



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO  
DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Nathalia de Lima Silva**

**Estudo sobre a presença de espaços propícios à  
comunicação de más notícias em hospitais escola do  
estado de São Paulo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal  
Coorientadora: Profa. Dra. Fernanda Bono Fukushima

**Botucatu  
2017**

Nathalia de Lima Silva

Estudo sobre a presença de espaços propícios à  
comunicação de más notícias em hospitais escola do  
estado de São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Pesquisa Clínica,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de  
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu,  
para obtenção do título de Mestra em  
Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal  
Coorientadora: Profa. Dra. Fernanda Bono Fukushima

Botucatu  
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Silva, Nathalia Lima.

Estudo sobre a presença de espaços propícios à  
comunicação de más notícias em hospitais escola do estado  
de São Paulo / Nathalia Lima Silva. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Edison Iglesias de Oliveira Vidal

Coorientador: Fernanda Bono Fukushima

Capes: 40105008

1. Tratamento paliativo. 2. Hospitais de ensino.  
3. Clínica médica - Pesquisa.

Palavras-chave: Comunicação; Cuidados paliativos;  
Hospitais de ensino; Más notícias.

Nathalia de Lima Silva

**Estudo sobre a presença de espaços propícios à comunicação de más notícias em  
hospitais escola do estado de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal

Comissão examinadora:

---

Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Profa. Dra. Regina Célia Popim

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Profa. Dra. Ivana Regina Gonçalves

Faculdades Integradas de Jaú

Botucatu, 10 de Novembro de 2017.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico o presente trabalho à minha mãe, Lucia Maria, que sempre esteve comigo em todas as situações da minha vida, torcendo, chorando e rezando pela sua menina. Eu te amo incondicionalmente. A senhora é meu maior exemplo de dignidade e honestidade. Dedico ao meu pai, Honofre, que é o meu paciente mais teimoso. Às minhas irmãs, Binha e Marcia, que são minhas forças para ir além. Dedico à minha família e amigos que estiveram ao meu lado, me apoiando e entendendo os momentos que eu precisei me ausentar por motivos de trabalho e de estudo. Dedico ainda ao Deivid, o melhor companheiro que Deus poderia colocar na minha vida. Obrigada pela paciência, cumplicidade e amor dedicado por todo esse tempo.

Aos meus pequenos amores: Lívia, Luíza e Lara. Vocês foram o melhor presente do Papai do céu para o coração dessa tia.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor nosso Deus, que até aqui nos ajudou.

Agradeço ao Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal por todo auxílio ao longo do trabalho, por acreditar em mim desde o início, até mesmo em momentos em que eu descreditei que tudo daria certo.

Agradeço à Dra. Fernanda Bono Fukushima, cuja ajuda foi fundamental para desenvolvermos o trabalho e apresentações. Obrigada professora!

Aos queridos alunos que me auxiliaram na coleta de dados: Bárbara Coelho, Camila Temple, Edgar Andrés Delgadilo, Glaycilane Barbosa e Larissa Reinoldes Caetano. Esse trabalho não teria sido finalizado sem a ajuda de vocês. Vocês foram parte fundamental. Minha eterna gratidão!

Agradeço as queridas professoras Regina Popim e Ivana Gonçalves pelas colocações valiosas e ajuda no trabalho.

A todos os representantes e colaboradores dos hospitais que participaram dessa pesquisa. Todos vocês foram muito receptivos e também de fundamental importância para a realização desse trabalho.

A todos do Hospital São Francisco que foram compreensivos ao me apoiarem e liberarem para a realização do mestrado. Embora este não seja o meu local atual de trabalho, vocês fizeram grande diferença e participaram desse período da minha vida. Obrigada!

À PROPe (Pró-Reitoria de Pesquisa da UNESP) pelo apoio financeiro disponibilizado à pesquisa e ao CNPq pela bolsa de Iniciação Científica. O auxílio foi de extrema importância.

A todos que de alguma forma auxiliaram para que esse trabalho fosse concluído.

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.*

**Carl Jung**

## RESUMO

### **Estudo sobre a presença de espaços propícios à comunicação de más notícias em hospitais escola do estado de São Paulo.**

**Introdução:** A comunicação de más notícias envolve situações como a comunicação sobre diagnósticos que ameaçam a vida, a deterioração clínica ou mesmo a morte de um paciente. A forma como esse tipo de informação é transmitido pode ter um impacto profundo na compreensão dos pacientes e de seus familiares sobre a doença, sobre sua capacidade de lidar com a nova situação e pode amplificar ou diminuir o seu sofrimento. Várias pesquisas relativas à comunicação de más notícias nos cuidados de saúde enfatizam a importância de um ambiente físico apropriado para a condução desse processo. Todavia não foram encontrados estudos que tenham avaliado os espaços físicos onde essa comunicação se dá. Portanto, propôs-se o presente projeto de pesquisa com o objetivo de avaliar a presença e as características de ambientes apropriados para a comunicação de más notícias em hospitais escola do estado de São Paulo. **Métodos:** Todos os hospitais de ensino elegíveis foram convidados a participar do projeto. Uma vez que os hospitais aceitassem participar, era agendada uma visita guiada aos seguintes setores de cada hospital: Unidades de Terapia Intensiva (UTI), antessalas do centro cirúrgico, enfermarias de clínica médica, cirurgia, oncologia, neurologia, geriatria, pediatria e cuidados paliativos. **Resultados:** Foram convidados 30 hospitais para o estudo, dos quais 15 concordaram em participar. De 156 setores hospitalares visitados havia apenas 15 (9,6%) com salas para comunicação privada entre profissionais de saúde e pacientes/familiares. Em 98 (62,8%) dos setores visitados não havia sequer salas improvisadas que poderiam ser utilizadas para tais comunicações. **Conclusão:** Na maioria dos setores dos hospitais de ensino visitados há carência de espaços apropriados para comunicação de más notícias ou conversas privadas sobre questões sensíveis com pacientes ou familiares. A ausência de tais ambientes impõe barreiras à comunicação efetiva e empática entre profissionais de saúde e pacientes/familiares. O ambiente físico dos hospitais de ensino transmite mensagens importantes e silenciosas aos alunos, profissionais de saúde e pacientes sobre o que é valorizado ou não dentro dessas instituições. Refletir de forma crítica sobre a forma como os hospitais organizam seu espaço pode inspirar a reestruturação desses ambientes de acordo com os valores e metas pretendidas dessas instituições.

**Palavras-chave:** Comunicação; Más notícias; Cuidados Paliativos, Hospitais de Ensino.



## ABSTRACT

### **Inquiry into the presence of appropriate physical environments for the breaking of bad news in hospitals affiliated with medical schools in the state of São Paulo.**

**Introduction:** The breaking of bad news involves situations such as the communication about life-threatening diagnoses, the clinical deterioration or even the demise of a patient. The way in which those types of information are conveyed may have profound impact in the understanding of patients and families about the illness, in their ability to cope with the new situation, and may amplify or lessen their suffering. Several guidelines concerning the communication of bad news in healthcare emphasize the importance of an appropriate physical environment for the conduction of that process. However there are no studies about the physical environments where such communication processes take place. Therefore we proposed the present research to assess the presence and the characteristics of appropriate places for the communication of bad news within teaching hospitals in the state of Sao Paulo. **Methods:** All eligible teaching hospitals of state of São Paulo were invited to participate in the project. Once one of those hospitals accepted to participate, we scheduled a guided visit to the following sectors of each hospital: Intensive Care Units (ICU), access points to operating suites, Internal Medicine, General Surgery, Oncology, Neurology, Geriatrics, Pediatrics, and Palliative Care wards. **Results:** Thirty teaching hospitals were invited for the study and 15 agreed to participate. Out of 156 hospital sectors visited there were only 15 (9.6%) rooms for private communications between professionals and patients/families. In 98 (62.8%) of the visited sectors there were not even improvised rooms available for such communications. **Conclusion:** Our results show that within most sectors of the teaching hospitals that we visited there is a lack of appropriate spaces for the breaking of bad news and other conversations about sensitive issues with patients or their family members. The absence of such rooms imposes barriers to effective and empathetic communication between healthcare professionals and patients and/or their families. The physical environment of teaching hospitals conveys important soundless messages to students, healthcare professionals and patients about what is valued or not within those institutions. Reflecting critically about the way hospitals organize their space may inspire the redesign of those environments according to the intended values and goals of those institutions.

**Key words:** Communication; Bad News; Palliative Care; Teaching Hospitals.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1- Representação por Hospital de acordo com os blocos investigados. ....</b>	<b>23</b>
<b>Quadro 2 - Presença de locais específicos para comunicação de más notícias por hospital. ....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 3 - Acessibilidade e composição do ambiente de salas específicas à comunicação de más notícias. ....</b>	<b>27</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Setores visitados.....</b>	<b>25</b>
<b>Tabela 2 - Destinação habitual das salas improvisadas para comunicação de más notícias.....</b>	<b>26</b>
<b>Tabela 3 - Resultados da regressão logística bivariada para o desfecho presença de ao menos uma sala específica para comunicação entre profissionais de saúde e pacientes no hospital. ....</b>	<b>28</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>3. MÉTODOS .....</b>	<b>16</b>
3.1 Campo da Pesquisa.....	16
3.2 Critério de inclusão e exclusão.....	16
3.4 Coleta de dados .....	17
3.5 Análises dos dados .....	19
<b>4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>21</b>
4.1 Financiamento .....	21
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE 1.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE 2.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE 3.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO 1- ESPAÇOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 2- SALAS IMPROVISADAS.....</b>	<b>63</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Comunicação é uma atividade básica humana, que envolve o processo de socialização entre os indivíduos. É definida como “interação entre duas ou mais pessoas que enviam e recebem mensagens e, durante o processo, as interpretam”, sendo também determinante de comportamentos e atitudes (PEREIRA, 2008). A definição acima incorpora, além da comunicação verbal, a comunicação não verbal, a qual envolve elementos como a postura, gestos, olhares, a forma de escuta e até mesmo os momentos de silêncio (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

De modo geral o processo de comunicação humana frequentemente é permeado por falhas de compreensão relacionadas tanto à possibilidade de ambivalência decorrentes da linguagem (como palavras e gestos de duplo sentido), como ao fato de o diálogo se dar comumente entre indivíduos que possuem perspectivas, expectativas e referenciais distintos (PEREIRA; FORTES; MENDES, 2013).

Dentro do contexto da atenção à saúde, diversas linhas de evidência têm documentado reiteradamente ao longo das últimas décadas que a forma como profissionais de saúde interagem e se comunicam com seus pacientes influencia de forma positiva diversos desfechos importantes como *status* funcional, intensidade de dor, qualidade de vida, adesão terapêutica, parâmetros fisiológicos (e.g., pressão arterial e hemoglobina glicada) e psicológicos (e.g. nível de ansiedade e sintomas depressivos) (STEWART 1995; GRIFFIN 2004, SANDERS 2013; SCHOENTHALER, 2014). Por outro lado, também há uma grande variedade de relatos na literatura da saúde demonstrando a existência de problemas de comunicação na interação diária entre profissionais de saúde e seus pacientes (MAGUIRE, 2002; GRAINER & KNEBEL, 2003; DUFFY, 2004; HEBERT, 2009).

Um tema que merece destaque dentro do âmbito da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes/familiares diz respeito à comunicação de más notícias (BACK, 2007; EGGLY, 2006; FALLOWFIELD, 2004; ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013; PEREIRA, 2005). O termo “má notícia” retrata toda e qualquer informação transmitida ao paciente e/ou seus familiares que, direta ou indiretamente, afeta negativamente sua(s) expectativas sobre seu presente ou futuro (FALLOWFIELD, 2004; NONINO *et al.*, 2012; LINO *et al.*, 2011). A comunicação de más notícias faz parte do dia a dia de grande parte dos profissionais de saúde e envolve situações como a comunicação de diagnóstico de doenças potencialmente ameaçadoras à vida (e.g., neoplasias malignas) e a própria comunicação de piora clínica ou mesmo do falecimento de um paciente aos seus familiares.

A forma como o tipo de notícia é veiculada ao paciente e/ou seus familiares pode interferir profundamente em sua compreensão acerca de sua doença, na forma como lidarão com a mesma (e.g. aceitação e adesão a tratamentos) bem como na redução ou amplificação de seu sofrimento (BARCLAY, 2007; EGGLY, 2006; FAULKNER, 1998). Deste modo, é essencial que a notícia seja transmitida de forma a minimizar os efeitos traumáticos aos pacientes, familiares e até mesmo aos próprios profissionais de saúde (AUSTRÁLIA, 2007).

Recentemente o Ministério da Saúde Brasileiro, ratificando a relevância desta questão, promoveu uma parceria com o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) e com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein para o desenvolvimento de uma capacitação de profissionais de saúde em técnicas de comunicação de más notícias dentro do contexto da atenção humanizada a pacientes oncológicos e seus familiares (INCA, 2010). Durante a execução desse projeto foram realizadas oficinas para o treinamento de profissionais de saúde do INCA quanto à comunicação de más notícias dentro da prática oncológica utilizando-se de metodologia de simulação realística. Ao término das mesmas foi produzido um livro contendo o relato dessa experiência.

De forma geral, os profissionais de saúde podem abordar a comunicação de más notícias de modo centrado na doença ou no paciente (AUSTRÁLIA, 2007). Entende-se que quando centrada na doença, a notícia tende a ser marcada por tecnicismos e menos efetiva do que quando comparada à abordagem centrada no paciente. Nesta última, o profissional não é dominante da situação, age de forma empática, transmite esperança sem omitir a realidade e o paciente é envolvido ativamente no processo de tomada de decisões. Entretanto, muitos profissionais de saúde relatam ter dificuldade em lidar com este processo de comunicação e não ter recebido formação suficiente nesta área (BACK, 2007; DUFFY, 2004; GRAINER & KNEBEL, 2003; NONINO *et al.*, 2012).

Na literatura há diversas diretrizes a respeito de estratégias destinadas a guiar profissionais de saúde sobre como proceder durante a comunicação de más notícias a seus pacientes e familiares (EGGLY, 2006; FALLOWFIELD, 2004). Há consenso de que a forma da abordagem das más notícias deve estar contextualizada na interação paciente/família/profissional e pautada no entendimento da doença pelo paciente bem como suas preferências em relação ao quanto deseja ser informado acerca de seu estado de saúde. Ainda que existam algumas variações entre as recomendações existentes, de forma geral todos os guias de comunicação de más notícias dentro da área da saúde são compostos por três partes principais: 1) a fase de preparação para dar a má notícia; 2) a comunicação da notícia propriamente dita; e 3) a resposta às reações dos pacientes (EGGLY, 2006; FALLOWFIELD,

2004). Durante a fase de preparação o profissional deve garantir um ambiente apropriado e disponibilidade de tempo suficiente para um diálogo sem interrupções. Adicionalmente, nesta fase o profissional deve explorar a percepção do paciente acerca de seu quadro de saúde e o quanto de informação ele deseja ou não receber. Na etapa seguinte, a comunicação da notícia deve ocorrer de forma gradual, através de linguagem leiga e o mais clara possível, alinhando o conhecimento do profissional com as percepções dos pacientes e verificando a compreensão adequada das informações que foram transmitidas. Na última fase deste processo, os profissionais de saúde devem responder de forma empática às reações dos pacientes e/ou familiares, dar espaço para que estes expressem seus sentimentos e dúvidas, esclarecer seus questionamentos e então concluir resumizando o que foi discutido, delineando os próximos passos da estratégia de tratamento inicial.

No Brasil, a diretriz curricular nacional dos cursos de graduação em medicina defende uma formação humanista, crítica e reflexiva dos alunos enquanto futuros profissionais de saúde. Ressalta ainda a importância da comunicação adequada tanto em equipe multiprofissional como com pacientes e familiares. (Brasil, 2001). De forma semelhante, diretrizes curriculares internacionais reforçam igualmente a importância do desenvolvimento de habilidades de comunicação e de comportamento interpessoal durante a formação dos profissionais de saúde (DUFFY, 2004). Por outro lado, o panorama nacional e internacional revela uma grande lacuna entre tais objetivos elencados nas diretrizes curriculares e a realidade da formação e da prática de grande parte dos profissionais de saúde (BUCKMAN, 2005; LAST, 2007; BACK, 2007; FAULKNER, 1998; NONINO, 2012; RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Uma questão pouco investigada e bastante relevante no contexto assistencial diz respeito ao ambiente físico em que estes processos ocorrem (AUSTRALIA, 2007). De fato, a maior parte das pesquisas sobre a questão da comunicação de más notícias enfoca aspectos relacionados aos profissionais de saúde e seus interlocutores, pacientes e familiares. Em contraposição, e conforme descrito anteriormente no primeiro componente das diferentes diretrizes, para comunicação de más notícias na saúde nota-se a importância da existência de um ambiente físico adequado para o desenlace das etapas posteriores do processo de comunicação desse tipo de notícia. Em função da relevância desta questão e da grande lacuna de conhecimento existente sobre este aspecto, propõe-se o presente estudo para analisar a existência e características de ambientes propícios à comunicação de más notícias em diversos setores de hospitais escolas do estado de São Paulo.

A escolha pelos hospitais escola enquanto campo de pesquisa se deve ao fato destes

corresponderem a locais privilegiados na formação dos profissionais de saúde, uma vez que os conhecimentos ali adquiridos e naturalizados tendem a ser perpetuados na vida profissional e difundidos em diferentes esferas dos Sistemas de Saúde Público e Suplementar (BARATA, 2010).

A hipótese norteadora desta pesquisa é a de que na maioria dos casos os hospitais vinculados às escolas médicas do estado de São Paulo não possuem espaços propícios à comunicação de más notícias.



## **2. OBJETIVOS**

### ***2.1 Objetivo Geral***

Verificar a existência e avaliar as características de espaços para comunicação de más notícias nos seguintes setores de hospitais escola do estado de São Paulo: enfermarias de clínica médica geral, geriatria, pediatria, cirurgia geral (adulto), oncologia (adulto e pediátrico), cuidados paliativos (adulto e pediátrico), neurologia (adulto e pediátrico), Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (adulto, pediátrico e neonatal) e antessalas dos centros cirúrgicos.

### ***2.2 Objetivos Específicos***

- Quantificar a presença de espaços próprios dedicados à comunicação de más notícias nos setores descritos;
- Analisar as características referentes à acessibilidade desses espaços;
- Analisar a existência de barreiras físicas interpostas entre profissional e pacientes/familiares naqueles ambientes e que possam distanciar os participantes (ex. mesas);
- Analisar fatores preditivos da presença destes espaços nas instituições avaliadas.

## **3. MÉTODOS**

### ***3.1 Campo da Pesquisa***

O objeto de pesquisa do presente estudo correspondeu aos hospitais escola do estado de São Paulo, e mais especificamente aos seguintes setores dessas instituições: enfermarias de clínica médica, cirurgia geral, oncologia, neurologia, geriatria, pediatria, cuidados paliativos, Unidades de Terapia Intensiva (adulto, pediátrica e neonatal) e as antessalas dos centros cirúrgicos. A escolha por tais setores decorreu do fato de se tratarem de ambientes onde frequentemente (por inferência dos pesquisadores) há a necessidade de comunicação de más notícias a pacientes e/ou seus familiares.

### ***3.2 Critério de inclusão e exclusão***

#### **3.2.1 Critério de inclusão**

- Para cada escola médica do estado de São Paulo que possuía ao menos uma turma de graduados em medicina até janeiro de 2015 foi selecionado dentre todas as instituições de saúde a elas vinculadas o hospital geral com maior número de leitos e especialidades médicas e que fosse campo de estágio obrigatório dos alunos de cada escola.

#### **3.2.2 Critérios de exclusão**

- Maternidades;
- Hospitais gerais que não sejam campo de estágio obrigatório dos alunos das escolas médicas a eles vinculadas;
- Setores dos hospitais selecionados que se encontravam em reforma ou fora de funcionamento.

### **3.3 Procedimentos para seleção**

Foram seguidos os seguintes passos para a execução do projeto:

1. Pesquisa por meio da internet para identificação dos hospitais vinculados às escolas médicas do estado de São Paulo. Para as finalidades desta pesquisa definimos como hospitais vinculados a uma escola médica aquele que representa campo de estágio obrigatório para os alunos daquela instituição.

2. Contato via telefone e/ou e-mail com as escolas médicas cujos hospitais a ela vinculados não tinham sido identificados via internet. Este contato visou apenas à identificação das instituições hospitalares vinculadas às escolas médicas.
3. Contato via telefone e/ou e-mail com as instituições hospitalares selecionadas na etapa anterior, para convite à participação na pesquisa e fornecimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) para participação na mesma. Primeiramente tentou-se contato com a superintendência do hospital. Quando tal tentativa não era bem sucedida, tentava-se contato com a diretoria clínica do hospital. Na ausência de resposta desta segunda instância, buscava-se contato com o comitê de ética local ou com outras pessoas-chave. Foram realizadas ao menos cinco tentativas de contato antes que fosse descartada a participação de qualquer instituição.
4. Realização da visita presencial às unidades que foram avaliadas para coleta de dados utilizando formulário descrito a seguir e disponível no APÊNDICE 1.

### ***3.4 Coleta de dados***

Foi utilizado um formulário composto por três blocos de informações (APÊNDICE 1). O primeiro bloco referia-se à caracterização da instituição através de dados previamente obtidos no DATASUS (BRASIL, 2015). O segundo bloco era voltado à descrição de aspectos da instituição através de dados obtidos no local, com auxílio da pessoa que guiou a visita dos pesquisadores à instituição. O último bloco de questões era dedicado à caracterização dos setores do hospital envolvidos na pesquisa e era obtido a partir da observação direta desses locais e por questionamento aos profissionais de nível superior em saúde ali presentes. Antes de ser utilizado para coleta de informações o formulário da pesquisa passou por um pré-teste em um hospital que não era elegível para o estudo.

A coleta de dados ocorreu entre abril de 2016 e março de 2017.

O primeiro bloco de questões relativas à caracterização da instituição através de dados do DATASUS (BRASIL, 2015) englobou as seguintes informações:

- *Nome da Instituição;*
- *Cidade onde a Instituição está localizada;*
- *Número de leitos totais do hospital;*

- *Quantidade de leitos destinados ao atendimento do SUS;*
- *Natureza da Organização.* Neste quesito as instituições foram classificadas conforme as categorias empregadas pelo próprio DATASUS em: pública federal, pública estadual, pública municipal, privada sem fins lucrativos, filantrópica com CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde) válido e pessoa física com fins lucrativos.

Em relação segundo bloco de questões, foram levantados os seguintes dados:

- *Identificação dos responsáveis pelo fornecimento das informações.* Foram descritos o cargo e o nome através de suas iniciais, para garantia da privacidade.
- *Tempo em que a instituição está vinculada a uma escola médica.* Caso a instituição fosse vinculada a mais de uma escola médica, utilizamos o dado referente à escola médica de vínculo mais antigo.
- *Presença ou ausência de algum processo de acreditação hospitalar.* Em caso afirmativo, descrevemos o nível de acreditação em que a instituição encontra-se classificada bem como a entidade acreditadora.
- *Quantificação da presença de serviços em enfermarias e leitos das especialidades estudadas nesta pesquisa.*

O terceiro bloco de questões foi preenchido durante a visita presencial de um pesquisador a cada setor de interesse do hospital. Tais visitas de campo foram realizadas pela mestranda e por alunos bolsistas de iniciação científica e colaboradores da pesquisa, sendo levantadas as seguintes informações:

- *Identificar se o quarto padrão é ocupado por mais do que um paciente.* Em caso afirmativo foi quantificado o número médio de pacientes por quarto através da divisão do número total de leitos da enfermaria/setor pelo número de quartos existentes. Foi definido como quarto padrão aquele ocupado pela maior parte dos pacientes daquela unidade, excluídos quartos dedicados a isolamento de contato.
- *Existência de um local reservado onde profissionais de saúde possam ter conversas sobre assuntos delicados com pacientes e/ou seus familiares, como a comunicação de más notícias.* Foi definido como local reservado aquele onde profissionais de saúde e pacientes e/ou seus familiares pudessem ter uma conversa envoltos por quatro paredes e com uma porta que pudesse ser fechada para proporcionar

privacidade. Em caso afirmativo, foram avaliados os seguintes componentes desses locais:

- *Acessibilidade do local.* A acessibilidade foi analisada em relação à distância do local, sendo considerados acessíveis aqueles que se encontravam no mesmo andar dos quartos dos pacientes e até aproximadamente 100 metros de distância do centro da enfermaria/setor. A decisão pelo limite de 100 metros se deve à percepção empírica de que distâncias superiores a essa frequentemente desencorajariam a utilização desses locais. Adicionalmente, a acessibilidade foi avaliada em relação à possibilidade de transporte ao local em cadeira de rodas e macas/leitões móveis.
- *Características das paredes do local.* As paredes do local foram classificadas como de alvenaria, de *dry wall* simples sem isolamento acústico, e de *dry wall* ou outros materiais com isolamento acústico. Esta avaliação foi feita mediante a observação dos pesquisadores e através do questionamento aos profissionais que trabalhavam no local.
- *Uso habitual do local.* Neste campo o pesquisador registrou a finalidade habitual destinada ao local identificado (e.g., sala de aula, sala do chefe da enfermagem, sala de macas, sala dedicada à reuniões reservadas entre profissionais de saúde e pacientes e/ou seus familiares). O registro do uso habitual do local avaliado buscou caracterizar a diversidade de espaços adaptados para comunicação de más notícias frente a situações de ausência de salas específicas com tal finalidade.
- *Composição do ambiente.* Neste item foi considerada a presença de ao menos três cadeiras ou poltronas no local de modo que ao menos um profissional, um paciente e um familiar possam sentar-se para uma conversa face a face. Também foi avaliada a presença de uma mesa, ou outros móveis, entre as cadeiras ou poltronas que dificultassem a proximidade entre o profissional e o paciente ou seus familiares. Finalmente, mediante autorização institucional prévia, foram realizadas fotografias representativas de cada local. Nenhuma das fotografias realizadas incluiu a presença de pacientes ou funcionários das instituições.

### 3.5 Análises dos dados

Foi realizada análise descritiva por meio de tabelas de frequência envolvendo as características das instituições e setores visitados. Também foi elaborada tabela de frequência

em relação ao total visitado, por setor e por instituição. Adicionalmente, foram realizadas análises de regressão logística bivariada adotando-se como variáveis resposta a presença de salas específicas para a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes/familiares bem como a presença de qualquer sala para tais comunicações, sejam essas salas de natureza específica ou improvisada (ex. sala de reuniões). Para esses dois desfechos foram analisadas as seguintes variáveis enquanto possíveis preditoras: tempo de funcionamento dos hospitais desde sua fundação, o fato de o hospital ter passado por um processo de acreditação hospitalar, o número de leitos do hospital e a natureza administrativa do hospital (pública versus privada). Adotou-se como parâmetro para significância estatística um valor de  $\alpha$  de 0,05. As análises estatísticas foram realizadas através do *software* R (versão 3.1.3) (R Core Team, 2014).

## **4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Esta pesquisa foi conduzida em acordo com os princípios da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu CEP/FMB e aprovado sob o parecer 45403015.6.0000.5411. Foi garantido o anonimato das instituições pesquisadas e lhes foi assegurado que nenhuma informação obtida seria utilizada para qualquer forma de ranqueamento entre as mesmas. As fotografias obtidas dos locais identificados na pesquisa não contém pacientes nem qualquer outra pessoa e foram obtidas mediante autorização institucional.

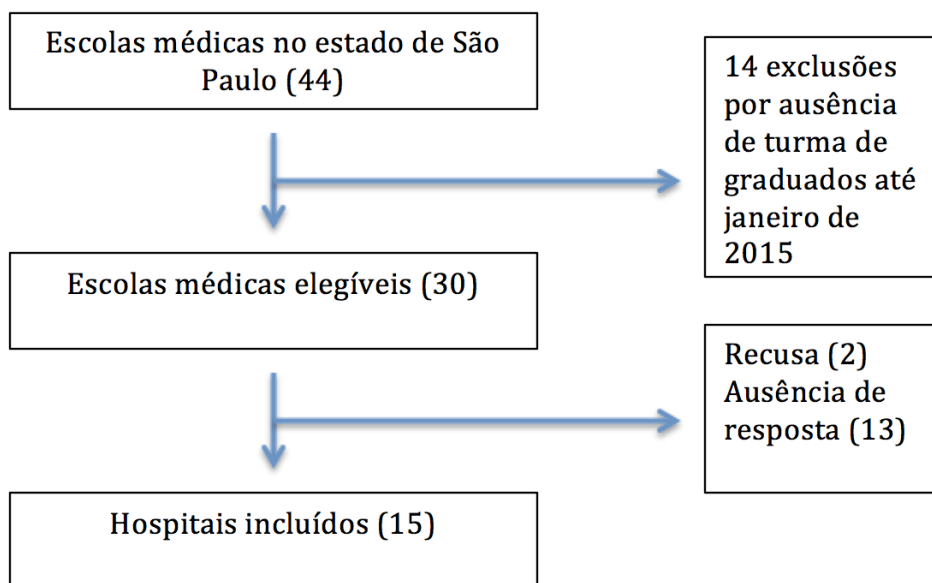
### ***4.1 Financiamento***

A presente pesquisa foi apoiada pelo PROPe (Pró-reitoria de Pesquisa da UNESP) através do auxílio financeiro com despesas de viagens e estadias dos pesquisadores durante as visitas presenciais. O CNPq também apoiou a pesquisa na forma da concessão de uma bolsa de iniciação científica. As agências financiadoras não tiveram qualquer papel na coleta ou análise de dados, nem na apresentação dos resultados.

## 5. RESULTADOS

No início do delineamento da pesquisa, em janeiro de 2015, havia 44 escolas médicas no Estado de São Paulo, sendo que 30 já possuíam alunos graduados em medicina naquele momento (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014). A Figura 1 descreve os resultados do processo de inclusão e de exclusão dos hospitais-escola na pesquisa.

**Figura 1 - Fluxograma de inclusão e exclusão na pesquisa**



Apenas um dos quinze hospitais escola avaliados possui acreditação hospitalar, sendo a agência acreditadora, a ONA (Organização Nacional de Acreditação). Dos quatorze hospitais restantes, apenas um deles estava em processo de acreditação e três possuem certificação de qualidade fornecida pelo Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos (PRHF). As certificadoras de qualidade encontradas foram: CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar), CEALAG (Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão) e CPFL (Companhia Paulista de Fornecimento de Luz).

Os 15 hospitais que participaram dessa pesquisa possuem ao todo 6104 leitos (média = 406,9 leitos  $\pm$  283,3). Destes, 4606 leitos são destinados ao SUS (75,5%). Oito instituições



são de natureza privada sem fins lucrativos, seis são públicas estaduais e uma pública municipal. O tempo médio de vínculo com as escolas médicas foi de 33,5 anos ( $\pm 22,5$ ).

A visita às instituições foi guiada por enfermeiros em nove hospitais, por médicos em três hospitais, por assistentes sociais em dois hospitais e por psicólogo em um hospital.

Os dados foram estratificados segundo os hospitais, que aqui foram nomeados de A à O para manutenção de seu anonimato e seguem discriminados por hospital de acordo com o QUADRO 1.

**Quadro 1- Representação por Hospital de acordo com os blocos investigados.**

Primeiro bloco- Caracterização das instituições		Segundo bloco- Descrição dos aspectos das instituições		
Hospital -escola	Natureza da Organização	Profissional que acompanhou a visita	Tempo de vínculo hospital – Faculdade	Acreditação Hospitalar?
<b>A</b>	Privado sem fins lucrativos	Médico	48	Não
<b>B</b>	Público Estadual	Enfermeiro	50	Não
<b>C</b>	Público Estadual	Médico	16	Sim
<b>D</b>	Privado sem fins lucrativos	Enfermeiro	30	Não
<b>E</b>	Público Estadual	Enfermeiro	30	Não
<b>F</b>	Público Estadual	Psicólogo	50	Não
<b>G</b>	Privado sem fins lucrativos	Assistente Social	16	Não
<b>H</b>	Privado sem fins lucrativos	Assistente Social	64	Não
<b>I</b>	Privado sem fins lucrativos	Enfermeiro	13	Não
<b>J</b>	Privado sem fins lucrativos	Médico	13	Não
<b>K</b>	Público Estadual	Enfermeiro	35	Não
<b>L</b>	Privado sem fins lucrativos	Enfermeiro	6	Não
<b>M</b>	Público Municipal	Enfermeiro	3	Em processo
<b>N</b>	Público Estadual	Enfermeiro	77	Não
<b>O</b>	Privado sem fins lucrativos	Enfermeiro	52	Não

Dos 15 hospitais visitados, seis não possuíam nenhuma sala específica destinada à comunicação de más notícias em nenhum dos setores visitados. Dos nove hospitais que possuíam ao menos uma sala específica, a maior parte delas (11 de um total de 15 salas) localizava-se nas unidades de terapia intensiva, conforme descrito na Tabela 1 e no QUADRO 2. O quadro e a tabela também reportam a frequência de espaços improvisados para comunicação de más notícias, ou seja, salas que usualmente possuem outra finalidade (e.g., sala de aula e sala de enfermagem), mas que podem ser utilizadas para tais conversas de acordo com sua disponibilidade.

**Quadro 2 - Presença de locais específicos para comunicação de más notícias por hospital.**

Terceiro bloco: Visita presencial- Caracterização dos setores do hospital															
Setores	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Clínica Médica Geral		■		■	■	■	■	■		■			■	■	
Clínica Cirúrgica					■				■	■	■		■		■
Oncologia Adulta					■	■		■		■					■
Oncologia Infantil						■									■
Geriatria								■							■
Pediatria					■					■	■		■	■	■
Cuidados Paliativos Adulto				■											
Cuidados Paliativos Infantil															
Neurologia Adulto					■			■		■			■	■	
Neurologia Infantil															
UTI adulto	■	■		■	■	■				■	■		■	■	
UTI pediátrica		■			■					■	■			■	■
UTI neonatal		■			■					■	■				■
Antessalas Centro Cirúrgico					■				■						

■ Salas específicas  
 ■ Salas improvisadas

Salas improvisadas: salas destinadas a outras atividades e que eventualmente podem ser utilizadas para conversas reservadas entre profissionais de saúde e pacientes ou seus familiares.

A TABELA 1 descreve o número de espaços para a comunicação reservada entre profissionais de saúde e pacientes ou familiares nos setores visitados.

**Tabela 1 - Setores visitados**

Setores Visitados	Total de enfermarias visitadas	Média paciente/quarto (DP)	Espaço específico destinado à comunicação	Salas improvisadas*	Ausência total de salas
<b>Clínica Médica Geral</b>	32	2,3 ( $\pm$ 0,5)	0	9	23
<b>Clínica Cirúrgica</b>	19	2,4 ( $\pm$ 0,5)	1	5	13
<b>Oncologia adulto</b>	8	2,3 ( $\pm$ 0,5)	0	5	3
<b>Geriatría</b>	2	2 (0)	0	2	0
<b>Cuidados Paliativos Adulto</b>	2	2 (0)	0	1	1
<b>Neurologia Adulto</b>	11	2,3 ( $\pm$ 0,5)	1	4	6
<b>UTI adulto</b>	23	16,9 ( $\pm$ 8)	8	1	14
<b>Antessala centro cirúrgico</b>	15	0 (0)	2	0	13
<b>Pediatria</b>	11	3,4 ( $\pm$ 1,3)	0	6	5
<b>Oncologia Pediátrica</b>	8	2 (0)	0	2	6
<b>Neurologia pediátrica</b>	2	2 (0)	0	0	2
<b>UTI pediátrica</b>	11	8,5 ( $\pm$ 3,4)	2	4	5
<b>UTI neonatal</b>	12	12,4 ( $\pm$ 9,1)	1	4	7
<b>Total (%)</b>	156	--	15 (9.6%)	43 (27.6%)	98 (62.8%)

\*Salas improvisadas: salas destinadas a outras atividades e que eventualmente podem ser utilizadas para conversas reservadas entre profissionais de saúde e pacientes ou seus familiares.

DP: desvio padrão

Em relação às salas improvisadas, descreve-se na TABELA 2 seus usos comuns.

**Tabela 2 - Destinação habitual das salas improvisadas para comunicação de más notícias.**

<b>Local</b>	<b>N (%)</b>
Sala de reunião	11 (25,6%)
Sala de prescrição	10 (23,2%)
Sala da enfermeira	8 (18,6%)
Sala da assistente social	4 (9,3%)
Sala de aula	3 (7%)
Secretaria	1 (2,3%)
Sala de procedimentos	1 (2,3%)
Sala de macas	1 (2,3%)
Consultório medico	1 (2,3%)
Sala da lavagem de mãos	1 (2,3%)
Conforto médico	1 (2,3%)
Capela	1 (2,3%)

A acessibilidade e a composição do ambiente estão descritas no quadro a seguir:

**Quadro 3 - Acessibilidade e composição do ambiente de salas específicas à comunicação de más notícias.**

		<b>Salas Específicas n (%)</b>	<b>Salas Improvissadas n (%)</b>	<b>Total</b>
Acessibilidade	Distância < 100 m (%)	15 (100)	42 (97.7)	57 (98.3)
	Acesso a cadeira de rodas (%)	8 (53.3)	22 (51.2)	30 (51.7)
	Acesso a macas (%)	3 (20)	11 (25.6)	14 (24.1)
Composição do ambiente	Cadeiras e poltronas*(%)	14 (93.3)	34 (79.1)	48 (82.7)
	Presença de mesa (%)	9 (60)	27 (62.8)	36 (62.1)
	Alvenaria**	9 (60)	40 (93)	49 (84.5)
	<i>Drywall</i> **	6 (40)	3 (7)	9 (15.5)

\*Consideramos locais com no mínimo três cadeiras ou poltronas (uma para profissional, uma para o paciente e uma para o acompanhante).

\*\* Em relação ao material da parede do local da sala.

Chamou-nos atenção o fato de que um dos locais improvisados para comunicação de más notícias não possuía sequer um único assento para acomodar pacientes, familiares ou profissionais, por tratar-se de uma sala usualmente utilizada para lavagens das mãos.

É importante citar que durante as visitas houve **14** situações em que os guias reportaram espontaneamente que as notícias (boas ou más) em diversos setores são usualmente dadas em locais como corredores e halls de acesso, onde é

remota qualquer possibilidade de privacidade. Chamava a atenção a forma absolutamente natural com que essa informação era dada. Em apenas um hospital visitado o guia demonstrava desconforto ao reconhecer que frequentemente os ambientes utilizados para comunicação de más notícias não eram adequados à tal prática.

A TABELA 3 descreve os resultados das regressões logísticas bivariadas tendo como variáveis resposta a presença de ao menos uma sala específica dedicada à comunicação entre profissionais de saúde e pacientes/familiares.

**Tabela 3 - Resultados da regressão logística bivariada para o desfecho presença de ao menos uma sala específica para comunicação entre profissionais de saúde e pacientes no hospital.**

<b>Variável preditora</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
Tempo de funcionamento	1,0	0,98 a 1,02	0,80
Presença de acreditação hospitalar	0	0 -	1,00
Número de leitos	1,0	1,00 a 1,01	0,71
Natureza administrativa pública	0,86	0,04 a 16,85	0,92

A TABELA 4 descreve os resultados das regressões logísticas bivariadas adotando como desfecho a presença de ao menos uma sala específica ou improvisada para comunicação entre profissionais de saúde e pacientes/familiares.

**Tabela 4 - Resultados da regressão logística bivariada para o desfecho presença de ao menos uma sala específica ou improvisada para comunicação entre profissionais de saúde e pacientes no hospital.**

<b>Variável preditora</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
Tempo de funcionamento	1,0	0,98 a 1,01	0,38
Presença de acreditação hospitalar	0	0 a infinito	1,00
Número de leitos	1,0	0,99 a 1,00	0,18
Natureza administrativa pública	2,5	0,29 a 21,4	0,40

Sete das 15 instituições permitiram que fossem realizadas fotografias dos locais. As imagens estão disponíveis no ANEXO 1- Locais específicos e ANEXO 2- Locais improvisados.

## 6. DISCUSSÃO

O principal resultado encontrado na presente pesquisa foi a carência de espaços que proporcionem privacidade para comunicação de más notícias em hospitais escola do estado de São Paulo. De fato, 62% dos setores visitados não dispunham sequer de salas improvisadas que proporcionassem privacidade para comunicação. A ausência desses espaços implica que frequentemente más notícias e outras comunicações sobre assuntos sensíveis provavelmente ocorram em ambientes inadequados, que por sua vez podem influenciar negativamente a qualidade da interação profissional-paciente. Adicionalmente, a carência desses espaços sinaliza que, historicamente, muitas instituições hospitalares não têm dado a importância devida a questões relativas à qualidade da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes/familiares. Apenas nas últimas poucas décadas a medicina passou refletir mais sobre a importância da qualidade da comunicação entre profissionais e pacientes/familiares (LUCÉ, WHITE, 2009), de tal modo que no momento da fundação de grande parte dos hospitais aqui visitados, essa era provavelmente uma questão de menor importância ou mesmo imperceptível para gestores e profissionais. Um exemplo disso repousa no fato de que a ética médica da primeira metade do século XX baseava-se fundamentalmente nos princípios de beneficência, não-maleficência e justiça, enquanto que o princípio ético da autonomia passou a ser incorporado na ética médica internacional apenas na segunda metade do século passado. No Brasil um passo importante na direção da consolidação desse princípio ocorreu a partir da publicação do novo código de ética médica em 2009 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Outro exemplo que ilustra o quanto a importância da existência de espaços adequados para a comunicação de más notícias vem sendo negligenciada é o fato de agências acreditadoras de instituições hospitalares não avaliarem a presença de espaços que permitam a privacidade durante a comunicação com pacientes e/ou seus familiares durante o processo de acreditação. Os primeiros movimentos de acreditação hospitalar surgiram em 1924 nos Estados Unidos com a criação do Programa de Padronização Hospitalar, que na década de 50 foi delegado à *Joint*



*Commission on Accreditation of Hospitals*, a qual, atualmente, conhecemos simplesmente por *Joint Commission*. A discussão relativa à acreditação hospitalar chegou ao Brasil somente na década de 1990 com a criação de uma comissão nacional reunida pelo Ministério da Saúde, resultando na criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 1999 (MENDES, MIRANDOLA, 2015).

Relativamente nova, a acreditação hospitalar ainda não foi incorporada pela maioria dos hospitais, sabendo-se que há apenas cerca de 5% dos hospitais do país com algum nível de acreditação (MENDES, MIRANDOLA, 2015), caso que se confirma com o presente estudo, onde de 15 hospitais apenas um (6,7%) possuía certificado de acreditação hospitalar.

Em 2003 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização PNH visando estimular a comunicação entre trabalhadores da saúde, usuários e gestores para o desenvolvimento de processos coletivos que fortalecessem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais e dos usuários no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Essa política conceitua acolhimento como a postura ética do profissional que, ao escutar as queixas dos usuários, reconhece o papel da pessoa como protagonista no seu processo de saúde-doença e como colaborador nos caminhos para busca de soluções. Define ainda o acolhimento como compromisso de resposta dos profissionais de saúde aos que procuram assistência. Segundo a diretriz da Política Nacional de Humanização, o acolhimento deve sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários, e objetiva a criação de laços de confiança e vínculo entre os envolvidos no processo do cuidado.

O acolhimento tem sido fonte de inúmeras pesquisas na área da saúde, sobretudo em programas de atenção primária, sendo pouco explorada no ambiente hospitalar (PROCHNOW, 2009). Nossos resultados demonstram, através da carência de espaços propícios à comunicação reservada entre profissionais e pacientes/familiares, a presença de barreiras para uma comunicação efetiva e empática no contexto dos hospitais escola estudados. Essas barreiras à comunicação representam também empecilhos ao acolhimento defendido pela Política Nacional de Humanização.

O ambiente físico dos hospitais escola transmite a alunos e funcionários, de forma silenciosa porém enfática, importantes mensagens sobre o que é valorizado ou não dentro das instituições. Trata-se certamente de um aspecto pouco investigado do currículo oculto das escolas médicas. Por currículo oculto entende-se o ambiente cultural e organizacional das instituições, com suas regras tácitas e naturalizadas sobre o que é importante, valorizado e aceitável ou não dentro dos relacionamentos entre profissionais, pacientes e estudantes (D'EON, 2007). Refletir criticamente sobre como os hospitais escola organizam seu ambiente físico tem o potencial de influenciar o padrão de mensagens transmitidas silenciosamente através do currículo oculto dos hospitais.

É interessante notar que tanto no campo das pesquisas sobre comunicação de más notícias, como no que diz respeito aos estudos sobre o currículo oculto das instituições de saúde e escolas médicas, o enfoque usual dessas investigações recai quase que exclusivamente sobre o âmbito das relações interpessoais e desconsidera o ambiente físico onde as mesmas se passam, sem reconhecer a importância do ambiente enquanto elemento mediador das relações (MARTIMIANAKIS, 2015). Os resultados apresentados demonstram que a lacuna existente entre a importância atribuída à aquisição de habilidades de comunicação nas diretrizes curriculares em geral e a realidade da formação de grande parte dos profissionais não se restringe ao espaço das salas de aula, refletindo-se também na forma como se configuram os espaços físicos das instituições hospitalares (BUCKMAN, 2005; LAST, 2007; BACK, 2007; FAULKNER, 1998; NONINO, 2012; RODRIGUES, FERREIRA, MENEZES, 2010).

O setor onde mais foram encontradas salas específicas à comunicação de más notícias foi o das UTIs de adultos, com oito salas específicas para um total de 15 unidades. A UTI certamente é um local onde se concentra uma grande proporção de pacientes com grande risco de óbito, e onde a existência de espaços que permitam uma interação mais próxima e reservada entre profissionais de saúde e familiares pode contribuir em muito para uma melhor qualidade de comunicação. Por outro lado chama a atenção o fato de que quase metade (40%) das UTIs de adultos não apresentavam quaisquer espaços – sequer salas improvisadas –, o que

indica que comunicações de más notícias a familiares de pacientes internados nessas unidades provavelmente ocorram em espaços inadequados como corredores e *halls* de entrada. Esse quadro revelou-se pior nas UTIs dedicadas ao público infantil, onde de um total de 23 unidades havia 12 (52,2%) onde não existiam sequer espaços improvisados e onde um dos espaços improvisados se tratava de uma sala usualmente destinada para a lavagem de mãos dos profissionais de saúde e que não contava sequer com assentos para acomodar familiares de pacientes ou profissionais da unidade.

Por outro lado, o fato de haver maior concentração de salas destinadas à comunicação em UTI em comparação a outros setores, indica que a necessidade de um local reservado para esta finalidade é do conhecimento das instituições. Todavia, a ausência de espaços equivalentes em outros setores (e.g., enfermarias de clínica médica) dos mesmos hospitais talvez reflita uma falsa percepção dos gestores de que em tais setores não sejam comuns situações que demandem a comunicação de más notícias. Tal percepção certamente encontrar-se-ia em desacordo com o contexto da variedade de setores hospitalares estudados onde notícias relativas à morte de pacientes, à piora clínica e outras adversidades certamente fazem parte do dia a dia de profissionais, pacientes e seus familiares.

É possível que em um cenário diferente, onde a maior parte dos pacientes se encontrassem internados em quartos ocupados por apenas um paciente, que a ausência de outros espaços que permitissem a comunicação com um mínimo de privacidade dentro dos setores visitados não fosse tão problemática. Isso decorreria do fato de que os quartos de internação em si mesmos já ofereceriam condições de privacidade para a comunicação com o paciente. Nesses casos, o problema relacionado ao espaço físico para a comunicação se restringiria a situações onde a comunicação devesse se dar apenas com os representantes ou familiares do paciente, como em caso de pacientes que optaram por não ser informados sobre seus diagnósticos ou de pacientes pediátricos sem capacidade de compreender todas as informações. Todavia, a média de leitos por quarto padrão nos setores visitados dos hospitais escola era de 2,6 leitos por quarto. A configuração de enfermarias com mais de um leito representa uma realidade do SUS e tem o nobre objetivo de

otimizar a utilização do espaço físico dos hospitais de modo a facilitar o acesso de mais pacientes aos cuidados de saúde. Por outro lado, conversas sobre temas sensíveis entre profissionais de saúde e pacientes na maioria dos quartos de internação disponíveis nos hospitais escola analisados provavelmente não oferecem condições de privacidade adequadas e podem ter implicações não apenas para o paciente em questão, mas também para seu colega de quarto que pode ouvir detalhes de uma conversa que não lhe diz respeito e tomar conclusões inadequadas. A título de exemplo, ao ouvir uma discussão sobre preferências de cuidados no fim da vida entre um companheiro de quarto e a equipe médica, um paciente pode ter a impressão errônea de que a equipe de saúde está propondo uma eutanásia.

Frente à ausência de salas específicas destinadas à comunicação com pacientes e familiares nota-se a presença de uma variedade de espaços improvisados nos setores visitados. Esses espaços improvisados encontram-se disponíveis em pouco menos de um terço dos setores visitados e em sua maioria correspondem a salas de reunião, salas de prescrição e salas da enfermeira do setor, salas de assistentes sociais e salas de aula. Embora nem todos esses espaços improvisados possam sempre oferecer privacidade e sua utilização esteja condicionada à sua disponibilidade frente à sua finalidade usual, o simples fato de que os mesmos virem sendo utilizados para comunicação com pacientes/familiars denota a existência da necessidade por espaços de comunicação dentro dos hospitais escola.

No que concerne à acessibilidade das salas específicas e improvisadas, apenas uma das salas improvisadas e nenhuma das salas específicas localizava-se a mais de 100m de distância do centro de cada setor visitado. Esse aspecto é relevante porque distâncias excessivas entre tais salas e os locais de cuidado à saúde podem representar barreiras a sua utilização. Por outro lado, ainda em termos de acessibilidade, apenas cerca de metade das salas específicas e improvisadas permitiam acesso a cadeira de rodas e pouco menos de um quarto do total de salas permitia acesso a macas. Esse último dado provavelmente é reflexo de dificuldades gerais relacionadas à acessibilidade de ambientes públicos e privados a pessoas portadoras de necessidades especiais bem como do fato de que grande parte dos hospitais visitados foram construídos muito antes das leis 10.098/2000 e

5.296/2004 que versam sobre esse tema (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004; FRAGMAN, 2009; SANTOS, 2005).

Quanto à composição do ambiente dos espaços específicos para comunicação entre profissionais e pacientes/familiares notamos que 40% possuíam paredes de *drywall*, que não proporciona isolamento acústico satisfatório na maior parte das situações. Já em relação às salas improvisadas, usualmente destinadas a outras atividades, em sua maioria as paredes eram de alvenaria, com isolamento acústico provavelmente superior ao das de *drywall*. Certamente as paredes de *drywall* representam uma solução de menor custo para a criação de novos ambientes em espaços já existentes, no entanto apresentam uma limitação importante concernente ao grau de privacidade acústica que oferecem. Sua adoção em uma grande proporção das salas específicas para comunicação certamente se relaciona à interface entre as limitações orçamentárias de cada instituição e suas prioridades de investimento no que tange a criação de espaços para comunicação frente a outras demandas também importantes dos hospitais.

Ainda em relação ao ambiente físico das salas específicas e improvisadas para comunicação observou-se a presença de mesas interpondo-se a cadeiras e poltronas em 62% das vezes. A presença de uma mesa nessa posição se contrapõe às recomendações de diferentes protocolos de comunicação de más notícias, os quais afirmam que o ideal seria um ambiente sem obstáculos se entrepondo entre profissionais e pacientes/familiares de modo a favorecer um contato mais próximo (EGGLY, 2006; FALLOWFIELD, 2004, BUCKMAN, 2005).

Outro resultado que merece ser comentado diz respeito à baixa prevalência de enfermarias destinadas a cuidados paliativos, com apenas dois setores dedicados a adultos e nenhum setor de cuidados paliativos pediátricos nos 15 hospitais visitados. Esse achado reflete a situação atual dos cuidados paliativos no Brasil, o qual foi classificado pelo Atlas Mundial de Cuidados Paliativos entre os países (OMS, 2014) com provisão de cuidados paliativos de forma pontual, onde tais práticas ainda são esparsas, carecem de apoio governamental e ainda não foram incorporadas aos cuidados de saúde usuais da maior parte da população. A necessidade de melhoramentos na provisão de cuidados paliativos no Brasil e em outros

países é ilustrada pelas recomendações da 67ª assembleia mundial de saúde, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS) urgiu que todos os países membros desenvolvam, fortaleçam e implementem cuidados paliativos em seus sistemas de saúde (OMS, 2014).

Segundo definição da OMS (OMS, 2012):

*"cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".*

A comunicação efetiva e empática corresponde a um elemento central de qualquer programa de cuidados paliativos (FAULKNER, 1998). Nossos resultados indicam que mesmo nos poucos setores específicos de cuidados paliativos existentes nos hospitais visitados não havia qualquer espaço específico para a comunicação com pacientes ou familiares, mas apenas uma sala improvisada para um dos dois setores visitados.

A constatação de que nenhuma das variáveis preditoras analisadas associou-se à presença de ao menos uma sala específica ou improvisada para comunicação entre profissionais e pacientes/familiares nos modelos de regressão logística bivariada era esperada. A ausência de associação decorre não apenas do pequeno número de hospitais analisados, mas também do fato de que as poucas variáveis preditoras a que se teve acesso não refletem os complexos determinantes que levam ou não à alocação de espaços hospitalares para tal finalidade.

A presente pesquisa apresenta uma série de limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, foi possível visitar apenas metade das escolas elegíveis para a pesquisa. Isso significa que a capacidade de generalização dos resultados da pesquisa para o estado de São Paulo como um todo é limitada. No entanto, é possível que um dos fatores que motivou a não participação de diversas instituições se relacione à própria ausência de espaços propícios à comunicação de más notícias em seus domínios, o que permite hipotetizar que os resultados encontrados superestimam a frequência e adequação desses espaços em relação à realidade. Adicionalmente, outra limitação decorrente do pequeno número de instituições partici-

pantes diz respeito à impossibilidade de realizarmos análises estatísticas envolvendo múltiplas variáveis.

Outra limitação da pesquisa se relaciona ao fato de que não foi possível analisar a forma como a comunicação de más notícias se dá de fato nas instituições visitadas ou a percepção dos profissionais, pacientes e/ou familiares sobre os processos de comunicação e os espaços destinados à comunicação entre profissionais e pacientes ou familiares. No entanto, a pesquisa não foi concebida com tais objetivos e a observação da prática de comunicação de más notícias demandaria recursos inacessíveis à pesquisa, como a presença de um pesquisador por extenso período de tempo em cada hospital participante e a entrevista de múltiplos profissionais, pacientes e familiares. Ainda assim, essa limitação demanda parcimônia ao interpretar os resultados encontrados. Por um lado, a existência de locais específicos para comunicação de más notícias não implica que a comunicação entre profissionais e pacientes/familiares se dê da melhor forma possível. De forma semelhante, a ausência de espaços específicos ou mesmo a presença de espaços improvisados com características subótimas (e.g., paredes de *drywall* e mesas interpondo-se aos assentos) não implica necessariamente que diversos elementos importantes do processo de comunicação tenham se dado de forma inadequada.

A despeito das limitações descritas acima, a presente pesquisa conta com alguns pontos fortes que merecem destaque. O primeiro deles corresponde à pergunta inovadora, não previamente conduzida por outros pesquisadores, sobre um aspecto relevante porém não investigado relacionado às práticas de comunicação e ao currículo oculto dos hospitais escola. Outro ponto forte da pesquisa relaciona-se à obtenção de informações *in loco*, e não através de questionários encaminhados a cada instituição sobre seu espaço físico, o que aumenta a fidedignidade das informações colhidas.

A presente pesquisa aponta para uma possibilidade concreta de intervenção no ambiente físico de hospitais escola que tem o potencial de tanto de facilitar processos de comunicação de más notícias como de favorecer a disseminação dos valores da instituição acerca da ética e profissionalismo nos cuidados prestados a pacientes e seus familiares. Nossos resultados também sinalizam um novo domí-

nio que pode ser incorporado por agências de acreditação hospitalar como critério de qualidade no processo de avaliação dessas instituições.

Adicionalmente, nosso estudo abre as portas para novas pesquisas sobre o tema da comunicação de más notícias envolvendo o espaço físico das instituições de saúde. Dentre as pesquisas possíveis que podem ser estimuladas a partir dos resultados apresentados encontram-se ensaios clínicos randomizados por *cluster* que examinem o impacto da implantação de salas destinadas à comunicação reservada entre profissionais e familiares/pacientes em parâmetros como a qualidade da comunicação e os níveis de estresse de profissionais e pacientes/familiares.



## 7. CONCLUSÃO

Na maioria dos setores dos hospitais de ensino visitados há carência de espaços apropriados para comunicação de más notícias ou conversas privadas sobre questões sensíveis com pacientes ou familiares. A ausência de tais ambientes impõe barreiras à comunicação efetiva e empática entre profissionais de saúde e pacientes/familiares. O ambiente físico dos hospitais de ensino transmite mensagens importantes e silenciosas aos alunos, profissionais de saúde e pacientes sobre o que é valorizado ou não dentro dessas instituições. De fato, trata-se de um elemento pouco estudado do currículo oculto das instituições de saúde. A presente pesquisa provavelmente corresponde ao primeiro estudo a se debruçar sobre a interface entre o ambiente físico de hospitais de ensino e a comunicação de más notícias. Além de apontar para possibilidades concretas de intervenções no espaço arquitetônico dos hospitais escola, os resultados apresentados sinalizam um novo domínio que pode ser incorporado por agências de acreditação hospitalar enquanto critério de qualidade para avaliação dessas instituições. Refletir de forma crítica sobre a forma como os hospitais organizam seu espaço pode inspirar a reestruturação desses ambientes de acordo com os valores e metas pretendidos pelos mesmos.

## 8. REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.

AUSTRÁLIA. National Breast and Ovarian Cancer Centre. **Breaking bad news: Evidence from the literature and recommended steps**. Surry Hills: National Breast and Ovarian Cancer Centre, 2007.

BACK, A. L. et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. **Arch. Intern. Med.**, v. 167, p. 453-460, 2007.

BARATA, L. R. B. et al. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **RAS**, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.

BARCLAY, J. S. et al. Communication strategies and cultural issues in the delivery bad news. **J. Palliat. Med.**, v. 10, n. 4, p. 958-977, 2007.

BRASIL. **Decreto n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências

BRASIL. Legislação. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. Brasília: MEC, 2014. Disponível em:<<http://emec.mec.gov.br/>>.

Acesso em: 12 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. **Psychosoc. Oncol.**, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: Resolução CFM no 1.931/09. Brasília: CFM, 2009.

D'EON, M.; TURNER, M.; JONES, C. Perils of the hidden curriculum revisited. **Med. Teach.**, v. 29, p. 295-296, 2007.

DUFFY, F. D. et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. **Acad. Med.**, v. 79, n. 6, p. 495-507, 2004.

EGGLY, S. et al. Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. **J. Clin. Oncol.**, v. 24, n. 4, p. 716-719, 2006.

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

FAULKNER, A. Communication with patients, families, and other professionals. **BMJ**, v. 316, p. 130-132, 1998.

FLEISS, J. L.; LEVIN, B. A.; PAIK, M. C. **Statistical methods for rates and proportions**. Hoboken: J. Wiley, 2003.

FRAGMAN, R.; VIANA, H. B. Acessibilidade em locais públicos e privados para pessoas com limitações funcionais: um estudo sobre as dificuldades do tetraplégico. *Rev. Digital*, v. 14, n. 139. 2009.

GREINER, A. C.; KNEBEL, E. **Health professions education**: a bridge to

quality. Washington: National Academy Press, 2003. p. 192.

GRIFFIN, S. J. A. L. et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners. A systematic reviews of trials. **Ann. Fam. Med.**, v. 2, n. 6, p. 595-608, 2004.

HAFFERT, F. W. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. **Acad. Med.**, v. 73, p. 403-440,1998.

HEBERT, D. H. et al. Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? A survey of hematology/ oncology program directors. **J. Palliat. Med.**, v. 12, n. 12, p. 1119-1124, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Assistência Gerencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde.** Rio de Janeiro: INCA, 2010.

LAST, A. R. Learned techniques do not necessarily translate to real change. **Arch. Intern. Med.**, v. 167, n. 20, p. 2261-2262, 2007.

LINO, C. A. et al. Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 35, n.1, p. 52-57, 2011.

LUCE, J. M.; WHITE, D. B. A history of ethics and law in the intensive care unit. **Crit. Care Clin.**, v. 25, n. 1, p. 221, 2009.

MAGUIRE, P. Breaking bad news: talking about death and dying. **Medicine**, v. 33, n. 2, p. 29-31, 2002.

MARTIMIANAKIS, M. A. et al. Humanism, the hidden curriculum, and educational reform: a scoping review and thematic analysis. **Acad. Med.**, v. 90, p. 5-13, 2015.

MCKENNA, P.; SHEIKH, A. A.; SMITH, D. **Is it time for advance healthcare directives?** Dublin: The Irish Council for Bioethics, 2007. p. 109.

MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gest. Prod.**, v. 22, n. 3, p. 636-648, 2015.

NONINO, A.; MAGALHAES, S. G.; FALCAO, D. P. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 36, n. 2, p. 228-233, 2012.

OMS. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Genève: OMS, 2012.

OMS. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. **Worldwide Palliative Care Alliance**, 2014.

PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L.; MENDES, J. M. G. Communication of bad news: systematic literature review. **J. Nurs. UFPE**, v. 7, n. 1, p. 227-235, 2013.

PEREIRA, M. A. G. **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008.

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2005.

PROCHNOW A. G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 11-18, 2009.

R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.

RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 86-91, 2010.

SANDERS, A. R. J. et al. Effects of improved patient participation in primary care on health-related outcomes: a systematic review. **Fam. Pract.**, v. 30, p. 365-378, 2013.

SANTOS, A.; SANTOS, L. K. S.; RIBAS, V. G. Acessibilidade de habitações de interesse social ao cadeirante: um estudo de caso. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p.55-75, 2005.

SCHEsARI, L. M. C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **RAS**, v. 5, n. 18, p. 7-17, 2003.

SHOENTHALER, A. et al. Does improving patient-practitioner communication improve clinical outcomes in patients with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence. **Patient Educ. Counsel.**, v. 96, n. 1, p. 3-12, 2014.

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health-outcomes: a review. **Can. Med. Assoc. J.**, v. 152, n. 9, p. 1423-1433, 1995.

SUN, G. W.; SHOOK, T. L.; KAY, G. L. Inappropriate use of bivariable analysis to screen risk factors for use in multivariable analysis. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 49, n. 8, p. 907-916, 1996.

## APÊNDICE 1

**Modelo de convite eletrônico enviado para a diretoria de cada hospital escola  
Convite à participação do \_\_\_\_\_ na pesquisa “Estudo  
sobre a presença de espaços propícios à comunicação de más notícias em hospitais  
escola do estado de São Paulo”**

**Ilmo(a). Prof(a). Dr(a).** \_\_\_\_\_

Gostaríamos de formalizar através desta mensagem o convite para a participação do \_\_\_\_\_ na pesquisa intitulada **“Estudo sobre a presença de espaços propícios à comunicação de más notícias em hospitais escola do estado de São Paulo.”** Trata-se de projeto de pesquisa desenvolvido junto ao Programa de Pós-graduação em Pesquisa Clínica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) e que pretende avaliar a presença e as características de espaços reservados propícios à comunicação de más notícias (ex. diagnóstico de doenças de mau prognóstico, piora clínica e risco de morte) em enfermarias de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Oncologia, Geriatria, Neurologia, Cuidados Paliativos, Unidades de Terapia Intensiva (UTI adulto, pediátrica e neonatal) e antessalas do centro cirúrgico de hospitais vinculados a escolas médicas do estado de São Paulo.

Desde já esclarecemos que todos os dados obtidos através desta pesquisa serão mantidos de modo anônimo em relação às instituições participantes e que não será realizada qualquer tentativa de ranqueamento entre as mesmas. Esclarecemos também que a participação nessa pesquisa é livre e envolve apenas a visita de um pesquisador a sua instituição de forma supervisionada por funcionário devidamente indicado por V.Sa. para avaliação da presença dos espaços descritos acima. Caso esse tipo de espaço exista nas dependências da instituição gostaríamos de solicitar também permissão para fotografá-lo de modo a contribuir para com sua melhor caracterização. Todavia, destacamos que a autorização para registro fotográfico dos referidos locais não é quesito imprescindível à participação de vossa instituição na pesquisa.

Ratificamos igualmente que a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sob o protocolo

45403015.6.0000.5411 e que seus resultados serão divulgados a cada hospital escola participante da pesquisa. Finalmente, esta pesquisa é coordenada por mim, Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal, e me encontro à sua total disposição em 14-38801171, 14-981022290, e no e-mail [eiovidal@fmb.unesp.br](mailto:eiovidal@fmb.unesp.br) para todos os esclarecimentos que por ventura se façam necessários.

Caso V. Sa. autorize a participação de sua instituição no presente estudo, solicitamos a gentileza de nos encaminhar no endereço eletrônico [pesquisa.mas.noticias@gmail.com](mailto:pesquisa.mas.noticias@gmail.com) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo para participação neste estudo assinado, bem como nos indicar uma pessoa de contato para que possamos agendar a visita a sua instituição.

DATA:    /    /

Atenciosamente

Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal

Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Botucatu

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP



## APÊNDICE 2

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no:**

#### **ESTUDO SOBRE A PRESENÇA DE ESPAÇOS PROPÍCIOS À COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM HOSPITAIS ESCOLA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro por meio deste termo que recebi o convite e autorizei a participação da \_\_\_\_\_ na pesquisa intitulada acima desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Pesquisa Clínica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Fui informado(a) de que este estudo é coordenado pelo Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone 14-38801171, 14-981022290 e no e-mail eiovidal@fmb.unesp.br.

Afirmo que esta autorização se dá sem a presença de qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) do objetivo estritamente acadêmico do estudo, que em linhas gerais é o de avaliar a presença e as características de espaços reservados propícios à comunicação de más notícias em enfermarias de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Oncologia, Neurologia, Geriatria, Pediatria, Cuidados Paliativos e Unidades de Terapia Intensiva (adulto pediátrica e neonatal), bem como antessalas do centro cirúrgico de hospitais vinculados a escolas médicas do estado de São Paulo.

Fui informado que a participação de minha instituição nesta pesquisa envolve a realização de uma visita previamente agendada de um pesquisador, o qual será guiado aos setores descritos anteriormente por pessoa por mim indicada. Fui esclarecido de que durante a visita o pesquisador preencherá um questionário e poderá realizar, caso eu assim o autorize, a realização de fotografias dos locais

reservados e propícios à comunicação de más notícias nos diferentes setores visitados. Me foi garantido que as fotografias em questão não incluirão pacientes ou quaisquer pessoas, mas apenas os ambientes de interesse da pesquisa e que não serão divulgadas sem minha autorização expressa. Também me foi garantido acesso ao questionário caso eu assim deseje.

Fui assegurado que ao autorizar a participação da minha instituição nesta pesquisa, todos os dados obtidos serão mantidos de modo anônimo e não serão utilizados para nenhuma forma de ranqueamento entre instituições de saúde ou ensino. Fui informado ainda que a instituição pela qual sou responsável receberá os resultados obtidos através desta pesquisa.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvidas poderei contatar o pesquisador responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP pelo telefone (14) 3880-1608.

- Autorizo a participação da \_\_\_\_\_ nesta pesquisa: ( ) Sim, ( ) Não
- Autorizo a realização de fotografias dos espaços reservados propícios à comunicação de notícias difíceis identificados em minha instituição: ( ) Sim, ( ) Não

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Local

## APÊNDICE 3

### Formulário de Pesquisa

#### **CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (dados obtidos através do DATASUS)**

- 1) Nome da Instituição: \_\_\_\_\_
- 2) Cidade: \_\_\_\_\_
- 3) Número total de leitos: \_\_\_\_\_
- 4) Número de leitos destinados ao SUS: \_\_\_\_\_
- 5) Natureza da Organização:
- Pública federal
  - Pública estadual
  - Pública municipal
  - Privado sem fins lucrativos
  - Filantrópica com CNAS válido
  - Pessoa física com fins lucrativos

#### **CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (dados a serem obtidos no local)**

- 6) Identificação da Pessoa que guiará a visita:
- 6.1) Nome : \_\_\_\_\_
- 6.2) Cargo: \_\_\_\_\_

7) Há quanto tempo o hospital está vinculado a uma escola médica? (Caso o hospital seja vinculado a mais de uma instituição, utilizar o dado mais antigo)

\_\_\_\_\_

8) Em relação aos sistemas de **ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**, este hospital:

- Já foi acreditado
- Encontra-se em processo de acreditação
- Não se encontra em processo de acreditação

9) Em caso afirmativo da questão (8), qual o nível de acreditação obtido ou almejado? \_\_\_\_\_

9.1) Organização acreditadora:

- ONA
- Joint Commission International
- Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

10) Número das seguintes enfermarias na instituição:

Setor / Enfermaria	Número de enfermarias / unidades no hospital	Número total de leitos de cada setor no hospital
Clínica Médica		
Cirurgia Geral		
Oncologia, adulto		
Oncologia, infantil		
Geriatria		
Pediatria		
Cuidados Paliativos, adulto		

Cuidados Paliativos, infantil		
Neurologia, adulto		
Neurologia, infantil		
Unidades de Terapia Intensiva, adulto		
Unidades de Terapia Intensiva, pediátrico		
Unidades de Terapia Intensiva, neonatal		
Centro Cirúrgico		

## CARACTERIZAÇÃO DOS SETORES PESQUISADOS

<b>Nome do setor:</b>		
<b>Nº de Leitos:</b>		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>1.</b> O quarto padrão é ocupado por mais de um paciente?		
<b>1.1</b> Em caso afirmativo para a questão anterior, qual o número médio de pacientes por quarto (dividir o número total de leitos da enfermaria/setor pelo número de quartos existentes)? _____		
<b>2.</b> Neste setor / enfermaria há salas reservadas onde os médicos podem ter conversas com pacientes e/ou familiares sobre temas delicados? Por exemplo para dar um diagnóstico de câncer maligno, doença incurável, risco de morte, piora clínica ou mesmo sobre as preferências de cuidado do paciente e/ou sua família sobre reanimação cardiopulmonar e cuidados paliativos.		
<b>2.1</b> Caso não haja salas específicas para conversas reservadas com pacientes e/ou familiares, há outras salas que são utilizadas para esse tipo de atividade apesar de originalmente serem destinadas a outras funções?		
<b>2.2</b> Qual a função original da sala descrita no item 2.1? <input type="checkbox"/> Sala de aula <input type="checkbox"/> Sala de enfermagem <input type="checkbox"/> Sala de prescrição <input type="checkbox"/> Sala de macas <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Outro: _____		
<b>Responder os itens abaixo apenas em caso de resposta afirmativa ao item anterior</b>		
<b>3.</b> O local descrito no item 2 ou 2.1 encontra-se no mesmo andar da enfermaria?		
<b>4.</b> O local descrito no item 2 ou 2.1 encontra-se até aproximadamente 100m de distância do centro da enfermaria		
<b>5.</b> É possível adentrar facilmente o local descrito no item 2 ou 2.1 em cadeira de rodas?		
<b>6.</b> É possível adentrar facilmente o local descrito no item 2 ou 2.1 em uma maca ou leito móvel?		
<b>7.</b> As paredes do local descrito no item 2 são feitas de <input type="checkbox"/> dry wall simples sem isolamento acústico <input type="checkbox"/> alvenaria		

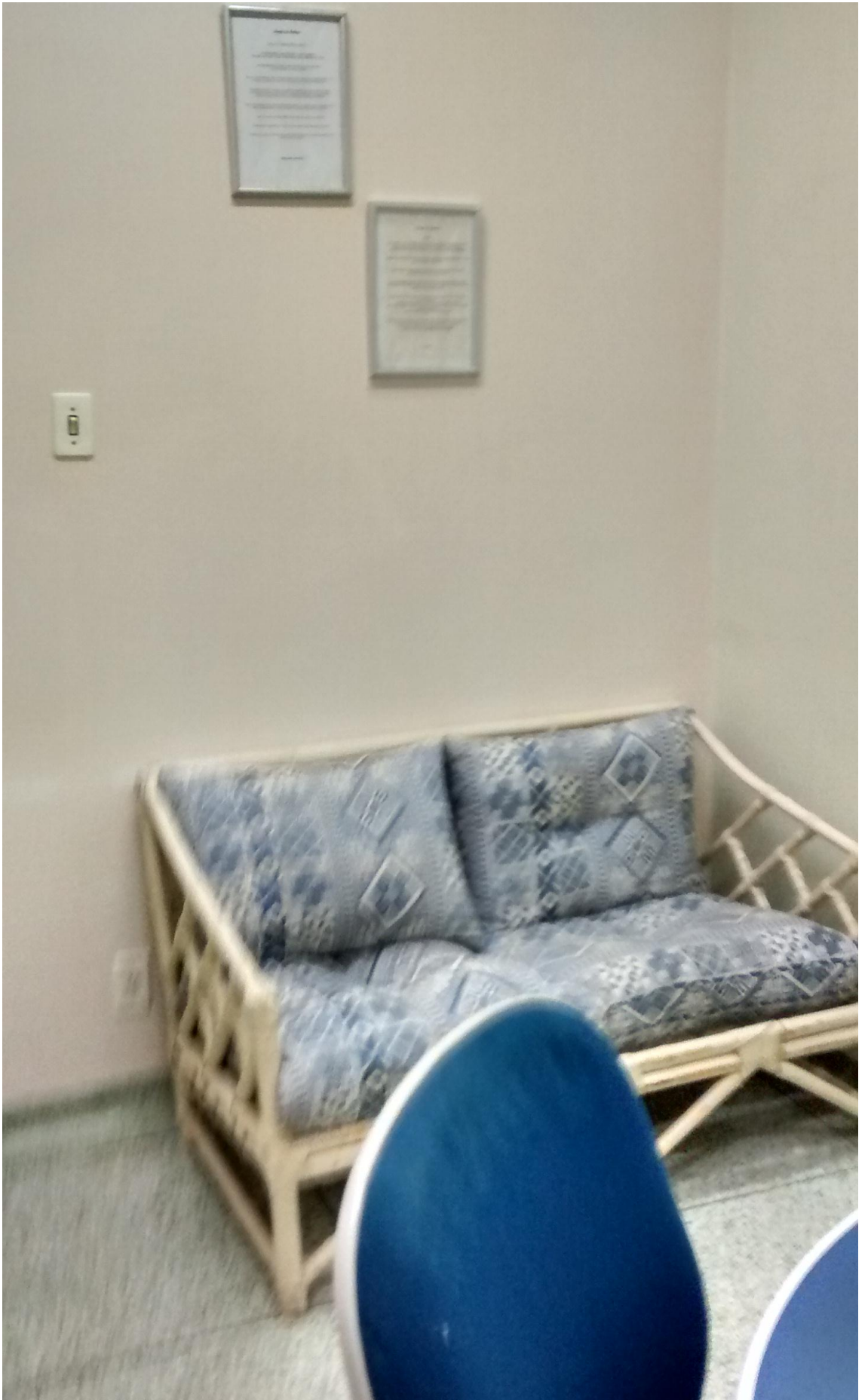
<input type="checkbox"/> dry wall ou outros materiais com isolamento acústico <input type="checkbox"/> dry wall não especificado		
<b>8.</b> No local descrito no item 2 há ao menos 3 cadeiras ou poltronas?		
<b>9.</b> No local descrito no item 2 há a presença de uma mesa ou outros móveis entre as cadeiras ou poltronas que dificultem a proximidade entre o profissional e o paciente ou seus familiares?		
<b>10.</b> Foi autorizada a fotografia do ambiente descrito no item 2 ?		
<b>11.</b> Em caso afirmativo anote a seguir o código das fotografias obtidas conforme a data e horário registrados pela máquina fotográfica: _____		
DATA DA VISITA: ____/____/201____		

1. Quarto padrão: aquele ocupado pela maior parte dos pacientes daquela unidade, não sendo incluídos quartos de isolamento de contato. 2. Para os propósitos deste estudo definimos como local reservado aquele onde profissionais de saúde e pacientes e/ou seus familiares possam ter uma conversa envoltos por quatro paredes e com uma porta que possa ser fechada para proporcionar privacidade.

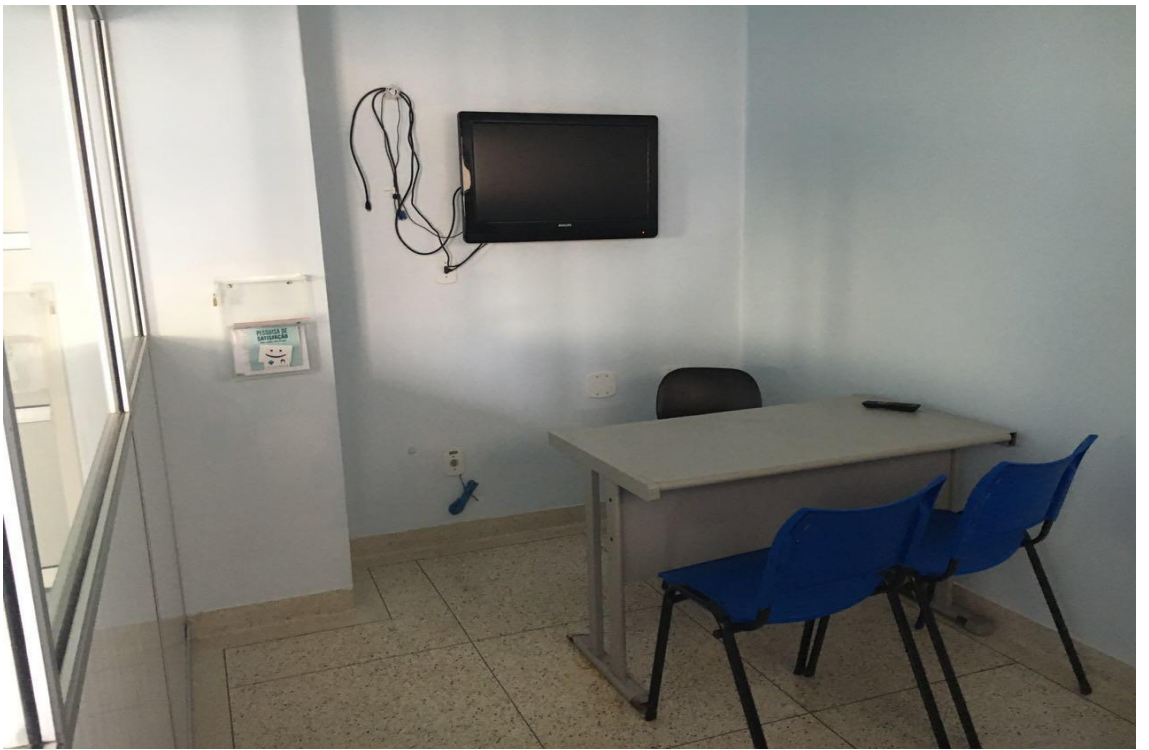
## ANEXO 1- ESPAÇOS ESPECÍFICOS



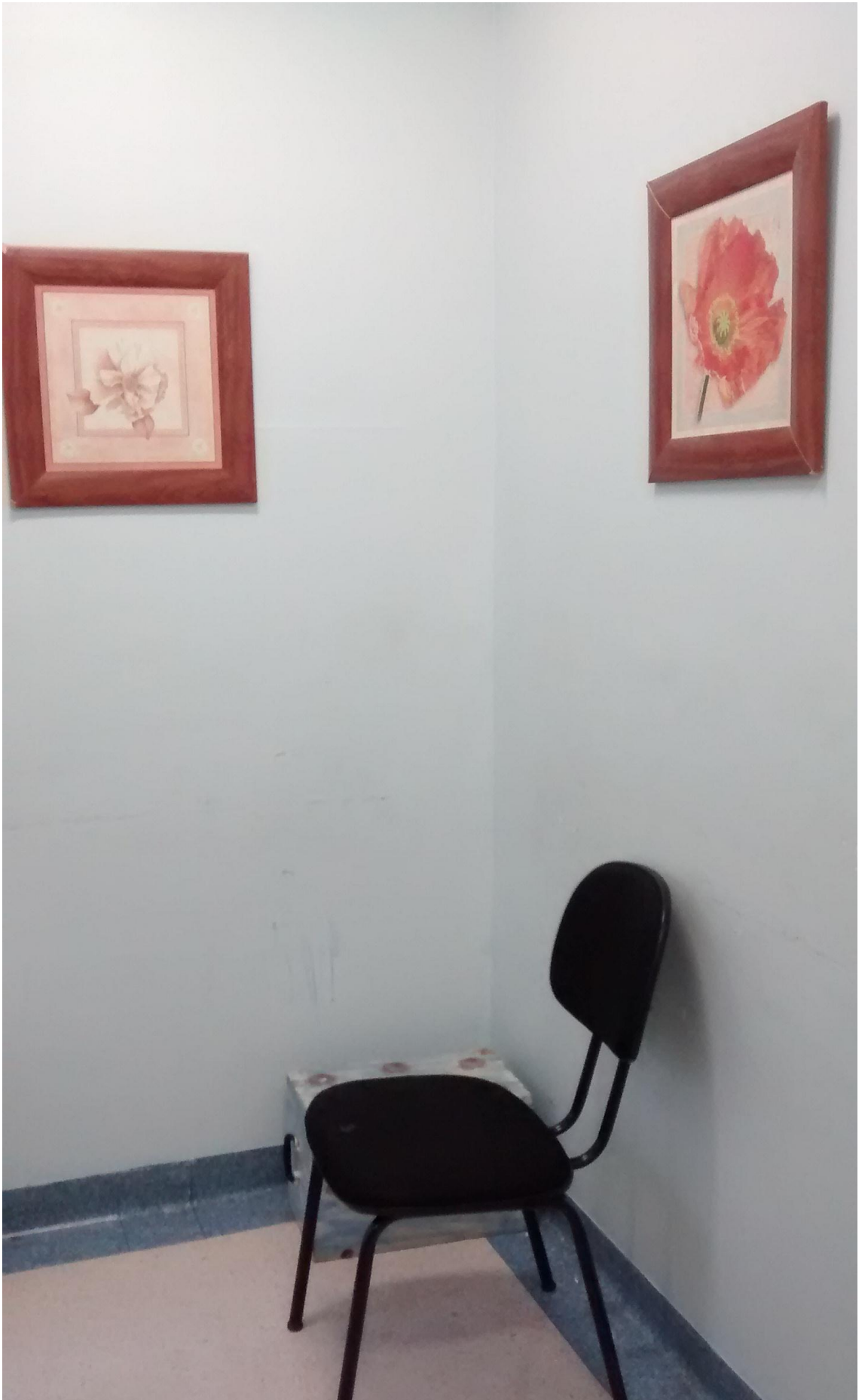


















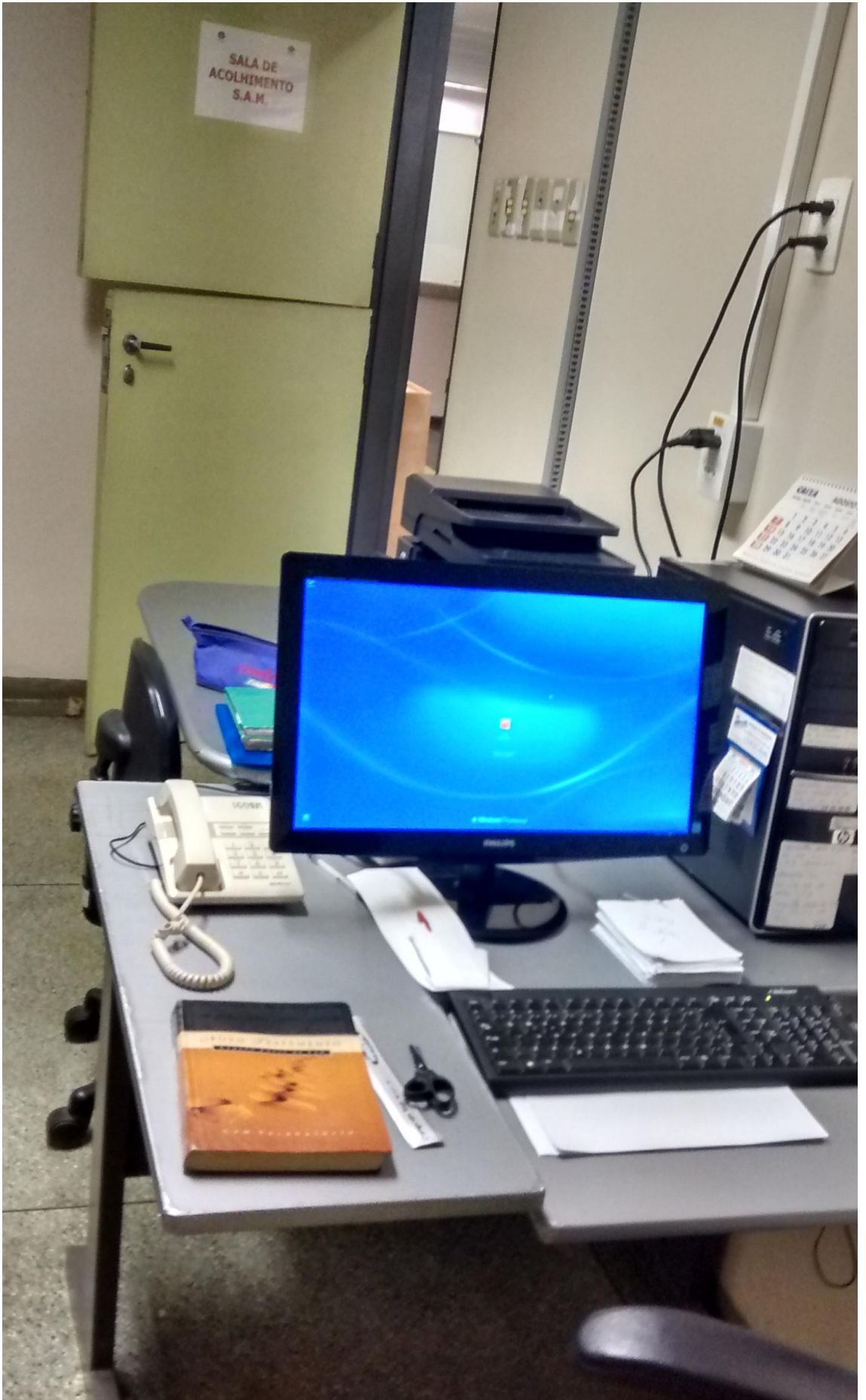






## ANEXO 2- SALAS IMPROVISADAS







—



