

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA – STRICTO SENSU**

DARCI BUBNIAK

**REPERCUSSÕES DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA
COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS: REFLEXÕES BIOÉTICAS**

CURITIBA

2018

DARCI BUBNIAK

**REPERCUSSÕES DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA
COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS: REFLEXÕES BIOÉTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética - Stricto Sensu, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mary R.G. Esperandio

CURITIBA

2018

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB 9/1118

B917r Bubniak, Darci
2018 Repercussões da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más
notícias : reflexões bioéticas / Darci Bubniak ; orientadora: Mary R. G.
Esperandio. – 2018.
84 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2018
Bibliografia: f. 73-76

1. Bioética. 2. Espiritualidade. 3. Religiosidade. I. Esperandio, Mary R. G.
II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação
em Bioética. III. Título.

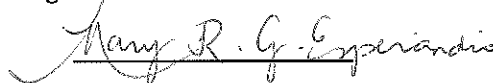
CDD 20. Ed. – 174.9574

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 19/2018
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Em sessão pública às nove horas do dia vinte e seis de julho do ano de dois mil e dezoito, na sala 2 do mestrado, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação **"O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: REFLEXÕES BIOÉTICAS"** apresentada pelo aluno **Darci Bubniak** sob orientação da **Professora Doutora Mary Rute Gomes Esperandio** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

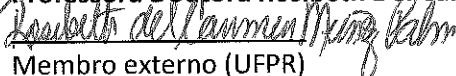
Professora Doutora Mary Rute Gomes Esperandio
Presidente



Professora Doutora Carla Corradi Perini
Membro interno (PUCPR)



Professora Doutora Rosibeth Del Carmen Munõz Palm


Membro externo (UFPR)

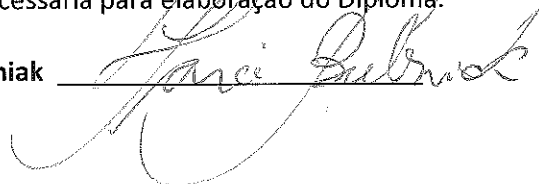
Professor Doutor Waldir Souza
Suplente

Início: 9:00h Término 10h50min

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado aprovado (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: **Darci Bubniak**




Professor Doutor **Thiago Rocha da Cunha**
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico este trabalho aos enfermos.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos:

À Deus, ser onipotente.

À Prof. Dra. Mary R.G. Esperandio,
pela orientação desta Dissertação.

Aos profissionais de saúde, pela
dedicação para com os enfermos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da Publicação: Ano, Área de Conhecimento e Tipo de Estudo

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe de informação em Ciências e Saúde
PUBMED	Motor de busca de livre acesso a base de dados MEDLINE sobre estudos em biomedicina disponibilizado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América.
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USA	United States of America (Estados Unidos da América)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Resumo.....	10
1. Introdução	12
ARTIGO 1.....	14
ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA COMUNICAÇÃO DAS MÁ NOTÍCIAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	14
Introdução	15
1. Espiritualidade, Religião e Religiosidade e a relação com Saúde.....	16
2. Metodologia.....	18
3. Resultados e Discussão	19
3. 1 Ensino e Proposta de Formação para Comunicação da Má Notícia	22
3.2 Dilemas Religiosos presentes na Comunicação de Más Notícias	26
3.3 Comunicação de Más notícias e decisões éticas no final de vida	30
3.4 A espiritualidade do médico e sua influência no modo como se comunica as más notícias.....	31
Considerações finais	33
Referências	35
Artigo 2.....	37
O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA COMUNICAÇÃO	37
DE MÁ NOTÍCIAS: REFLEXÕES BIOÉTICAS	37
Introdução	38
1. Espiritualidade, Religiosidade e Religião no contexto da relação comunicacional médico-paciente e suas implicações Bioéticas.....	39
2. Metodologia e Procedimentos	45
3. Caracterização da amostra	46
4. Resultados e Discussão	47
4.1 Perfil religioso da amostra	48

4.2 Eixos Temáticos Resultantes das Entrevistas	48
4.2.1 Espiritualidade presente no preparo pessoal do profissional para a comunicação de más notícias	48
4.2.2 Espiritualidade/Religiosidade como fonte de conforto oferecida ao paciente.....	52
4.2.3 Espiritualidade como via de exercício de Empatia no processo comunicacional da má notícia	61
Considerações finais	65
Referências	67
Considerações finais	71
Referências	73
APÊNDICE A – TCLE	77
APÊNDICE B.....	80
Questionário para levantamentos de dados.....	80
APÊNDICE C	84
Roteiro de entrevista semiestruturado.....	84

Resumo

Atualmente existe um volume significativo de pesquisa sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde. Entretanto, são poucos os estudos que abordam a repercussão da espiritualidade/religiosidade no processo de comunicação de más notícias. A presente dissertação tem por objetivo investigar a repercussão da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias. A dissertação está estruturada em dois estudos. O primeiro, de caráter bibliográfico investiga o papel da espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias. Com base no método de Revisão Integrativa de literatura, fez-se uma busca nas seguintes bases de dados: na Biblioteca Virtual de Saúde, na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, no Portal de Periódicos da Capes, e no PubMed. Foram selecionados 10 trabalhos para análise. A literatura sobre essa temática foi organizada em quatro categorias: 1) Ensino e Proposta de Formação para Comunicação da Má Notícia; 2) Dilemas Religiosos presentes na Comunicação de Más notícias; 3) Comunicação de Más-notícias e decisões éticas no final de vida; 4) A espiritualidade do médico e sua influência no modo como se comunica a má notícia. O estudo conclui apontando que a espiritualidade/religiosidade tanto do paciente quanto do médico tem um papel fundamental no processo comunicacional da má notícia. Naqueles pacientes religiosos, tais como os cristãos, muçulmanos e judeus, a inclusão de suas crenças espirituais/religiosas pode trazer conforto, esperança e pode influenciar nas decisões éticas sobre tratamento em final de vida. O segundo estudo, de caráter empírico, empreendeu uma pesquisa de natureza qualitativa, com o objetivo de verificar o papel da espiritualidade/religiosidade no processo de comunicação das más notícias. O método utilizado foi a Análise de Conteúdo com aplicação de um roteiro semiestruturado para a entrevista. Participaram do estudo 14 médicos de Curitiba e região. Os resultados apontam que a utilização da espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia admite os valores do paciente busca sua beneficência; e promove-se sua autonomia ao envolvê-lo no processo decisório sobre o tratamento. O emprego da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias é, em geral, positivo, mas pode também trazer resultados desfavoráveis, sobretudo quando o paciente possui uma visão negativa de Deus e de que falar de fé pode ser indicativo de proximidade da morte, o que pode desencadear rejeição do uso da espiritualidade/religiosidade, ou até revolta contra o médico. Os resultados sugerem que a espiritualidade/religiosidade facilita a comunicação da má notícia, e é incorporada no processo comunicacional. Além disso, tem influência em tomadas de decisões e contribui para com o conforto do enfermo e do profissional de saúde, auxiliando na condução de emoções e expectativas. Considerando o tamanho da amostra, os resultados não são passíveis de generalizações, contudo, sendo o primeiro a ser publicado no Brasil, evidencia a necessidade de estudos futuros para aprofundamento do tema e com uma amostra mais ampla. Tais estudos poderão contribuir para o aprimoramento da performance na comunicação de más notícias, haja vista que há pouco preparo dos profissionais, sendo urgente a necessidade de aprimorar as habilidades comunicacionais.

Palavras chave: Espiritualidade. Religiosidade. Comunicação de Más notícias. Bioética.

Abstract

Nowadays there is a large volume of research about the relationship between spirituality/religiosity and health. However, there are just a few studies that approach the repercussion of spirituality/religiosity in the process of communication bad news. The present dissertation aims to investigate the repercussion of spirituality/religiosity in the communication of bad news. The dissertation is structured in two studies. The first which investigates the function of spirituality/religiosity in the communication of bad news. Based on the method of Integrative Review of literature, a search was made in the following databases: in the Virtual Health Library, in the Latin American and Caribbean Literature database of Health Sciences Information, in the Portal of Periodicals of Capes, and in PubMed. Ten papers were selected for analysis. The literature on this theme was organized into four categories: 1) Teaching and Training Proposal for Communication of the Bad News; 2) Religious Dilemmas present in the Communication of Bad News; 3) Communication of bad news and ethical decisions at the end of life; 4) The doctor's spirituality and its influence on how the bad news is communicated. The study concludes by pointing out that the spirituality/religiosity of both: the patient and the physician plays a key role in the communicational process of bad news. In those religious patients, such as Christians, Muslims and Jews, the inclusion of their spiritual/religious beliefs can bring comfort, hope and can influence ethical decisions about treatment in end of life. The second study, of an empirical nature, undertook a research of a qualitative nature, with the objective of verifying the role of spirituality / religiosity in the process of communicating bad news. The method used was Content Analysis with the application of a semi-structured interview script. 14 physicians from Curitiba and cities around participated of the study. The results shows that the use of spirituality/religiosity in the communication of bad news admits the value of the patient, and, therefore, seeks his beneficence; and their autonomy is promoted by involving them in the decision-making process on treatment. The use of spirituality/religiosity in the communication of bad news is generally positive, but it can also bring unfavorable results, especially when the patient has a negative view of God and that speaking of faith can be indicative of the nearness of death, which can trigger rejection of the use of spirituality/religiosity, or even revolt against the doctor. The results suggest spirituality/religiosity facilitates the communication of bad news, and is incorporated on communicational process. In addition, it has influence in decision-making and contributes to the comfort of the patient and the health professional, in driving emotions and expectations. Considering the size of the sample, the results are not generalizables, however, being the first to be published in Brazil, evidences the necessity for future studies to deepen the subject and with a larger specimen. Such studies may contribute to the improvement of performance in the communication of bad news, since there is little preparation of professionals, and the necessity to improve communication skills is urgent.

Keywords: Spirituality. Religiosity. Bad News Communication. Bioethics.

1. Introdução

Ao visitar pacientes representando a pastoral da saúde, em diversas ocasiões mantive contato com médicos que pediram que conversasse com o paciente sobre seu estado de saúde, e em algumas ocasiões foi-me pedido que comunicasse uma má notícia. Com isso percebi que alguns médicos têm dificuldades em comunicar as más notícias. Em conversas com estes médicos obtive relatos de que estes não se veem preparados para lidar com a comunicação das más notícias. Já outros médicos relataram que a espiritualidade/religiosidade auxiliaram no processo comunicacional.

A tendência da pessoa em buscar significado para sua vida por meio de conceitos que transcendem o tangível identifica-se como sendo espiritualidade (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Já a religião refere-se a um conjunto elaborado de crenças, atividades e símbolos que favorece a adjacência com o transcendente. A religião pertence a organizações distintas, com rituais e símbolos específicos (KOENIG, 2012 p.3).

A espiritualidade/religiosidade costuma estar presente na vida dos profissionais de saúde, mas o seu emprego na comunicação de más notícias nem sempre é feito com desenvoltura. Habitualmente as más notícias modifica drasticamente a visão de futuro do paciente, realidade, que quando vista negativamente, é sofrida para o paciente e para o médico. Os motivos para a integração da espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia são: a) muitos pacientes estão vinculados a uma religião, onde a espiritualidade integra sua identidade e é usada em situações difíceis. Dados do IBGE (2010) apontam que 92% da população declara-se vinculada a uma determinada religião, dentre elas: católicos, pentecostais, espíritas, evangélicos, umbandistas, candomblecistas e outros; b) a espiritualidade/religiosidade interfere na tomada de decisões sobre o tratamento, tais como: dieta, doação de órgãos, transfusão de sangue, acolhimento ou não do tratamento; c) a fé é relacionada à qualidade de vida e bem-estar; d) muitos pacientes gostariam que seus médicos falassem sobre espiritualidade em momentos difíceis.

A influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias ainda é pouca explorada pela comunidade científica. Antes a medicina tinha a concepção de que não revelar o real diagnóstico era o melhor caminho,

privando o paciente da dor, pois com a retenção de informações era preservado o enfermo da angústia, e assim poderia seguir o tratamento. A Bioética traz reflexões que vem mudando as percepções acerca dessa postura paternalista de esconder a verdade do paciente.

Por má notícia entende-se como sendo "qualquer notícia que drástica e negativamente altera a visão do paciente sobre seu futuro" (BUCKMAN, 1984, p. 1597), como por exemplo a constatação de doenças como diabetes, câncer, ou amputação de membro (BISHOP et al. 2016, p. 359).

A dissertação, em formato de artigo, apresenta dois estudos: o primeiro, de natureza bibliográfica, traz os resultados de uma revisão integrativa de literatura. Foram selecionados 10 estudos para análise e estes apontaram: a) Ensino e Proposta de Formação para Comunicação da Má Notícia; b) Dilemas Religiosos presentes na Comunicação de Más Notícias; c) Comunicação de Más-notícias e decisões éticas no final de vida; d) A espiritualidade do médico e sua influência no modo como se comunica a má-notícia. A espiritualidade/religiosidade auxilia o paciente no enfrentamento de situações difíceis, contribuindo para seu bem-estar. Desta forma, a comunicação da má notícia feita de modo correto e com a ajuda da espiritualidade/religiosidade propicia mais serenidade ao paciente no enfrentamento da doença.

O segundo artigo, de natureza empírica e com base na metodologia de análise de conteúdo, traz os resultados das entrevistas realizadas com 14 médicos participantes do estudo, cujo objetivo foi investigar "se" e "como" a espiritualidade/religiosidade interfere nos modos de comunicação de más notícias. Na análise das entrevistas, ficou evidente as seguintes categorias: a) Espiritualidade presente no preparo pessoal do profissional para a comunicação de más notícias; b) Espiritualidade/Religiosidade como fonte de conforto para ser oferecida ao paciente; c) Espiritualidade como via de exercício de Empatia no processo comunicacional das más notícias. A espiritualidade/religiosidade é utilizada na preparação pessoal do médico para comunicar as más notícias, e ainda é apontada como amparo no enfrentamento das más notícias, interferindo nas decisões acerca das medidas terapêuticas, também apontada como segurança em momentos de mudanças repentinas que a má notícia ocasiona.

ARTIGO 1**ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA COMUNICAÇÃO DAS MÁS NOTÍCIAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**Mary Rute Gomes Esperandio¹Darci Bubniak²**Resumo**

Estudos apontam que a espiritualidade/religiosidade tem influência na comunicação das más notícias, e ajuda a direcionar a tomada de decisões no processo comunicacional. Esta pesquisa tem por objetivo mostrar o que a literatura traz sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e comunicação de más notícias. O método empregado foi a revisão integrativa, com investigação na Biblioteca Virtual de Saúde, na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, no Portal de Periódicos da Capes, e no PubMed. Depois da verificação dos 182 trabalhos capturados, foram selecionados 32 estudos para análise. Após uma investigação mais apurada foram encontrados 10 estudos que abordam diretamente a influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias. Foram identificadas quatro categorias: 1) Ensino e Proposta de Formação para Comunicação de Más Notícias; 2) Dilemas Religiosos presentes na Comunicação de Más notícias; 3) Comunicação de Más notícias e decisões éticas no final de vida; 4) A espiritualidade do médico e sua influência no modo como se comunica más notícias. Considerando a espiritualidade como a dimensão humana onde o sujeito produz sentido das experiências subjetivas, esta influência na comunicação de más notícias é utilizada como recurso de enfrentamento de situações de sofrimento. A espiritualidade/religiosidade tem papel importante nas decisões dos pacientes e familiares frente a má notícia, e ajuda para com o bem-estar dos envolvidos.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religiosidade. Más notícias. Bioética

¹ Doutora em Teologia (EST,2006) Professora adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). País de origem: Brasil. E-mail: mresperandio@gmail.com

² Mestre em Bioética na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). E-mail: darcibubniak@yahoo.com.br

Abstract

Studies shows that spirituality/religiosity influences the communication of bad news, and helps direct decision making in the communicational process. This research aims to show what literature brings about the relationship between spirituality/religiosity and communication of bad news. The method used was the integrative review, with research in the Virtual Health Library, in the Latin American and Caribbean Literature database of Health Sciences Information, in the Portal of Periodicals of Capes, and in PubMed. After checking the 182 jobs captured, 32 studies were selected for analysis. After a more accurate investigation, 10 studies were found that directly approached the influence of spirituality/religiosity in the communication of bad news. Four categories were identified: 1) Teaching and Training Proposal for Communication of Bad News; 2) Religious Dilemmas present in the Communication of Bad News; 3) Communication of bad news and ethical decisions at the end of life; 4) The doctor's spirituality and the influence of this on how bad news are communicated. Considering spirituality as the human dimension where the subject makes sense of subjective experiences, this influence on the communication of bad news is used as a resource to cope with situations of suffering. Spirituality/religiosity plays an important role in the decisions of patients and families in the face of bad news, and helps with the well-being of those involved.

Keywords: Spirituality. Religiosity. Bad news. Bioethics

Introdução

Má notícia foi definida por Buckman (1984, p. 1597), como sendo "qualquer notícia que drástica e negativamente altera a visão do paciente sobre seu futuro". Exemplos de más notícias incluem: diagnóstico de câncer, recidiva de câncer, falha no tratamento, diabetes, e amputação de membros (BISHOP et al. 2016, p. 359).

Diversos estudos apontam que os profissionais médicos enfrentam dificuldade na comunicação de más notícias (SALEM; SALEM, 2013. TAVAKOL, et.al, 2005; SILBERT, 2011), e que a espiritualidade pode auxiliar nesse processo (BISHOP, 2016; SEARIGHT; GAFFORD, 2005; DAVENPORT; SCHOPP, 2011).

De que forma a espiritualidade/religiosidade (E/R) poderia ter alguma participação nesse processo comunicacional? Teria a E/R um papel positivo? O que mostra a literatura sobre este tema? O presente estudo tem como objetivo

investigar o papel da E/R na comunicação de más notícias tal como abordado na literatura científica. Antes, porém, são apresentados os conceitos de espiritualidade e de religiosidade. Em seguida, é explicitada a metodologia utilizada na investigação.

1. Espiritualidade, Religião e Religiosidade e a relação com Saúde

O volume de estudos sobre espiritualidade/religiosidade e saúde cresceu de tal modo nas duas últimas décadas (a partir de diferentes áreas, predominantemente nas áreas das Ciências da Saúde, mas também na Sociologia), que se assistiu, "literalmente, ao nascimento de um campo totalmente novo, o campo da religião, espiritualidade e saúde" (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 4). Esperandio et al. (2017, p. 303) destaca que o rápido crescimento da pesquisa sobre E/R e saúde foi apontado principalmente por Harold Koenig et al. (2001). Dois grandes volumes com o levantamento de estudos quantitativos de qualidade foram publicados em 2001 e em 2012 (KOENIG et al., 2001; KOENIG et al., 2012). Em 2001, os autores reportaram mais de 1.200 estudos originais publicados no período entre 1872 e 2000. No segundo volume, o número de trabalhos publicados no período entre 2000 e 2010 saltou para 2.100 estudos quantitativos (KOENIG et al., 2012).

É preciso esclarecer, já de início, o modo como os termos religião, religiosidade e espiritualidade estão sendo empregados neste estudo.

Religião é aqui entendida como um conjunto de crenças, práticas e rituais relacionado à uma transcendência em seus mais variados e distintos nomes (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 45). Por remeter a grupos formalmente constituídos, a compreensão do que seja religião pode ser menos polêmica, pois mais facilmente identificada com religiões instituídas/institucionalizadas.

A religiosidade, por sua vez, derivada de religião, configura-se a partir do envolvimento do indivíduo em atividades religiosas específicas, tais como orações, frequência a cultos, missas e os mais variados tipos de encontros promovidos por alguma forma de religião instituída. Como observado no trabalho

de Esperandio (2014, p. 808), “em geral, o sujeito religioso assume certas crenças, práticas e valores ético-morais ligados a uma religião instituída”.

Espiritualidade por sua vez, é um termo com sentido um pouco mais complexo e o dissenso em torno do seu significado não é de pouca monta. Os estudos nem sempre apontam uma distinção entre religiosidade e espiritualidade, podendo-se encontrar um uso intercambiável dos dois termos.

Tomando a palavra espiritualidade como originada no espírito (a fonte de energia vital do ser humano) tem-se que espiritualidade não pode ser compreendida fora dos parâmetros da busca de significado e sentido último às perguntas existenciais. Nesta perspectiva, ambos os termos, espiritualidade e religiosidade, estão ligados à dimensão espiritual da subjetividade onde se origina a necessidade de produção de sentido.

Em razão do volume de estudos sobre espiritualidade e saúde houve necessidade de se estabelecer um consenso em torno da definição do termo espiritualidade. Assim, foi organizado, em 2009, nos Estados Unidos, a "Conferência Nacional de Consenso" com o objetivo específico de definir pontos de concordância em relação ao entendimento dessa dimensão humana e de como esta deveria ser integrada nas práticas de cuidado em saúde. A partir da definição estabelecida em consenso naquela Conferência, em outubro de 2010, a Associação Européia de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care - EAPC) reuniu 14 pessoas representando 8 países para iniciar a formação de um consenso europeu sobre o termo que culminou com a seguinte definição:

Espiritualidade é a dimensão dinâmica da vida humana relativa ao modo como as pessoas (indivíduos e comunidades) experienciam, expressam e/ou buscam sentido, propósito e transcendência, e o modo como elas se conectam com o momento, consigo mesmas, com os outros, com a natureza, com o significativo e/ou o sagrado. A espiritualidade é manifesta através de crenças, valores, tradições e práticas (NOLAN; SALTMARSH; LEGET, 2011, p.88).

A partir dessas considerações, assume-se nesse estudo, o uso do binômio espiritualidade/religiosidade por entender que este abarca a busca de sentido e propósito na vida, podendo ser esta busca dentro ou fora dos limites de uma religião instituída.

2. Metodologia

Este estudo emprega o método de revisão integrativa, o qual é utilizado para analisar conhecimentos que são fundamentados em evidências. O caminho percorrido “[...] consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 760).

A revisão integrativa abrange análise de estudos pertinentes que sustentam a deliberação e o melhoramento do agir clínico. O método utilizado nesta pesquisa propicia o resumo de vários estudos e proporciona entendimentos gerais sobre um determinado assunto, valioso para o aprimoramento da área da saúde devido sua capacidade de sintetização e facilidade de leitura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 763). De outro lado, lacunas são evidenciadas e ensejam a continuidade das pesquisas.

O questionamento que orientou este estudo foi referente ao papel da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias, feita pelos médicos aos pacientes. Para isso foi realizado um levantamento da literatura em artigos, sem data de início nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Portal de Periódicos da Capes, e PubMed (motor de busca de livre acesso a base de dados MEDLINE sobre estudos em biomedicina disponibilizado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América).

Na base de dados BVS foram utilizados os termos “espiritualidade” OR “religiosidade” AND “médico” AND “comunicação” OR “más notícias”. Tal estratégia resultou na identificação de 53 artigos somando as bases de dados BVS e LILACS. Na base de dados do Portal de Periódicos da Capes, onde foram utilizados os termos “religiosidade” AND “comunicação de más notícias”, foram encontrados 75 resultados, e os termos “espiritualidade” AND “comunicação de más notícias”, foram encontrados 40 resultados. Na PubMed os termos utilizados foram “breaking bad News” AND “religion”, “communication of bad news AND religion”, onde foram selecionados 8 estudos, “communication of bad News” AND “Spirituality”, e “breaking bad news” AND “spirituality”, foram capturados 6 estudos. Ao todo foram encontrados 182 estudos, que ao passar por uma

seleção chegou-se a quantia de 32. Numa triagem pormenorizada, foram selecionados 10 trabalhos que discutem diretamente o papel da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias.

Os critérios de inclusão foram: 1) Possuir foco na pergunta investigativa, podendo ser estudos tanto de carácter teórico-conceitual quanto de natureza empírica; 2) Publicados em revistas científicas e portais confiáveis. Os critérios de exclusão foram: 1) Relatos de casos individuais; 2) pesquisas contendo opinião; 3) revisões de literatura.

3. Resultados e Discussão

Os 10 artigos selecionados para análise foram publicados na área Medicina, sendo que o primeiro estudo sobre a temática, foi publicado no ano de 2005, em língua inglesa. Os estudos são de autores provenientes do Estados Unidos da América, Reino Unido, África do Sul e Brasil (ver tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da Publicação Selecionada para Análise:

Estudo	Título	Autoria	Ano	Natureza	Área	Principais achados
1	A quantitative survey of intern's knowledge of communication skills: an Iranian exploration	TAVAKOL et al.	2005	Empírico	Medicina	Este estudo buscou quantificar o conhecimento dos estudantes de medicina no Irã sobre as habilidades comunicacionais acerca da má notícia que é influenciada pela religiosidade. Identificou-se a necessidade real de integrar no curso de medicina as habilidades comunicacionais, pois existe medo profundo em comunicar a má notícia para paciente e familiares por não existir conhecimento sobre diretrizes para entregar as más notícias.
2	Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians	SEARIGHT; GAFFORD.	2005	Teórico Conceitual	Medicina	A espiritualidade/religiosidade deve ser vista como parte essencial da cultura do paciente. Neste sentido, deve-se prestar atenção nos valores e na espiritualidade dos pacientes, e na dinâmica dos relacionamentos, e o médico de família pode eleger e acompanhar as preferências culturais dos pacientes ao comunicar a má notícia.

Estudo	Título	Autoria	Ano	Natureza	Área	Principais achados
3	Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?	EHMAN et al.	2006	Empírico	Educação Médica	Este estudo mostra que os americanos, em geral, buscam inspiração nas crenças religiosas em situações de enfermidade. Pesquisa realizada com paciente em 1997 nos EUA aponta que 45% dos participantes acreditam que as crenças religiosas influenciam as decisões médicas. Além disso, 94% dos pacientes também afirmaram que em situações onde fossem informados de estarem gravemente enfermos, gostariam que seus médicos incluíssem questões relativas à espiritualidade/religiosidade.
4	Educating Doctors About Breaking Bad News: An Iranian Perspective	TAVAKOL; MURPHY; TORABI.	2008	Empírico	Medicina	Estudo aponta que existem lacunas na formação dos estudantes e isso tem consequências no trato aos familiares no momento de fazer a comunicação de más notícias. No contexto muçulmano é fundamental considerar as questões religiosas ao dar as más-notícias. No contexto Iraniano, deve-se usar as crenças religiosas islâmicas para conforto do paciente e da família no enfrentamento da morte iminente. A falta de formação dos estudantes leva os internos a agitação do paciente e da família por não saberem como dar as más-notícias. A integração das crenças religiosas é essencial nesse processo comunicacional.
5	The Dialectics of Care: Communicative Choices at the End of Life	CONSIDINE; MILLER.	2010	Empírico	Medicina	A comunicação é fundamental e deve incluir a espiritualidade por ser esta a dimensão de produção de sentido e fonte de enfrentamento. Os cuidadores devem ter em conta informações sobre o paciente e família, e serem treinados em estratégias específicas de comunicação.
6	Breaking bad news: communication skills for difficult conversations.	DAVENPORT; SCHOPP.	2011	Teórico conceitual	Medicina	Valores religiosos têm um papel importante para muitos pacientes, sobretudo no processo de construção de sentido. Também os próprios médicos devem estar atentos às suas próprias questões espirituais/religiosas e de perdas, para evitar contratransferência no processo de comunicação de más-notícias.

Estudo	Título	Autoria	Ano	Natureza	Área	Principais achados
7	Breaking bad news – ethical dilemmas for doctors attending to Jewish patients.	SILBERT.	2011	Teórico conceitual	Educação médica	A abordagem da comunicação na má notícia para pacientes judeus é diferenciada quando utiliza-se da espiritualidade/ religiosidade. A falta de formação para incluir espiritualidade na comunicação e receio de impacto negativo, faz com que retenha-se informações importantes para o paciente.
8	Breaking bad news: current prospective and practical guideline for Muslim Countries.	SALEM; SALEM.	2013	Teórico conceitual	Educação medica	Em países muçulmanos praticamente não há formação para comunicar a má notícia. A proposta do estudo é elaborar um protocolo prático, com estrutura gradual para comunicar a má notícia em países muçulmanos. O médico deve integrar as crenças religiosas dos pacientes e enfatizar os aspectos positivos de suas creças religiosas. Em pacientes menos religiosos, oferecer suporte contínuo e consultar os grupos de apoio.
9	A espiritualidade e a religiosidade dos médicos na comunicação da morte encefálica aos familiares.	MELO JUNIOR et al.	2015	Empírico	Educação médica	Análise da presença da espiritualidade/ religiosidade na comunicação feita pelo médico diante de situação de morte iminente. Os médicos que utilizam a espiritualidade/ religiosidade afirmam que ela influencia na comunicação da má notícia de modo positivo.
10	Innovative patient-centered skills training addressing challenging issues in cancer communications: Using patient's stories that teach.	BISHOP et al.	2016	Teórico conceitual	Educação Médica	Os autores descrevem um modelo de formação de como dar más notícias. Neste modelo dá-se importância a investigação sobre a espiritualidade no momento das perguntas abertas dentro do processo de comunicação de má notícia.

Fonte: dados da pesquisa.

Os estudos que abordam o papel da E/R na comunicação de más notícias foram agrupados nas seguintes categorias: 1) Ensino e Proposta de Formação para Comunicação de Más Notícias; 2) Dilemas Religiosos presentes no Comunicação de Más notícias; 3) Comunicação de Más-notícias e decisões éticas no final de vida; 4) A espiritualidade do médico e sua influência no modo como se comunica más notícias. Estas categorias serão apresentadas e discutidas a seguir.

3. 1 Ensino e Proposta de Formação para Comunicação da Má Notícia

Nesta categoria foram encontrados três estudos: BISHOP et al., 2016; DAVENPORT; SCHOPP, 2011; SALEM; SALEM, 2013. Estes autores possuem propostas que convergem para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais voltadas à comunicação de más notícias. Os pontos que tendem para a formação em comunicação de más notícias nestes estudos são: processo comunicacional centrado no paciente; a valorização do paciente como um todo, ser biológico, social, emocional, valorizando sua espiritualidade/religiosidade. As dificuldades para a formação em comunicar a má notícias apresentadas nestes estudos são: a falta de formação para desenvolver habilidades voltadas à comunicação de más notícias; dificuldades com a cultura; forte influência da religião na cultura do paciente e familiares; e a carga excessiva de trabalho.

No estudo de Bishop et al. (2016) os autores destacam que as habilidades comunicacionais podem ser desenvolvidas adequadamente quando se compreende que a comunicação da má notícia é centrada no paciente. A formação em comunicação de más notícias, que tem como público alvo alunos de diversos níveis e disciplinas, propõe o aprendizado autônomo e independente. Portanto, o objetivo é ajudar os alunos a: 1) compreender a comunicação centrada no paciente e; 2) diferenciar a comunicação percorrendo o envolvimento emocional, a transmissão de dados, a explicação das práticas médicas, as oportunidades de adequação e a apreciação médica (Bishop et al., 2016, p 357).

Com a formação para aperfeiçoar a escuta, o médico pode entender melhor o que a doença causa no paciente, quais reflexos emocionais o tocam. O desenvolvimento de uma comunicação eficaz está centrado na idéia de que tanto o médico como o paciente encontram-se para falar da condição da saúde do paciente, em contato com tudo que os constitui, com suas histórias, experiências, percepções, suas crenças religiosas (BISHOP et al., 2016, p. 357–362).

Outro ponto importante na formação em comunicação de má notícia é concentrar-se na história espiritual/religiosa do paciente, identificando suas

preferências, necessidades e expectativas, faz com que o médico possa aprimorar suas habilidades comunicacionais. Considerar todas as dimensões do paciente, biológica, psicossocial, e espiritual, faz com que o médico tenha base suficiente para identificar se poderá ou não discutir as emoções com o paciente, quais detalhes informativos poderá expor, falar do prognóstico e cronograma de tratamento, ou se será possível abordar as questões acerca do fim da vida (BISHOP et al., 2016, p. 361).

Na formação em comunicação de más notícias Davenport e Schopp (2011) consideram que cabe ao médico entregar a má notícia ao paciente, e este precisa ter consciência de que mesmo que a medicina não seja capaz de oferecer a cura biológica, ainda existe a capacidade de curar questões emocionais, favorecer reencontros e reconciliações inter e intrapessoais. O sofrimento do paciente pode ser aliviado fornecendo-se tranquilidade por meio da qualidade da comunicação, e a formação para desenvolver habilidades comunicacionais para a comunicação da má notícia beneficia o paciente de modo positivo. (DAVENPORT; SCHOPP, 2011, p. 46).

Conhecer a história do paciente para considerá-lo no processo comunicacional da má notícia faz com que o paciente sinta-se acolhido. Tanto o paciente como os familiares têm preferência que a história espiritual seja investigada antes que a comunicação da má notícia aconteça, pois sentem que suas necessidades espirituais/religiosas são compreendidas. Para tanto:

A efetividade da entrevista depende não apenas do conforto do médico em fazer as perguntas, mas também do conforto do paciente com o médico. E, embora não seja necessário um entendimento completo das crenças espirituais ou religiosas, o reconhecimento dos valores do paciente cria um nível mais profundo de comunicação e confiança. (DAVENPORT; SCHOPP, 2011, p. 47).

Quando o médico possui atenção para com as práticas de fé do paciente, e o paciente depara-se com doença grave, este tende a receber tranquilidade e alívio por causa da fé. E pessoas que ajudam o desenvolvimento da prática de fé do paciente podem fornecer ajuda para a equipe médica, e devem ser incluídas rapidamente no cuidado do paciente (DAVENPORT; SCHOPP, 2011, p. 47).

Na formação para comunicação de más notícias existem as seguintes orientações: 1) disponibilizar tempo adequado de pelo menos 40 minutos; 2)

oferecer privacidade (local); 3) assegurar conforto físico, avaliando a capacidade do paciente em continuar a discussão; 4) informar o paciente e familiares com pelo menos um dia de antecedência para a conversa, pois precisam organizar horários; 5) limitar a presença do número de familiares na comunicação (DAVENPORT; SCHOPP, 2011, p. 47).

Na capacitação para transmitir a má notícia orienta-se o médico identificar o que o paciente já sabe sobre o seu processo de doença, o que ele quer saber sobre, e confirmar os desejos sobre quem deve saber sobre sua condição clínica. Dessa forma, o paciente e médico, educam-se e esforçam-se para a criação de parceria e compreensão mútua acerca da administração do processo de adoecer. Com respostas empáticas do médico, o paciente sente mais facilidade em expressar seus sentimentos, o que pode ser desconfortável para o médico, pois costumeiramente os clínicos não se sentem treinados ou preparados para lidar com sentimentos (DAVENPORT; SCHOPP; 2011, p. 48). A comunicação eficaz e honesta exige que os médicos conheçam seus próprios sentimentos acerca da doença ou morte iminente, e como esses sentimentos influenciam a comunicação da má notícia. Portanto, “os clínicos devem fazer seu próprio trabalho em relação às suas próprias questões de fé, mortalidade e luto, para evitar contratransferências com seus relacionamentos com o paciente” (DAVENPORT; SCHOPP; 2011, p. 50).

A formação para o desenvolvimento das habilidades comunicacionais considerando a espiritualidade/religiosidade orienta o médico a fornecer amparo emocional na comunicação da má notícia, e faz com que o paciente sinta-se seguro, e que não está sendo abandonado, que continuará a controlar as escolhas no tratamento. É preciso ter em conta que “os pacientes precisam ser lembrados de que os cuidados continuarão mesmo que os tratamentos curativos já tenham sido abandonados” (DAVENPORT; SCHOPP; 2011, p. 49).

No processo de ensino deve-se considerar que muitos fatores podem influenciar a comunicação da má notícia, e “Todos os membros da equipe devem permanecer cientes dos fatores complexos que podem afetar a comunicação. Os sintomas físicos, o medo, as pressões econômicas, a dinâmica familiar e a incerteza criam uma mistura poderosa de sentimentos que podem ser expressos de inúmeras maneiras” (DAVENPORT; SCHOPP, 2011, p. 49).

É necessário considerar na formação para comunicação de más notícias que pessoas de diferentes culturas tendem a responder à comunicação de má notícia de maneiras distintas. Por isso, conhecer a diversidade entre as pessoas, suas culturas, sua espiritualidade/religiosidade, é importantíssimo para que a comunicação seja eficaz. Junto a isso existem as diferenças econômicas, faixa etária, educação, gênero, são fatores a serem considerados no processo de comunicação de más notícias (DAVENPORT; SCHOPP; 2011, p. 49).

Também o estudo de Salem; Salem (2013) realizado na Índia, com 35 oncologistas, os médicos posicionaram-se que não se deve falsificar a notícia, mas do dever de falar a verdade de modo sensato e sensível, no ritmo do paciente. Em países muçulmanos não existe formação para comunicar a má notícia, fazendo surgir diversos problemas. Um dos problemas enfrentados pela falta de formação é a escassez de tempo, pois alega-se a necessidade de longa preparação para desenvolver habilidades comunicacionais para a comunicação da má notícia; e pelo alto número de pacientes também não há disponibilidade de tempo adequado para transmitir a má notícia (SALEM; SALEM, 2013, p. 790).

Em países muçulmanos os médicos precisam de formação específica, pois a religião tem grande impacto na cultura, no modo das pessoas enfrentarem a doença. Identifica-se que países em desenvolvimento são menos instruídos e mais dispostos a assumirem visões religiosas. Somado a isso, a falta de formação para comunicar a má notícia, os fortes laços familiares, a estrutura educacional deficiente, a influência da religião agrava a já precária forma de comunicação de más notícias, pois “este é particularmente o caso nas comunidades muçulmanas, onde a religião e a cultura são centrais par a prestação de cuidados de saúde” (SALEM; SALEM; 2013, p. 791).

Ao comunicar a má notícia a pacientes de comunidades muçulmanas os médicos são incentivados a abordar questões religiosas. E para tanto foi sugerido o primeiro protocolo para comunicar más notícias em países muçulmanos, que conta com os seguinte passos: 1) pedir, em particular, ao paciente a sua aprovação para que a família participe da comunicação da má notícia; 2) identificar o nível de divulgação desejando, o que o paciente quer saber; 3) avaliar a influência da religião, como vestes, fala que se refere a Deus; 4) para pacientes com visões religiosas, o médico deve incentivar posturas positivas como: “tudo está nas mãos de Deus” ou “Deus é misericordioso”; 5)

decidir o nível apropriado de divulgação da má notícia; 6) divulgação da má notícia de modo lento, com termos simples, correspondentes ao histórico educacional do paciente, evitando detalhes; 7) discutir preferências de tratamento do paciente (SALEM; SALEM, 2013, p. 792).

Nesta categoria sobre o ensino e proposta de formação para comunicar as más notícias buscou identificar propostas que orientam para o aprimoramento das habilidades comunicacionais em realidades que a espiritualidade/religiosidade possui forte repercussão.

3.2 Dilemas Religiosos presentes na Comunicação de Más Notícias

Nesta categoria foram encontrados cinco estudos: TAVAKOL; MURPHY; TORABI, 2008; TAVAKOL et al., 2005; SEARGHT; GAFFORD, 2005; SILBERT, 2011; SALEM; SALEM, 2013.

Os autores apontam diversos dilemas éticos de fundo religioso envolvendo a cultura religiosa de judeus (SILBERT, 2011) e também de pacientes de países muçulmanos (TAVAKOL; MURPHY; TORABI, 2008; e TAVAKOL et al., 2005). Os estudos de Tavakol, Murphy, Torabi (2008); e Tavakol et al. (2005), realizado junto a médicos iranianos, destacam forte paternalismo médico; forte influência da religião na cultura; e falta de formação para comunicar más notícias.

A comunicação muitas vezes é uma experiência desafiadora, tanto para o médico como para o paciente e familiares. Existem muitos aspectos que devem ser considerados para que a comunicação seja eficaz, como

As circunstâncias individuais dos pacientes, tais como experiências anteriores de vida, características da personalidade e crenças religiosas e espirituais, podem influenciar grandemente o impacto emocional e o isolamento experimentado pelo receptor de más notícias (TAVAKOL; MURPHY; TORABI, 2008, p. 260).

No contexto do Irã a religiosidade é significativamente diferente de países ocidentais, pois influencia profundamente a cultura. Facilmente essa influência é identificada no paternalismo médico, pois com a finalidade de manter a esperança do paciente é revelado o prognóstico apenas à família, e retém-se

informações com a finalidade de manter a esperança do paciente. (TAVAKOL; MURPHY; TORABI, 2008, p. 261).

Assim como no estudo de Salem e Salem (2013, p. 791) costumeiramente nas comunidades muçulmanas a família é a unidade estrutural básica. Sendo assim, boa parte das famílias tendem a ocultar a verdade de seu ente enfermo. A retenção de informações importantes pela família tem a finalidade de evitar o sofrimento psicológico de seu ente querido. Desta forma, “os paciente e famílias muçulmanas geralmente preferem uma política de ‘não divulgação’ quando se trata de má notícia, na tentativa de evitar a perda de esperança” (SALEM; SALEM, 2013, p. 791).

Diante disso os médicos deparam-se com dilemas éticos, pois de um lado há o direito do paciente saber a verdade, e de outro existe a influência da família em não querer informar o real prognóstico ao paciente, com a finalidade de evitar-lhe o sofrimento emocional e assegurar a esperança.

As características da comunicação de más notícias levantadas em estudos entre médicos residentes no Irã (TAVAKOL; MURPHY; TORABI, 2008; e TAVAKOL et al., 2005) são: 1) presença de forte paternalismo médico, pois falar para o paciente que ele está com doença grave facilmente desperta o pensamento que tudo acabou, e por isso não se fala diretamente sobre a doença com o paciente; 2) as orientações do Islamismo ajudam a pessoa a enfrentar a morte de seu ente querido, e afirmações como ‘nós pertencemos a Allah’ e ‘nós voltamos para Ele’ são comuns; 3) após formados os médicos costumam agir a partir de suas experiências, facilmente causando agitação emocional no paciente e familiares; 4) não existe método sistemático de ensino para comunicar a má notícia (TAVAKOL; MURPHY; TORABI, 2008, p. 261).

Desta forma, muitos médicos no Irã costumam comunicar a má notícia embasados em ensinamentos islâmicos, orientações que valorizam a centralidade da família e o cultivo da esperança. Por isso é comum privar o paciente da sua real situação clínica, tratando apenas as informações reais com os familiares, o que pode gerar sérios problemas, pois se o paciente perder confiança no médico, essa relação fica comprometida.

A boa relação médico-paciente afeta diretamente a satisfação do paciente, isso faz com que seja diminuído o uso de analgésicos, sua permanência no hospital, e ainda há uma significativa recuperação cirúrgica.

Integrar as habilidades comunicacionais auxilia na solidificação da relação médico-paciente. A comunicação conta com a valorização da origem étnica dos envolvidos, e com seus princípios religiosos (TAVAKOL. et.al. 2005, p.1).

As habilidades comunicacionais são pouco abordadas no Irã, país que possui cultura diferente a do Ocidente, pois têm grande sensibilidade a religiosidade islâmica, e isto influencia na relação médico-paciente. No Irã a religião costuma controlar as leis, a política, o dia-a-dia dos cidadãos. Desta forma, os médicos sabem que há várias dificuldades subjacentes à comunicação.

O conhecimento sobre habilidades comunicacionais no Irã é limitado (TAVAKOL. et.al. 2005, p.4), e somado a isso existe forte papel da religião que influencia a abordagem para com o paciente. A perícia do médico em fazer juízo de valor é insuficiente, e comunicar a má notícia de acordo com a forma ocidental, em falar toda a verdade para preservar a autonomia do paciente, pode levar a resultados negativos à saúde, como a insatisfação do paciente, e a baixa aprovação do tratamento.

Muitos fatores culturais influenciam as decisões do paciente frente a má notícia. Não é incomum que médicos fora dos EUA retenham informações de seus pacientes, pois existe a concepção de que revelar o diagnóstico de doença grave é desrespeitoso, indelicado e até prejudicial ao paciente. Por isso “o cuidado no final da vida deve reconhecer, avaliar e abordar as questões psicológicas, sociais, espirituais/religiosas e culturais, percebendo que em diferentes culturas podem existir abordagens significativamente diferentes” (SEARIGHT; GAFFORD, 2005, p. 515).

Em culturas que valorizam a não maleficência, busca-se proteger o paciente dos problemas emocionais e físicos que a má notícia possa causar, pois nas culturas não-ocidentais costuma-se valorizar as comunidades e famílias, e não o indivíduo sozinho. Em alguns países ocidentais como

Nos Estados Unidos, documentos legais, como diretivas antecipadas e procurações duradouras, são estratégias para prolongar a autonomia em situações nas quais os pacientes não podem mais se representar. Outras culturas, no entanto, não enfatizam a autonomia, percebendo-a como isolante, em vez de empoderadora (SEARIGHT; GAFFORD, 2005, p. 516).

Em culturas não-ocidentais a estratégia na comunicação de más notícias é utilizar terminologias que obscurecem a gravidade da condição de saúde do

paciente, minimizando os impactos de comunicação direta de más notícias. As razões para não divulgação são quatro: 1) algumas culturas acreditam que conversar sobre a doença grave ou sobre a morte pode parecer desrespeitosa; 2) certas culturas consideram que abordar o assunto de doença grave pode ativar a depressão ou ansiedade no paciente; 3) falar abertamente sobre a doença grave com o paciente pode eliminar-lhe a esperança; 4) e ainda há culturas que creem que falar em voz sobre doença ou morte irá atrair tal realidade, pois a palavra dita tem força (SEARIGHT; GAFFORD, 2005, p. 517).

Caso a má notícia possa vir a causar impacto negativo a saúde do paciente, devido a reações emocionais desfavoráveis, como a depressão, e até a problemas físicos, existe a tendência em não lhe revelar totalmente a verdade. Agindo dessa forma garante-se a esperança do paciente, pois “ se a esperança for destruída, os pacientes não poderão mais desfrutar de suas vidas diárias e sentirão que estão ‘entre os mortos, enquanto ainda está vivo’” (SEARIGHT; GAFFORD, 2005, p. 518).

Mesmo existindo acordo para uma mudança universal para que seja dita a verdade ao paciente, ainda existe a tendência em não falar toda a verdade em algumas situações. Tais situações compreendem falta de formação, falta de tempo para atender as necessidades emocionais do paciente, receio que ele sofra impacto negativo, e inclusive solicitação de familiares para que se retenham informações (SILBERT, 2011, p. 382).

No que se refere à comunicação de más notícias a pacientes judeus, o rabino Immanuel Jacobovits, notável bioeticista, declara que:

Nos opomos divulgar toda a verdade se houver a menor suspeita que ao fazê-lo, podemos causar um revés físico ou mental ao paciente. A paz de espírito tem prioridade sobre a verdade e, se necessário, em prol da saúde do paciente, podemos reprimir e suprimir a verdade para que a esperança não seja removida do paciente (SILBERT, 2011, p. 382)

Não é exclusividade do Judaísmo proporcionar esperança. Religiões orientais e o cristianismo possuem suas próprias abordagens no fim da vida de fornecer esperança. Aliviar a dor e o sofrimento, fornecer à família e o paciente esperança e significado para se fortalecer diante do medo, mesmo que se retenham informações. Porém, reter a verdade visando a manutenção da esperança gera uma série de problemas e dilemas éticos para o médico, como

a possível perda de confiança do paciente ao descobrir a verdade, afetando diretamente a relação médico-paciente. É muito importante “uma consciência do diagnóstico e suas implicações oferecem oportunidades para o paciente expressar incertezas e medos, compartilhar sentimentos de depressão, ansiedade e isolamento, e reconciliar relacionamentos pessoais” (SILBERT, 2011, p. 383).

Nesta categoria foram identificados alguns dilemas religiosos presentes na comunicação de más notícias para paciente judeus e muçulmanos. Identificou-se forte paternalismo médico, grande influência da religião na forma de enfrentar a má notícia, e precária formação para comunicação de más notícias.

3.3 Comunicação de Más notícias e decisões éticas no final de vida

Nesta categoria foram encontrados dois estudos: CONSIDINE; MILLER, 2010; EHMAN et al., 2006.

Provavelmente o desejo de uma “boa morte” é universal, com significados diferentes. Talvez morrer enquanto dorme, ou morrer entre os entes queridos e em casa, ou uma morte rápida e sem dor. Com o envelhecimento da população, há maior índice de morte por causa de doenças crônicas, e por isso exige-se cuidados de fim de vida. Nem sempre os familiares e pacientes estão preparados para saber como enfrentar os desafios com fim da vida (CONSIDINE; MILLER, 2010, p. 165)

Costumeiramente o médico dirige seus esforços para os aspectos físicos do paciente, e não raras vezes familiares e pacientes veem o fim da vida a partir do significado psicossocial e espiritual mais profundo. Para paciente e familiares “as questões mais importantes no final da vida não são decisões sobre tratamento, planos fúnebres ou propriedades, mas preocupações com conforto, espiritualidade e significado de vida” (CONSIDINE; MILLER, 2010, p. 166).

Tanto pacientes como familiares são vistos com vastos conhecimentos no que se refere a cuidados. O cuidado do familiar em umedecer o rosto de seu ente querido para que a pele não resseque, de cobrir a lâmpada que ilumina o ambiente para não “queimar” os olhos do paciente, o cuidado de por almofadas

embaixo das pernas para maior conforto do paciente, o ato de rezar junto para proporcionar esperança e serenidade, tudo isso é ensinamento sobre cuidados. Desta forma, “como os pacientes e familiares são os especialistas, os funcionários do hospital devem aprender com eles a satisfazer suas necessidades de conforto e cuidado espiritual” (CONSIDINE; MILLER, 2010, p. 169)

O interesse do paciente em ter seus valores espirituais/religiosos incluídos no enfrentamento de uma doença é identificado no estudo de Ehman, et.al. (1999). Este estudo mostra que os americanos, em geral, buscam inspiração nas crenças religiosas em situações de enfermidade. Em 1997, foi realizada, nos EUA, uma pesquisa empírica com 177 pacientes. Os resultados apontaram que 45% dos participantes acreditam que as crenças religiosas influenciam as decisões médicas. Além disso, 94% dos pacientes também afirmaram que em situações onde fossem informados de estarem gravemente enfermos, gostariam que seus médicos incluíssem questões relativas à espiritualidade/religiosidade. Portanto, muitos pacientes gostariam que fosse tratada a questão da espiritualidade/religiosidade em situações de doença grave, pois suas crenças interferem em suas decisões e na forma de enfrentar a enfermidade.

3.4 A espiritualidade do médico e sua influência no modo como se comunica as más notícias

Apenas um estudo dedicou-se a refletir, especificamente, sobre a questão da espiritualidade do médico na comunicação de más notícias (MELO JUNIOR et al., 2015).

Melo Junior et al. (2015) desenvolveu uma pesquisa sobre a presença da espiritualidade e da religiosidade do médico na comunicação da morte encefálica, junto a médicos intensivistas do Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/Paraíba. Este estudo aponta a fé como facilitadora da comunicação sobre a possibilidade da morte, ou desta já acontecida. Os médicos apontam que é preciso ir além da informação técnica, pois os familiares necessitam de amparo no momento de angústia e sofrimento. Assim sendo, a pesquisa aponta que a comunicação entre médico e familiares é favorecida pela

espiritualidade/religiosidade. Pela espiritualidade o ser humano busca sentido para a própria vida, isso por meio de realidades que superam o mundo material, como conexão a algo maior. A sua utilização no processo comunicacional de má notícia ajuda no enfrentamento de situações difíceis, e por isso

Os profissionais de saúde podem buscar, a cada oportunidade, atuar como agentes facilitadores e transformadores da realidade presente nas UTI's, podendo conduzir sua prática a partir de suas crenças, seja por uma espiritualidade e/ou religiosidade, principalmente no ato de comunicar a morte iminente dos seus pacientes (MELO JUNIOR et al., 2005, p. 493).

A espiritualidade/religiosidade auxilia na compreensão sobre o fim da vida e, mesmo não sendo mensurável, ajuda na promoção do bem-estar do paciente, pois “ao responder às preocupações espirituais e religiosas dos familiares, além de suas necessidades, os médicos podem ajudá-los a encontrar conforto no fim da vida” (MELO JR. et al., 2005, p.497).

Estabelecer diálogo com o enfermo, com sua família e entorno, torna a relação cada vez mais pessoal, empática, e contribui na edificação da humanização em saúde. A postura dialógica que inclui a espiritualidade/religiosidade facilita a comunicação entre médico-paciente, pois além das informações técnicas o paciente, ou familiares, necessitam de apoio a fim de suavizar o sofrimento no momento de angústia (MELO JUNIOR et al., 2005, p. 498).

A espiritualidade contribui na realização de escolhas vitais, pois está presente nos hospitais, no agir do profissional de saúde, nos valores pessoais dos enfermos, nas mobilizações dos familiares, a espiritualidade ampara incomensuravelmente o entendimento sobre o fim da vida. Entender a comunicação como base da sociabilização em saúde fortalece o diálogo entre médico-paciente, diálogo na equipe multiprofissional, família: “dentro desta perspectiva do diálogo, podemos destacar a influência da espiritualidade e da religiosidade utilizada pelos médicos como fator primordial na construção de um bom atendimento humanizado” (MELO JUNIOR et al., 2015, p. 498).

Portanto, a espiritualidade/religiosidade do médico é indicada como simplificadora na comunicação de más notícias para familiares e paciente.

Considerações finais

As más notícias são consideradas informações que costumam modificar drasticamente a visão de futuro do paciente. Essa vivência é muito desconcertante ao paciente e pessoas próximas. Da mesma maneira, comunicar a má notícia é uma das atribuições mais penosas atribuídas ao provedor de cuidados em saúde. Porém, poucos médicos recebem capacitação para comunicar as más notícias. A inserção da espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias apresenta-se como elemento significativo para o bem-estar das pessoas envolvidas.

A justificativa para a inserção da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias é que a fé faz parte da identidade do paciente, usada também nos tempos difíceis no enfrentamento da doença, ou sofrimento; a fé influencia decisões, como dieta, aderir ou não o tratamento; e contribui para com o bem-estar do paciente. Fazer o levantamento da história espiritual/religiosa do paciente, para identificar seus valores e inserí-los na comunicação de más notícias, e utilizá-los no processo comunicacional reafirma a centralidade do paciente. Assim a espiritualidade/religiosidade ajuda para uma melhor qualidade de vida, colabora com ansiedade mais equilibrada, revigora o sistema imunológico, contribui para um acertado funcionamento cardiovascular, fortalecendo o paciente como um todo.

A qualidade na comunicação de más notícias com a contribuição da espiritualidade/religiosidade fornece tranquilidade ao paciente, e seu sofrimento pode ser suavizado. Entretanto, identificou-se que, em países muçulmanos, e na cultura judaica a religiosidade tem forte impacto na cultura, inclusive na forma como se enfrenta a doença. Pouca formação, educação deficitária, fortes laços familiares, onde a cultura e religião são centrais na vida, os muçulmanos costumam reter parcial ou totalmente as informações sobre a doença para o paciente. No Brasil existe interesse em implementar a formação de más notícias já no meio acadêmico. Por hora isso tem sido explorado com mais intensidade a partir de interesse pessoal do médico.

Com pouca formação para comunicar as más notícias e a atitude paternalista tem como justificativa a idéia de que, caso a má notícia venha a

causar revés emocional ou físico no paciente, ele não deve saber, evitando assim seu sofrimento. A retenção de informações sobre a doença visa evitar traumas que a má notícia possa a vir provocar, e tem por finalidade manter a esperança. Porém, a autonomia do paciente não estaria sendo cerceada? Não estaria o paciente sendo impedido de possuir voz ativa nas decisões?

As grandes preocupações dos pacientes e familiares, diante das más notícias, são referentes a resignificações, busca de sentido, resoluções de questões incompletas. O papel da espiritualidade/religiosidade é de ser instrumento facilitador da comunicação da má notícia, oferecendo amparo no período do sofrimento.

Os estudos sobre a influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias ainda são pioneiros, sendo o campo de investigação muito vasto. Isto fica evidente no levantamento da literatura, pois apenas um estudo em português, com dados de uma pesquisa empírica, foi desenvolvido e publicado no Brasil. Percebe-se que existem muitas influências da fé no meio hospitalar, na forma de ver a vida, de tomar decisões, de gerir sentimentos e perspectivas. Não há uma receita pronta, mas isso não impede que sejam sugeridas formas de que a espiritualidade/religiosidade seja abordada nessa relação médico-paciente.

A formação para comunicar más notícias auxilia para o levantamento da história religiosa/espiritual do paciente, para perceber como é o enfrentamento da doença por parte do enfermo. Mesmo com aprofundamento no estudo e formação, comunicar a má notícia sempre será uma das atribuições mais árduas para os profissionais de saúde. Ainda existem muitas lacunas, mas estudos científicos apontam para que a utilização da espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias pode ajudar o paciente a construir um sentido e propósito na situação de sofrimento enfrentada ajudando-o a lidar melhor com o processo de terminalidade da vida.

Sem dúvida, estudos futuros sobre o tema, com levantamento de dados empíricos, são necessários, a fim de compreender melhor o impacto da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más-notícias e poder propor formas éticas de integração da espiritualidade/religiosidade nessas situações. Foi identificado apenas um estudo sobre o papel da espiritualidade/religiosidade

na comunicação da má notícia no Brasil, demonstrando limitações e fragilidades significativas acerca dessa temática.

Referências

BISHOP, T. W. et al. Innovative patientcentered skills training addressing challenging issues in cancer communications: Using patient's stories that teach. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 51, n. 4, p. 357–366, 2016.

BUCKMAN, R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, v. 288, 1984 May 26; 288(6430): 1597–1599.

BUCKMAN R. et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302-311, ago. 2000. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.

CONSIDINE, J.; MILLER, K. The Dialectics of Care: Communicative Choices at the End of Life. *Health Communication*, 25:2, 165-174, 2010. DOI: 10.1080/10410230903544951

CLOTET, J.; FEIJÓ, A.; OLIVEIRA, M.G. Bioética, uma visão panorâmica. Edipucrs, Porto Alegre. 2011.

DAVENPORT, L.; SCHOPP, G. Breaking bad news: communication skills for difficult conversations. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, v. 24, n. 2, p. 46–50, fev. 2011.

EHMAN, J. W. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med*, v. 159, n. 9, p. 1803-1806, 1999.

ESPERANDIO, M.R.G. Teologia e a Pesquisa sobre Espiritualidade e Saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, jul./set. 2014. p. 805-832.

ESPERANDIO, M.R.G., et.al. Coping religioso/spiritual na antesala de UTI: Reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. *Interações*, Belo Horizonte, Brasil, V.12 N.22, P. 203-222, ago./dez. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. 2010.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G., KING, D. E., & CARSON, V. B.. *Handbook of religion and health* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2012.

KLÜBER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MELO JR. I. M. J. et. al. A espiritualidade e a religiosidade dos médicos na comunicação da morte encefálica aos familiares. Rev enferm UFPE, Recife, v. 9, n. 2, p. 493-499, fev. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

NOLAN S, SALTMARSH P, LEGET C. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. EJPC. 2011;18(2):86-89.

SALEM, A.; SALEM A. F. Breaking bad news: current prospective and practical guideline for muslim countries. J Canc Educ n. 28, p. 790–794, 2013.

SEARIGHT, H.R.; GAFFORD, J. Cultural Diversity at the End of Life: Issues and Guidelines for Family Physicians. American Family Physician, 2005, V.71 N.3.

SILBERT, M. Breaking bad news – ethical dilemmas for doctors attending to Jewish patients. Forum. SAMJ, v. 101, n. 6, p. 382-383, jun. 2011.

TAVAKOL, M., et.al. A quantitative survey of intern's knowledge of communication skills: an Iranian exploration. Medical Education, 2005, 5:6.

TAVAKOL, M.; MURPHY, R.; TORABI, S. Educating Doctors About Breaking Bad News: An Iranian Perspective. Journal of Cancer Education, 23:260–263, 2008.

Artigo 2

O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: REFLEXÕES BIOÉTICAS

Mary Rute Gomes Esperandio¹

Darci Bubniak²

Resumo

A literatura aponta que há influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias, inclusive no enfrentamento da doença. Este estudo tem como objetivo apresentar os resultados de um estudo empírico sobre a comunicação de más notícias, que teve como objetivo verificar “se” e “como” a espiritualidade/religiosidade interfere nos modos de comunicação de más notícias, e oferecer uma reflexão a partir da perspectiva da Bioética. Participaram do estudo, 14 médicos hospitalares de Curitiba e região metropolitana, que responderam a uma entrevista semi-estruturada. O método utilizado foi de Análise de Conteúdo. As classes de análise foram: procedimentos para comunicação de más notícias; e como a espiritualidade/religiosidade interfere na comunicação de más notícias. Foi identificado que existem influências da espiritualidade/religiosidade ao comunicar más notícias pois, a espiritualidade é usada no processo de preparo pessoal para a comunicação de más notícia, reconhecida como fonte de conforto e oferecida ao paciente, e interfere na comunicação de más notícias como via de exercício da empatia. Reflexões bioéticas foram suscitadas na utilização da espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia: a beneficência como ato de praticar o bem; a não-maleficência como análise da possibilidade de causar prejuízo ao paciente; a valorização da autonomia do paciente; e a equidade orientando a imparcialidade. Conclui-se que os médicos e os pacientes sentem-se mais seguros e confortados quando a comunicação da má notícia é feita com auxílio da dimensão da espiritualidade.

Palavras chave: Espiritualidade. Religiosidade. Más notícias. Bioética.

¹ Doutora em Teologia (EST,2006) Professora adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). País de origem: Brasil. E-mail: mresperandio@gmail.com

² Mestre em Bioética na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). E-mail: darcibubniak@yahoo.com.br

Abstract 3

The literature indicates out that there is influence of spirituality/religiosity in the communication of bad news, including in coping with the disease. This study aims to present the results of an empirical study on the communication of bad news, which had as objective to verify "if" and "how" the spirituality/religiosity interferes in the modes of communication of bad news, and offer a reflection from from the perspective of Bioethics. The study included 14 physicians hospitals in Curitiba and metropolitan area, who responded to a semi-structured interview. The method used was Content Analysis. The classes of analysis were: procedures for communication of bad news; and how spirituality/religiosity interferes with the communication of bad news. It was identified that there are influences of spirituality/religiosity on the communication bad news because spirituality is used in the process of personal preparation for the communication of bad news, recognized as a source of comfort and offered to the patient, and interferes in the communication of bad news as device of empathy. Bioethical reflections were raised in the use of spirituality/religiosity in communicating the bad news: beneficence as an act of doing good; non-maleficence as an analysis of the possibility of causing harm to the patient; the valorization of the patient's autonomy; and fairness guiding impartiality. It is concluded that doctors and patients feel more secure and comforted when the communication of the bad news is done with help of the dimension of spirituality.

Keywords: Spirituality. Religiosity. Bad news. Bioethics.

Introdução

Embora tanto a espiritualidade como a religiosidade assumam papel importante na experiência de um paciente que enfrenta uma doença grave, o estudo científico sobre esse tema foi deixado de lado por muito tempo. Contundentes realces dados à Ciência fez com que o cuidado médico questionasse, ou até mesmo, repelisse a idéia de que a fé tivesse capacidade de interferir nos resultados terapêuticos.

No fim do século XX a prática médica começou a reconhecer a influência da espiritualidade no cuidado ao enfermo, mais especificamente aqueles que eram submetidos aos Cuidados Paliativos, pacientes que não mais vislumbravam a possibilidade de cura, que não dispunham mais de investimentos terapêuticos, ainda poderiam disfrutar de muitos recursos de cuidado. Pois, "trata-se de uma abordagem integral ao ser humano, procurando cuidar da

pessoa humana na sua globalidade de ser, nas suas necessidades fundamentais, seja no nível físico, psíquico, social e espiritual” (ROCHA, 2014, p. 15). Nisso inicia-se uma atenção maior da literatura científica sobre esse tema, culminando no crescimento expressivo de produção científica acerca da influência da espiritualidade (PUCHALSKI et al., 2014, p. 642 - 649).

Por isso este estudo pretende verificar a relação entre a espiritualidade/religiosidade e a comunicação das más notícias ao paciente, e investigar “se” e “como” a espiritualidade/religiosidade interfere nos modos de comunicação de más notícias ao paciente. Má notícia é definida como “qualquer notícia que drástica e negativamente altera a visão do paciente sobre seu futuro” (BUCKMAN, 1984, p. 1597).

No Brasil, apenas um estudo sobre a relação entre comunicação de más-notícias e espiritualidade/religiosidade foi encontrado. Trata-se do estudo de Melo Junior et al. (2015) que destaca que a espiritualidade/religiosidade é utilizada pelos médicos com a finalidade de facilitar a comunicação de más notícias. Assim, este estudo tem como objetivo contribuir com a investigação desse tema, no sentido de poder oferecer alguns subsídios a médicos sobre aspectos relevantes a serem considerados no momento de comunicar uma má notícia ao paciente e suas famílias.

1. Espiritualidade, Religiosidade e Religião no contexto da relação comunicacional médico-paciente e suas implicações Bioéticas

A quantidade de estudos acerca da espiritualidade/religiosidade e sua relação com a saúde vem aumentando nos últimos anos, trata-se de uma área nova de pesquisa (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 4). Existe um volume significativo de pesquisas sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde (ESPERANDIO, et.al. 2017, p.303).

A fé favorece a comunicação da má notícia (MELO JUNIOR et al., 2015, p. 497), e é inserida nesse processo comunicacional por fazer parte da vida do enfermo, influenciando-o a tomar decisões, e colaborando para com o aconchego do paciente (KOENIG, 2002, p. 488 - 491), ajudando a gerir sentimentos e esperanças. Dado importante é que a espiritualidade/religiosidade dos profissionais de saúde pode influenciar o modo de cuidar, auxiliando os

pacientes no enfrentamento da doença, pois independente da origem religiosa, a espiritualidade apresenta-se como parte central da constituição humana (PENHA; SILVA, 2012).

A Religião é compreendida como conjunto de práticas, crenças e rituais que tem relação com a transcendência, independentemente de qual seja a denominação religiosa (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 45). A religião apresenta-se como sendo algo de caráter doutrinário, institucional, que aponta modelos morais e rituais, normativa e dogmática. A religião possui rituais referentes ao transcendente, têm doutrinas distintas sobre a vida após a morte, e conservam princípios acerca dos comportamentos de seu grupo. Para Koenig “A religião é também um sistema organizado de crenças, práticas, e símbolos projetados para facilitar a proximidade com o transcendente, e promover uma compreensão do relacionamento de uma pessoa e responsabilidade para com os outros em viver juntos em uma comunidade” (2012, p.3).

Assim sendo, a religião refere-se a instituições específicas, com símbolos e rituais. Já a religiosidade origina-se da religião, e caracteriza-se com base na ligação da pessoa em práticas específicas da instituição religiosa, como rezas, participação nos cultos, encontros promovidos pela religião instituída. Como observa-se no trabalho de Esperandio (2014, p. 808), “em geral, o sujeito religioso assume certas crenças, práticas e valores ético-morais ligados a uma religião instituída”.

E a espiritualidade possui um sentido mais profundo e divergente, e nem todos os estudos indicam as diferenças entre espiritualidade e religiosidade. O significado de espiritualidade provém do significado de espírito (origem de energia fundamental da pessoa), entendida como busca de sentido (FRANKL, 2008). A predisposição do ser humano em procurar sentido para a própria existência através de princípios que ultrapassam o corpóreo caracteriza-se como espiritualidade, uma ligação com algo superior, como busca de significado da vida (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). A espiritualidade caracteriza-se como pessoal e extensa, com princípios internos, tendo relação com o divino diretamente, sem necessidade exclusiva de mediações institucionais (BERTACHINI; PESSINI, 2010, p. 316).

Espiritualidade é a dimensão dinâmica da vida humana relativa ao modo como as pessoas (indivíduos e comunidades) experienciam, expressam e/ou buscam sentido, propósito e transcendência, e o modo como elas se conectam com o momento, consigo mesmas, com os outros, com a natureza, com o significativo e/ou o sagrado. A espiritualidade é manifesta através de crenças, valores, tradições e práticas (NOLAN; SALTMARSH; LEGET, 2011, p.88).

Contudo, tanto a espiritualidade como a religiosidade possuem ligação com a busca de significado para a existência. Neste trabalho será utilizado o binômio espiritualidade/religiosidade sem preocupação com a diferenciação apontada acima, entre os dois termos.

No que diz respeito à comunicação de más notícias, a espiritualidade/religiosidade é utilizada para facilitar o processo comunicacional nas instituições de saúde, pois identifica-se maior motivação entre a equipe médica e uma comunicação mais eficiente. O trabalho do profissional de saúde é influenciado pela espiritualidade/religiosidade, inclusive na maneira que comunica a má notícia. Há a contribuição da espiritualidade para que o paciente seja visto como um todo, respeitando todas as suas dimensões (BARCHIFONTAINE, 2010, p. 480).

O emprego da espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias possui implicações bioéticas importantes a serem discutidas para assegurar o bem-estar das pessoas envolvidas nesse processo comunicacional. Nesse sentido faz-se importante destacar os seguintes fundamentos para guiar reflexões e decisões bioéticas: princípios da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O profissional de saúde ao utilizar a espiritualidade/religiosidade no processo de preparação para a comunicação da má notícia percebe-se mais preparado para esta árdua tarefa. Considerando que a espiritualidade/religiosidade é identificada como fonte de conforto para o paciente, a sua implantação na comunicação da má notícia favorece a empatia do paciente para com o profissional de saúde. Conseqüentemente, os envolvidos no procedimento de comunicação da má notícia sentem-se mais seguros com a inserção da espiritualidade/religiosidade nesse processo.

A Bioética propõe a promoção do bem, da obrigação moral de agir em benefício do outro, por conta da relação terapêutica profissional de saúde-paciente. Por isso a Bioética tem a beneficência como uma de suas bases,

entendida como o ato de praticar o bem para o outro, no cuidado em saúde trata-se de agir ampliando benefícios e diminuindo os prejuízos ao paciente. No que toca a espiritualidade/religiosidade e a comunicação, o médico possui a responsabilidade de garantir que informar a má notícia seja para o bem do paciente. Por isso, o ato de comunicar a má notícia requer ponderações e análise, para que aquilo que for comunicado propicie o bem do paciente.

O princípio de beneficência fundamenta-se na admissão do valor do outro, buscando potencializar o bem do outro. No que se refere a Medicina, o princípio de beneficência determina que o médico tenha a obrigação de analisar os benefícios e os riscos, buscando o máximo de benefícios, e reduzindo os danos.

Reconhecer que o paciente é muito mais que a sua dimensão biológica que é constituído a partir do todo, como ser biopsicossocial e espiritual, e inserido num contexto cultural é benéfico para todos os envolvidos (BERTACHINI; PESSINI, 2010, p.318). Portanto, agir para o bem do paciente, respeitando sua autonomia, é considerar a sua dimensão espiritual como importante característica no momento da comunicação da má notícia, pois suas crenças espirituais/religiosas influenciam escolhas, e decisão por um determinado tipo de tratamento e não outro.

Outro princípio é o da não maleficência, quando se não é possível promover a beneficência que ao menos não se promova a maleficência. O princípio da não-maleficência estabelece que o profissional de saúde tenha a obrigação de analisar e evitar prejuízos previstos ao paciente. Este princípio enriquece o da beneficência, pois os dois tem por finalidade possibilitar o bem do paciente.

Porém, existem limitações que estão fora do alcance do profissional de saúde, e não é possível garantir que o paciente tenha compreendido todas as informações oferecidas pelo médico, pois existem restrições como a falta de alfabetização, ou preconceitos com algumas doenças como achar que câncer seja sentença de morte, e o médico limita as informações sobre a doença para que o paciente não entre num quadro de desespero ou depressão. Isto não significa que as informações oferecidas parcialmente ou de modo superficial e não compreendidas plenamente, seja intenção profissional de saúde causar o mal, mas de diminuir os danos, pois “para evitar os extremos que podem variar da ‘mentira piedosa’ à ‘verdade escancarada’, recomenda-se a ‘verdade

prudente', entendendo-a como a colocação da verdade possível e adequada às necessidades individuais de cada paciente" (GEOVANINI; BRAZ, 2013, p. 461).

Ao buscar a beneficência do paciente, evitando a não maleficência, o médico ainda deve buscar a promoção da autonomia do paciente. Na Medicina a autonomia desperta muitas implicações, pois existe o impasse entre o compromisso médico e autogoverno do paciente. Cabem aqui diversas reflexões importantes para a Bioética voltadas a relação médico-paciente, inclusive o assunto relacionado a enfermos que tem autonomia reduzida, como pacientes menores de idade, deficientes mentais. Sendo assim, a autonomia é definida, dentre outros, por Pessini e Barchifontaine (2000, p. 44) como aquela "capacidade que tem a racionalidade humana de fazer leis para si mesma. Significa a capacidade de a pessoa governar-se a si mesma, ou a capacidade de se autogovernar, escolher, dividir, avaliar; sem restrições internas ou externas".

Por autonomia entende-se ser direito do paciente expressar a própria opinião, aceitar ou recusar aquilo que lhe é proposto como tratamento, expressado de maneira espontânea. Também o médico possui direito de exercer sua autonomia, e na comunicação da má notícia expressar opinião sobre o que o paciente decidir, inclusive repelir o que o paciente lhe propõe quando lhe é inverso a seus valores ou obrigações éticas.

Para a comunicação da má notícia algumas características do paciente devem ser levadas em consideração para avaliar se este é capaz de ser autônomo, se existem condicionamentos, como sua capacidade cognitiva, se está passando por uma disfunção mental, como a depressão, ou se está sob a influência de algum vício. Beauchamp e Childress (2002, p.137) definem autonomia como "autogoverno, direito de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade de vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo".

A autonomia do paciente delimita o agir ético dos profissionais de saúde, pois, diz respeito a capacidade que o paciente tem de decidir qual médico escolherá atendê-lo (quando isso é possível), se aceita ou não o tratamento (o que é lícito desde que sua doença não afete aos demais por contágio), segundo sua profissão de fé, exercendo decisões de modo independente (MARCHI; SZTAJN, 1998, p. 42). Por conseguinte, ao comunicar a má notícia, cabe ao

médico respeitar a autonomia do paciente para que o mesmo possa deliberar livremente sobre o tratamento, aceitando que cada paciente possui suas próprias expectativas, com base em seus valores e crenças (FORTES, 1998, p. 39-40).

Mas quando a autonomia do paciente, influenciada pelos seus valores espirituais/religiosos, limita certos tratamentos? Como por exemplo a transfusão de sangue, ou doação de órgãos, como proceder? Para algumas religiões isso não é permitido, tornando complexa a relação médico-paciente. O médico ao fazer o juramento de Hipócrates afirma em um trecho do juramento que: “não permitirei que considerações de religião, nacionalidade, raça, partido político, ou posição social se interponham entre o meu dever e o meu Doente”. De um lado tem a obrigação de salvar a vida que está em risco caso não faça a transfusão de sangue, de outro sabe qual o posicionamento do doente, influenciado pela religiosidade/espiritualidade em relação a transfusão, que pelos seus princípios, nega esse procedimento, mesmo sabendo estar sob possibilidade de agravo clínico caso não se submeta à intervenção médica.

O envolvimento a uma determinada comunidade de fé influencia o cuidado para com a saúde, pois: 1) as crenças formulam esquemas como o paciente irá enfrentar a doença; 2) diversos pacientes são moldados de acordo com as comunidades religiosas que participam; 3) e os padrões religiosos podem influenciar o paciente a decisões que conflitam com as orientações médicas. Desta forma, identifica-se que o paciente é influenciado pela fé ao caminho da introspecção, cultivando a esperança e encontrando força para enfrentar a doença. Mas, de outro lado, algumas formas religiosas são vistas como prejudiciais, pois o paciente em nome da fé, por acreditar que Deus há de curar, não aderem as orientações médicas (CURLIN et al., 2005, p. 763). Cabe salientar a bom entendimento de utilizar a fé como recurso adicional para fortalecer a esperança, sem deslocar a necessidade de medicamentos e tratamento ajuda o paciente a lidar melhor com a doença.

O respeito a autonomia do paciente legitima sua dignidade, e o agir médico é marcado por convicções altruístas que contribuem para a liberdade do paciente em deliberar sobre os tratamentos a serem realizados, mas surgem implicações bioéticas complexas. Como estabelecer uma comunicação de má notícia que propicie um boa relação médico-paciente se a influência da espiritualidade/religiosidade choca os valores dos envolvidos?

E por fim, a Bioética lança-se mão do princípio da justiça, como equidade para dar conta de balizar decisões médicas. O profissional de saúde é orientado pela imparcialidade, e é através da equidade que admite-se imparcialmente o direito que cada ser humano tem. A justiça guia a relação médico-paciente, onde o médico deve ser transparente e comunicar a verdade, ser honesto no prognóstico para esclarecer o paciente e lhe propiciar autonomia.

Na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria n. 1820, de 13 de agosto de 2009, onde dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde em seu Parágrafo único:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou de deficiência (BRASIL, 2009).

Para a reflexão no âmbito da bioética o princípio da justiça refere-se à igualdade, a independência e a harmonia nas relações, isto é, igualdade de direitos a atenção a saúde. Segundo esta imparcialidade, cabe ao médico a responsabilidade de informar de modo honesto a má notícia (CORREIA, 2002, p. 43). Para a comunicação da má notícia a influência da espiritualidade/religiosidade deve ser respeitada pelo profissional de saúde, pois o paciente possui suas próprias crenças e valores espirituais que interferem o modo de perceber e responder a doença.

Para a Bioética o princípio da justiça representa o reconhecimento da cidadania e o direito a saúde, sem distinções, inclusive de crenças. É direito do paciente, caso seja autônomo, saber o que acontece com ele, quais os tratamentos estão sendo empregados, principalmente frente ao diagnóstico de doença grave e incurável, pois as crenças religiosas exercem forte influência nas decisões no fim de vida.

2. Metodologia e Procedimentos

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com amostragem não probabilística, por conveniência, com base na metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (2009).

Para a entrevista junto aos participantes da pesquisa, foi agendada data, hora e local convenientes ao profissional colaborador do estudo. A entrevista iniciou pelo preenchimento de um questionário para levantamento de dados sociodemográficos, buscando também informações acerca da vinculação a instituições religiosas e sobre a fé em algo superior. Em seguida foi realizada uma entrevista semiestruturada a qual foi gravada, e posteriormente transcrita para análise.

O local de pesquisa foi Curitiba e região, e as entrevistas foram realizadas no período entre maio e julho de 2017. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), sendo o número do parecer de aprovação 2.068.838.

Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e foi-lhes assegurado o anonimato e confidencialidade.

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo. Chizzotti (2006, p. 98) afirma que “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Bardin (2009, p. 95 - 102), sugere três fases no processo de análise do conteúdo: 1) A pré-análise: onde se organiza o material a fim de torná-lo operacional sistematizando as ideias iniciais; 2) A exploração do material: que consiste na definição de categorias (sistema de codificação), identificação das unidades de registro (conteúdo) e identificação das unidades de contexto; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (momento da intuição, da análise reflexiva e crítica).

3. Caracterização da amostra

Foram critérios de inclusão na pesquisa, a participação voluntária, ser médico, estar exercendo a profissão, pois o exercício da profissão garante que o pesquisado tenha conhecimento adequado sobre o tema em questão e que possa fazer uma análise pertinente sobre seu próprio agir. Foram 14 médicos que participaram da pesquisa, de idade entre 25 e 66 anos, sendo 6 solteiros, 7 casados e 1 divorciado. Todos os entrevistados eram brasileiros, residentes em

Curitiba e região. No que diz respeito à religião, 11 deles identificaram-se como católicos, 2 protestantes/evangélicos, um sem religião, mas que considera-se espiritualizado. As especializações foram diversas, como: 1 oncologista, 2 cardiologistas, 1 oftalmologista, 1 anestesista e 9 generalistas.

4. Resultados e Discussão

Considerando o objetivo da pesquisa, o material coletado foi analisado a partir dos seguintes eixos temáticos previamente definidos: 1) Espiritualidade presente no preparo pessoal do profissional para a comunicação de más notícias; 2) Espiritualidade/Religiosidade como fonte de conforto a ser recorrida para ser oferecida ao paciente; 3) Espiritualidade como via de exercício de Empatia no processo comunicacional da má notícia.

O estudo foi conduzido junto a 14 profissionais da saúde formados em medicina, os quais foram contatados e convidados para voluntariamente participarem da pesquisa. Para o recrutamento dos mesmos foi utilizado o procedimento de “bola de neve”. Os participantes iniciais da pesquisa foram convidados pelo pesquisador que explicou os objetivos do estudo, e os voluntários, percebendo a seriedade da investigação e a postura séria e responsável do pesquisador, indicaram contatos de novos possíveis participantes, e estes procederam da mesma maneira indicando novos colaboradores para a pesquisa. Sendo assim, a amostragem em “bola de neve” foi uma técnica fundamental para recrutamento e seleção dos participantes do estudo (VINUTO, 2014, p. 217) e por essa razão, não foi observado o critério de gênero dos colaboradores da pesquisa, resultando em 10 profissionais do sexo masculino e 4 do sexo feminino.

Para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes da pesquisa não foram citados nomes, apenas identificados em masculino e feminino, e ainda um código de identificação da entrevista.

4.1 Perfil religioso da amostra

Todos os participantes da pesquisa disseram acreditar em Deus, ou em algo divino. No que diz respeito a afiliação religiosa apenas um participante da pesquisa reportou não ter vinculação religiosa. Essa vinculação às instituições religiosas reflete-se também no interesse em aprender sobre assuntos religiosos, e em participar das atividades destas instituições. E em se referindo sobre a importância da oração, todos os pesquisados posicionaram-se acreditar intensamente na influência da oração em sua prática profissional. Nenhum dos participantes declarou-se como ateu.

A crença na vida pós morte, como imortalidade, ressurreição ou reencarnação foi afirmada por 12 dos 14 pesquisados. A crença em uma sobrevivência para além da morte é realidade de fé comum em muitas religiões. Dois terços dos pesquisados acreditam que Deus intervém, ou que quer se comunicar, ou se revelar. A maior parte dos pesquisados, onze, dizem rezar com regularidade ou frequência.

4.2 Eixos Temáticos Resultantes das Entrevistas

As entrevistas com os médicos duraram em média uma hora, e resultaram na transcrição de 26 páginas. O conteúdo das entrevistas foi transcrito e organizado nos seguintes temas: espiritualidade/religiosidade no preparo para informar a má notícia; espiritualidade/religiosidade como fonte de conforto oferecida ao paciente; espiritualidade como via de empatia para com o paciente.

4.2.1 Espiritualidade presente no preparo pessoal do profissional para a comunicação de más notícias

A procura pela essência do ser humano, que ultrapassa o intelecto, o tangível, mas que move a vida é a espiritualidade. Essa realidade é traduzida por valores e princípios que tem por objetivo o bem do outro em sua

singularidade, e quem a pratica está exercendo a ética. “Sem espiritualidade, valores como compaixão, solidariedade, amor, justiça, compreensão desaparecem e perdem-se os limites de distinguir o que é certo e o que é errado (SOUZA; PESSINI, HOSSNE; 2012, p. 181).

O médico pode agir como facilitador e transfigurador da prática médica presente nos hospitais, utilizando a espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias aos pacientes. Sendo a espiritualidade uma inclinação humana que busca sentido para a vida através de concepções que ultrapassam o mensurável, como ligação ao sagrado, e pode ser utilizada no processo comunicacional (MELO JUNIOR et.al., 2015, p, 494).

A utilização da espiritualidade/religiosidade como força vivificante na comunicação da má notícia, como alimento que anima, revigora e impulsiona a vida. “Espiritualidade é o cultivo da dinâmica — ou é a própria dinâmica — que impulsiona o ser humano consciente em seus conhecimentos e escolhas vitais” (ANJOS, 2007, p. 158).

“A comunicação é feita de uma forma mais simples possível, mais precisa possível, sem acentuar pontos de gravidade, e sem fornecer pontos de solução impossíveis, mostrando só que uma situação que ocorreu, que está ocorrendo, e que ela tem alguns enfrentamentos a serem realizados, e o resultado pode ser bom, ou pode ser muito ruim. Acho que naquele momento a gente só vai ajudar a tentar fazer uma abordagem correta e suportiva quando for necessário” (Médico – Entrevista nº 07).

O termo comunicar vem do latim: *comunicare*, isto é, por em comum, transmitir, informar, fazer saber, revelar. Sendo assim, faz-se necessário que a má notícia seja compreendida por ambas as partes, tanto por quem comunica, como por quem é comunicado. Aquele que irá transmitir a má notícia tenha sensibilidade suficiente para perceber se a pessoa que receberá a má notícia seja capaz de compreender a informação revelada (SILVA, 2002, p. 74).

A comunicação é um ponto importante para a construção do relacionamento médico-paciente, por isso que uma das responsabilidades mais árduas que o médico possui é a comunicação da má notícia, pois a qualidade de sua transmissão é fator decisivo para tomadas de decisões assertivas para o tratamento do paciente. A boa comunicação permeia o processo de humanização do agir em saúde. Com um bom aprendizado o médico pode

desenvolver habilidades comunicacionais que favoreçam tal comunicação, produzindo absorção mais positiva de quem recebe a má notícia (NASSAR, 2003, p. 3–9):

“Então eu sinto que, principalmente, no começo do trabalho, logo depois de formar, a gente sai da graduação e cai no dia a dia sem muito tato, sem muito jeito. Dois caminhos são muito fáceis de se tomar, ou aquele que a gente vai tentar desenvolver recursos, desenvolver ferramentas pra lidar com essas situações de sofrimento de morte, da morte do dia a dia, que são os pequenos lutos que as pessoas precisam fazer, ou a gente toma o caminho da frieza. Então é preciso ter um certo distanciamento pra que a gente compreenda que eu preciso estar inteiro pra que eu possa cuidar do outro como um todo também. Mas ao mesmo tempo empatia não é só saber o que ele está sentindo, mas estar ali presente. Então, nesse sentido a espiritualidade faz toda diferença” (Médico – Entrevista nº 011).

A espiritualidade/religiosidade dos envolvidos possui grande importância no enfrentamento da doença, tanto para o paciente como para o médico. Ao tomar conhecimento da má notícia, o paciente facilmente entra numa crise emocional, o que acarreta no médico a aflição. Por este motivo, muitos médicos encontram dificuldades em iniciar com o paciente uma comunicação eficaz e produtiva, e o fornecimento de informações passa a ser deficitário. O acontecimento da doença é difícil para o enfermo, e não é diferente para o profissional de saúde, sendo a espiritualidade apontada como auxílio na confrontação da má notícia (FALCÃO; PINTO, 2014, p. 44), como percebe-se na fala de um dos participantes do estudo:

“Eu acho que pra dar uma notícia dessa tem que ser uma pessoa serena, uma pessoa equilibrada, acho que a parte espiritual é importante, tem que ser espiritualizado. Acho que tem que ter uma certa formação disso. Eu tenho a formação católica, sempre tive isso daí. Lógico, independente de religião, mas a minha formação sempre foi muito importante pra ser o que eu sou hoje, e como eu comunico as coisas e como eu converso, como eu explico” (Médico – Entrevista nº 01).

Na preparação para a entrega de más notícias, o médico preocupa-se em verificar o estado emocional do paciente e também da família:

“Primeiro preciso ver o contexto, como está essa família, como está essa pessoa, como ela encara a doença, o adoecer. Porque geralmente a má notícia tem a ver com doença nova ou alguma nova fase do adoecer da doença. Na medicina de família a gente trabalha com a questão da doença em si, que é o que a gente aprende nos livros, e a experiência da doença, que toda aquela carga emocional e afetiva que a pessoa pode trazer de situações que ela vivenciou com o adoecer ou as fases da doença. Então é preciso ver, preparar esse terreno, no sentido de como está essa pessoa hoje, e como ele pode encarar esse adoecer, sendo franco sendo honesto com a pessoa, no sentido de não mascarar e nem minimizar o problema que ela possa ter, mas vendo esse contexto, vendo não só uma doença, um resultado de um exame, ou um prognóstico ruim, mas alguém dentro de um contexto de vida que está passando por este momento” (Médico – Entrevista nº 11).

A espiritualidade é utilizada como estratégia para facilitar a comunicação de más notícias no meio hospitalar, assim como também fortifica o sentido do trabalho do profissional de saúde. Hospitais que incentivam o desenvolvimento da espiritualidade/religiosidade tem a relação médico-paciente revigorada, há maior motivação entre os profissionais de saúde, e a comunicação é mais eficiente. Esse impacto da espiritualidade na comunicação de más notícias é percebido na no modo de comunicá-las, pois o paciente percebe que está sendo considerado a partir de sua totalidade, com todas as suas dimensões: social, cultural, física, intelectual e também espiritual (BARCHIFONTAINE, 2010, p. 480).

A comunicação possui finalidade facilitadora no meio hospitalar, e não motivo de ansiedade. Constituir diálogo com o paciente valorizando sua história de fé facilita a comunicação de más notícias, pois o enfermo necessita além esclarecimentos técnicos, amparo para atenuar seu sofrimento (MELO JUNIOR et al., 2015, p. 498).

São indicados alguns passos para que a comunicação da má notícia seja eficaz, que exigem do profissional de saúde preparação: 1) o contexto mais adequado: quando as pessoas envolvidas estejam emocionalmente mais fortalecidas; 2) investigar quanto o paciente sabe: com perguntas indiretas abertas e escuta ativa averiguar o que o paciente sabe sobre sua condição clínica; 3) identificar o que o paciente quer saber: com perguntas diretas

pesquisar quais informações o paciente pode assimilar; 4) partilhar a informação: se o paciente tem condições de saber, se quer saber, com isso reparte-se a informação para que o paciente saiba de seu estado, e possa dialogar sobre o procedimentos terapêuticos; 5) empatizar com os sentimentos do paciente: reconhecer as reações emocionais do paciente para solidarizar-se com ele; 6) planejar o método terapêutico: concordado por ambos, onde o médico coloca-se à disposição do paciente. Esse é o protocolo de Buckman, ou também conhecido como protocolo de SPIKES (BUCKMAN, et al., 2000, p. 305–308). Nas palavras do entrevistado:

“Eu tento ficar mais calma, ficar num lugar mais tranquilo primeiro pra poder deixar passar a ansiedade, passar o stress que teve antes, que não consegue mais fazer nada. Tento ficar mais tranquila, mais calma, pra daí ter condições de conversar com o paciente, tentar me apresentar de uma maneira um pouco melhor pra família, pra não assustar”
(Médica – Entrevista nº 12).

É responsabilidade do médico comunicar a má notícia ao paciente ou familiares, e sendo encarregado pela comunicação da má notícia ele (médico) enfrenta diversos medos como: 1) medo de causar dor; 2) medo do fracasso terapêutico; 3) medo de ser responsabilizado legalmente por um possível erro; 4) medo de expressar seus próprios sentimentos (DIÁZ, 2006).

4.2.2 Espiritualidade/Religiosidade como fonte de conforto oferecida ao paciente

O reconhecimento dos valores do paciente, de suas crenças espirituais/religiosas eleva a comunicação de má notícia a um patamar mais profundo, pois o paciente recebe maior conforto quando a dor é acentuada. Sendo assim, ao levantar a história espiritual do paciente, há a construção de relacionamento respeitoso que facilita a comunicação das más notícias (DAVENPORT; SCHOPP, 2011, p. 47).

A fé influencia a tomada de decisões acerca do tratamento, está relacionada ao bem-estar do paciente e profissional de saúde, e consolida a

relação médico-paciente (KOENIG, 2002, p. 491). A comunicação é o fundamento da socialização, com finalidade de facilitar as relações interpessoais a partir da empatia, encontra na espiritualidade/religiosidade ajuda indispensável, pois além de informações científicas o paciente ou familiares necessitam de auxílio para amenizar a dor, encontrado na fé (MELO JR. et al., 2015, p. 498).

A espiritualidade é utilizada para favorecer o sentido da vida. O ser humano tem certeza de sua morte, o que para muitas religiões é imprescindível para a conclusão do ciclo de vida, já para outras, a morte surge com a significância de anular o sentido da vida. Porém, em vez disso, a morte deve incentivar a vida, as escolhas conscientes, já que o conhecimento da terminalidade da vida faz com que o ser humano usufrua de suas capacidades existenciais, aproveitar as oportunidades, dando sentido à vida (FRANKL, 2003).

A integração da espiritualidade/religiosidade na prática clínica, é desejada, tanto da equipe médica, como dos próprios pacientes. Isso porque as crenças do paciente influenciam suas escolhas de tratamento, e isso favorece que as vivências do paciente sejam acolhidas, e consideradas, pelo profissional de saúde, para que este conduza da melhor forma possível a comunicação da má notícia. A responsabilidade de acompanhamento espiritual não cabe ao médico, mas o médico pode considerar a espiritualidade/religiosidade do paciente, e caso seja necessário propiciar o encaminhamento para acompanhamento espiritual (OYAMA; KOENIG, 1998, p. 434). Uma das entrevistas expressa:

“a espiritualidade ajuda, tem muita influência, principalmente quando ela (paciente) vai ouvir, quando se tem a espiritualidade a aceitação é muito melhor” (Médica – Entrevista nº 11).

Assim, como se pode perceber na fala de um dos colaboradores do estudo, a espiritualidade/religiosidade parece ser utilizada pelo profissional, como uma fonte possível de conforto a ser oferecida ao paciente ao lado de sua atuação profissional:

“Sempre falo para o paciente: não sei porque está acontecendo, só Deus sabe, não sou Deus, sou simplesmente um médico, e estou fazendo o todo possível para você, para

teu familiar, mas eu acredito que a vida não para aí, eu acredito que Deus tem algo melhor preparado para teu familiar, eu acho que não vai sobreviver neste plano, mas acredito que tem algo melhor para ele” (Médico – Entrevista nº 04).

A espiritualidade/religiosidade mostra-se recurso de ajuda para o enfrentamento e aceitação da finitude, dado que as concepções religiosas da morte levam a uma concepção otimista, como conclusão da vida, e esperança na vida pós morte. A espiritualidade/religiosidade surge como busca de sentido de esperança, vem ao encontro do processo de enfrentamento da má notícia, como a notícia da morte, reduzindo a angústia das pessoas envolvidas, tanto de quem é comunicado, como de quem comunica. Esquecer a importância espiritual/religiosa assemelha-se a rejeitar sua cultura, sua história, seu estado psíquico, o que conseqüentemente levará a fraquejar no tratamento da pessoa como um todo (KOENIG, 2005).

Tendo em conta que a espiritualidade é a dimensão onde surgem as perguntas existenciais e onde se dá o processo de construção do sentido e propósito da vida, é natural que tal dimensão seja acessada neste contexto. A doença costuma causar intensa repercussão na vida do enfermo, e o profissional tem isso presente quando reflete sobre a influência da espiritualidade/religiosidade no processo de enfrentamento, dando a entender que parece contar com esse recurso do paciente. Uma das entrevistadas, ao ser questionada se a espiritualidade/religiosidade influencia a comunicação da má notícia, fez a seguinte declaração:

“Sim. Na verdade, é essencial, porque ela vai passar por uma fase de raiva, porque ele vai passar por uma fase de barganha, vai passar por uma fase de negação, ele vai... e quando estiver tranquilo ele tiver passado essas fases ele vai se apegar a uma força superior, invariavelmente ele se apega” (Médico – Entrevista nº 8).

Uma vez comunicada a má notícia, observa-se diversos comportamentos emocionais, como a negação e o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão, e a aceitação, não necessariamente nesta ordem (KLÜBER-ROSS, 1996). Estas reações devem ser consideradas no processo comunicacional da má notícia, visto que para um entendimento entre médico e paciente os aspectos clínicos tornam-se insuficientes.

O ato da comunicação da má notícia é custoso tanto para quem fala, como para quem escuta. Cada conjuntura possui aspectos singulares, cada pessoa reage de modo diferente, de acordo com sua capacidade de gerir as próprias emoções, ou conforme suas crenças. Isso faz com que o médico que comunica a má notícia sintam-se inseguro a percorrer um caminho desconhecido. E a utilização da espiritualidade/religiosidade como auxílio na comunicação da má notícia tem sido de grande ajuda, pois muitos pacientes aprovariam que o médico conversasse sobre espiritualidade com eles em momentos difíceis (OYAMA; KOENIG, 1998, p. 434).

A satisfação do paciente está diretamente ligada a apropriada comunicação que o médico faz. Este necessita possuir percepção de suas deficiências terapêuticas, e entender que é preciso cuidar do paciente durante a comunicação. Para tanto, o médico necessita estar sereno e confiante para tratar de dramas existenciais, como uma doença ou até a possível morte do paciente, e comunicar com segurança a má notícia a partir da ciência, da ética e, se possível, com o auxílio da espiritualidade/religiosidade (MORITZ, 2007, p. 486 - 488).

O levantamento da história de fé do paciente, e o uso prudente destas informações, pode ajudar no fortalecimento da relação médico-paciente, como percebe-se na fala de um dos participantes do estudo:

“A espiritualidade pode influenciar. Uma das boas práticas da semiologia médica é justamente buscar entender como que é a religião do paciente, e a partir dessa resposta estabelece-se mais um ponto de comunicação entre médico e paciente. Nesse processo é importante que se trate bem o paciente para que se tenha o melhor desfecho possível. Há uma obrigação do médico conhecer sobre espiritualidade, conhecer sobre diversas religiões, diversas formas de como os pacientes entendem as religiões, para que possa conectar o máximo possível nessa relação de confiança entre ambos” (Médico – Entrevista nº 10).

Pela espiritualidade/religiosidade, independente de qual seja a prática, ou a forma de expressar a fé, identifica-se que no discurso dos médicos entrevistados que a comunicação das más notícias leva em conta a espiritualidade/religiosidade do paciente. Esse peso da

espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias vem beneficiar o zelo e o alento para com os pacientes e o bem-estar do próprio médico.

A confiança garante de modo profundo os benefícios aos dois, médico e paciente, haja visto que muitas circunstâncias não podem ser renunciadas, e necessitam da confiança de ambos para resolver determinadas situações. Trata-se do modelo de beneficência centrado no paciente, baseado na confiança, seguindo a concepção de que as ações estão em conformidade ao agir ético da medicina: “por beneficência-na-confiança queremos dizer que médicos e pacientes mantêm ‘em confiança’ (do latim *fidúcia*) o objetivo de agir nos melhores interesses um do outro na relação (PELLEGRINO; THOMASMA, 1998, p. 54).

O contexto atual na América Latina é marcado por uma população com forte adesão a religiosidade, 92% da população brasileira denomina-se religiosa, isto é, vinculada a uma instituição religiosa (IBGE, 2010), e isso faz com que a fé auxilie no enfrentamento de situações de perda de saúde. Consequentemente a espiritualidade/religiosidade influenciam nas decisões médicas, pela aderência ou não ao tratamento, o que está explicitado nas palavras do entrevistado:

“A gente sempre fala pra eles (pacientes) que a espiritualidade vai além da própria religiosidade, a fé depende da experiência e da própria história de vida de cada um. Então, o transcender, o pensar que a vida não é só o corpo físico. Portanto, a doença não vai restringi-la em todas as suas potencialidades, em todas as suas possibilidades de vida” (Médico – Entrevista nº 11).

A qualidade de vida e melhor saúde tem relação com a exercício de atividades religiosas e a prática da fé. Esta melhora a saúde mental, auxilia no resgate da depressão, contribui para uma ansiedade mais equilibrada, fortalece o sistema imunológico, colabora para um mais adequado funcionamento cardiovascular. A espiritualidade é um componente importante para o bem-estar mental e físico do ser humano (CURLIN et al., 2005, p. 761).

As crenças, o desenvolvimento da fé, a prática religiosa, estão vinculadas ao bem-estar do ser humano, pois oportunizam melhor saúde psíquica, e capacidade de responder com maior tranquilidade acontecimentos conturbados. Assim a espiritualidade/religiosidade do paciente contribuem para o melhor enfrentamento de sua doença. A experiência espiritual/religiosa ampara na

confrontação com a doença, sendo importante fortalecedor para quem padece, pois contribui no revigoramento da saúde mental e física (SOUZA; CALDAS, 2009, p. 466). Como diz um dos entrevistados:

“Eu acredito que a espiritualidade é importante, devido até a credibilidade do médico, e alguma entidade ou ser que ele acredita existir acima das possibilidades dele. A espiritualidade conseguida ao longo da vida, seja participando de que tipo de religião fosse, sempre é fundamental nessa hora” (Médica – Entrevista nº 7).

As crenças do paciente repercutem na intervenção médica, e ajudam o paciente a lidar com sua enfermidade. Os profissionais entrevistados reconhecem essa questão, valorizam a religiosidade do paciente e estimulam a realização das atividades e acompanhamento religioso.

A implementação da espiritualidade/religiosidade no agir do médico o auxilia a comunicar a má notícia com maior mansidão. Entretanto, os médicos que tem o interesse em utilizar a espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia percebem que há dificuldade em saber quando, ou como tratar da espiritualidade/religiosidade com seus pacientes. Barchifontaine (2010, p. 480) aponta que “a espiritualidade reflete no respeito pelo próximo, na solidariedade, no estilo de liderança e até no trabalho em equipe”.

A incorporação da religiosidade/espiritualidade na comunicação da má notícia, de modo atencioso e gentil, consolida a relação médico-paciente. Além disso, traz mais tranquilidade no enfrentamento da doença, como percebe-se na fala de um dos participantes do estudo ao ser questionado como a espiritualidade/religiosidade ajuda na comunicação da má notícia:

“Ajuda. Sim. Nesse momento a família e o paciente estão tão fragilizados que eles frequentemente apelam pra Deus, isso é muito frequente. E a gente tenta de alguma forma assimilar, e nesse momento a espiritualidade que comanda, todos juntos tentando dizer que está evoluindo de alguma forma pra algo melhor” (Médico – Entrevista nº 05).

O contato com o médico, em algumas situações, é constante, fazendo com que o paciente sinta-se mais confortável para abordar assuntos religiosos. Levando em consideração que nem sempre há um capelão ou membro religioso à disposição quando questões sobre espiritualidade/religiosidade surgem, isso

pode ser feito com o próprio médico, ou equipe médica. A trajetória espiritual do paciente, e como que isso influencia na doença ou no tratamento, precisam ser consideradas mesmo que sejam crenças que conflitem com as do médico. Trata-se de entrar no universo do paciente, compreender os motivos pelos quais o paciente possui determinadas crenças.

Desta forma, identificar necessidades espirituais dos pacientes e saber como incorporar, de forma sensata e efetiva, a espiritualidade no trato com o paciente faz com que a prática médica desenvolva conhecimentos e competências que auxiliam na sua atuação clínica. E, para que o médico possa utilizar da religiosidade/espiritualidade do paciente em seu benefício, ele deve antes de tudo levantar a história espiritual/religiosa do paciente, conhecer suas crenças, isso de modo a ter mais elementos para uma prática ética do cuidado. Tal compreensão de que a religião tem função importante para lidar com a própria doença ampara o médico a orientar o paciente a tomar boas decisões para o devido tratamento necessário, como pode ser identificado na fala do entrevistado:

“Tem uma influência enorme. É bom saber no que aquela pessoa acredita, independente da religião que ela tem, mas no que ela acredita pra poder usar isso como base, e também entrar com essa notícia, pra que a religiosidade seja um conforto, também pra aquela pessoa. Então tem importância pra caramba” (Médica – Entrevista nº 6).

Sendo assim, a comunicação é influenciada pela vivência dos envolvidos, o contexto em que vive lhe influencia, sua cultura, valores, e sua espiritualidade exerce interferência nas relações interpessoais, na comunicação, e na comunicação de más notícias. Mesmo que a espiritualidade/religiosidade não seja tangível, e pode, com facilidade, não ser considerada como conhecimento científico, é, inegavelmente, parte da dimensão humana (ANJOS, 2007).

Tendo o médico a disposição em reconhecer os valores de seu paciente, facilitará a consolidação de relação médico-paciente pautada na empatia, e o paciente poderá compreender melhor o médico. Este processo também diz respeito aos valores espirituais/religiosos do paciente, por conseguinte o médico pode utilizar dos próprios valores espirituais/religiosos para ajudar no processo comunicacional, trazendo, desta forma, maior conforto na acolhida da má notícia. Percebe-se isso quando participante da pesquisa, ao ser questionado se a

própria espiritualidade/religiosidade influenciaria na comunicação da má notícia, responde:

“Sim, sem dúvida. A minha religiosidade em relação ao paciente, as minhas crenças interferem muito no sentido de dar a verdade sem que ele perca a esperança, a ideia é dar a má notícia, ele tem o direito de saber toda extensão do seu quadro. Mas sempre ter a esperança no tratamento ou no pós-tratamento” (Médico – Entrevista nº 08).

A proposta de incluir a espiritualidade na comunicação das más notícias, vêm ao encontro dos anseios do próprio paciente, e como forma de auxiliar o médico no ato de pôr em comum uma realidade, comunicar. Para isso, o médico deve levantar o histórico espiritual/religioso do paciente, e como essa prática influencia o paciente. Dessa maneira, o médico terá maior desembaraço ao utilizar a espiritualidade no contato comunicacional com o paciente (MELO JUNIOR et al., 2015).

As sensações otimistas sugerem sentimentos positivos, estes são fundados na segurança de que há motivação para continuar acreditando. Em contrapartida os sentimentos negativos levam a incredulidade e, conseqüentemente, a estados desmedidos de ansiedade e também à depressão. As grandes religiões fundamentam-se em um criador que regulamenta o cosmos, que todos os acontecimentos possuem um sentido de que existe esperança na vida pós morte. Tal confiança auxilia o ser humano a enfrentar momentos árdus de sua existência com menor desembaraço (KOENIG, 2005).

Não apenas para o enfermo são benéficos os resultados da inserção da espiritualidade/religiosidade, mas também para o médico que passa a ter maior sensação de bem-estar. Aspecto positivo observado no modo como o participante descreve sua experiência da influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia:

“Pra mim tem também, não só porque a pessoa vai ficar bem, mas porque eu como que tem também a minha crença, acredito em Deus. Sei que algo maior existe, tenho essa certeza, não sei de onde, mas ela existe. De que essa força pode ajudar a pessoa, e pode me ajudar também a dar essa notícia, me dá mais segurança” (Médico – Entrevista nº 6).

Os motivos pelos quais identifica-se utilidade da inserção da espiritualidade na comunicação dos médicos para com seus pacientes atuam diretamente na qualidade de vida, dos pacientes e dos médicos. Vejamos como:

a) diversos pacientes são religiosos, e isto é substancial para sua identidade, sendo usada, inclusive, em momentos difíceis, diminuindo apreensões emocionais originadas por perdas ou transformações, reduzindo a ansiedade e aumentando a esperança.

b) outra razão para incluir a espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias é a interferência nas decisões a partir da espiritualidade.

c) crenças espirituais/religiosas são alusivas a qualidade de vida, visto que pacientes que admitem uma espiritualidade/religião recuperam-se mais depressa dos que não creem (KOENIG, 2002)

d) diversos pacientes apreciariam que os médicos falem sobre crenças, no entanto poucos médicos o fazem. Esse partilhar de valores, no caso espirituais/religiosos, deixam o paciente mais confortável, confiante, empático. Há ainda a o bem-estar que as emoções positivas despertam no paciente, provindas da crença, o apoio social em saber que outras pessoas compartilham de seus valores, e a saúde física associada a boa performance do sistema imunológico, e atrasa o enfraquecimento do desempenho físico, comum a idade.

Portanto, a relação médico-paciente que valorize todos os aspectos da dimensão espiritual também contempla os vínculos sociais, demonstrando um comportamento ético de respeito à integralidade da pessoa. A reflexão bioética que se proponha a promover a dignidade e a valorizar a capacidade de autodeterminação do paciente, “por meio de sua inter e transdisciplinaridade, [...] encontra na religião um valoroso contributo e interação” (SOUZA; PESSINI; HOSSNE, 2012, p. 188).

Lembremos que não é responsabilidade do médico auxiliar espiritualmente o paciente, mas o profissional pode orar junto quando solicitado pelo enfermo, ou apenas fazer-se presente. Existe o risco do paciente sentir-se incomodado ou forçado, que pode ocasionar, inclusive, um processo contra o médico. Por esse motivo é que muitos médicos não estimulam nem se interessam pelo tema da espiritualidade/religiosidade na relação médico-paciente (OYAMA; KOENIG, 1998). E para que a comunicação da má notícia seja prudente, respeitando etapas, é preciso que o profissional de saúde tenha

formação para isso. Para tanto, muitas escolas, voltadas ao ensino de profissionais de saúde vem acrescentando conteúdos acerca da religiosidade/espiritualidade no cuidado com o enfermo (PESSINI, 2004, p. 458). Como pode-se perceber na fala de uma das entrevistadas:

“Em geral as más notícias é preciso preparar-me antes (Investigar sobre a espiritualidade/religiosidade do paciente). Eu tento ver como está a estrutura daquela pessoa, daquela família pra poder chegar com aquilo que ela já sabe e então fornecer esta notícia. Tem um pouco de tensão, mas é algo que faz parte da rotina, do trabalho”
(Médica – Entrevista nº 06).

Tratar da temática da espiritualidade com o enfermo em momentos delicados de sua saúde pode provocar receio no médico. Visto que, motivar questões sobre religiosidade pode enviar uma mensagem equivocada ao paciente, de que este esteja numa condição de sem perspectiva de cura, no fim da vida. Caso seja a morte iminente, espontaneamente o assunto espiritualidade surgirá, e o médico deve estar preparado para conduzir estas questões. Percebe-se, portanto, que dentre as preocupações dos médicos estão a falta de tempo adequado para fazer um levantamento da história espiritual/ religiosa da paciente, o desconforto com o tema, receio de impor a própria espiritualidade para o paciente, falta de conhecimento acerca do tema, e até a falta de preparo (SALEM; SALEM. 2013).

4.2.3 Espiritualidade como via de exercício de Empatia no processo comunicacional da má notícia

Muitos pacientes apreciariam que os médicos que os cuidam conversassem sobre temas espirituais, assim tornar-se-iam mais empáticos com sua situação de dor. Acreditam que orar em situações específicas fortaleceria a relação médico paciente. Para muitos pacientes é apreciada a atitude do médico falar sobre a fé, dessa forma permitiria ao enfermo ter sensação de aconchego, bem-estar, sentimentos positivos, pois as crenças influenciam as decisões do

paciente, o ajudando no enfrentamento da doença, e fortalecendo o vínculo médico-paciente (OYAMA; KOENIG, 1998, p. 431 – 435).

Quando seus valores são respeitados o paciente sente segurança em sua relação com o médico. O relacionamento, médico-paciente, pautado na verdade, e rodeado pela espiritualidade, faz com que o enfermo demonstre seus receios e inseguranças, possibilitando conciliações intrapessoal e interpessoais (SILBERT, 2011, p. 383). Em determinados casos não cabe obstinação terapêutica na tentativa de salvar o paciente a qualquer custo, mas de viabilizar seu bem-estar por meio da abordagem paliativa de cuidados que dá atenção às necessidades do enfermo, inclusive as espirituais. A empatia para com as necessidades do paciente faz com que o médico seja visto como promotor do cuidado em saúde, tendo o paciente como centro, inclusive na comunicação de más notícias, conforme relatado:

“A gente se coloca na posição do paciente sempre, não tem como não sentir o medo que o paciente sente, porque é um momento de vida ou morte, isso a gente tem que estar sensibilizado, mais do que tudo na vida ajuda a valorizar aquele momento de aflição do paciente deitado na maca, com medo, não pode ser grosseiro, você tem que ser carinhoso, atencioso, humano, rezar junto” (Médico – Entrevista nº 03).

A Medicina deixa de preocupar-se apenas com o cuidado para com o corpo e passa a enxergar o ser humano como um todo, com todas as dimensões que o compõe, dimensão social, cultural, biológica, psicológica e também espiritual. O cuidado espiritual, antes destinado apenas a pacientes em fase terminal de doença passa a ser destinado também a todos os casos. Com a investigação sobre a história espiritual do paciente os profissionais de saúde passam a entender melhor as necessidades do enfermo. Esse levantamento acerca da espiritualidade do paciente ajuda a fortalecer seu bem-estar, pois pelo reconhecimento de seus valores, a comunicação passa para ser mais profunda, fortalecendo a confiança entre profissional de saúde e paciente. O cuidado da equipe de cuidados em saúde para com as práticas de fé do paciente, faz com que o enfermo sinta maior conforto e alívio quando a dor se acentua (DAVENPORT; SCHOPP, 2011, p. 47).

A construção de relações interpessoais passa invariavelmente pela comunicação, junto a isso o emprego das crenças costuma realizar efeitos

positivos. Na comunicação de más notícias a maneira com que se faz a transmissão é fundamental para que as pessoas envolvidas possam sentir-se apoiados e protegidos. A comunicação da má notícia demanda entendimento e acolhida para dar respostas a situações difíceis e aflitivas (SILVA, 2002, p. 75). Realidade vivida e exposta pelo entrevistado:

“Tento sempre me colocar no lugar do paciente, dizendo que é uma situação difícil, e se tem algo a mais que a pessoa acredita, que existem razões pra aquilo. Deus sempre põe propósitos pra nossa vida, pra tentar enfrentar da melhor forma a má notícia. Eu deixo Deus falar por mim no momento da consulta. Quando tenho que comunicar a má notícia, tento entrar em contato com quem me orienta, pra que eu esteja da melhor forma” (Médica – Entrevista nº 11).

A inclusão da religiosidade/espiritualidade é apontada como facilitadora do processo comunicacional. Além das informações técnicas oferecidas no momento da comunicação, o profissional de saúde oferece apoio no momento da dor, e isso pode ser realizado com a ajuda da espiritualidade. Para a dor pode-se prescrever analgésicos, enquanto muitas vezes “o aspecto religioso é fundamental no processo de aceitação e na tentativa de minimizar o sofrimento daqueles que encaram a gravidade do quadro de um paciente internado” (MELO JR. et al., 2015, p. 497).

O elo saudável entre médico e paciente é determinado pela comunicação, sem imposições de valores pessoais. A identificação das necessidades espirituais do paciente, e em momentos propícios a sua utilização faz com que o paciente sinta-se assistido em suas necessidades (PENHA; SILVA, 2012, p. 267). A espiritualidade/religiosidade apresenta-se como meio de promoção da humanização, de construção de relacionamento de empatia para com o enfermo, como revela o entrevistado:

“Eu tendo os ensinamentos da igreja, não tem como eu não ser humano. Eu tento ser humilde, tudo que aprendo de bom, tudo que aprendo na Igreja, desde cedo, indiretamente pelos pais, os valores que vem de casa, que de certa forma eles pegaram da religião com certeza influencia nesse respeito, nessa consideração, nesse humanismo, ter que se colocar no lugar do outro. Isso tudo a religião ajuda muito” (Médico – Entrevista nº 04).

Como já apontado, a integração da espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia promove o bem-estar das pessoas envolvidas nesse processo comunicacional. A realidade cotidiana mostra que diversos pacientes cultivam espiritualidades, ou pertencem a uma comunidade religiosa, e essa identificação com determinada crença o ajuda em momentos difíceis, possuindo influência sobre as decisões acerca do tratamento (KOENIG. 2002, p. 488 - 491).

A comunicação da má notícia implica em oferecer assessoramento durante e pós comunicado, fazendo com que sejam superadas as dificuldades comunicacionais e fortalecidos os laços de confiança entre médico e o paciente (TRINDADE. 2007, 72). A postura ideal relatada pelo entrevistado é:

“Inicialmente é ser verdadeira, nunca esconder o diagnóstico, ele é duro, mas terá de ser dito. Já chorei com paciente ao dar diagnóstico. Não deixo de sentir, não deixo de me colocar na posição da outra pessoa, e tento demonstrar o máximo que estarei ali por ele pra dar força. Já levantei a questão religiosa, de superioridade, de que é o médico dos médicos que está no comando de tudo, é um conforto na hora, você sente o paciente” (Médica – Entrevista nº 14).

No período do tratamento o enfermo encontra muitas pessoas da equipe de cuidados em saúde, onde cada encontro torna-se propício à comunicação feita pela linguagem verbal e não-verbal e que requisita do profissional de saúde aptidões para discernir o que o paciente quer dizer. Costumeiramente o paciente espera equilíbrio da equipe. Consequentemente, para atingir as expectativas de modo ético, o cuidado para com as necessidades do enfermo, sejam elas físicas, psicológicas, ou espirituais é primazia, mantendo sempre a centralidade no paciente.

O conhecimento do médico sobre os próprios sentimentos acerca das doenças graves e sobre a morte, faz com que a comunicação da má notícia seja influenciada por tais emoções. A morte faz parte do desenvolvimento natural da vida, e que não deve ser negada, para em nome da preservação da esperança, ou da incapacidade de gerir os próprios sentimentos sobre tal realidade, ludibriar o paciente. A demanda é clara: “os médicos devem fazer seu próprio trabalho com relação à sua própria fé, mortalidade e problemas de luto para evitar a contratransferência com seus relacionamentos com o paciente” (DAVENPORT; SCHOPP. 2011, p. 49). Das entrevistas se destaca:

“Em primeira instância paciente pra mim significa amigo, não considero um paciente como estranho, para mim paciente significa muito mais do que significa a palavra. Costumo rezar pelos meus pacientes, me apego a meus pacientes. Quando perco o paciente a mim me machuca, não deveria, mas machuca, não me acostumo com a transição chamada morte” (Médico – Entrevista nº 04).

A centralidade no paciente, ponderando suas dimensões, inclusive espiritual, tem feito com que sejam desenvolvidas habilidades comunicacionais com a finalidade de aprimorar a comunicação da má notícia. Resultando que “a comunicação eficaz está ligada à satisfação do paciente, aos resultados de saúde, diminuição da ansiedade e melhor compreensão” (BISHOP, 2016, p. 358).

Considerações finais

A má notícia modifica drasticamente a perspectiva de futuro de quem é comunicado, e essa experiência é desconfortável para o paciente e para as pessoas envolvidas nesse processo comunicacional. A formação e capacitação para comunicar a má notícia é um dos atributos que o profissional de saúde necessita para o bom desenvolvimento do cuidado. A inclusão da espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia contribui para o bem-estar dos envolvidos, onde a fé está relacionada ao fortalecimento das pessoas no enfrentamento da doença.

Este estudo apresenta a espiritualidade/religiosidade como elemento que colabora no enfrentamento de más notícias, e ainda que interfere na tomada de decisões sobre o tratamento. Os dados coletados sugerem que espiritualidade/religiosidade dos envolvidos ampara e traz segurança para o enfrentamento da má notícia, e impacta a forma de encarar o sofrimento de repentina mudança de perspectiva de vida.

Foi identificada que a espiritualidade/religiosidade é utilizada no procedimento de preparação pessoal do médico para comunicação da má notícia; a espiritualidade/religiosidade é identificada como princípio de conforto apresentada ao paciente; que a espiritualidade/religiosidade influencia a

comunicação da má notícia como caminho de empatia; e que os envolvidos no processo de comunicação de más notícias, com a inserção da espiritualidade/religiosidade, sentem-se mais seguros.

Muitos pacientes apreciariam que os profissionais de saúde abordassem o tema da espiritualidade/religiosidade, pois isso os fariam sentir-se mais seguros, fortaleceria a relação profissional de saúde-paciente, e acolheriam com maior facilidade o tratamento. A espiritualidade/religiosidade integra a identidade do paciente, influenciando em diversas decisões, como aderir ou não ao tratamento, aceitar ou não a doação e órgãos ou transfusão de sangue.

É incontestável a necessidade de investigações acerca da espiritualidade e a saúde, ultrapassando o modelo biomédico convencional. Além do mais, tais investigações são importantes para embasar as decisões sobre as políticas de saúde. A influência da espiritualidade/religiosidade no meio hospitalar não passa despercebida, pois impacta nas decisões sobre o tratamento, e gerenciamento dos sentimentos. São pioneiros os estudos sobre a influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia, por isso sugere-se formas de condução na comunicação da má notícia, como o levantamento da história espiritual do paciente para identificar como o paciente enfrentará o comunicado.

Assim como os pacientes, os médicos com níveis elevados de bem-estar espiritual apresentam mais satisfação na vida, possuem níveis profundos de significado de vida. Pacientes com câncer encontram na espiritualidade a confiança e o otimismo para seguir no enfrentamento da própria situação de doença sendo fonte de sentido, que ajuda a enfrentar a dor e significar a própria vida, fazendo compreender a experiência do câncer.

A espiritualidade neste sentido auxilia o ser humano a buscar sentido que transcende a própria existência, e inserir a espiritualidade no contexto hospitalar favorece a proteção do paciente, mantendo sua essência e integralidade inclusive no momento em que a doença o visita. A orientação para a equipe de saúde é focar no cuidado para com o paciente, e não exclusivamente naquilo que lhe é incômodo. A fim de que o paciente possa enfrentar o fim com serenidade, como algo que lhe é natural a sua condição humana, que valeu viver, não como últimos instantes, mas como oportunidade de transcendência, o cuidado também deve ser espiritual.

Ainda existe vida a ser vivida mesmo enquanto se está morrendo e pode ser significada. Destaca-se a importância da dimensão espiritual do ser humano, do sentido de sua existência e apresenta, para a busca de significado, três princípios: a) sentido da vida, onde o significado dá sentido a toda existência do ser humano, e não é perdido com seu fim; b) busca de significado, o ânimo, o estímulo da pessoa humana; c) livre arbítrio, decidir a conduta diante do sofrimento.

Sobre os limites do estudo foi identificado pequeno número de publicações acerca da influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação das más notícias. E ainda, levando em conta que a amostra do estudo foi pequena, indica-se que novos estudos poderiam contribuir com essa temática, como a questão dos dilemas éticos, que são despertados nesse processo comunicacional onde é integrada a espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia; e pesquisar sobre as emoções que surgem no médico ao inserir a espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia. Tais estudos auxiliaram para o aprimoramento do uso da fé na comunicação da má notícia.

A implementação da espiritualidade, portanto, na comunicação das más notícias propicia bem-estar, acalento e confiança, tanto para o paciente como para a equipe de cuidados em saúde. Assim, respeita-se a integralidade do ser humano, e promove-se sua dignidade.

Referências

ANJOS, M. F. Para compreender a Espiritualidade em Bioética. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 155-160, abr./jun. 2007.

BARCIFONTAINE, C. de P. de. Espiritualidade e comunicação na saúde: fundamentação conceitual. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios da ética biomédica*. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. *A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo. 2010.

BISHOP, T. W. et al. Innovative patientcentered skills training addressing challenging issues in cancer communications: Using patient's stories that teach. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 51, n. 4, p. 357–366, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, o Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.

BUCKMAN R. et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302-311, ago. 2000.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CORREIA, F. de A. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de (Org.). *Fundamentos da bioética*. 2. ed., São Paulo: Paulus, 2002.

CURLIN, F. A. et al. How are religion and spirituality related to health? A study of physicians' perspectives. *Southern Medical Journal*, v. 98, n. 8, 2005.

DAVENPORT, L.; SCHOPP, G. Breaking bad news: communication skills for difficult conversations. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, v. 24, n. 2, p. 46–50, fev. 2011.

ESPERANDIO, M.R.G. Teologia e a Pesquisa sobre Espiritualidade e Saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, jul./set. 2014. p. 805-832.

ESPERANDIO, M.R.G., et.al. Coping religioso/spiritual na antesala de UTI: Reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. *Interações*, Belo Horizonte, Brasil, V.12 N.22, P. 203-222, ago./dez. 2017.

FALCÃO, E. B. M.; PINTO, A. N. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. *Rev. Bras. Educação Médica*, Rio de Janeiro, 38 38 (1) : 38-46; 2014.

FORTES, P. A. de C. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais: tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FRANKL, V. E. Em busca de sentido. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FRANKL, V. E. Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial. 4. ed. São Paulo: Quadrante, 2003.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Rev. Bioética*, 2013; 21 (3): 455-62.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiqu. Clín.* v. 34 supl 1, p. 88-94, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. 2010.

KLÜBER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KOENIG, H. G. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *Journal of the American Medical Association* , v. 288, n. 4, p. 24 – 31, jul. 2002.

KOENIG, H. G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: FE, 2005.

KOENIG, H.G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre. 2012.

KOENIG, H. G., KING, D. E., & CARSON, V. B.. *Handbook of religion and health* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2012.

MARCHI, M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v. 6, n. 1, p. 39-45, 1998.

MELO JR., I. M. et al. A espiritualidade e a religiosidade dos médicos na comunicação da morte encefálica aos familiares. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(2):493-9, fev., 2015

MORITZ, R. D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 19, n. 4, p. 485-489, out./dez. 2007.

NASSAR, M. R. F. *Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico – paciente*. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Comunicação e Artes, USP. São Paulo, 2003.

NOLAN S, SALTMARSH P, LEGET C. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. *EJPC*. 2011;18(2):86-89.

OYAMA, O.; KOENIG, H. G. Religious beliefs and practices em Family medicine. *Archives of Family Medicine*, v. 7, p. 431-435, 1998. Disponível em: <<http://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?issn=10633987&volume=7&issue=5&spage=431>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

PELLEGRINO, E.D.; THOMASMA, D.C.; *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. Nova York: Oxford University Press, 1998.

PENHA, R. M; SILVA, M. J. P. Significado de espiritualidade para enfermagem em cuidados intensivos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 260-268, abr./jun. 2012.

PESSINI, L. Espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). *Espiritualidade e prática clínica*. Paulinas, São Paulo. 2004.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, 2000.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 6, p. 642-56, 2014.

ROCHA, D.M. *Cuidados paliativos e bem-estar no fim da vida: entre a autonomia e a beneficência*. Editora Prisma, Curitiba. 2014.

SALEM, A.; SALEM A. F. Breaking bad news: current prospective and practical guideline for muslim countries. *J Canc Educ* n. 28, p. 790–794, 2013.

SILBERT, M. Breaking bad news – ethical dilemmas for doctors attending to Jewish patients. *Forum. SAMJ*, v. 101, n. 6, p. 382-383, jun. 2011.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev. Bioética*, v. 10, n. 2, 2002.

SOUZA, R. C.; CALDAS, N. M. Os sentidos da relação entre saúde mental e religiosa para profissionais de saúde da família em Ilhéus. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2009 Jul/Set; 8(3):460-468.

SOUZA, V.C.T.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo*, v. 6, n. 2, p.181-190, 2012.

TRINDADE, E. S. et. al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

Considerações finais

A má notícia é caracterizada como notícia que repentina e negativamente modifica a perspectiva de futuro. A comunicação da má notícia é árdua para quem comunica, como para quem a recebe, onde cada contexto possui sua imprevisibilidade, o que cria receio em quem irá comunicar. Muitos profissionais de saúde veem a espiritualidade/religiosidade com difícil aproximação a assuntos complexos a serem tratados com seus pacientes.

A espiritualidade/religiosidade favorece a comunicação da má notícia, e é integrada nesse processo comunicacional por fazer parte da vida do paciente, apresentando interferência nas suas decisões, e ajudando para com o bem-estar do paciente, amparando na administração de sentimentos e ansiedades. Também a fé do profissional de saúde é capaz de influenciar a maneira de cuidar, ajudando o paciente na defrontação com a má notícia, haja visto que independente da crença, a espiritualidade constitui parte central do ser humano.

A proposta da Bioética é a promoção do bem, de agir em benefício do outro, com a relação médico-paciente baseada na confiança, com o modelo de beneficência que tem sua centralidade no paciente. Por não possuir controle das situações, e nem seus desfechos, faz-se necessário que existam confiança mútua, entre o médico e o paciente, para que as ações possam garantir os interesses de ambos, com centralidade no paciente.

Foram identificados limites nessa pesquisa, como: a existência de poucas investigações e publicações sobre a influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias; mesmo existindo transformação universal no meio hospitalar com o intuito de comunicar a verdade ao paciente, ainda há a propensão de controlar a verdade para manter-lhe a esperança; falta de formação do profissional de saúde para saber integrar a fé na comunicação da má notícia; negligenciar que as crenças do paciente influenciam as escolhas no tratamento, e por isso reter informações importantes, limitando assim sua autonomia.

Considerando que a amostra do estudo é pequena, são necessários futuros estudos com uma amostragem mais ampla. O estudo mostrou também a necessidade de formação específica dos profissionais sobre esse tema, pois a

dificuldade na comunicação da má-notícia é reportada por vários destes profissionais.

Sugere-se que pesquisas empíricas sejam elaboradas para análise de conteúdo sobre: preparo do profissional de saúde para abordar a espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias; sentimentos do médico ao utilizar a espiritualidade/religiosidade na comunicação de más notícias; abordagem do profissional de saúde para com pacientes gravemente enfermos ao utilizar a espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia; e os dilemas éticos que podem surgir com a inserção da fé na comunicação da má notícia. Tais estudos colaborariam para o aprofundamento do tema, e iriam contribuir para a melhor utilização da fé na comunicação da má notícia.

A influência da espiritualidade/religiosidade na comunicação da má notícia, quando bem empregada, costuma promover o bem-estar do paciente e do profissional de saúde. Perceber o paciente a partir de sua integralidade, ser biológico, inserido num contexto cultural, e enxergar a espiritualidade como natural de sua constituição humana, faz com que a equipe médica haja a partir da centralidade do paciente, e promova com suas habilidades a humanização em saúde. A Bioética contribui nessa discussão propondo o respeito a autonomia do paciente, a obrigação moral em fazer o bem, e não provocar o mal, e ainda colocar-se diante do enfermo numa posição de imparcialidade, respeitando seus valores e tendo-o como centro de todo o processo,

Referências

- ANJOS, M. F. Para compreender a Espiritualidade em Bioética. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 155-160, abr./jun. 2007.
- BARCIFICONTAINE, C. de P. de. Espiritualidade e comunicação na saúde: fundamentação conceitual. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios da ética biomédica*. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.
- BERTACHINI, L.; PESSINI, L. *A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.
- BISHOP, T. W. et al. Innovative patientcentered skills training addressing challenging issues in cancer communications: Using patient's stories that teach. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 51, n. 4, p. 357–366, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, o Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.
- BUCKMAN, R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, v. 288, 1984 May 26; 288(6430): 1597–1599.
- BUCKMAN R. et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302-311, ago. 2000. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- CONSIDINE, J.; MILLER, K. The Dialectics of Care: Communicative Choices at the End of Life. *Health Communication*, 25:2, 165-174, 2010. DOI: 10.1080/10410230903544951
- CORREIA, F. de A. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI, L.; BARCIFICONTAINE, C. de P. de (Org.). *Fundamentos da bioética*. 2. ed., São Paulo: Paulus, 2002.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- CLOTET, J.; FEIJÓ, A.; OLIVEIRA, M.G. *Bioética, uma visão panorâmica*. Edipucrs, Porto Alegre. 2011.
- CURLIN, F. A. et al. How are religion and sprirituality related to health? A study of physicians' perspectives. *Southern Medical Journal*, v. 98, n. 8, 2005.

DAVENPORT, L.; SCHOPP, G. Breaking bad news: communication skills for difficult conversations. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, v. 24, n. 2, p. 46–50, fev. 2011.

EHMAN, J. W. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med*, v. 159, n. 9, p. 1803-1806, 1999.

ESPERANDIO, M.R.G. Teologia e a Pesquisa sobre Espiritualidade e Saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, jul./set. 2014. p. 805-832.

ESPERANDIO, M.R.G., et.al. Coping religioso/spiritual na antesala de UTI: Reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. *Interações*, Belo Horizonte, Brasil, V.12 N.22, P. 203-222, ago./dez. 2017.

FALCÃO, E. B. M.; PINTO, A. N. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. *Rev. Bras. Educação Médica*, Rio de Janeiro, 38 38 (1) : 38-46; 2014.

FORTES, P. A. de C. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais: tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FRANKL, V. E. *Em busca de sentido*. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FRANKL, V. E. *Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. 4. ed. São Paulo: Quadrante, 2003.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Rev. Bioética*, 2013; 21 (3): 455-62.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiqu. Clín.* v. 34 supl 1, p. 88-94, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. 2010.

KLÜBER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *Journal of the American Medical Association*, v. 288, n. 4, p. 24 – 31, jul. 2002.

KOENIG, H. G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: FE, 2005.

KOENIG, H.G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre. 2012.

KOENIG, H. G., KING, D. E., & CARSON, V. B.. Handbook of religion and health (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2012.

MARCHI, M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. Revista Bioética, Brasília, v. 6, n. 1, p. 39-45, 1998.

MELO JR. I. M. J. et. al. A espiritualidade e a religiosidade dos médicos na comunicação da morte encefálica aos familiares. Rev enferm UFPE, Recife, v. 9, n. 2, p. 493-499, fev. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MORITZ, R. D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 19, n. 4, p. 485-489, out./dez. 2007.

NASSAR, M. R. F. Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico – paciente. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Comunicação e Artes, USP. São Paulo, 2003.

NOLAN S, SALTMARSH P, LEGET C. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. EJPC. 2011;18(2):86-89.

OYAMA, O.; KOENIG, H. G. Religious beliefs and practices em Family medicine. Archives of Family Medicine, v. 7, p. 431-435, 1998. Disponível em: <<http://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?issn=10633987&volume=7&issue=5&page=431>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

PELLEGRINO, E.D.; THOMASMA, D.C.; For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. Nova York: Oxford University Press, 1998.

PENHA, R. M; SILVA, M. J. P. Significado de espiritualidade para enfermagem em cuidados intensivos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 260-268, abr./jun. 2012.

PESSINI, L. Espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). Espiritualidade e prática clínica. Paulinas, São Paulo. 2004.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola, 2000.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. Journal of Palliative Medicine, v. 17, n. 6, p. 642-56, 2014.

ROCHA, D.M. Cuidados paliativos e bem-estar no fim da vida: entre a autonomia e a beneficência. Editora Prisma, Curitiba. 2014.

SALEM, A.; SALEM A. F. Breaking bad news: current prospective and practical guideline for muslim countries. J Canc Educ n. 28, p. 790–794, 2013.

SEARIGHT, H.R.; GAFFORD, J. Cultural Diversity at the End of Life: Issues and Guidelines for Family Physicians. American Family Physician, 2005, V.71 N.3.

SILBERT, M. Breaking bad news – ethical dilemmas for doctors attending to Jewish patients. Forum. SAMJ, v. 101, n. 6, p. 382-383, jun. 2011.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. Rev. Bioética, v. 10, n. 2, 2002.

SOUZA, R. C.; CALDAS, N. M. Os sentidos da relação entre saúde mental e religiosa para profissionais de saúde da família em Ilhéus. Ciência, Cuidado e Saúde, 2009 Jul/Set; 8(3):460-468.

SOUZA, V.C.T.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo, v. 6, n. 2, p.181-190, 2012.

TAVAKOL, M., et.al. A quantitative survey of intern's knowledge of communication skills: an Iranian exploration. Medical Education, 2005, 5:6.

TAVAKOL, M.; MURPHY, R.; TORABI, S. Educating Doctors About Breaking Bad News: An Iranian Perspective. Journal of Cancer Education, 23:260–263, 2008.

TRINDADE, E. S. et. al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. Rev. Assoc. Med. Bras., v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E EXCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo: **A ESPIRITUALIDADE / RELIGIOSIDADE E A COMUNICAÇÃO DE MÁAS NOTÍCIAS AO PACIENTE: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS**, e que tem como objetivo verificar a relação entre a espiritualidade/religiosidade do médico e a comunicação das más notícias ao paciente. Acreditamos que ela seja importante porque pretende-se através deste estudo identificar se a espiritualidade do profissional de saúde pode auxiliá-lo no enfrentamento dos próprios dramas existenciais ao comunicar a má notícia ao paciente, fazendo com que sua própria vida seja mais serena, com que haja sentido na própria existência.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A minha participação no referido estudo será de aplicar um questionário referente a espiritualidade/religiosidade do médico ao comunicar a má notícia.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como o aprofundamento e o conhecimento de si mesmo, e encontrar respostas a indagações acerca da influência da espiritualidade/religiosidade no processo comunicacional de más notícias na prática clínica. Também fui informado sobre a possibilidade que aconteçam desconfortos psíquicos. Dos quais, medidas serão tomadas para sua redução, pois o pesquisador estará atento a certas demonstrações de incômodo, e oferecerá apoio caso for preciso. Por ser religioso, o pesquisador tem prática no aconselhamento pastoral. Soma-se a isto o fato da orientadora ser psicóloga e em casos de necessidade será oferecido atendimento psicológico decorrente de questões ligadas à pesquisa

SIGILO E PRIVACIDADE

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: em dinheiro, ou mediante depósito em conta corrente.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Darci Bubniak, mestrando em Bioética pela PUC-PR e Prof. Mary Rute G. Esperandio e com eles poderei manter contato pelos telefones (41) 99144-7659 e (41) 99229-8339.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da
pesquisa

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B**Questionário para levantamentos de dados**

Idade

Sexo

Especialidade

Estado civil

Tempo de formação

Você se considera uma pessoa

- Religiosa
- Espiritualizada mas não religiosa
- Religiosa e espiritualizada
- Nem espiritualizada, nem religiosa

Você acredita em Deus?

- Sim
- Não
- Não sei

Afiliação Religiosa

- Acredito em Deus, mas não tenho religião
- Católica
- Evangélica: Qual grupo religioso? _____
- Religiões Afro-Brasileiras: Qual? _____
- Espírita
- Pentecostal: Qual grupo religioso? _____
- Outro: _____

Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma marcando com um “x” no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião.

7 = Concordo totalmente

6 = Concordo

5 = Concordo ligeiramente

4 = Nem concordo nem discordo

3 = Discordo ligeiramente

2 = Discordo

1 = Discordo totalmente

	1	2	3	4	5	6	7
Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal							
As condições da minha vida são excelentes							
Eu estou satisfeito(a) com minha vida							
Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida							
Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.							

Com que frequência você costuma participar de serviços religiosos (cultos, missas, sessões, estudos bíblicos, reuniões, grupos de oração, etc)?

Quanto você se interessa em aprender mais sobre assuntos religiosos?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muitíssimo
--------------	----------	---------------------	----------	------------

Qual é a importância da oração pessoal para você

Nem um pouco	Um pouco	Mais menos	ou	Bastante	Muitíssimo
--------------	----------	---------------	----	----------	------------

Até que ponto você acredita na existência de Deus ou de algo divino?

Nem um pouco	Um pouco	Mais menos	ou	Bastante	Muitíssimo
--------------	----------	---------------	----	----------	------------

Que importância tem para você a participação em atividades religiosas (cultos, missas, rituais religiosos, sessões; reuniões)

Nem um pouco	Um pouco	Mais menos	ou	Bastante	Muitíssimo
--------------	----------	---------------	----	----------	------------

Até que ponto você acredita em vida após a morte – por exemplo, imortalidade da alma, ressurreição ou reencarnação?

Nem um pouco	Um pouco	Mais menos	ou	Bastante	Muitíssimo
--------------	----------	---------------	----	----------	------------

Com que frequência...

... você pensa sobre questões religiosas?

Nunca	Raramente	Ocasionalment e	Muitas vezes	Frequentement e
-------	-----------	--------------------	--------------	--------------------

você passa por situações nas quais tem o sentimento de que Deus ou alguma coisa divina quer se comunicar ou revelar alguma coisa para você?

Nunca	Raramente	Ocasionalment e	Muitas vezes	Frequentement e
-------	-----------	--------------------	--------------	--------------------

você passa por situações nas quais tem o sentimento de que Deus ou ser superior intervém em sua vida?

Nunca	Raramente	Ocasionalment e	Muitas vezes	Frequentement e
-------	-----------	--------------------	--------------	--------------------

Com que frequência você normalmente ora/reza?

Nunca	Raramente	Ocasionalment e	Muitas vezes	Frequentement e
-------	-----------	--------------------	--------------	--------------------

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista semiestruturado

- Como o/a Sr./Sra. dá a notícia - paciente/família - por que?

- Como o/a Sr./Sra normalmente procede? Tem algum preparo pessoal prévio? Se sim, como é?

- O/a Sr./Sra acredita que a sua religiosidade/espiritualidade influencia (ou tem impacto) no modo como o/a Sr./Sra dá uma má notícia ao paciente -(família) por que?/como é que o/a Sr./Sra essa relação.

-Tem alguma coisa que o/a Sr./Sra costuma recomendar ao paciente após a comunicação da má notícia?

- O/a Sr./Sra ora/reza com o paciente (ou já fez alguma vez)