved in breaking bad news. In summary, the results obtained indicate that, according to the participants, health professionals position themselves in different ways – predominantly suggesting antagonism rather than complementarity – regarding bad news, and it would be specifically up to hospital psychologists to embrace the emotional demands of patients and families, especially those that occur after the communicational action.

**Descriptors:** Hospital psychology; Interpersonal communication; Health; Qualitative research.

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que, de modo geral, a Psicologia Hospitalar se propõe ao acolhimento das angústias suscitadas nos personagens que, por razões pessoais ou profissionais, transitam pelos hospitais, já que se trata de um local em que a dor e a morte são vislumbradas como ameaças concretas (Melo, 2015). Mais especificamente, pode-se afirmar que os psicólogos hospitalares se debruçam sobre facetas subjetivas do binômio saúde-doença que se sobressaem nas vivências tanto dos pacientes e de seus familiares quanto dos próprios profissionais de saúde, sendo que, dessa forma, trabalham com questões relativas àquilo que é mais específico da existência humana (Simonetti, 2004). Para tanto, a Psicologia Hospitalar abarca diferentes públicos, por meio do desenvolvimento de intervenções em uma ampla gama de situações.

Uma dessas situações é a comunicação de más notícias, com as quais os psicólogos hospitalares podem contribuir tanto facilitando o processo em si quanto assumindo a frente do manejo de suas ressonâncias emocionais (Quevedo Aguado & Benavente Cuesta, 2019). Embora frequentes nos hospitais, tais situações comumente geram muitas dificuldades para todos os envolvidos, já que comportam o conteúdo comunicado e os diferentes sentimentos que por ele podem ser desencadeados (Lima, Maia, & Nascimento, 2019). Afinal, o conteúdo, no caso, diz respeito a eventos críticos, determinados por diagnósticos ou prognósticos que ameaçam a continuidade da vida (Silva, 2012; Buckman, 1992). Somando-se a isso, o impacto psicológico de uma má notícia pode ser intensificado, por exemplo, pela eventual indisponibilidade afetiva dos profissionais de saúde (Belli, 2020; Oliveira-Cardoso *et al.*, 2018).

A literatura sobre a comunicação de más notícias no campo da saúde é relativamente extensa, como revela a revisão desenvolvida por Camargo *et al.* (2019). No entanto, são escassas as pesquisas empíricas consagradas ao assunto que contaram com a participação de psicólogos hospitalares. No contexto internacional, constitui uma exceção a pesquisa desenvolvida por Merker, Hanson e Poston (2010), cujo objetivo foi avaliar a formação e a prática em Psicologia no que tange à comunicação de más notícias. No contexto nacional, pode-se citar as pesquisas assinadas por Ostermann e Frezza (2017) e Ostermann *et al.* (2017), ambas voltadas à descrição da comunicação de más notícias em consultas de aconselhamento genético que, eventualmente, contavam com a participação de um psicólogo.

A maioria das pesquisas sobre o assunto prioriza a participação de médicos, como se observa naquelas empreendidas em nosso meio por Setubal, Antonio *et al.* (2018), Silveira, Botelho e Valadão (2017), Monteiro e Quintana (2016), Monteiro, Reis, Quintana *et al.* (2015) e Geovanini e Braz (2013), dentre outras. Se, por um lado, essa tendência é compreensível, na medida em que a comunicação de más notícias no campo da saúde se refere, principalmente, a informações médicas, ela gera, por outro lado, uma importante lacuna na literatura científica, cujo preenchimento depende da realização de pesquisas mais diversificadas em relação aos participantes. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo compreender significados atribuídos à comunicação de más notícias no campo da saúde por psicólogos hospitalares.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório e desenho qualitativo. Vale destacar que as pesquisas qualitativas se caracterizam pela ênfase nos significados relativos a uma ampla gama de fenômenos, pois partem do princípio de que os signifi-

cados são indissociáveis das ações humanas, individuais ou coletivas (Minayo, 2014). Nomeadamente, o desenho do presente estudo foi pautado nas premissas do método clínico-qualitativo, o qual, de acordo com Turato (2005), se ocupa de significados concernentes a temas de interesse no campo da saúde conforme construídos por pacientes, seus familiares ou profissionais de saúde. Ressalte-se também que o método clínico-qualitativo exige do pesquisador tanto competência cultural quanto atitude clínica, para que a pesquisa não se volte indevidamente a problemas estranhos ao universo em que os participantes se encontram inseridos e para que eles possam ser acolhidos emocionalmente durante a coleta de dados (Turato, 2013).

### PARTICIPANTES

Participaram do presente estudo 17 psicólogos hospitalares que preencheram um critério de inclusão básico: atuavam em setores destinados ao atendimento de urgências e emergências em hospitais-gerais públicos brasileiros, mediante contratação como profissionais de referência ou plantonistas. Tal critério de inclusão foi adotado considerando-se que, nos setores em pauta, ao menos teoricamente, a comunicação de más notícias constitui uma atividade mais rotineira. É válido informar que o tempo de conclusão da graduação em Psicologia dos participantes variou de 4 a 39 anos e o tempo de experiência em Psicologia Hospitalar variou de 1 a 38 anos. Ressalte-se também que apenas um participante era do sexo masculino.

### INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado foi a entrevista semidirigida. Fontanella, Campos e Turato (2006) afirmam que tal instrumento tem a vantagem de ser interativo e dinâmico, na medida em que é organizado em torno de questões-tópicos que não devem ser muito específicas e tampouco demasiadamente genéricas, para que possam circunscrever o tema da pesquisa e, ao mesmo tempo, motivar os participantes a se engajarem em uma livre associação de ideias semelhante àquela que é estimulada pelo psicanalista em quadros clínicos. No presente estudo, a entrevista semidirigida foi composta por duas perguntas básicas: (1) *“Qual foi a comunicação de má notícia mais difícil que você já acompanhou e como se deu esse processo?”* e (2) *“Para você, o que pode ser feito nas situações de comunicação de más notícias?”*. Adicionalmente, cumpre assinalar que um questionário de autopreenchimento foi utilizado para a obtenção de um perfil profissional dos participantes em relação ao tempo de formação e experiência profissional.

### COLETA DE DADOS

Os participantes foram selecionados por conveniência, isto é, devido à facilidade de acesso pelos pesquisadores. Ressalte-se também que a definição do número de participantes se deu com base no critério de saturação. Acerca da coleta de dados, o método clínico-qualitativo valoriza ambientes naturais para os participantes, especialmente quando se trata de locais de prestação de cuidados em saúde (Fontanella, Campos & Turato, 2006). Por essa razão, os participantes do presente estudo foram entrevistados de modo presencial em espaços reservados no próprio local de trabalho. As entrevistas se deram em um único encontro com cada um dos participantes nos dias e horários escolhidos por eles, e foram gravadas em áudio. Todos os participantes formalizaram concordância com os procedimentos por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Ademais, é importante destacar que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de filiação dos pesquisadores (Parecer 2.234.443) e que todos os cuidados éticos ne-

cessários foram observados em seu desenvolvimento, inclusive no que diz respeito à preservação do sigilo quanto à identidade dos participantes.

### ANÁLISE DE DADOS

As gravações em áudio das entrevistas foram transcritas de modo literal e integral, compondo, assim, o *corpus* do presente estudo. A seguir, o *corpus* foi submetido à análise de conteúdo, operacionalizada segundo a proposta de aprimoramento de tal técnica para pesquisas clínico-qualitativas apresentada por Campos e Turato (2009). Dessa forma, inicialmente procedeu-se a leitura flutuante das transcrições, por meio da qual buscou-se adotar uma atitude não-seletiva análoga àquela que caracteriza a atenção flutuante utilizada pelo psicanalista em enquadres clínicos. Na sequência, foi colocada em marcha a atividade interpretativa visando à identificação de conteúdos latentes que foram considerados em conjunto com conteúdos manifestos para a produção de inferências e, por fim, para a formação de categorias segundo critérios de relevância. Tais procedimentos metodológicos foram executados em conjunto por dois pesquisadores e, então, apresentados e discutidos em uma reunião do respectivo grupo de pesquisa, acompanhando o procedimento de validação externa preconizado por Faria-Schutzer *et al.* (2015) para pesquisas clínico-qualitativas.

### RESULTADOS

A análise de conteúdo levou à configuração de três categorias, no total, sendo que aqui serão apresentadas duas, para viabilizar o devido aprofundamento. A primeira foi intitulada “O equilibrista de pratos” e agrega relatos representativos dos significados atribuídos pelos participantes às dificuldades que, para os mesmos, caracterizam as situações de comunicação de más notícias. Alguns deles mencionaram dificuldades relativas aos pacientes, em especial devido ao elemento surpresa, ou seja, ao fato de as informações transmitidas se referirem a um acontecimento inesperado considerando-se o momento da vida em que os pacientes se encontram e, justamente por isso, provocarem uma mobilização emocional mais acentuada. No entanto, para tais participantes, essas dificuldades se revelam, sobretudo, na comunicação de óbitos, como se vê no Relato 1.

Relato 1: *“Quando você vê que o paciente está melhorando e aí ele vem com uma piora [...] Talvez as dificuldades mais complicadas [quanto à comunicação de más notícias] estejam relacionadas a isso [...] Estou me lembrando de um paciente nosso, ele já estava de alta [...] e aí ele enfartou novamente [...] e morreu. Se tem momentos que impactam mais, [...] eu acho que [é] quando ocorre essa mudança tão rápida de um estado para o outro, né?”* (Participante 14).

Sem maior destaque, dificuldades relativas aos familiares igualmente foram citadas por alguns participantes, com o esclarecimento de que seriam determinadas pela natureza do vínculo existente entre o paciente e seus familiares, nomeadamente quando há um histórico de desavenças e querelas prévias marcantes. O Relato 2 testemunha tal achado:

*“Eu acho que o manejo mais difícil [quanto à comunicação de más notícias] é quando é um vínculo muito significativo, às vezes quando o familiar ainda tem pendências com a pessoa, conflitos que não foram resolvidos”* (Participante 1).

Porém, as dificuldades mais proeminentes no *corpus* foram relativas aos demais profissionais de saúde, por diferentes razões. Uma delas seria a mobilização emocional ocasionalmente vivenciada pela equipe envolvida na comunicação de uma má notícia, conforme o Relato 3:

*“Eu fiquei impressionada do quanto que a própria equipe [...] também precisava de um suporte naquela hora, porque eles ficaram muito desestabilizados”* (Participante 15).

Outra razão apontada pelos participantes foi a indisponibilidade afetiva que seria demonstrada, principalmente, por médicos, acompanhando o Relato 4:

*“Sempre é assim mesmo, eles [os médicos] falam a notícia e se retiram da sala, do ambiente em que está, e falam: ‘agora você pode conversar com o psicólogo’”* (Participante 17).

Por fim, o Relato 5 coloca em relevo descompassos entre o estado de saúde do paciente e certas intervenções de outros profissionais de saúde, empreendidas com o suposto propósito de prestar-lhe suporte, não apenas na situação de comunicação de uma má notícia em si.

*Relato 5: “Por falta de orientação, [outros profissionais de saúde] podem fazer algumas entradas que dão errado [...] Então, às vezes, a gente vê um técnico [de Enfermagem] falando, por exemplo, para o paciente: ‘calma, você vai ter cura, você vai ficar bem, você vai sair daqui vivo’. E a gente sabe que isso não vai acontecer, e a gente sabe que o técnico está fazendo aquilo porque é o melhor que ele pode fazer naquele momento para dar um conforto para o paciente”* (Participante 7).

De acordo com os participantes, portanto, as dificuldades em torno da comunicação de más notícias possuem múltiplas origens. E, para os mesmos, isso ocorreria porque cada um dos envolvidos possui expectativas e necessidades próprias, sendo que competiria justamente aos psicólogos hospitalares promover o equacionamento necessário, assegurando que o paciente, seus familiares e os profissionais de saúde como um todo possam ser contemplados durante a ação comunicacional, ou nos momentos subsequentes. Esse achado pode ser apreendido dos Relatos 6 e 7, em que os participantes discorreram sobre suas próprias experiências e nos remeteram à imagem de um equilibrista de pratos, pelo cuidado contínuo que é exigido para que algo indesejável não venha a se suceder.

*Relato 6: “Eu não posso ser um santo que atenda a dois crentes [...] Então eu acho que com isso eu quero te dizer que o que a gente [como psicólogo hospitalar] pode fazer depende do lugar em que a gente pode se colocar, e que a gente tem que poder estar disponível para o paciente e se a gente precisa estar disponível para a equipe [...]”* (Participante 2).

*Relato 7: “Eu dei muito mais valor no pedido da equipe [para convencer a paciente a se submeter a um procedimento] do que pensar também no que que ela [a paciente] estava sentindo, porque que ela não queria fazer aquele procedimento [...] Mas, no final da minha intervenção, ela aceitou fazer o procedimento”* (Participante 9).

A segunda categoria foi intitulada “Cá entre nós” e representa uma particularização de um achado já introduzido na primeira categoria, concernente ao papel que compete aos psicólogos hospitalares no equacionamento das expectativas e das necessidades de cada um dos envolvidos nas situações de comunicação de más notícias, conforme o ponto de vista dos participantes. Isso porque, de acordo com os significados veiculados por alguns deles, os psicólogos hospitalares se diferenciam pela ênfase na dimensão subjetiva das relações clínicas, condição reconhecida como imprescindível para o exercício de uma responsabilidade suportiva, como se vê no Relato 8. Inclusive o Relato 9 alerta que, à luz dessa assertiva, confundir-se com o ambiente hospitalar ou com os outros personagens que por ele transitam seria improdutivo.

Relato 8: *“Você [como psicólogo hospitalar] vai dando soluções que passam por todos [os demais profissionais de saúde], mas que não estão necessariamente ao alcance de todos, porque não é da prática de todos [...] Eu acho que nosso papel [como psicólogo hospitalar] é alcançar os recursos que nós estamos capacitados para ajudar no momento em que falham os outros recursos técnicos e concretos”* (Participante 8).

Relato 9: *“Quando a gente [como psicólogo hospitalar] está na Emergência, a gente não pode ser a Emergência. Porque é muito fácil a gente se misturar. A gente tem que cuidar para isso não acontecer, para não se misturar, sem poder ser continente para o sofrimento”* (Participante 3).

Os Relatos 8 e 9 ainda evidenciam que os participantes, de modo geral, discorreram sobre a função dos psicólogos hospitalares a propósito da comunicação de más notícias essencialmente com base no estabelecimento de dicotomias em face dos demais profissionais de saúde, o que levou à demarcação de dois coletivos distintos: “nós” e “eles”. E, aparentemente, os participantes se sentiram à vontade para proceder dessa maneira considerando que a pesquisadora responsável pela coleta de dados havia lhes informado previamente que também é psicóloga hospitalar, sendo que tal hipótese explica o título da segunda categoria. Além disso, reforça a hipótese em pauta o reconhecimento de que alguns relatos foram apresentados em tom de confiança, como aqueles em que são frisadas supostas limitações do “olhar” dirigido pelos demais profissionais de saúde aos pacientes e seus familiares.

O Relato 10 é um exemplo nesse aspecto:

*“[o psicólogo hospitalar deve refletir sobre] o que é o cuidar do paciente que se diferencia das demandas da Enfermaria, [...] o que é silenciado das demandas do paciente pelas demandas da Enfermaria”* (Participante 11).

O Relato 11 também, sendo que acrescenta a possibilidade de ocorrer – ainda que involuntariamente – um silenciamento de determinadas questões subjetivas através dos encaminhamentos que os demais profissionais de saúde fazem ao psicólogo hospitalar. Embora o Relato 11 mencione apenas casos de óbito, parece razoável que o mesmo poderia se dar nas demais situações de comunicação de más notícias, acentuando o caráter já silencioso de determinadas formas de sofrimento psíquico.

Relato 11: *“Eu percebo que muitos óbitos podem conter um sofrimento muito intenso, mas, por ser mais silencioso, às vezes não é solicitado nosso atendimento, e às vezes não é visto essa importância. Eu penso que é muito importante que o psicólogo tenha esse olhar para o que é [...] o sofrimento do outro diante da má notícia. Despertar esse olhar diante da má notícia e das diversas reações, não só as reações que a equipe solicita com mais frequência, mas também para outras reações que também têm uma intensidade emocional e um sofrimento muito grande”* (Participante 5).

Portanto, se sobressaiu no *corpus* a crença de que os psicólogos hospitalares se distinguem, nas situações de comunicação de más notícias, pela importância imputada a aspectos individuais – principalmente emocionais, mas não apenas – que requerem a escuta de questões subjetivas. E, embora essa escuta exija certos saberes especializados, estaria assentada em uma disponibilidade afetiva que se traduz por meio do “olhar” dirigido pelos psicólogos hospitalares aos traços singulares dos pacientes e seus familiares, como se depreende do Relato 12:

*“O principal [para o psicólogo hospitalar] é ver o paciente e o que é que ele precisa [...], pra dar esse suporte pra ele dar conta, e a família também. [...] A gente só consegue isso por meio da escuta”* (Participante 16).

Já o Relato 13, alusivo a uma mãe que acabara de perder um de seus filhos após hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI, destaca que dos psicólogos hospitalares também seria exigida capacidade de continência frente ao sofrimento psíquico vivenciado por pacientes e/ou familiares que recebem más notícias, o que revela alinhamento ao Relato 9, mencionado anteriormente. Alguns participantes advertiram que, em razão dessa exigência, o ofício do qual se ocupam eventualmente provoca uma mobilização emocional mais acentuada, sendo que um deles referiu que, após sua primeira atuação em uma situação de comunicação de más notícias, sentiu necessidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o tema, como se vê no Relato 14:

*“Eu fui fazendo vários cursos. Então [minha preparação para a comunicação de más notícias] foi na instrumentalização mesmo”* (Participante 14).

Relato 13: *“Eles [os médicos] queriam muito calar essa mãe, porque ela gritava, e eles queriam que eu a tirasse da Unidade [de Terapia Intensiva] [...] E aí ela fazia muitas perguntas, e a equipe sempre achando que precisava responder essas perguntas. Mas aquelas perguntas que ela estava fazendo não era pra ninguém responder, ela fazia para ela mesma, na tentativa dela de entender o que estava acontecendo. E a equipe queria que ela parasse de gritar, e ela precisava na verdade se esparramar para depois a gente ajudá-la a se juntar”* (Participante 13).

Em contraste, outro participante sublinhou, mediante o Relato 15, a importância de uma melhor compreensão sobre si mesmo, proporcionada especificamente por um processo psicoterapêutico:



*“A terapia, a análise individual, é extremamente importante [para o psicólogo hospitalar], para que nos habilite, que nos prepare para situações tão complexas que a gente vivencia aqui no hospital” (Participante 10).*

O Relato 16, por sua vez, se mostra um pouco mais genérico, porém, sustenta argumentação semelhante, pois coloca em relevo a necessidade de proximidade em relação aos próprios sentimentos para que os psicólogos hospitalares possam auxiliar no manejo dos sentimentos suscitados em outras pessoas a partir da comunicação de más notícias:

*“Acho que primeiro a gente tem que estar conectado com a gente mesmo. Primeira coisa, né? Porque, se a gente se desorganizar, o outro vai se desorganizar mais ainda, né?” (Participante 3).*

## DISCUSSÃO

A primeira categoria demonstra que, conforme os significados veiculados pelos participantes do presente estudo, dificuldades no tocante à comunicação de más notícias são provenientes, sobretudo, de um certo despreparo emocional dos profissionais de saúde. Tal achado encontra respaldo nas pesquisas que integraram a amostra bibliográfica da revisão da literatura empreendida por Victorino *et al.* (2007), as quais identificaram como um dos fatores dificultadores do referido processo o receio dos profissionais de saúde – especialmente dos médicos – quanto à expressão de seus próprios sentimentos e quanto ao impacto psicológico das informações transmitidas aos pacientes. Porém, é importante sublinhar que nenhuma dessas pesquisas contou com a participação de psicólogos hospitalares.

Por outro lado, Ostermann *et al.* (2017) destacaram, embora em relação especificamente a consultas de aconselhamento genético, que a disponibilidade afetiva dos profissionais de saúde favorece a comunicação de más notícias, o que é compatível, em linhas gerais, com o posicionamento assumido pelos participantes do presente estudo. E, de forma semelhante, Oliveira-Cardoso *et al.* (2018) sublinham que os pacientes valorizam o acolhimento proporcionado por médicos frente ao sofrimento psíquico desencadeado pela confirmação do diagnóstico de doenças potencialmente fatais. Adicionalmente, a primeira categoria apontou que dificuldades relativas aos pacientes derivam, principalmente, do elemento surpresa. Na pesquisa desenvolvida por Monteiro, Reis e Quintana *et al.* (2015) junto a médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva o mesmo elemento foi citado, porém, a propósito da comunicação de óbitos aos familiares de pacientes jovens.

Apesar de não terem utilizado exatamente a palavra “empatia”, é possível propor que os participantes do presente estudo se queixaram, principalmente por meio dos relatos agrupados na primeira categoria, de uma suposta falta dessa característica nos outros profissionais de saúde. E é interessante mencionar que Silveira *et al.* (2017), em uma pesquisa desenvolvida com médicos de diferentes especialidades, constatou que poucos se preocupavam em estabelecer relações empáticas com aqueles que recebem uma má notícia. Monteiro, Magalhães e Féres-Carneiro *et al.* (2016), de modo análogo, verificaram que médicos intensivistas tendem a vivenciar grandes impasses diante dos sentimentos suscitados por situações de terminalidade – embora essas situações sejam frequentes para eles – e, conseqüentemente, procuram se manter afastados emocionalmente dos pacientes e seus familiares.

Talvez esse movimento defensivo possa ser explicado, ao menos em parte, considerando-se que a iminência da perda de um paciente, conforme Kovács (2011), desencadeia em muitos profissionais de saúde um luto não-autorizado, ou seja, um luto moldado pelo entendimento de que a expressão do sofrimento psíquico associado ao pesar não é permitida. A autora ainda defende que, quando isso ocorre, o vínculo com o paciente e seus familiares costuma ser prejudicado. A pesquisa realizada por Giaretta e Macedo (2021) junto a médicos residentes de setores voltados ao atendimento de urgências e emergências em hospitais-gerais constituiu um exemplo nesse aspecto, pois aponta que a omissão frente a questões subjetivas fomenta a indiferença quanto às demandas emocionais, dos próprios médicos e dos pacientes e seus familiares. Acrescenta-se que esse conjunto de fenômenos pode ser compreendido como uma consequência da adesão ao modelo biomédico, o qual ainda constitui uma referência importante para o trabalho no campo da saúde, mas enseja a oposição entre competência técnica e envolvimento emocional.

Encerrando a discussão dos resultados concernentes à primeira categoria, é válido informar que, para Romano (1999), os psicólogos hospitalares devem atuar como mediadores do relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e os pacientes e seus familiares. Os participantes do presente estudo parecem se caracterizar por uma compreensão um pouco mais complexa, pois, para a maioria deles, aos psicólogos hospitalares cabe equacionar as necessidades dos pacientes, seus familiares e, ainda, dos demais profissionais de saúde. Portanto, embora tenham defendido esse ponto de vista nomeadamente para sinalizar um caminho a ser percorrido visando à superação de dificuldades próprias da comunicação de más notícias, os participantes do presente estudo avaliam que os psicólogos hospitalares precisam, em essência, ocupar uma posição central em circunstâncias problemáticas.

Tal achado remete à analogia proposta por Simonetti (2004), de acordo com a qual os psicólogos hospitalares devem se situar “no olho do furacão”. Como destaca o autor, trata-se de uma área de calma cercada de um turbilhão de agitação. Logo, os psicólogos hospitalares necessitam permanecer próximos dos problemas e das angústias tipicamente presentes nos hospitais, mas tomando os devidos cuidados para não serem absorvidos, pois isso não os permitiria transmitir serenidade a todos aqueles a quem se dirigem. Para tanto, ainda de acordo com o autor, os psicólogos hospitalares precisam encontrar dentro de si mesmos um “lugar seguro”, o que, aliás, é congruente com o que alguns participantes do presente estudo defenderam, por meio de relatos concernentes à segunda categoria, quanto à importância do autoconhecimento obtido por meio de um processo psicoterapêutico.

Já os significados vislumbrados pela segunda categoria indicam que, para os participantes, os psicólogos hospitalares devem fazer aquilo que os demais profissionais de saúde supostamente não costumam fazer: se encarregar das questões subjetivas mobilizadas pela comunicação de más notícias. E assinalam que, para fazer frente a esse desafio, é necessário um “olhar” que sustenta uma escuta capaz de contemplar aspectos singulares dos pacientes e seus familiares e que, como consequência, culmina em um cuidado que poderia ser qualificado como personalizado. Esse resultado, em certo aspecto, revela um posicionamento crítico por parte dos participantes, se observado que, em qualquer circunstância, o cuidado em saúde deve, impreterivelmente, ser orientado pelo respeito às diferenças pessoais, para não incorrer em um indesejável afastamento do “sujeito humano sofredor como totalidade viva”, como observou Pinheiro (2008, p. 113).

Para além disso, tem-se a impressão de que, em consonância com o ponto de vista dos participantes, aos psicólogos hospitalares resta dar conta de tudo aquilo que acaba sendo desconsiderado pelos demais profissionais de saúde – sobretudo pelos médicos – nas situações de comunicação de más notícias. Partindo desse princípio, nota-se que os participantes parecem compreender que os psicólogos hospitalares devem funcionar como um “quarto de despejo”, acompanhando a terminologia proposta por Roussillon (1991). Para o autor, em muitas instituições se cria, inconscientemente, um “espaço” no qual são depositados “dejetos emocionais”, oriundos de experiências cotidianas, que não foram simbolizados. Esse “espaço” é, justamente, o “quarto de despejo”.

Ou seja: aos psicólogos hospitalares seriam endereçadas questões suscitadas pela comunicação de más notícias que ultrapassam a capacidade de elaboração psíquica tanto dos pacientes e seus familiares quanto dos demais profissionais de saúde. Roussillon (1991) esclarece que esse tipo de material, por ser derivado de problemas que são vivenciados nas relações interindividuais e intergrupais, necessita de um “espaço” no qual possa ser armazenado, a fim de manter o funcionamento institucional relativamente preservado. Em contrapartida, esse “espaço” deve permitir a recuperação de tal material para viabilizar a criação de sentidos capazes de tornar sua existência suportável e, assim, evitar um indesejável processo de enquistamento.

Diante do exposto, torna-se irrefutável a importância institucional do “quarto de despejo”. Logo, nada há de depreciativo no estabelecimento de aproximações entre a função de tal “espaço” e o papel que, para os participantes, deve ser desempenhado pelos psicólogos hospitalares nas situações de comunicação de más notícias. O próprio Roussillon (1991) afirma que, em muitas instituições, os psicólogos funcionam como o “quarto de despejo”. Contudo, o autor exemplifica tal fato citando instituições educacionais. O presente estudo, por sua vez, sinaliza que o mesmo pode ocorrer também em hospitais, ao menos no tocante à comunicação de más notícias, o que não deixa de constituir um achado interessante.

Roussillon (1991) esclarece que o “posto” de “quarto de despejo” muitas vezes é reservado aos psicólogos porque eles costumam, em termos práticos, se posicionar à margem das instâncias hierárquicas institucionais, mas, ao mesmo tempo, delas estão um tanto quanto próximos em termos culturais, em parte porque detêm certos saberes especializados. Corroborando essa formulação, vale aqui lembrar que um participante defendeu que os psicólogos hospitalares não devem confundir-se com o ambiente hospitalar ou com os outros personagens que por ele transitam. Além disso, é importante reforçar que as especificidades do trabalho desenvolvido por psicólogos hospitalares foram colocadas em relevo pelos participantes como um todo, o que proporcionou contornos à segunda categoria mediante a já mencionada delimitação dos coletivos “nós” e “eles”.

Ao discorrer sobre essas especificidades, alguns participantes mencionaram que compete aos psicólogos hospitalares praticar a continência frente ao sofrimento psíquico despertado pela comunicação de más notícias. Faz-se necessário, então, esclarecer que a noção de continência se disseminou no âmbito da Psicanálise contemporânea e designa, fundamentalmente, uma “condição de disponibilidade para receber um ‘conteúdo’, que consiste numa carga projetiva – de necessidades, angústias, desejos, demandas, um terror sem nome, etc. [sic] – que está à espera de ser contido” (Zimerman, 2007, p. 74). Portanto, ser continente é, em essência, apresentar um estado mental receptivo, oposto àquele que, segundo alguns participantes, costuma ser demonstrado pelos demais profissionais de saúde e tende a provocar o silenciamento de questões subjetivas.

Cabe aqui mencionar que nenhum participante fez menção a protocolos de comunicação de más notícias, ferramentas que têm sido bastante difundidas na literatura científica, tanto nacional quanto internacional, desde o final dos anos 1990 (Herrera *et al.*, 2014). Esse fato parece estar relacionado aos resultados concernentes à segunda categoria. Ocorre que, no país, protocolos de comunicação de más notícias são utilizados e valorizados, sobretudo, por médicos e enfermeiros (Setubal, Gonçalves *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2017). Logo, não se trata de questionar aqui a relevância e a utilidade desses recursos, mas, sim, de apontar que eles não foram associados pelos participantes ao trabalho de psicólogos hospitalares, possivelmente porque se encontram mais disseminados entre outros profissionais de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo auxilia a ampliar o atual escopo de entendimento sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde ao contemplar significados atribuídos a tal atividade por psicólogos hospitalares. Em síntese, os resultados obtidos indicam que, de acordo com os participantes, os profissionais de saúde se posicionam de diferentes maneiras – predominantemente sugerindo antagonismo, ao invés de complementaridade – frente às más notícias, sendo que caberia especificamente aos psicólogos hospitalares acolher as demandas emocionais de pacientes e familiares, sobretudo aquelas que se verificam após a ação comunicacional. Contudo, o alcance do presente estudo é determinado, ao menos em parte, pelo fato de que todos os participantes atuavam em setores destinados ao atendimento de urgências e emergências em hospitais-gerais públicos brasileiros. Recomenda-se, portanto, que pesquisas futuras sejam desenvolvidas junto a psicólogos hospitalares que atuam em outros setores e, assim, não lidam tão rotineiramente com a comunicação de más notícias.

## REFERÊNCIAS

- Belli, L. F. (2020). Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e69. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.69>.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Johns Hopkins University Press.
- Camargo, N. C., Lima, M. G., Brietzke, E., Mucci, S., & Góis, A. F. T. (2019). Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Revista Bioética*, 27(2), 326-340. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>.
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: Aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>
- Faria-Schutzer, D. B., Surita, F. G. C., Alves, V. L. P., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2015). Emotional experiences of obese women with adequate gestational weight variation: a qualitative study. *PLoS One*, 10(11), e0141879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141879>.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: Uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000500025>.
- Geovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Revista Bioética*, 21(3), 455-462. Recuperado em 07 de dezembro de 2023, de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/RBnKcZHRfZQRS8J4vnK9LRK/abstract/?lang=pt#>

- Giaretta, D. G., & Macedo, M. M. K. (2021). Urgências e emergências no cuidado: narrativas de médicos residentes. *Interação em Psicologia*, 25(1), 55-65. <http://doi.org/10.5380/riep.v25i1.71235>.
- Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. M., & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1306-1315. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>.
- Kovács, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(3), 482-503. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>.
- Lima, K. M. A., Maia, A. H. N., & Nascimento, I. R. C. (2019). Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Revista Bioética*, 27(4), 719-727. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274355>.
- Melo, C. B. (2015). História da psicologia e a inserção no hospital. In E. L. Nogueira, E. M. F. Miranda, & L. C. Santos (Orgs.), *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp. 19-32). Artesã.
- Merker, B. M., Hanson, W. E., & Poston, J. M. (2010). National survey of psychologists' training and practice in breaking bad news: a mixed methods study of the MUM effect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(3), 211-219. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9197-0>.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14a ed.). Hucitec.
- Monteiro, D. T., & Quintana, A. M. (2016). A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 32(4), e324221. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221>.
- Monteiro, D. T., Reis, C. G. C., Quintana, A. M., & Mendes, J. M. R. (2015). Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 547-567. Recuperado em 07 de dezembro, 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n2/v15n2a07.pdf>
- Monteiro, M. C., Magalhães, A. S., Féres-Caneiro, T., & Machado, R. N. (2016). Terminalidade em UTI: as dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. *Psicologia em Estudo*, 21(1), 65-75. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28480>.
- Oliveira-Cardoso, É. A., Garcia, J. T., Santos, L. L., & Santos, M. A. (2018). Comunicando más notícias em um hospital geral: a perspectiva do paciente. *Revista da SPAGESP*, 19(1), 90-102. Recuperado em 07 de dezembro de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702018000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Ostermann, A. C., & Frezza, M. (2017). "Veio o resultado do exame": a comunicação de notícias diagnósticas (e como investigações linguístico-interacionais podem informar as práticas profissionais). *Linguagem em (Dis)curso*, 17(1), 25-50. <https://doi.org/10.1590/1982-4017-170102-0516>.
- Ostermann, A. C., Frezza, M., Rosa, R. M., & Zen, P. R. G. (2017). Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(8), e00037716. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037716>.
- Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., Lemonica, L., & Barros, G. A. M. (2017). The P-A-C-I-E-N-T-E protocol: an instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43-49. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>.
- Pinheiro, R. (2008). Cuidado em saúde. In Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 110-114). Editora Focruz.
- Quevedo Aguado, M. P., & Benavente Cuesta, M. (2019). Aportaciones de la psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 317-332. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1889>.
- Romano, B. W. (1999). Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. Casa do Psicólogo.
- Roussillon, R. (1991). Espaços e práticas institucionais: o quarto de despejo e o interstício. In R. Kaës, J. Bleger, E. Enriques, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon, & J. P. Vidal (Orgs.), *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos* (pp. 133-149). Casa do Psicólogo.

- Setubal, M. S. V., Antonio, M. A. R. G. M., Amaral, E. M., & Boulet, J. (2018). Improving perinatology residents' skills in breaking bad news: A randomized intervention study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(3), 137-146. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1621741>.
- Setubal, M. S. V., Gonçalves, A. V., Rocha, S. R., & Amaral, E. M. (2017). Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: what do perinatology residents think about it?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39(10), 552-559. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604490>.
- Silva, M. J. P. (2012). Comunicação de más notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20123614953>.
- Silveira, F. J. F., Botelho, C. C., & Valadão, C. C. (2017). Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *São Paulo Medical Journal*, 135(4), 323-331. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.
- Turato, E. R. (2013). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas de saúde e humanas* (6a ed.). Vozes.
- Victorino, A. B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J., Bastos, M. Z. N., & Andreoli, P. B. A. (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista da SBPH*, 10(1), 53-63. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.10.129>.
- Zimmerman, D. (2007). Uma ampliação da aplicação, na prática psicanalítica, da noção de continente em Bion. *Interações*, 7(13), 72-82. Recuperado em 07 de dezembro 2021, de <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/239/246>