



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**Comunicação de Más Notícias em
Contexto de Urgência:
Práticas e dificuldades da equipa de saúde**

Ana Paula Rodrigues Dos Santos

Leiria, Setembro de 2017



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**Comunicação de Más Notícias em
Contexto de Urgência:
Práticas e dificuldades da equipa de saúde**

*Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria*

Ana Paula Rodrigues dos Santos nº 5151855

Unidade Curricular: Dissertação

Orientador: Professor Doutora Ana Isabel Querido

Leiria, Setembro de 2017

“Existe no silêncio, uma tão profunda sabedoria que às vezes ele se transforma na mais perfeita resposta.”

(Fernando Pessoa)

Às pessoas que existem na minha vida para torná-la mais leve.

Obrigada.

Ao António

pela paciência e dedicação,
presente em todas as minhas decisões.

Ao meu filho João Tomás

por ser o filho que é... “alma de pássaro”
que me permitiu de uma forma leve
percorrer este percurso.

Aos meus pais, irmãos

sobretudo pelo apoio e ajuda constantes.

Aos meus afilhados Joca e Maria Inês

pelo tempo que não lhes dediquei.

À minha querida avó...

Agradecimentos:

À Senhora Professora orientadora Ana Querido responsável pela condução desta investigação, pela disponibilidade e apoio constantes ao longo deste percurso de aprendizagem.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar, por ter autorizado esta investigação.

Aos enfermeiros e médicos, que voluntariamente participaram nesta investigação, e sem os quais não teria sido possível seguir o caminho planeado.

Aos colegas deste mestrado : Cátia Gregório, Cátia Vicente e Carlos Lopes, pela interajuda e partilha de conhecimentos e também pelos bons momentos partilhados no decurso desta caminhada.

Aos familiares, amigos e colegas, por terem compreendido a ausência e também pela motivação e apoio incondicionais.

A todos os profissionais que cuidam de pessoas, nas adversidades dos serviços de urgência.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para esta investigação.

Muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

CMN- Comunicação de Más Notícias

ICN - International Council of Nurses

MN – Más Notícias

OE- Ordem dos Enfermeiros

RCCAP -Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SU – Serviço de Urgência

SPIKES- Setting Perception Invitation knowledge Explore Emotions Strategy and Sumary

RESUMO

A comunicação de más notícias é uma atividade difícil para o profissional de saúde, quer pela gravidade das situações, quer pelas questões éticas associadas. Esta comunicação pode ser facilitada se for encarada como uma competência dos profissionais, devendo ser aprendida e aprofundada para que os profissionais a possam integrar na sua prática diária.

De forma a identificar as práticas e as dificuldades dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto de urgência, realizámos um estudo quantitativo de carácter exploratório, descritivo, comparativo e transversal com recurso ao questionário aplicado a médicos e enfermeiros, a exercerem funções num serviço de urgência. Os dados foram sujeitos a análise estatística e à análise de conteúdo.

Os resultados revelam que o médico é o principal responsável pela comunicação de más notícias. A maioria dos profissionais de saúde consideram que os doentes têm o direito de serem sempre informados sobre o conteúdo da má notícia, mas revelam que na sua prática o doente não é o primeiro a ser informado. Os principais motivos alegados pelos profissionais de saúde para omitirem informação prendem-se com a possibilidade desta ser prejudicial ao bem-estar do doente. Encontraram-se diferenças significativas nas práticas relacionadas com a informação ao doente/família da má notícia, onde a percentagem dos médicos é superior à dos enfermeiros e relativamente à informação sobre o conteúdo da má notícia, os enfermeiros apresentam frequências superiores. Os profissionais de saúde reconhecem a formação como uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias.

Palavras- Chave: Comunicação de más Notícias; Transmitir más Notícias; Doente crítico; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

The communication of bad news is a difficult activity with which the healthcare professional is faced on a daily basis, either by the seriousness of the situations or by the ethical issues associated. This communication can be facilitated if it is seen as a technique inherent to the profession and for this it needs to be learned and deepened so that the professionals can make it an integral part of their work.

In order to identify the practices and difficulties of healthcare professionals in the communication of bad news in an emergency context, we conducted a quantitative study of an exploratory, descriptive, comparative and transversal character using a questionnaire applied to 100 healthcare professionals, doctors and nurses, performing functions in an emergency department . Data were subjected to statistical analysis and content analysis.

The results reveal that the doctor is mainly responsible for communicating bad news. Most health professionals consider that patients have the right to be kept informed about the content of the bad news, but they reveal that in their practice the patient is not the first to be informed. The main reasons alleged by healthcare professionals to omit information relate to the possibility that this is detrimental to the well-being of the patient. Significant differences were found in practices related to patient / family information of bad news, where the percentage of physicians is higher than that of nurses, and nurses present higher frequencies with respect to information about the content of bad news. Health professionals recognize training as a fundamental strategy for the development of skills in the area of bad news communication.

Keywords: *Breaking bad news; delivering bad news; critical care ;ICU.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

- 1. A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS 17**
 - 1.1. MÁS NOTÍCIAS – O CONCEITO 18
 - 1.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS 21
 - 1.3. BOAS PRÁTICAS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS 24
 - 1.4. A FORMAÇÃO COMO FATOR DETERMINANTE NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS 28

- 2. METODOLOGIA 30**
 - 2.1. TIPO DE ESTUDO 30
 - 2.2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 31
 - 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA 33
 - 2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 34
 - 2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 36
 - 2.6. TRATAMENTO DE DADOS 37

- 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 39**
 - 3.1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 39
 - 3.2. TIPOS DE MÁS NOTÍCIAS 41
 - 3.2.1. Frequência da comunicação de más notícias 42

3.3. PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS 43

3.4. DIFICULDADES SENTIDAS NA TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS 51

3.5. FATORES DIFICULTADORES NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS 52

3.6. FATORES FACILITADORES NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS 54

3.7 ESTRATÉGIAS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS 57

4.DISSCUSSÃO 61

5. CONCLUSÃO 70

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 74

ANEXOS

Anexo I- Consentimento para utilização do questionário

Anexo II – Instrumento de colheita de dados

Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Participação no Estudo

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1- Tipos de más notícias 42

QUADRO 2- Distribuição da amostra em função da frequência com que comunicam Más Notícias 43

QUADRO 3 – Distribuição da amostra em função CMN por grupo profissional 45

QUADRO 4 -Teste de Mann-Whitney na comparação das Práticas de transmissão de más Notícias entre médicos e enfermeiros 46

QUADRO 5 - Distribuição da amostra em função das práticas de partilha/transmissão de informação – situação clínica 1 47

QUADRO 6 – Distribuição da amostra em função das práticas de partilha/transmissão de informação – situação clínica 2 47

QUADRO 7 - Distribuição dos profissionais em função das práticas na tomada de decisões 48

QUADRO 8 - Distribuição dos médicos pelos Motivos para omissão da informação 49

QUADRO 9 - Distribuição dos Enfermeiros pelos Motivos para a omissão da informação 49

QUADRO 10 - Distribuição dos médicos e enfermeiros de acordo com as dificuldades sentidas na comunicação de más notícia 51

QUADRO 11- Distribuição dos médicos e enfermeiros de acordo com os factores dificultadores na comunicação de más notícias 52

QUADRO 12 - Distribuição da amostra em função do responsável pela comunicação de más notícias à pessoa doente 53

QUADRO 13 - Factores facilitadores na CMN categorias e subcategorias 53

QUADRO 14 - Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias na categoria “Fatores relacionados com o profissional de saúde” 54

QUADRO 15 - Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias na Categoria “Utilização do Protocolo Spikes” 55

QUADRO 16 - Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias na categoria “Organização da equipa multi disciplinar” 56

QUADRO 17 - Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias categoria “Envolvimento do profissional de saúde no processo de doença” 56

QUADRO 18 - Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias categoria “fatores relacionados com o doente e família” 57

QUADRO 19 - Estratégias a desenvolver categorias e subcategorias 57

QUADRO 20 - Estratégias para o desenvolvimento de competências na comunicação de más notícias categoria “Formação” 58

QUADRO 21 - Estratégias para o desenvolvimento de competências na comunicação de más notícias Categoria “Relacionadas com o Profissional de Saúde” 59

QUADRO 22 - Estratégias para o desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias Categoria “Relacionadas com o Protocolo spikes” 60

QUADRO 23 - Estratégias para o desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias Categoria “Estratégias Relacionados com a organização dos cuidados” 60

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 Caracterização demográfica e profissional da amostra *40*

TABELA 2 Caracterização profissional da amostra *41*

INTRODUÇÃO

A habilidade para estabelecer uma boa comunicação é parte essencial em todas as áreas dos cuidados de saúde. A comunicação, mais do que o processo simples de dar uma informação, é um processo que envolve troca de informação, compreensão mútua e apoio para gerir notícias que podem ser emocionalmente penosas (Council of Europe, 2003).

A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde é um elemento fundamental, sendo através dela que se estabelece a relação entre profissionais de saúde/ doente/ família por isso exige tempo, compromisso e capacidade de escutar e compreender o outro.

Em enfermagem a comunicação é considerada um instrumento básico, intrínseco e essencial à profissão. A essência do cuidar humanizado em enfermagem é a comunicação interpessoal, que se traduz na relação entre o profissional e o doente/família. Esta constitui um eixo fundamental, um instrumento indispensável no sentido de oferecer suporte à pessoa perante os momentos mais difíceis da sua vida (OE, 2006).

A comunicação, seja verbal ou não verbal, constitui um instrumento para a promoção de um cuidado humanizado. Requer assim o cuidado emocional, considerado como uma habilidade de compreender o imperceptível que exige alto nível de sensibilidade em relação às manifestações verbais e não verbais do doente que possam indicar ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, as suas necessidades individuais (Peterson & Carvalho, 2011).

É pelo do serviço de urgência que o doente crítico acede aos cuidados de saúde no sentido de recuperar a sua situação de doença. Apesar de existirem vários tipos de situações de urgência, todas elas são situações que levam a um aumento de ansiedade no indivíduo, por medo da incapacidade ou até da própria morte. Nesta perspectiva Silva (2007, p.205) afirma que “entrar num serviço de urgência é percebido por muitos como um cenário intimidador.”

A pessoa que recorre ao serviço de urgência vivencia um conjunto de emoções que influenciam a forma como percebe a informação. O doente a maioria das vezes sente-se perdido, confrontando-se com um ambiente que interpreta como hostil, com pessoas estranhas, num clima de instabilidade, tornando-se a comunicação nesta situação um processo mais complexo e difícil.

As emoções resultantes de um acontecimento traumático interferem com a clareza de pensamentos e com a memória (Goleman, 2016). Por isso, pessoas que estejam emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara o que dificulta a interação e a comunicação.

É nesta envolvente que a comunicação de más notícias em contexto de urgência se torna uma das atividades mais difíceis com que o profissional de saúde se depara no dia a dia, quer pela gravidade das situações, quer pelas questões éticas, quer pela controvérsia que ainda existe em torno de quem, como, quando e o que comunicar.

O termo má notícia compreende toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro, e por isso “a comunicação de más notícias em saúde, continua a ser uma área de grande dificuldade, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais.” (Pereira 2008, p.18)

Na relação entre os profissionais de saúde e o doente/família num serviço de urgência emerge o ganho de competências na comunicação de más notícias, notícias essas que podem ter repercussões físicas, psicológicas, espirituais, sociais e familiares.

Receber uma má notícia coloca a pessoa e/ou a família numa situação de crise. O impacto negativo provocado pela transmissão da informação leva a que a pessoa e/ou a família vivencie uma situação que afeta os seus mecanismos normais de controlo, particularmente a sua capacidade de resolução de problemas. A ansiedade afeta o conhecimento e pode levar a uma insuficiente capacidade de tomar atenção e/ou uma lentidão no processamento de informação, conseqüentes ao estado de ansiedade partilhado pela maioria dos doentes num SU, podendo resultar em dificuldades para apreender informação importante, incluindo a fornecida pelos profissionais de saúde (Melo, 2005). Sendo a urgência um contexto de cuidados onde surgem situações

inesperadas e onde a comunicação de más notícias se processa com frequência, importa conhecer a forma como o processo é realizado pelos profissionais de saúde nele envolvidos.

Refletir sobre esta realidade conduziu-nos à questão central que orientou este estudo:

Quais as práticas e dificuldades da equipa de saúde na comunicação de más notícias em contexto de urgência?

Segundo Pereira, Fortes e Mendes (2013) a comunicação de más notícias em saúde, persiste em ser uma área cinzenta na relação doente/família/ profissional de saúde o que atesta a favor da importância do estudo desta temática. Ao longo dos últimos anos têm-se aumentado a preocupação com a perceção dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias. Vários estudos têm vindo a ser realizados neste domínio na área dos cuidados paliativos, mas a temática ainda continua pouco explorada no contexto de serviço de urgência. Ainda que este estudo tenha como base um estudo realizado pela autora Gonçalves (2013) o que permitirá comparar resultados.

Conhecidas as inquietações que conduziram e motivaram o presente estudo, pretendemos que o mesmo seja um contributo para uma melhoria da qualidade do exercício profissional no que concerne à comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde.

Temos como finalidade contribuir para a melhoria das práticas da comunicação de más notícias em contexto de urgência através do conhecimento das práticas e dificuldades neste processo, quer dos médicos quer dos enfermeiros.

A presente investigação tem como objetivos: Caracterizar as práticas na comunicação de más notícias dos profissionais de saúde em contexto de urgência; Analisar as diferenças entre médicos e enfermeiros nas práticas e dificuldades na comunicação de más notícias; Identificar aspetos éticos inerentes à comunicação de más notícias; Elencar dificuldades dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto de urgência; Identificar os fatores facilitadores e dificultadores no processo de comunicação de uma má notícia; Elencar estratégias que facilitem o desenvolvimento de competências na comunicação de más notícias.

Para a persecução dos objetivos optámos pela realização de um estudo exploratório descritivo comparativo e transversal, com recurso a um questionário aplicado a uma amostra de profissionais de saúde (40 médicos e 60 enfermeiros) a exercer funções no serviço de urgência de um centro hospitalar da região Centro de Portugal.

O trabalho que se apresenta está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo procedemos ao enquadramento teórico evidenciando o “estado de arte” sobre a comunicação das más notícias em contexto de urgência. Para tal, realizou-se uma pesquisa avançada nas base de dados e motores de busca Pubmed, B-on (incluindo EBSCO) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCCAP) com os descritores / palavras-chave (MeSH) “*Breaking bad news OR delivering bad news AND critical care OR ICU* (nos títulos e nos termos do assunto), eliminando os artigos que não estavam escritos em língua portuguesa, inglesa, espanhola e francesa. Da pesquisa e leitura dos resumos foram selecionados os artigos relevantes para a temática em estudo e que foram incorporados na fundamentação teórica que suportou a investigação. Este capítulo foca-se no conceito de más notícias, considerações éticas na comunicação de más notícias; estratégias para a comunicação de más notícias à pessoa e/ou família no serviço de urgência, bem como os fatores determinantes na comunicação de más notícias.

O segundo capítulo engloba o enquadramento metodológico do estudo com referência ao tipo de estudo, aos objetivos e questões de investigação, população e amostra, a descrição do instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos inerentes ao desenvolvimento da investigação e a descrição do tratamento de dados. No terceiro capítulo apresentam-se e analisam-se os resultados tendo em conta as questões de investigação, seguindo-se a discussão de resultados à luz da evidência científica. A conclusão encerra o trabalho, fazendo uma reflexão dos principais resultados, das limitações do estudo e sugestões.

1.COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Nas últimas décadas com os grandes progressos da medicina o desenvolvimento social, económico e cultural, e a crescente preocupação na proteção dos direitos humanos levou à necessidade de repensar a ética médica abandonando os referenciais éticos tradicionais, nascendo um novo paradigma na relação médico-doente com base no princípio do respeito pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa humana.

Para Nunes (2009) evoluiu-se para uma ética centrada na dignidade da pessoa e no seu direito à liberdade de autodeterminação. Assim, a mudança da realidade social, onde as pessoas conquistaram maior autonomia a nível educacional contribuiu para uma maior procura e exigência na informação por parte do doente atribuindo-lhe um papel mais ativo e participativo onde aspetos relacionados com a saúde deixam de ter como foco o médico e passam a ter o doente e a equipa multidisciplinar começa a ganhar sentido. O paradigma clássico da relação médico-doente é deste modo substituído por um paradigma assente no reconhecimento de que o ato médico é uma relação entre pessoas onde a atual medicina não se fundamenta na superioridade assimétrica intelectual e técnica do profissional de saúde face à autonomia do doente, mas sim no respeito perante a autonomia deste (Bessa, 2013).

Warnock (2014) vem reforçar esta premissa ao referir que má notícia deixou de ser o momento em que o médico dava informações importantes sobre diagnóstico, prognóstico ou tratamento aos doentes e suas famílias, tendo esta perspetiva se ampliado com o reconhecimento de que a informação altera a perceção do seu presente ou futuro e pode estar relacionada com várias circunstâncias ressaltando a importância da participação da equipa multidisciplinar. O doente e os seus familiares têm direito à informação sobre a sua situação clínica. O ato de informar e comunicar com os doentes quando receptores de uma má notícia é um ato multidimensional, que deve envolver uma equipa multidisciplinar (Warnock, Tod, Foster & Soreny, 2010).

1.1. MÁS NOTÍCIAS – O CONCEITO

A comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, constituindo-se uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais.

O termo má notícia designa qualquer informação transmitida ao doente ou aos seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na sua vida, nos padrões de vida do doente e nas suas expectativas (Buckman ,1992; Chumpitazi, Rees, Chumpitazi, Hsu, Doughty e Lorin, 2016; Correia, Frausto e Violante, 2004; Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa e Caprara, 2010; Pereira, 2008).

Na perspectiva de Borges, Freitas e Gurgel (2012) má notícia é todo o tipo de informação que produz sensações desagradáveis. Warnock, et al. (2010) acrescentam que pode ser atualmente entendida como um processo ao incluir as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que a notícia é comunicada.

No serviço de urgência são várias as situações que podem ser consideradas más notícias desde doenças incapacitantes, degenerativas, acidentes, a morte de um familiar ou de outra pessoa significativa, um internamento imprevisto, ou uma doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e profissional (Pereira, 2008). Na perspectiva dos profissionais de saúde a má notícia surge maioritariamente associada a doença grave e a morte (Pereira, 2008).

Encontrar uma definição que reflita todas as situações que podem implicar más notícias em contexto de saúde é difícil. Por vezes os profissionais atribuem um significado à informação sem atender aos aspetos significativos da pessoa, desvalorizando a notícia a transmitir. A decisão sobre a gravidade da informação transmitida é determinada pelo doente/família que a recebe, mediante o impacto que tem na sua vida e nas emoções que causam, dependendo estes aspetos das suas crenças, história de vida e contexto sócio cultural (Baile, Buckman, Schapira e Parker,2006; Fallowfield e Jenkins 2004; Pereira, 2008).

Transmitir uma má notícia é assim uma tarefa de comunicação complexa, pois para além da componente verbal de transmitir a informação, ela também requer outras

habilidades e competências. Estas incluem responder às reações emocionais dos doentes, o envolvimento na tomada de decisão, lidar com o stress criado pelas expectativas do doente, o envolvimento de múltiplos membros da família e o dilema de como dar esperança quando a situação é crítica (Baile et al., 1998).

É na reação a este tipo de notícias que os profissionais se deparam com as maiores dificuldades pela intensidade das emoções e reações. A equipa de saúde deve estar preparada para lidar com esta situação. Exemplo disso é a resposta comportamental da família à morte súbita que depende do contexto cultural, social e étnico. As expressões de tristeza podem variar de silêncio para choro, gritos, lamentos e movimentos corporais (Aminiahidashti, Mousavi e Darzi, 2016 ; Naik, 2013).

De acordo com o estudo realizado por Toutin-Dias, Daglius-Dias e Scalabrini-Neto (2016) em contexto de serviço de urgência, a comunicação de más notícias na sua maioria acontece no primeiro contacto entre profissional de saúde e o doente/família. Os autores referem que a falta de vínculo associado ao pouco tempo disponível para a comunicação bem como o facto de os profissionais não possuírem conhecimento prévio da situação do doente/família é uma particularidade do serviço de urgência que torna a comunicação de más notícias uma tarefa ainda mais desafiadora.

Os profissionais de saúde a trabalharem em serviço de urgência devem por isso possuir requisitos e características facilitadoras, que de acordo com Lazaroto (2004) incluem o equilíbrio emocional e autocontrolo, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade física e mental para a atividade, iniciativa, facilidade de comunicação e capacidade para trabalhar em equipa.

A transmissão de más notícias é um momento de consternação para o doente/ família e para o profissional, para a pessoa/família que encontra uma situação nova, súbita e de crise, o profissional de saúde porque está perante a pessoa e perante si próprio e muitas vezes não tem competências necessárias para enfrentar a situação.

Se a comunicação de Más Notícias (MN) já é uma área difícil em contexto de saúde e mais especificamente em contexto de urgência, quando é necessário comunicar uma má notícia à família e esta não se encontra presente nos contextos, o facto da comunicação

não poder ser realizada de forma presencial e ser feita por telefone poderá complexificar ainda mais este processo.

A literatura sobre comunicação de más notícias por telefone é escassa, poucos são os estudos que evidenciam esta temática. Taylor (2007) refere que não é claro se a família deva ser informada por telefone acerca da morte do seu familiar. A autora fundamenta que esta não é a melhor forma de comunicar esta notícia, principalmente devido à falta de suporte imediato disponível para o familiar. Não obstante, esta parece ser um formato de transmissão de más notícias comum em diversos contextos de urgência, e em algumas situações, não pode ser evitado.

Júnior, Rolim e Morrone (2005) vêm comprovar a prática de comunicação de más notícias por telefone no estudo que realizaram onde foram entrevistadas 121 famílias em luto. Os autores questionaram as famílias sobre a forma como foram informadas sobre a morte do seu familiar e verificaram que o telefone foi o método mais comum quando o familiar não estava presente na altura da morte. Também Pereira (2009) citando Buckman (1994) refere que a transmissão pelo telefone apenas deve ser utilizada quando esta é a única forma de o fazer.

Taylor (2007) recomenda que a informação deve ser adaptada a cada contexto, salientando a dificuldade de validar por via telefónica a compreensão pela família e o impacto da má notícia sendo expectável que esta acarrete uma expressão emocional que necessita de ter suporte por parte do profissional.

Por outro lado, o parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (OE) referente à comunicação de informação via telefone, refere que esta possui características peculiares, onde a interação depende só da comunicação verbal, e a comunicação não verbal é invisível (CJ-8/ 2008, OE). Reconhece-se assim que esta é uma limitação para a comunicação de notícias que pela sua natureza são revestidas de grande conteúdo emocional.

Aqui, o conhecimento do interlocutor pode fazer a diferença, fundamentada na relação que se estabeleceu com o doente/ família. O prévio conhecimento do doente e da família deve permitir uma decisão mais informada sobre como dar a notícia.

1.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

A comunicação de más notícias assume um papel central na relação profissional de saúde/doente/família, onde a revelação de informação sobre o diagnóstico e prognóstico à pessoa doente e familiares continua a ser um tema duvidoso em que o princípio do respeito pela autonomia da pessoa doente e o seu direito à autodeterminação no que honra aos cuidados de saúde, entra em conflito com o respeito pelos princípios da beneficência e da não- maleficência (Melo,1999).

O direito à informação clínica, nomeadamente direito a ser informado ou não sobre a situação, os tratamentos, a evolução do estado clínico e o direito à autodeterminação em cuidados de saúde, têm a sua base em direitos fundamentais que estão protegidos constitucionalmente.

Neste âmbito, a Lei de Bases de Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) confere aos utentes o direito a ser informados sobre a sua situação clínica, as alternativas dos tratamentos e a evolução provável do seu estado. Também o direito à protecção da saúde está consagrado, na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde. São estes princípios orientadores que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes da Direcção Geral da Saúde (2014) que no seu artigo 7º confere o direito do doente à informação, o que representa um passo importante na dignificação das pessoas doentes, no respeito pela sua particular condição e na humanização dos cuidados de saúde.

De acordo com Pereira (2008) a comunicação é um instrumento terapeutico fundamental, que possibilita o acesso ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à informação de que o doente e seus familiares necessitam.

Para Augusto, Simões, Carlos e Martins (2007, p.325) a autonomia é considerada “o corolário da dignidade inerente à pessoa humana e do seu direito à liberdade”. Estes autores alvarguardam que é necessário não descurar as questões que se colocam relacionadas com o facto do doente estar vulnerável, podendo a aplicação do princípio da autonomia ter aspetos negativos tornando-se em algumas situações inadequado pelo doente não estar com capacidade plena de tomada de decisão.

Ninguém gosta de transmitir más notícias, por ser uma tarefa complexa e geradora de grande stress e sofrimento, quer para a pessoa doente/família, quer para os profissionais de saúde que para além de necessitarem de estar preparados emocionalmente, ainda se deparam com questões éticas de quem, como, quando e o que comunicar (Gonçalves, 2013).

Como refere Pereira (2005, p.34) a comunicação de más notícias causa perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, “gerando nos profissionais de saúde e sobreviventes, medos, ansiedades, sentimentos de inutilidade, de desconforto e desorientação, conduzindo muitas vezes a mecanismos de fuga nos profissionais.”

Segundo o parecer da Ordem dos Enfermeiros (2007) no que respeita a comunicação de más notícias, a intervenção dos profissionais de saúde deve ser terapêutica e deve ter sempre como alicerce a dignidade do doente e seus familiares.

Também no Código Deontológico dos Enfermeiros está descrito que o enfermeiro “no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” Enquanto membro central da equipa de saúde o enfermeiro tem o direito de acesso à informação “sobre os aspetos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado” pelo que não podem abstrair-se destes factos, pois são reais necessidades das pessoas doentes (Lei nº 156/2015 16 de Setembro, 2015).

Neste âmbito, os enfermeiros têm um papel importante no processo da comunicação e na ajuda aos doentes para se prepararem para receber, compreender e lidar com a má notícia. Não podemos esquecer a relação que o enfermeiro estabelece com o doente e família, sendo o profissional que geralmente mais próximo está do doente sendo com ele, muitas vezes que o doente manifesta, as suas dúvidas e as suas inquietações (Magalhães, 2009).

Para que esse direito seja respeitado, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros aprovou no domínio das competências e no âmbito da comunicação e relações interpessoais que o enfermeiro deve iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores e ainda comunicar com consistência informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente (OE, 2011).

Também está explícito no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, onde o enfermeiro especialista:

“K. 1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; K. 1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa /família em situação crítica e /ou falência orgânica.”(Regulamento n.º 124/2011).

De acordo com Warnock et al.(2010) é comum atribuir-se ao médico a responsabilidade de transmitir as más notícias embora ressalve que sendo a comunicação de más notícias vista como um processo e não só um momento, o papel do enfermeiro na transmissão de más notícias em contexto hospitalar passa por preparar o doente e família para a má notícia, identificar as suas necessidades de informação, promover a compreensão da mesma, bem como da sua situação de saúde esclarecendo dúvidas assegurando um apoio contínuo (Martins, 2007; Warnock et al.,2010).

Também no Código Deontológico da Ordem dos Médicos art. 44º está reconhecida a importância da informação ao doente ao citar que o “o doente tem o direito a receber e o médico o dever de prestar o esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença.” Ainda segundo este artigo o esclarecimento deve ter em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural. O artigo 50º acrescenta que a revelação exige prudência e delicadeza, devendo ser efetuada em toda a extensão e no ritmo requerido pelo doente, ponderados os eventuais danos que esta lhe possa causar. Também não podemos deixar de falar que em contexto de urgência em algumas situações é necessário presumir o consentimento quando não estão reunidas as condições mínimas para a obtenção deste e não existem dados objetivos e seguros que permitam inferir que o doente se oporia a uma determinada decisão/ intervenção.

De acordo com Ferrel e Coyle (2010) a decisão de quem comunica má notícia ao doente deve depender da relação deste com a equipa, sendo que o ideal seria que esta incidisse sobre a pessoa em quem o doente mais confia. No entanto, essa escolha acaba muitas vezes por depender também da própria cultura institucional e até da existência de determinadas *guidelines*.

Assim, a comunicação é considerada um fator relevante na ajuda às pessoas doentes e sua família a lidar com situações patológicas associadas a ameaça severa, uma vez que diminui as incertezas, favorece a participação na tomada de decisões, contribuindo desta forma, para o bem-estar da pessoa doente.

1.3 BOAS PRÁTICAS NA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

A Comunicação de más notícias deve ser adaptada a cada pessoa, de acordo com a sua individualidade respeitando as necessidades do doente e da sua família.

O que é dito e, acima de tudo, como é dito, é determinante para o seu bem-estar, uma vez que vai definir a forma como irá aceitar a informação e em caso de doença se vai ajustar a todo o processo de saúde/doença. A forma como a pessoa vivencia a notícia e se adapta é sem duvida influenciado pela forma como é transmitida (Friedrichsen, Strang & Carlsson, 2002). Como refere Pereira (2009) não há uma regra rígida para comunicar más notícias. O profissional tem de saber adequar a comunicação a cada situação .

Não podemos deixar de pensar num contexto de urgência pelas suas características específicas: um serviço que tem como missão intervir em situações que refletem risco de vida para o doente, levando por isso a que os profissionais de saúde estejam focados nas tarefas “tecnicistas” essenciais à estabilização e recuperação do doente em estado crítico e descurem por vezes, inconscientemente, o estabelecimento da relação da ajuda (Neto, Ribeiro, Magalhães, Torres & Mendes, 2003).

Em situações de urgência onde o doente e família se sentem mais vulneráveis, pela situação de doença súbita e pela imprevisibilidade, as reações são muitas vezes de revolta sendo necessário por parte dos profissionais competências adequadas para lidar com estas situações complexas (André, 2003).

Contudo a qualidade da comunicação com os doentes e família está comprometida num serviço onde a lotação de doentes é um problema real ao nível do país. A desadequação de recursos humanos, a falta de tempo por sobrecarga de trabalho, complexidade dos doentes em situação crítica, são fatores condicionantes ao estabelecimento de relações de ajuda eficazes entre os profissionais de saúde e os utentes, ou mesmo com os seus familiares ou acompanhantes, tornando-se muitas vezes um obstáculo à comunicação que se reflete diretamente na profundidade da relação conseguida com o doente e/ou família. Toutin-Dias, Daglius-Dias e Scalabrini-Neto (2016) apontam a própria estrutura do serviço de urgência como desafiadora à equipa , onde muitas vezes não existe um local adequado para a comunicação de más notícias.

As relações interpessoais neste contexto tornam-se assim muitas vezes desgastantes para os profissionais de saúde onde a responsabilidade profissional, a intensidade do trabalho e a confrontação frequente com situações de doença inesperada e morte são muito frequentes (Vaz & Catita, 2000).

A forma como se comunica uma má notícia pode ter um grande impacto na vivência do processo de doença e de morte. Se estas notícias forem dadas de modo incorreto, podem desencadear equívocos, sofrimento prolongado e ressentimento, se a comunicação for bem realizada, podem gerar compreensão, aceitação e adaptação (Fallowfield et al, 2004).

A comunicação de más notícias, estando embebida em sentimentos e emoções, não só para a família, mas também para o profissional de saúde, uma abordagem consciente na preparação para a interação pode ser bastante útil para evitar contratempos que possam ocorrer, principalmente no que diz respeito ao profissional sentir ansiedade, culpa ou angústia, que podem levá-lo a não comunicar corretamente a notícia e falhar no apoio à família (Baile et al.,2006).

Ainda nesta perspetiva Serra e Albuquerque (2006, p.76) reforçam que todo o processo é um desafio para os profissionais envolvidos, quer pela gravidade da situação em caso de doença quer pela situação de morte, pelo que “a comunicação não deve ser um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão.” Os mesmos autores apontam a importância da utilização da comunicação assertiva com a finalidade de diminuir o

stress e o conflitos de emoções, sendo esta uma ferramenta terapêutica essencial para os profissionais de saúde na relação com o doente/família.

A exploração de saberes na área das más notícias, permitiu a construção de protocolos que constituem uma série de atitudes e comportamentos que suportam uma intervenção humana e facilitadora quer para o profissional de saúde quer para o doente. Os protocolos de comunicação de más notícias tornam este processo mais estruturado. Para Pereira, Fortes e Mendes (2013) a existência de protocolos ou guias de orientação são extremamente úteis pois descrevem considerações importantes para ajudar a aliviar a angústia, tanto para os doentes que recebem a notícia, como para os profissionais que a transmitem.

Assim, e no sentido de minimizar o impacto inicial da notícia foram realizados vários estudos, nomeadamente por Buckman (1994) que elaborou um protocolo sequencial denominando-o de protocolo de más notícias, mais tarde reportado pelo acrónimo SPIKES, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: **S** – *Setting*, postura do profissional e preparação do contexto; **P** – *Perception*, percepção do doente; **I** – *Invitation*, troca de informação; **K** – *Knowledge*, conhecimento; **E** – *Explore emotions*, explorar emoções; **S** – *Strategy and summary*, estratégias e síntese.

O protocolo de Buckman apresenta assim seis etapas que têm como objetivo que a informação só seja transmitida se a pessoa quiser e estiver preparada para isso, pois só a partir da quarta etapa é partilhada essa informação.

Segundo Pereira (2008) as **seis etapas** deste protocolo são:

- Preparação e escolha de ambiente adequado: será necessário determinar o contexto no qual vai decorrer, as más notícias devem ser dadas em locais privados, sem interrupções de outras pessoas, sempre que for benéfico tenta-se que a pessoa não esteja sozinha;

- Descobrir o que o doente já sabe: o profissional de saúde pede à pessoa que lhe descreva o que está acontecer, para perceber qual o seu nível de conhecimentos. As respostas irão proporcionar uma informação extremamente valiosa sobre o nível de compreensão de tudo o que sabe;

- Descobrir o que o doente quer saber: o profissional de saúde tenta perceber até que ponto a pessoa quer ter conhecimento da sua situação/ problema, através de particularidades como o facto de se a pessoa habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde. O profissional de saúde tenta compreender se o doente quer ser informado ou não, respeitando se for caso disso, a sua relutância em não querer;

- Dar a notícia: a verdade constitui um processo que deverá ser cuidadoso, o profissional chama a atenção da pessoa com um aviso prévio, posteriormente dá a informação sem eufemismos com frases curtas e de interpretação clara dando tempo à pessoa para assimilar as constantes alterações do seu estado de saúde. Compete ao profissional certificar-se de que o doente fez uma interpretação correta da situação e verificar a sua reação;

- Responder às emoções e às perguntas do doente: é uma das fases cruciais que pressupõe a identificação e a validação de emoções. O medo e a angústia são dois sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia traduzindo-se muitas vezes em raiva contra o profissional de saúde. É importante demonstrar apoio e compreensão, respondendo à emoção, recorrendo também à comunicação não-verbal (toque), respeitando o silêncio e o choro. Respostas simples, dadas com clareza, de forma direta e honesta. Dar as informações importantes no início ou no fim do diálogo.

- Propor um plano de acompanhamento: Consiste na elaboração de um plano em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento. O profissional de saúde e o doente estabelecem pequenas metas a atingir. O doente deve ser encorajado a questionar.

A eficácia do processo de comunicação depende da flexibilidade para a utilizar de forma adequada em cada circunstância. Entender o que é importante ou perturbador quando é dada a notícia pode ajudar os profissionais a redefinir a forma como deve ser realizada (Fallowfield & Jenkins, 2004).

Sendo os protocolos guias orientadores, cabe ao profissional através do seu conhecimento adaptar a cada situação, assim cada processo de comunicação exige uma técnica adequada ao seu conteúdo. A forma de dar uma má notícia varia de acordo com

a idade, o sexo, o contexto cultural, social, educacional, a doença, não esquecendo o contexto familiar (Silva, 2012).

O que torna o investimento dos profissionais de saúde na procura do saber-saber, do saber-fazer, e do saber-ser verdadeiramente importante uma vez que no serviço de urgência, muito mais que noutros serviços, espera-se dos profissionais um vasto leque de conhecimentos, de práticas e de habilidades relacionais para saber agir em situações imprevisíveis e ambientes não controlados.

1.4. A FORMAÇÃO COMO FATOR DETERMINANTE NA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS (CMN)

A comunicação é importante em todas as etapas da vida humana, quando se trata de situações de doença ou internamento é fundamental que esta se desenvolva com base nas necessidades do doente e família, das suas preocupações e expectativas.

Comunicar más notícias faz parte do dia a dia dos profissionais de saúde, esta comunicação pode ser facilitada se for encarada como uma técnica inerente à profissão, para isso necessita de ser aprendida e aprofundada para que os profissionais a possam tornar parte integrante da sua atuação (Pereira, 2009). Nestas situações os profissionais de saúde acompanham o doente e família em situações de fragilidade, tornando-as mais vulneráveis às diversas formas de comunicação, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde é imprescindível para desencadear relações interpessoais de qualidade (Pereira, 2008).

Como fatores determinantes na CMN surge a formação e o treino como necessidades imperativas dos profissionais de saúde. É importante assim, refletirmos sobre a importância da formação dos profissionais de saúde na área da comunicação de más notícias, o modo como se comunica um diagnóstico a um doente, influência a forma como o doente vai reagir. Uma vez que a comunicação eficaz confere maior segurança, confiança, bem-estar e conforto ao cliente/família, sugere-se um maior investimento na sensibilização, formação e treino dos enfermeiros sobre as estratégias de comunicação de más notícias (Jesus, 2007).

Para uma comunicação eficaz é necessário que haja congruência entre a comunicação verbal e a comunicação não-verbal, adaptar a mensagem ao doente, emitir mensagens claras e sem ambiguidade, certificar-se de que a mensagem é compreendida pelo mesmo, realizando perguntas e não dando muita informação seguida todos estes fundamentos essenciais são competências que se adquirem.

A formação focada no desenvolvimento de habilidade em comunicar más notícias por parte dos estudantes pode contribuir para uma maior eficácia na transmissão das mesmas (Victorino, Nisenbaum, Gibello, Bastos & Andreolo, 2007).

Na literatura científica vários estudos revelam não existir formação nem desenvolvimento de capacidades comunicacionais durante o percurso académico dos profissionais de saúde tornando-se um fator dificultador. Warnock (2010) desenvolveu num estudo quantitativo onde explorou o papel do enfermeiro no processo de transmissão de más notícias em contexto hospitalar e a formação/ apoio que lhes é conferido para este processo numa amostra de 142 enfermeiros. O estudo concluiu que o défice de conhecimento e falta de formação dos enfermeiros são uma realidade, considerando-os como fatores dificultadores. Também Arbabi et al. (2010) num estudo quantitativo realizado para avaliar a atitude dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) durante a transmissão de más notícias com uma amostra de 100 profissionais, aponta como dificuldade a ausência de formação e a necessidade de formação sobre capacidades comunicacionais dos profissionais.

Em Portugal também têm sido realizados estudos na CMN que evidenciam a falta de formação como obstáculo às boas práticas. Num estudo qualitativo realizado recentemente por Ribeiro (2015) com o tema “Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na Comunicação de Más Notícias” com a participação de 6 enfermeiros, aponta a falta de formação e de experiência como fatores dificultadores na CMN. Também Gonçalves (2013) através do seu estudo quantitativo “Comunicação de Más Notícias a Pessoas com Doença Oncológica: A Necessidade de Implementar a (Bio)ética na Relação – Um Estudo Exploratório” realizado em 2013 com uma amostra de 42 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) onde também menciona a falta de formação nesta área como uma dificuldade às boas práticas.

2.METODOLOGIA

A investigação em enfermagem torna-se um contributo fundamental para a prática clínica, na identificação, construção e consolidação de saberes. A Enfermagem, como disciplina, necessita de cultivar e renovar o seu corpo de conhecimentos. Esta é a forma de evoluir para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de conhecimentos específicos conduzindo para uma prática baseada na evidência, tendo como alicerce a investigação (Araújo, 2010).

Após a realização do enquadramento teórico sobre o tema em questão, apresenta-se a abordagem de natureza metodológica onde serão desenvolvidos e concretizados os objetivos deste trabalho de investigação.

De acordo Fortin (2009) na fase metodológica definem-se os meios de como realizar a investigação, sendo no decurso da mesma que o investigador determina a sua conduta para obter as respostas à questão de investigação. Após ter estabelecido o modo de atuar, o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e define os métodos de colheita de dados, assegurando-se da fidelidade e da validade destes métodos, para obter resultados fiáveis.

Neste capítulo iremos realizar uma abordagem ao tipo de estudo, à população e amostra do estudo, ao instrumento de colheita de dados, aos procedimentos formais e éticos e tratamento dos dados.

2.1.TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo como realça Fortin (2009, p. 214) é “o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses.” A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter resposta fiável à questão de investigação.

A inexistência de normas ou protocolos orientadores na comunicação de más notícias nos serviços de urgência em estudo pode favorecer o receio e a fuga dos profissionais para a comunicação nesta área, considerado por todos uma área importante mas muito complexa. A pesquisa realizada remete-nos para um estudo de carácter exploratório, descritivo, comparativo, transversal . Pretende-se efetuar um diagnóstico de situação ao avaliar as práticas e as dificuldades dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em serviço de urgência.

Tal como afirma Gil (1999), um estudo exploratório tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos, sendo realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado. Clarificando o conceito de estudo exploratório, Fortin (2009), afirma que o mesmo constitui um passo inicial de um processo de pesquisa, tendo como finalidade a aproximação do investigador com o fenómeno a investigar de forma a obter uma nova percepção e descobrir novos ideais.

Trata-se de um estudo transversal, uma vez que iremos abordar os profissionais de saúde num único momento. Tal como refere Vilelas (2009) os estudos transversais, são estudos realizados numa população para medir a prevalência de uma exposição a um determinado estímulo e/ou resultado num ponto específico do tempo. A literatura aponta para a relação entre a formação e a CMN e estudamos as diferenças entre médicos e enfermeiros sendo os atores os profissionais que estão no SU.

2.2 OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A investigação inicia-se com uma questão, uma pergunta explícita referente a um tema de estudo que se pretende investigar. Deve ser um “enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p.73). É a partir dessa questão que se inicia todo o processo que leva o investigador a formular a pergunta que conduzirá ao enunciado do problema em estudo.

Assim, tendo por base, o que foi descrito anteriormente e realizada a identificação da problemática em estudo, surge a seguinte questão de investigação: Quais são as práticas

e as dificuldades dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto de urgência?

Após a construção da questão de investigação de partida foi importante elaborar objetivos que estivessem de acordo com ela, pois são estes objetivos que delimitaram o estudo e os aspetos a serem analisados. Segundo Fortin (2009, p.160) o objetivo do estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, sendo importante, utilizar um verbo de ação, porque este informa sobre o nível de investigação.

Assim, como objetivos do estudo, definimos:

- Caracterizar as práticas na comunicação de más notícias dos profissionais de saúde em contexto de urgência;
- Analisar as diferenças entre médicos e enfermeiros nas práticas e dificuldades na CMN;
- Identificar aspetos éticos na Comunicação de Más Notícias;
- Elencar dificuldades na comunicação de más Notícias dos profissionais de saúde em contexto de urgência;
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores no processo de comunicação de uma má notícia;
- Elencar estratégias que facilitem o desenvolvimento de competências na CMN.

As questões de investigação derivam dos objetivos e indicam o que o investigador quer ter como informação, enquanto os objetivos são delineados de uma forma geral as questões de investigação são mais específicas.

Assim, como questões de investigação surgem:

- Quais são as práticas dos profissionais de saúde, em contexto de urgência, na comunicação de más notícias?
- Quais são as diferenças entre médicos e enfermeiros e as práticas na comunicação de más notícias?
- Quais são os fatores dificultadores e facilitadores na comunicação de más notícias?

- Quais são as estratégias que facilitam o desenvolvimento de competências na CMN?

Formulamos como hipótese:

H1: Há diferenças entre enfermeiros e médicos nas práticas de comunicação de más notícias .

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (2009) define população como um conjunto de elementos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A amostragem é um processo através do qual um grupo de pessoas ou uma porção da população designada amostra é escolhido de maneira a ser representativa de uma população inteira, como tal implica uma definição clara da população considerada e dos elementos que a compõem.

A seleção da população é sempre um fator importante para a riqueza dos achados e por isso o estudo decorreu no serviço de urgência por ser um serviço em que o doente e os seus familiares experimentam um estado de vulnerabilidade e angústia, e é requerido pela sua própria natureza e complexidade a existência de um vasto conjunto de meios e competências para a comunicação de más notícias. Desta forma, a população alvo do estudo foi o conjunto dos médicos e enfermeiros de um Centro Hospitalar da região Centro do País a trabalharem durante os meses de Junho e Julho de 2017.

A opção por este contexto da prática baseia-se na conveniência do investigador, por ser um local rico pelos motivos que já referimos anteriormente, e, por outro lado, por proporcionar maior acessibilidade à amostra em estudo e poder constituir um fator facilitador. Consideramos ainda importante ter dois grupos profissionais distintos o que trará contributos relevantes para a investigação por serem parte da equipa de saúde do SU com diferentes responsabilidades, competências e papéis sociais.

Por outro lado a escolha da população permite a caracterização das práticas e dificuldades da CMN conseguindo *a posteriori* oferecer sugestões de melhoria do processo.

De acordo com Fortin (2009) a amostra é uma réplica em miniatura da população, devendo ser representativa desta. A sua constituição deve variar de acordo com os objetivos do estudo, os constrangimentos que podem surgir no terreno e a capacidade de acesso à população em estudo.

Optámos por um processo de amostragem não-probabilística, seleccionámos a amostra accidental. Para a seleção da amostra foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão são:

- Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que aceitem participar na investigação, através do preenchimento voluntário livre, esclarecido e confidencial do questionário;
- Todos os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que exercem funções no serviço de urgência selecionado durante os meses de Junho e Julho de 2017.

Paralelamente, os critérios de exclusão determinam os elementos que não farão parte da amostra. Serão, então, considerados critérios de exclusão:

- Todos os médicos e enfermeiros que não estejam a desempenhar funções, durante o período de colheita de dados.

2.4. INSTRUMENTOS

Neste estudo e tendo em conta alguns aspetos fundamentais como os objetivos definidos, a metodologia de investigação seguida e os instrumentos já existentes para medir os objetivos e as variáveis a estudar, optou-se pela utilização de um instrumento de colheita de dados, sob a forma de questionário para identificar as práticas e as dificuldades dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto de urgência.

Esta técnica de colheita de dados tem a vantagem de poder ser respondido quando e onde o sujeito escolher e a possibilidade de o fazer com mais privacidade, permitindo-lhe uma maior reflexão, visto que não é necessária a presença do investigador.

De acordo com Fortin (2009) o investigador pode utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário, quando utiliza um questionário já testado pode ter a necessidade de o adaptar ao meio onde é aplicado.

Para avaliar as práticas e as dificuldades na comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde foi utilizado um questionário adaptado que teve como base um questionário da autoria de Ângela Gonçalves, desenvolvido para o estudo “Comunicação de Más Notícias a Pessoas com Doença Oncológica: A Necessidade de Implementar a (Bio)ética na Relação – Um Estudo Exploratório” realizado em 2013 com uma amostra de 42 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). Foi para isso solicitado autorização para a sua utilização e adaptação (ANEXO I).

Este instrumento de colheita de dados ficou dividido em quatro partes:

- Parte I - Caracterização sócio-profissional- composta pela idade, género, grupo profissional, tempo de exercício profissional, formação realizada sobre comunicação de más notícias;
- Parte II - Identificação das práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto hospitalar (Gonçalves, 2013), constituído por seis questões de resposta em escala tipo likert de cinco pontos entre 1 – nunca e 5- sempre, em que 0 – significa não querer responder;
- Parte III – Identificação das atitudes, dificuldades e comportamentos dos profissionais na transmissão de más notícias. Três questões avaliam as atitudes, onde se pede para assinalarem a mais adequada. Três questões avaliam as dificuldades dos profissionais em que é pedido que elenquem as três mais importantes de uma lista de opções fechadas. Duas vinhetas clínicas são colocadas para ilustrar duas situações de transmissão de más notícias em contexto de urgência, é pedido aos profissionais que analisem cada uma das situações clínicas descritas e apontem a atitudes mais adequada entre seis opções de resposta fechada;
- Parte IV – Composta por duas questões de resposta aberta para identificação dos fatores facilitadores do processo de comunicação de más notícias e as estratégias consideradas importantes para desenvolvimento de competências nesta área.

Para assegurar a validade e precisão do instrumento de colheita de dados foi realizado o pré-teste. Aplicámos o nosso questionário a 10 enfermeiros e a 5 médicos, pertencentes às amostras do nosso estudo, com o objetivo de verificar a compreensão, clareza, objetividade. Depois de realizado o pré-teste, o questionário não sofreu alterações significativas.

De acordo com Fortin (2009) a aplicação do pré-teste é indispensável na medida em que permite detetar prematuramente erros ou lapsos que o questionário possa ter e possibilita a sua correção antes de os aplicar de forma definitiva. O questionário final após reformulação encontra-se em anexo (ANEXO II).

2.5.PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Ao longo de todo o estudo, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça foram salvaguardados e orientaram o desenvolvimento do mesmo. É de salientar que os estudos de investigação na saúde que “envolvem seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação” (Fortin, 2009, p. 180). Embora num estudo de investigação em Enfermagem seja raro surgirem riscos para os investigadores, isto não pode ser justificativo para a inexistência de reflexão e ponderação ética, como salienta Martins (2008).

Após autorização de Gonçalves foi pedido autorização para o estudo ao Conselho de Administração do centro Hospitalar e da respectiva Comissão de ética. Foram obtidas as autorizações institucionais e preservado o anonimato e a confidencialidade das fontes. A obtenção do consentimento livre e esclarecido de todos os participantes foi garantido, tendo sido explicados os objetivos do estudo e em que consistia a participação, de maneira a que cada participante pudesse decidir livremente e com pleno conhecimento de causa. Sendo garantida em todo o estudo a confidencialidade e sigilo dos dados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Participação no Estudo encontra-se em anexo (ANEXO III).

Assim, para este estudo foram incluídos na amostra os médicos e enfermeiros que demonstraram interesse em participar e que, após esclarecimento e exposição dos objetivos e projeto de investigação, aceitaram voluntariamente colaborar no estudo. Os

questionários foram distribuídos em Junho e recolhidos até Julho. Foram entregues 115 questionários tendo sido recolhidos 100 com uma taxa de resposta de 86,9%.

2.6 TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento e análise de dados constituem o núcleo de qualquer investigação, e é nesta fase que se constrói a interpretação teórica do fenómeno em estudo, segundo a perspectiva dos participantes. Nesta etapa do estudo os dados obtidos através das perguntas fechadas, foram transformados em grandezas expressas por números, analisados com recurso ao SPSS 22.0, os quais foram examinados pela estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas das variáveis nominais. A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Tem como objetivo descrever as características da amostra e responder às questões de investigação. Os dados brutos que resultaram da fase metodológica foram organizados, segundo os diversos níveis de medida, depois submetidos a um tratamento estatístico dos dados. Este último é referente à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas (Fortin, 2009). Utilizamos testes não paramétricos para avaliar e testar a hipótese, utilizando o teste de U de Man-Whitney.

Na análise das práticas da Comunicação de Más Notícias sempre que a literatura suportou foram testadas as diferenças entre as amostras de médicos e enfermeiros.

Os dados recolhidos através das questões de resposta aberta foram analisados de acordo com os princípios da análise de conteúdo, de acordo com Bardin.

Bardin (2009) descreve a análise de conteúdo como “(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin, 1994, p. 44) A análise de conteúdo permite agrupar, organizar e classificar os dados de forma a demonstrar a importância que os sujeitos dão à informação e aos temas em estudo.

Respeitou-se os princípios de Bardin (2009), na organização do material para análise, que deve ser organizado em três fases: a pré-análise; a exploração de material e tratamento de dados; a inferência e interpretação.

Desta forma, a análise de conteúdo, teve como ponto de partida a definição de objetivos do estudo e o quadro de referência teórico. Posteriormente a constituição do corpus que de acordo com Bardin (2009, p.122), “o corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A sua constituição implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras. Assim as respostas às questões abertas deste estudo foram alvo de análise respeitando as regras fundamentais que Bardin (2009) define: **exaustividade**, cada categoria deve abranger completamente o conjunto das unidades e o sentido que se coloca sob o seu teto; **exclusividade**, uma unidade de registo não deve pertencer a mais do que uma categoria; **pertinência**, um sistema de categorias deve ser adaptado ao material em análise e aos objetivos da investigação; **homogeneidade**, apenas um critério de análise deve ser utilizado; **objetividade**, deve evitar-se a subjetividade na sua formulação, tornando-a utilizável de igual modo, por vários investigadores; **produtividade**, deve oferecer a possibilidade de uma análise fértil, criadora de um discurso novo, mas adequado e coerente com os dados.

Seguiu-se posteriormente a codificação que decorreu transformando os dados em bruto por recorte, agregação e enumeração. Como refere Bardin (2009, p.129)” a codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas - dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo... ”. Assim ao analisarmos as questões abertas foram identificadas unidades de registo, palavras e/ou frases, que correspondem aos índices encontrados nas respostas; e as unidades de enumeração, e por fim agruparam-se em categorias.

A categorização ou classificação permitiu identificar, ordenar ou atribuir um sentido ao corpus de análise. A definição de categorias na análise de conteúdo teve como objetivo a simplificação e facilitou a exploração dos dados.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos resultados encontram-se organizadas de acordo com a ordem das questões de investigação.

3.1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS

Para uma caracterização dos profissionais de saúde que constituem a amostra, apresenta-se na Tabela 1 as características sociodemográficas.

A amostra deste estudo é constituída por 100 profissionais de saúde que desempenham funções num serviço de Urgência, 60 enfermeiros e 40 médicos, com predomínio do sexo feminino.

Dos Enfermeiros apenas seis são enfermeiros especialistas, sendo 4 em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por outro lado os médicos são todos especialistas, este facto pode estar relacionado com a regulamentação das carreiras onde a carreira de medicina contempla graus de especialização e a de enfermagem não usufruir atualmente do reconhecimento e valorização da especialização.

Na amostra dos médicos destaca-se a especialidade de Medicina Interna com metade da amostra da classe médica num total de 20, seguida das outras especialidades com menos expressão.

A média de idades é de 36,84 anos (DP = 8,556) oscilando entre 23 e 60 anos.

TABELA 1 - Caracterização demográfica e profissional da amostra

		Nº	%	M	DP	Min	Máx	Mo	Med
Idade				36,84	8,556	23	60	34	34
Género	Masculino	37	37						
	Feminino	63	63						
Profissão	Médico	40	40						
	Enfermeiro	60	60						
Especialidade	Enfermeiros	Saúde Mental e Psiquiátrica	1						
		Reabilitação	1						
		Médico-Cirúrgica	4						
	Médicos	Cirurgia Geral	8						
		Medicina Geral e Familiar	6						
		Medicina Interna	20						
		Ortopedia	5						
		Pneumologista	1						

Verifica-se que relativamente à média do tempo de exercício profissional dos enfermeiros é de 13,48 anos (DP= 8,666) com um tempo mínimo de 14 meses e um máximo de 36 anos, sendo superior à dos médicos que tem uma média de 9,54 anos (DP=8,087), onde o tempo de exercício profissional máximo é de 33 anos e o mínimo de 2 anos.

Em relação à média do tempo nos serviços em estudo a média nos enfermeiros é de 8,04 anos (DP = 7,673) com o valor máximo de 29 anos e o mínimo de 2 meses. Também aqui se verifica uma média do tempo a exercer no atual serviço mais baixa nos médicos 4,77 anos (DP= 4,830) com um máximo de 28 anos e um mínimo de 6 meses.

Verifica-se uma grande heterogenidade ao nível das idades dos profissionais e do tempo a exercerem no serviço atual quer ao nível dos médicos quer dos enfermeiros, traduzindo a realidade das equipas.

Relativamente à formação na área das Más Notícias verificamos que da amostra de enfermeiros, 50% têm formação. Comparativamente, na amostra dos médicos, 42,5% fizeram formação nesta área. Também relativamente a esta temática verificamos que na subamostra dos enfermeiros com formação, a média de tempo desde a última formação é de 2,69 anos (DP= 2,128) com um máximo de 8 anos e um mínimo de 3 meses. Nos

médicos a média é de 1,93 (DP=1,523) com um máximo de 6 anos e um mínimo de 6 meses.

TABELA 2 - Caracterização profissional da amostra

		Nº	%	M	DP	Min	Máx	Med
Tempo de exercício profissional (Anos)	Enfermeiro	60	100	13,48	8,666	1,16	36	12
	Médico	40	100	9,54	8,087	2	33	7
Tempo de exercício no atual serviço (Anos)	Enfermeiro	60	100	8,04	7,673	0,17	29	5
	Médico	40	100	4,77	4,830	0,5	28	4,6
Formação contínua na área da comunicação de más notícias	Enfermeiro	Sim	30	50,0				
		Não	30	50,0				
	Médico	Sim	17	42,5				
		Não	23	57,5				
Tempo desde a última formação (Anos)	Enfermeiro	30	50,0	2,69	2,128	0,25	8	2
	Médico	17	42,5	1,93	1,523	0,5	6	2

3.2. TIPO DE MÁS NOTÍCIAS

No que respeita ao tipo de más notícias e de acordo com o Quadro 1 podemos constatar que são vários os tipos de más notícias que os profissionais transmitem. A grande maioria refere que o tipo de “más notícias” que mais comunica é a situação de “morte”, (84) ; depois seguem-se os diagnósticos de Neoplasias (17); Prognóstico reservado/mau Prognóstico (15). Embora com menos frequência, os profissionais também informam a pessoa doente/família sobre: Agravamento do estado de Saúde; Doenças inesperadas súbitas; Doenças /Situações Terminais; Transferência para outra unidade hospitalar; cirurgias urgentes; acidentes graves entre outros, que relatam menos vezes como podemos verificar no quadro abaixo.

QUADRO 1- Tipos de más notícias

	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Tipos de más Notícias	Morte	84
	Neoplasias e “neoplasias de novo”	17
	Prognóstico reservado/mau Prognóstico	15
	Doenças /Situações Terminais	10
	Doenças inesperadas súbitas	9
	Agravamento do estado de Saúde	9
	Transferência para outra Un.hospitalar	6
	Acidentes graves	5
	Cirurgia urgente	5
	Doença grave	4
	Internamentos	3
	Lesão vertebro medulares/trauma grave	4
	Doenças incapacitantes/Dependência elevada	3
	Doença aguda/crónica agudizada	2
	Não melhoria dos sintomas	1
	Decisão de não reanimar	1
	Desorientação	1

3.2.1 FREQUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Relativamente à frequência da Comunicação de Más Notícias surgindo esta como uma questão de resposta aberta no instrumento de recolha de dados foi necessário agrupar e codificar para que fosse possível analisar. Assim, “frequentemente” agrupamos as respostas que referiram várias vezes por semana correspondendo a semanal; “esporadicamente” agrupamos as respostas que referiam mensal até 6 meses e “raramente” para respostas com frequências anuais que corresponde a igual ou superior a 6 meses. Observando o quadro 2 abaixo podemos então verificar haver unanimidade nos dois grupos profissionais onde sobressai com a maior percentagem frequentemente com 63,3% e 62,5% para enfermeiros e médicos respetivamente seguido de esporadicamente com 22 enfermeiros (36,7%) a darem essa resposta e 12 médicos (30%).

QUADRO 2 – Distribuição da amostra em função da frequência que comunicam Más Notícias

Frequência	Enfermeiros		Médicos	
	Nº	%	Nº	%
Frequentemente (semanal)	38	63,3	25	62,5
Esporadicamente (mensal até 6meses)	22	36,7	12	30,0
Raramente (>6meses)	0	0	2	5,0
Total	60	100	40	100

3.3. PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS

No que concerne às práticas de informação do conteúdo da Má Notícia apresentadas no quadro 3 e 4, quando confrontados com a sua prática diária **“Informa a Pessoa doente/família”** a maioria dos profissionais respondeu “sempre” e “Quase sempre”. Assim, verificamos que 43,3% dos enfermeiros e 65,0% dos médicos inquiridos revelam que costumam informar “Quase sempre” a pessoa doente/família sobre o conteúdo da má notícia e 23,3% dos enfermeiros e 30% dos médicos referem que informam “sempre”. Testámos a diferença entre as duas amostras médicos e enfermeiros recorrendo ao teste de Mann-Whitney onde verificamos $U = 891,500$ com postos de média de 45,36 para o enfermeiro e 58,21 para os médicos com $p = 0,018$. Podemos verificar que relativamente a esta prática a diferença é estatisticamente significativa.

Por outro lado quando questionados se **os doentes/ família são informados** 73,3% dos enfermeiros mencionam “quase sempre” enquanto nos médicos não seja unânime e as suas percentagens estão dispersas entre “algumas vezes “ com 40%, “quase sempre” 37,5% e “sempre” com 15%. Ao aplicarmos o teste de Mann-Whitney verificamos $U = 850,00$ com postos de média de 56,33 para o enfermeiro e de 41,75 para os médicos com $p = 0,05$. Ao avaliarmos as práticas dos enfermeiros comparando com as práticas dos médicos, observa-se que a diferença é estatisticamente significativa.

Relativamente à **importância ao direito da pessoa doente ser informada** verifica-se unanimidade de respostas com 42 enfermeiros (70,0%) e com 27 médicos (67,5%) a revelarem que atribuem importância “sempre” ao doente ser informado. Em contrapartida quando questionados se **a pessoa doente é a primeira a ser comunicada a má notícia** apenas 1 médico e 1 enfermeiro informa “ sempre” a maioria dos

enfermeiros responde “algumas vezes” com 60%, não podemos deixar de destacar a percentagem que refere “raramente” com 26,7%. Os os médicos apresentam respostas difundes onde “raramente”, “às vezes” e “quase sempre” aparecem com a mesma percentagem 32,5%. Esta prática dos profissionais pode estar realacionada com o perspctivarem de que a revelação ao doente da sua doença pode prejudicar o bem estar do doente. Aqui também utilizamos o teste de Mann-Whitney que apresenta $p > 0,05$ verificamos assim que a diferença não é estatisticamente significativa.

Quando questionados **se os doentes desejam ser informados da MN**, 41 enfermeiros (68,3%) e 26 médicos (65,0%) respondem “quase sempre” seguindo-se de “algumas vezes” com 12 enfermeiros (20%) e 13 médicos (32,5%).

Relativamente à questão **se os doentes pedem informações acerca da sua situação clínica** também se verifica unanimidade de resposta em “quase sempre” por 38 enfermeiros (63,3%) e 20 médicos (50%). Ao realizar o teste de Mann-Whitney verificámos que quer nesta prática quer na anterior há maior percentagem nos enfermeiros em relação aos médicos, sendo que a diferença não é estatisticamente significativa.

QUADRO 3 – Distribuição da amostra em função CMN por grupo profissional

PRÁTICAS		Enfermeiro		Médico	
		Nº	%	Nº	%
Informa a pessoa doente/ família sobre o conteúdo da má notícia?	Nunca	1	1,7	0	0
	Raramente	3	5	1	2,5
	Algumas Vezes	16	26,7	1	2,5
	Quase Sempre	26	43,3	26	65
	Sempre	14	23,3	12	30
Os doentes/ família são informados sobre o conteúdo da má notícia?	Nunca	0	0	0	0
	Raramente	0	0	3	7,5
	Algumas Vezes	8	13,3	16	40,0
	Quase Sempre	44	73,3	15	37,5
	Sempre	8	13,3	6	15,0
Atribui importância ao direito da pessoa doente ser informada sobre o conteúdo da má Notícia?	Nunca	0	0	0	0
	Raramente	0	0	0	0
	Algumas Vezes	0	0	2	5
	Quase Sempre	17	28,3	11	27,5
	Sempre	42	70	27	67,5
Os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo da má notícia?	Nunca	0	0	0	0
	Raramente	1	1,7	0	0
	Algumas Vezes	12	20,0	13	32,5
	Quase Sempre	41	68,3	26	65,0
	Sempre	6	10,0	1	2,5
A pessoa doente é a primeira a ser-lhe comunicada a má notícia?	Nunca	1	1,7	0	0
	Raramente	16	26,7	13	32,5
	Algumas Vezes	36	60,0	13	32,5
	Quase Sempre	6	10,0	13	32,5
	Sempre	1	1,7	1	2,5
É habitual os seus doentes pedirem-lhe informações acerca da sua situação clínica?	Nunca	0	0	0	0
	Raramente	2	3,3	1	2,5
	Algumas Vezes	12	20,0	11	27,5
	Quase Sempre	38	63,3	20	50,0
	Sempre	8	13,3	8	20,0

QUADRO 4- Teste de Mann-Whitney na comparação das Práticas de transmissão de más Notícias entre médicos e enfermeiros

PRÁTICAS	Profissão	Postos de média	U	p
Informa a pessoa doente/ família sobre o conteúdo da má notícia?	Enfermeiro	45,36	891,50	0,018
	Médico	58,21		
Os doentes/ família são informados sobre o conteúdo da má notícia?	Enfermeiro	56,33	850,00	0,005
	Médico	41,75		
Atribui importância ao direito da pessoa doente ser informada sobre o conteúdo da má Notícia?	Enfermeiro	51,03	119,50	0,589
	Médico	48,49		
Os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo da má notícia?	Enfermeiro	53,52	1019,00	0,123
	Médico	45,98		
A pessoa doente é a primeira a ser-lhe comunicada a má notícia?	Enfermeiro	47,84	1040,50	0,224
	Médico	54,49		
É habitual os seus doentes pedirem-lhe informações acerca da sua situação clínica?	Enfermeiro	50,55	1197,00	0,981
	Médico	50,43		

Ainda no que respeita às práticas e de acordo com uma situação clínica apresentada, podemos constatar ao ver o quadro 5, que a maioria dos profissionais 91,7% dos enfermeiros e 77,5 % dos médicos “fornecem apenas a informação que consideram adequada, no sentido de proteger o bem-estar da pessoa doente”. Esta atitude revela que os profissionais de saúde preferem proteger a pessoa doente de possíveis danos psicológicos em detrimento do respeito pela sua autonomia, evidenciando práticas sustentadas no paternalismo.

Podemos ainda perceber que 15% dos médicos também respondem que “fornecem todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas”. Este tipo de práticas ainda que com uma expressão percentual baixa, aponta para uma estratégia de informação centrada na necessidade do profissional ao invés de centrar-se nas necessidades de informação dos clientes.

QUADRO 5 – Distribuição da amostra em função das respostas à vinheta com situação clínica 1

PRÁTICAS DE PARTILHA/TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO – situação clínica 1	Enfermeiro		Médico	
	Nº	%	Nº	%
Não revela qualquer tipo de informação e remete para outro profissional	1	1,7	0	0
Responde laconicamente às perguntas formuladas	2	3,3	1	2,5
Fornecer apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar da pessoa doente	55	91,7	31	77,5
Fornecer todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas	1	1,7	6	15,0
Não diz a verdade, no sentido de salvaguardar o bem-estar da pessoa doente	1	1,7	1	2,5
Estabilizar hemodinamicamente e transmitir que tem má notícia para dar	0	0	1	2,5
TOTAL	60	100	40	100

Como podemos verificar no Quadro 6 também relativo a uma situação clínica, verifica-se novamente unanimidade na prática clínica com 47 enfermeiros (78,3%) e 21 médicos (52,5%) considerarem a prática mais adequada “Contacta a filha fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar e pede-lhe que se desloque ao serviço de urgência”, verificamos também que 12 médicos (30%) refere “Não revelar qualquer tipo de informação e remete para outro profissional”. Ainda relativo a esta questão verificámos que 5 enfermeiros e 4 médicos referem que “Fornecem via telefone todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas.”

QUADRO 6 – Distribuição da amostra em função das respostas à vinheta com situação clínica 2

PRÁTICAS DE PARTILHA/TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO – situação clínica 2	Enfermeiros		Médicos	
	Nº	%	Nº	%
Não revela qualquer tipo de informação e remete para outro profissional	0	0	12	30,0
Contacta telefonicamente a filha e responde laconicamente às perguntas formuladas	3	5,0	0	0
Contacta a filha fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar e pede-lhe que se desloque ao serviço de urgência	47	78,3	21	52,5
Fornecer por via telefone todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas	5	8,3	4	10,0
Não diz a verdade, no sentido de salvaguardar o bem-estar da pessoa	3	5,0	2	5,0
Informo o óbito pelo telefone utilizando o protocolo de Buckman	1	1,7	0	0
Dependendo da situação se já é esperado, se a filha está sozinha ou não	0	0	1	2,5
Contacta a filha por telefone informa de uma forma clara respondendo às perguntas colocadas pelo familiar	1	1,7	0	0
TOTAL	60	100	40	100

No que diz respeito à tomada de decisão verificámos existir incogruência entre médicos e enfermeiros: para os enfermeiros parece claro que a tomada de decisão é realizada pelo médico onde 27 enfermeiros (45%) da amostra refere que a tomada de decisão é realizada pelo médico sem consultar a pessoa doente e 11 enfermeiros (18,3%) referem que é realizada pelo médico após consultar a pessoa doente. Em contrapartida 16 médicos (40%) dão ênfase à equipa multidisciplinar após consultar a pessoa doente. Seguindo-se do médico após consultar a pessoa doente (25%). A prática menos usual parece ser a do doente decidir após consultar a equipa multidisciplinar com apenas 1 médico a referir essa resposta como podemos verificar no quadro 7.

QUADRO 7 – Distribuição dos profissionais em função das práticas na tomada de decisões

TOMADA DE DECISÃO	Enfermeiros		Médicos	
	Nº	%	Nº	%
Médico sem consultar a Pessoa Doente	27	45,0	4	10,0
Médico após consultar a Pessoa Doente	11	18,3	10	25,0
Equipa multidisciplinar sem consultar a pessoa doente	3	5,0	1	2,5
Equipa multidisciplinar após consultar a pessoa doente	6	10	16	40,0
Médico decide em conjunto com a pessoa doente	8	13,3	2	5,0
Equipa multidisciplinar decide em conjunto com o doente	3	5,0	2	5,0
Pessoa doente decide após consultar o médico	2	3,3	4	10,0
Pessoa Doente decide após consultar a equipa multidisciplinar	0	0	1	2,5
TOTAL	60	100	40	100

Em resposta à questão “O que pode levar um médico a omitir informação à pessoa doente” como podemos verificar no quadro 8 a opção mais assinalada pelos médicos com 90% centrou-se na “revelação pode prejudicar o bem-estar da pessoa doente” onde 36 médicos a escolherem esta opção dentro das três que consideram mais importantes. A segunda opção mais assinalada foi “Considerar difícil a revelação” com 67,5%, seguida da opção “Não estar preparado para transmitir esse tipo de informação” com 55% sendo que a maior percentagem desta opção recai como menos importante.

Dos inquiridos 2 assinalaram como outros motivos “Nunca evito informação clínica aos doentes” e “O médico tem obrigação de informar sobre a má notícia e é má prática não o fazer.

QUADRO 8- Distribuição dos médicos pelos Motivos para a omissão da informação

MOTIVOS PARA OMISSÃO	SEM RESPOSTA		GRAU IMPORTÂNCIA						TOTAL	
			1°		2°		3°			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Considerar difícil a revelação	13	32,5	7	17,5	15	37,5	5	12,5	40	100
Não estar preparado para transmitir esse tipo de informação	18	45,0	4	10,0	3	7,5	15	37,5	40	100
Não considerar esse tipo de informação relevante para o doente	36	90,0	1	2,5	3	7,5	0	0	40	100
A revelação pode prejudicar o bem-estar da pessoa doente	4	10	23	57,5	9	22,5	4	10,0	40	100
Não ter tempo suficiente	32	80,0	3	7,5	1	2,5	4	10,0	40	100
Não interferir no papel da família	36	90,0	0	0	4	10,0	0	0	40	100
Outro:Nunca evito informação clínica aos doentes	39	95	1	1,7	0	0	2	3,3	40	100
O médico tem obrigação de informar	39	97,5	1	2,5	0	0	0	0	40	100

No que concerne aos motivos que podem levar um enfermeiro a omitir informação a uma pessoa doente, a opção mais assinalada pelos enfermeiros com 71,7% “Não interferir no papel do médico”, a segunda opção mais assinalada foi “A revelação poder prejudicar o bem-estar da pessoa doente” com 66,7 %. Seguida da opção “Considerar difícil a revelação” 63,3%. “Não estar preparado para transmitir este tipo de informação” surge com 50 %, e 20% consideram “Não ter tempo suficiente”. Como outros motivos surgem com percentagens menores “O doente não quer saber”; “A família não quer que o doente saiba” e “Considerar ser da responsabilidade do médico.”

QUADRO 9- Distribuição dos Enfermeiros pelos Motivos para a omissão da informação

MOTIVOS PARA OMISSÃO	SEM RESPOSTA		GRAU DE IMPORTÂNCIA						TOTAL	
			1°		2°		3°			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Considerar difícil a revelação	22	36,7	11	18,3	15	25,0	12	20,0	60	100
Não estar preparado para transmitir esse tipo de informação	30	50,0	12	20,0	10	16,7	8	13,3	60	100
Não considerar esse tipo de informação relevante para a pessoa doente	53	88,3	1	1,7	2	3,3	4	6,7	60	100
A revelação pode prejudicar o bem-estar da pessoa doente	20	33,3	20	33,3	13	21,7	7	11,7	60	100
Não ter tempo suficiente	48	80,0	0	0	7	11,7	5	8,3	60	100
Não interferir no papel do médico	17	28,3	15	25,0	13	21,7	15	25,0	60	100
O doente não quer saber	58	96,7	1	1,7	0	0	1	1,7	60	100
A família não quer que o doente saiba	59	98,3	1	1,7	0	0	0	0	60	100

3.4.DIFICULDADES SENTIDAS NA TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Relativamente às “Dificuldades referidas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias” podemos verificar unanimidade de resposta com a maior percentagem a recair na “Incerteza quanto às reações da pessoa doente/família” , “Tarefa difícil e complexa” e no “receio de acabar com as esperanças da pessoa doente”.

Para os enfermeiros a maior percentagem divididas pelas 3 opções que consideraram maiores incide na “Incerteza quanto às reações da pessoa doente/família” nos médicos a opção com maior percentagem nas 3 opções que considerou mais importantes de nomear é “Tarefa difícil e complexa”. Podemos assim verificar que a opção dos enfermeiros centra-se no doente enquanto que a opção dos médicos foca-se na tarefa.

Dois profissionais escolheram “outra opção” onde nomearam “falta de um local adequado” e “falta de tempo”.

QUADRO 10 -Distribuição dos médicos e enfermeiros de acordo com as dificuldades sentidas na comunicação de más notícia

DIFICULDADES		SEM RESPOSTA		GRAU DE IMPORTÂNCIA						TOTAL	
				1º		2º		3º			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tarefa difícil e complexa	Enfermeiro	20	33,3	17	28,3	12	20,0	11	18,3	60	100
	Médico	6	15,0	23	57,5	7	17,5	4	10,0	40	100
Inexperiência/Falta de formação	Enfermeiro	50	83,3	2	3,3	2	3,3	6	10,0	60	100
	Médico	28	70,0	3	7,5	4	10,0	5	12,5	40	100
Incerteza quanto às reações da pessoa doente/família	Enfermeiro	9	15,0	17	28,3	23	38,3	11	18,3	60	100
	Médico	18	45	2	5,0	11	27,5	9	22,5	40	100
Receio em acabar com as esperanças da pessoa doente	Enfermeiro	31	51,7	9	15,0	10	16,7	10	16,7	60	100
	Médico	19	47,5	3	7,5	8	20,0	10	25,0	40	100
Sentimento incapacidade em lidar c doença incurável	Enfermeiro	47	78,3	6	10,0	3	5,0	4	6,7	60	100
	Médico	31	77,5	2	5,0	7	17,5	0	0	40	100
Inabilidade lidar com emoções e sentimentos doente	Enfermeiro	46	76,7	3	5,0	5	8,3	6	10,0	60	100
	Médico	30	75,0	3	7,5	3	7,5	4	10,0	40	100
Elaboração antecipada de quadro clínico otimista	Enfermeiro	57	95	1	1,7	0	0	2	3,3	60	100
	Médico	37	92,5	2	5,0	0	0	1	2,5	40	100
Dificuldade em lidar com a morte	Enfermeiro	47	78,3	5	8,3	4	6,7	4	6,7	60	100
	Médico	34	85,0	2	5,0	0	0	4	10,0	40	100
Falta de tempo	Enfermeiro	59	98,3	0	0	0	0	1	1,7	60	100
Falta de um local adequado	Enfermeiro	59	98,3	0	0	1	1,7	0	0	60	100

3.5.FATORES DIFICULTADORES NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Ainda no que refere aos fatores que dificultam o processo de comunicação de uma má notícia ao analisarmos o Quadro 11, os enfermeiros consideram a “ausência de coordenação na equipa” com 17 enfermeiros a assinalarem como o fator mais importante, podemos ainda referir que se considermos as 3 opções mais importantes a totalidade de 29 enfermeiros dão esta resposta, ou seja, quase metade da amostra a escolherem este fator como dificultador. Quando analisamos na globalidade das 3 opções mais importantes no seu conjunto a maior percentagem recai sobre “Inexistencia de condições físicas para o efeito” quer para os médicos (M) quer para os enfermeiros (E).

QUADRO 11 -Distribuição dos médicos e enfermeiros de acordo com os factores dificultadores na comunicação de más notícias

FATORES DIFICULTADORES / PROFISSIONAL		SEM RESPOSTA		GRAU IMPORTÂNCIA						TOTAL	
				1º		2º		3º			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Interrupções frequentes das atividades de Enfermagem	E	45	75,0	1	1,7	6	10,0	8	13,3	60	100
	M	37	92,7	1	2,5	0	0	2	5,0	40	100
Interrupções frequentes das consultas médicas	E	58	96,7	1	1,7	1	1,7	0	0	60	100
	M	28	70,0	7	17,5	3	7,5	2	5,0	40	100
Falta de disponibilidade de tempo	E	47	78,3	5	8,3	3	5,0	5	8,3	60	100
	M	29	72,5	6	15,0	3	7,5	2	5,0	40	100
Ausência de coordenação na equipa	E	31	51,7	17	28,3	6	10,0	6	10,0	60	100
	M	31	77,5	5	12,5	2	5,0	2	5,0	40	100
Representação negativa da doença pelos profissionais	E	51	85,0	6	10,0	3	5,0	9	15,0	60	100
	M	33	82,5	3	7,5	4	10	7	17,5	40	100
Atitude do familiar quando se encontra presente	E	43	71,7	4	6,7	8	13,3	5	8,3	60	100
	M	31	77,5	1	2,5	1	2,5	7	17,5	40	100
Excesso de informação/ansiedade do doente/família	E	37	61,7	4	6,7	6	10,0	13	21,7	60	100
	M	21	52,5	5	12,5	11	27,5	3	7,5	40	100
Utilização de uma linguagem técnica	E	53	88,3	2	3,3	4	6,7	1	1,7	60	100
	M	25	62,5	7	17,5	6	15,0	2	5,0	40	100
Inexistencia de condições físicas para o efeito	E	29	48,3	10	16,7	12	20,0	9	15,0	60	100
	M	20	50,0	2	5,0	8	20,0	10	25,0	40	100
Ratio doente/enfermeiro interfere na disponibilidade de tempo	E	36	60,0	10	16,7	9	15,0	5	8,3	60	100
	M	38	95,0	0	0	1	2,5	1	2,5	40	100
Ratio doente/médico interfere na disponibilidade de tempo	E	57	95,0	0	0	1	1,7	2	3,3	60	100
	M	31	77,5	2	5,0	0	0	7	17,5	40	100
Situação em si	E	59	98,3	1	1,7	0	0	0	0	60	100
	M	40	100	0	0	0	0	0	0	40	100
Noção do impacto na vida do doente	E	60	100	0	0	0	0	0	0	60	100
	M	39	97,5	1	2,5	0	0	0	0	40	100

E- Enfermeiro M- Médico

No que concerne ao responsável pela CMN como podemos verificar no Quadro 12 existe unanimidade de respostas com 50% dos médicos a responderem “Médico” e 50% “Equipa Multidisciplinar” e com 45% dos enfermeiros a responderem “médico” e 40% “Equipa multidisciplinar”.

QUADRO 12 – Distribuição dos inquiridos em função do responsável pela comunicação de más notícias à pessoa doente

Responsável pela CMN	Enfermeiros		Médicos	
	Nº	%	Nº	%
Médico	27	45,0	20	50,0
Enfermeiro	6	10,0	0	0
Equipa multidisciplinar	24	40,0	20	50,0
Médico e Família	3	5,0	0	0
Família	0	0	0	0
TOTAL	60	100	40	100

3.6. FATORES FACILITADORES NA COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS

Através dos resultados obtidos houve necessidade de agrupar os fatores facilitadores em cinco categorias: Fatores Relacionados com o profissional de saúde; Fatores relacionados com a utilização do protocolo Spikes; fatores relacionados com a relação clínica ,Fatores Relacionados com a organização dos cuidados e Fatores relacionados com o doente e família. Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, optámos por proceder ao seu agrupamento em sub categorias como apresentamos no Quadro 13.

QUADRO 13- Fatores facilitadores na CMN categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria
Fatores Relacionados com o profissional de saúde	Formação
	Prática na CMN
	Uso de Técnicas de comunicação Eficaz
	Caraterísticas pessoais
Utilização do Protocolo Spikes	S-Ambiente adequado
	P-Descobrir o que o doente já sabe
	I-Descobrir o que o doente quer saber
	K-Dar a notícia
	E-Responder às emoções e às perguntas do doente
Fatores relacionados com a relação clínica	Relação terapêutica
	Acompanhamento/ relação de ajuda
Fatores Relacionados com a organização dos cuidados	Organização da equipa multidisciplinar
Fatores relacionados com o doente/família	Conhecimento
	Envolvimento no processo de doença

Na categoria Fatores Relacionados com o profissional de Saúde Surgem cinco subcategorias sendo a Subcategoria *formação* a que apresenta maior expressão evidenciado por 21 unidades de registo para “formação específica em CMN, formação multidisciplinar e periódica”.

Relativamente à Subcategoria *Prática na Comunicação de Más Notícias* surgem unidades de registo que dão ênfase à “experiência profissional” e à “comunicação realizada em equipa multidisciplinar”.

A “linguagem perceptiva”, “o tom de voz” e “assertividade” são também enumeradas sendo agrupadas na Subcategoria *Uso de técnicas de comunicação eficaz*.

A Subcategoria *Características Pessoais* vem dar visibilidade à importância das características do profissional como fundamental na Comunicação de más notícias aqui são enumeradas unidades de registos como “sinceridade”; “segurança na informação a transmitir” e “capacidade de se relacionar com o outro”.

QUADRO 14 - Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias na categoria “ Fatores relacionados com o profissional de saúde.”

Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Formação	Formação específica em CMN, multidisciplinar, periódica	21
	Formação adequada para gerir o momento de crise	1
	Conhecimento de protocolos que facilitam a comunicação	3
Prática na CMN	Experiência profissional	10
	Comunicação em equipa multidisciplinar	6
	Postura profissional	1
	Competências na área da comunicação	3
	Treino	2
Uso de técnicas de comunicação eficaz	Tom de voz calmo / conversa tranquila	3
	Uso de termos e técnicas apropriadas	1
	Linguagem perceptível, clara e objetiva	4
	Linguagem não-verbal adequada	1
	Assertividade	4
Características pessoais	Capacidade de se relacionar com o outro	1
	Sinceridade e frontalidade	1
	Segurança na informação a transmitir	2
	Encarar a morte como acontecimento natural	1

Na categoria Utilização do Protocolo Spikes agrupámos as unidades de registo que referiam similitudes com os passos do Protocolo de Buckman. Assim, a Sub categoria *S- Preparação e escolha de ambiente adequado* é enaltecida a importância de um

ambiente calmo”, “Local cómodo para a comunicação com menos constrangimentos possíveis” bem como as “condições do serviço”, também é referido mas com menos expressão “a presença do familiar junto do doente”;

Para a Sub categoria *P- Descobrir o que o doente já sabe* são referidas unidades de registo como as “expectativas prévias do prognóstico” e “saber o que a família já sabe”;

Na Subcategoria *I -Descobrir o que o doente quer saber* expressões como “relação empática com o doente/família” e “conhecer o doente/família e o que desejam saber” fazem parte dos relatos dos profissionais;

QUADRO 15 - Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias na Categoria “Utilização do Protocolo Spikes”

Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de enumeração
<i>S – Preparação e escolha de ambiente adequado</i>	Ambiente calmo	17
	Ambiente respeitador da privacidade	4
	Local cómodo para a comunicação com menos constrangimentos possíveis	16
	Espaço físico /Condições físicas do serviço	14
	Presença de familiares junto do doente	6
<i>P- Descobrir o que o doente já sabe</i>	A família estar preparada em caso de doença prolongada / Expetativas prévias de prognóstico	4
	Perguntar primeiro a informação que o doente tem	1
<i>I-Descobrir o que o doente quer saber</i>	Preparação prévia da pessoa - família / Preparação da má notícia	5
	Conhecer o doente/família e o que desejam saber	5
	Relação de Empatia com o doente/família;	7

Na categoria Factores Relacionados com a Organização dos Cuidados surge a Subcategoria *Organização da Equipa Multidisciplinar* onde aparece com mais expressão “a articulação e coordenação da equipa” com 11 unidades de enumeração, “o trabalho de equipa” e “o tempo para a CMN” também são enumerados embora com menos evidência.

QUADRO 16 - Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias na categoria “Organização da equipa multi disciplinar”

Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Organização da equipa multi disciplinar	Articulação/ coordenação	11
	Trabalho de equipa	8
	Estratégia de comunicação entre a equipa	3
	Tempo para a TMN	8
	Tomada de decisão multidisciplinar	1
	Diminuir o rácio de doentes por profissional	2

Na categoria Fatores relacionados com a relação clínica a Subcategoria *Envolvimento do profissional no processo de doença* podemos destacar: “conhecimento prévio por parte do profissional da situação clínica do doente” enumerada 13 vezes pelos profissionais de saúde.

QUADRO 17- Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias categoria “Envolvimento do profissional de saúde no processo de doença”

Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Envolvimento do profissional de saúde no processo de doença	Acompanhar a situação clínica do doente	1
	Comunicação com a família numa fase anterior	2
	Conhecimento prévio por parte do profissional da situação clínica do doente	13

E por último a categoria Fatores Relacionados com o doente/família que apresentamos em duas Subcategorias a *Atitude do Doente /Família* e *Conhecimento profissionais de saúde* podemos destacar o “Grau de aceitação da família em relação ao estado de saúde do doente” com 2 profissionais e a “escolaridade do recetor da notícia” referido por 1 profissional.

QUADRO 18- Fatores facilitadores da Comunicação de Más Notícias categoria “fatores relacionados com o doente e família”.

Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Atitude do doente/família	Grau de aceitação da família em relação ao estado de saúde do doente	2
	A pessoa que vai receber a notícia ter consciência de que tudo foi feito por parte da equipa	1
Conhecimento	Escolaridade do recetor da notícia	1

3.7. ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER NA COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS

Relativamente às Estratégias para o desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias agrupamos os resultados em quatro categorias: Formação, Estratégias Relacionadas com o profissional de saúde; Estratégias Relacionados com o protocolo Spikes, Estratégias relacionadas com a organização dos cuidados. Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, optámos por proceder ao seu agrupamento em subcategorias como podemos ver no Quadro 19.

QUADRO 19- Estratégias a desenvolver categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria
Formação	Formação Pré- Graduada
	Formação Pós- Graduada
	Formação em Serviço
Estratégias relacionadas com o Protocolo Spikes	S-Ambiente adequado
	k-Dar a notícia
	E-Responder às emoções e às perguntas do doente
	I-Descobrir o que o doente quer saber
	P- Descobrir o que o doente sabe
Estratégias relacionadas com o profissional de saúde	Desenvolver-se enquanto profissional
Estratégias Relacionados com a organização dos cuidados	Equipa multidisciplinar com competências
	Dotações seguras

Na subcategoria *formação pós graduada* a maioria das respostas recai sobretudo na “Formação específica em CMN” com 58 unidades de enumeração. Também é dada

ênfase à subcategoria *Formação em serviço*, onde ganham destaque unidades de registo como “estudos de caso”, “acções de formação” e “formação em equipa”.

QUADRO 20- Estratégias para o desenvolvimento de competências na comunicação de más notícias categoria “Formação”

Subcategoria	Unidades de registo	Unidade de enumeração
Formação Pré-Graduada	Formação pré graduada	1
Formação Pós-Graduada	Treino/ sessões de treino com casos clínicos - role-play/ Simulações	15
	Cursos/ Preparação teórica	5
	Actualização da formação	2
	Formação específica em CMN/ protocolos	58
Formação em Serviço	Prática clínica	2
	Observação de pessoas mais experiente	3
	Formação em serviço/equipa	6
	Estudos de caso e acções de formação	6

Na categoria Estratégias Relacionadas com o Profissional de Saúde a subcategoria *Desenvolver-se enquanto profissional* engloba características que os profissionais devem primorar como estratégia na CMN tendo esta sub categoria unidades de registo como “empatia” a ser referida por 9 profissionais, embora com menos expressão também é referido “Estado emocional bem resolvido”, “Assertividade”, “capacidade de comunicação”.

Na subcategoria *Envolvimento na situação clínica* é referido por 1 profissional “Abordagem da família/doente no sentido de dar informação diariamente sobre a evolução clínica” e “conhecimento da situação clínica e familiar” também por apenas 1 profissional.

QUADRO 21- Estratégias para o desenvolvimento de competências na comunicação de más notícias
 Categoria “ Relacionadas com o Profissional de Saúde”

Subcategoria	Unidades de registo	Unidade de enumeração
Desenvolver-se enquanto profissional	Sinceridade	1
	Empatia	9
	Trabalhar os próprios sentimentos	1
	Estado emocional bem resolvido	2
	Saber colocar-se no lugar do outro	1
	Capacidade de lidar com o sofrimento	1
	Sensibilidade	1
	Experiência de vida	1
	Sentido de responsabilidade	1
	ser confiante na transmissão para ganhar confiança do familiar /doente	1
	Assertividade	4
	Capacidade de comunicação	5
Envolvimento na situação clinica do doente	Abordagem da família/doente no sentido de dar informação diariamente sobre a evolução clinica	1
	Conhecimento da situação clínica e familiar	1

Na Categoria Estratégias relacionadas com o Protocolo Spikes ,as subcategorias vêm dar evidência às etapas deste protocolo, assim surge como subcategorias *S-Preparação e escolha de ambiente adequado* onde é referenciado “o local apropriado”, *subcategoria K / Dar a notícia* “comunicar de forma calma e clara” e uso de “língua adequada e perceptível” “saber ouvir” na sub categoria *E- Responder às emoções e às perguntas do doente* como alguns exemplos de unidades de registo surge “Disponibilidade /tempo para dar apoio emocional “.

QUADRO 22- Estratégias para o desenvolvimento de competências na comunicação de más notícias
Categoria “Relacionadas com o Protocolo spikes”

Subcategoria	Unidades de registo	Unidade de enumeração
S- Preparação e escolha de ambiente adequado	Espaço apropriado	2
P- Descobrir o que o doente já sabe	Perceber que tipo de informação já é conhecido e preparar a restante comunicação	1
K- Dar a notícia	Aguardar que seja a pessoa a perceber e sem ser o profissional a revelar a totalidade da informação	1
	Comunicar de forma calma clara e concisa e perceptível linguagem adequada	7
E- Responder às emoções e às perguntas do doente	Esclarecimento de dúvidas	1
	Dar tempo a que a família/doente compreenda e assimile	4
	Disponibilidade /tempo para dar apoio emocional ao doente /família	4
	Comunicação não verbal adequado / Saber ouvir	3

Para a categoria Estratégias Relacionados com a Organização dos Cuidados apresentamos como subcategoria *Equipa multidisciplinar com competências e Dotações seguras* onde surge com mais expressão a “Melhor articulação entre equipa multidisciplinar”, “Comunicação de Más Notícias realizada em equipa” e “experiência profissional”.

QUADRO 23 - Estratégias para o desenvolvimento de competências na comunicação de más notícias
Categoria “Estratégias Relacionados com a organização dos cuidados”

Subcategoria	Unidades de registo	Unidade de enumeração
Equipa multidisciplinar com competências	Melhor articulação entre equipa multidisciplinar/ CMN realizada em equipa	7
	Equipas de saúde multidisciplinares com apoio de psicólogo	1
	Experiência Profissional	2
	Seleção de pessoas com características "pessoais" com perfil emocional mais adequado	1
Dotações seguras	Melhor rácio profissional de saúde/doente	1

4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos proceder à discussão dos principais resultados do estudo, principalmente, os que mais diretamente se relacionam com a problemática da investigação e os objetivos.

Analisando o nosso estudo, identificamos uma taxa de resposta de 86,9% o que é revelador do interesse da amostra na temática e na participação no estudo. Numa visão mais pormenorizada, ressalta-se que os dados sociodemográficos da amostra são muito heterógeneos quanto ao género, idade e tempo de serviço. Onde o género feminino tem uma representatividade superior, consonante com a prevalência das mulheres na profissão de enfermagem e na saúde no geral. A média de idades é de 36,84 (\pm 8,556), a média do tempo de exercício profissional dos enfermeiros é de 13,48 (\pm 8,666) anos sendo superior à dos médicos que têm em média de 9,54 (\pm 8,087)anos. Em relação à média do tempo nos serviços em estudo a média nos enfermeiros é de 8,04 (\pm 7,673) anos e dos médicos 4,77 (\pm 4,830) anos .Verifica-se uma heterogenidade ao nível das idades dos profissionais e do tempo a exercerem no serviço atual quer ao nível dos médicos quer dos enfermeiros traduzindo a realidade das equipas, existem profissionais a trabalhar no serviço há mais de uma década e outros que trabalham há menos de 6 meses. Existindo assim uma grande variabilidade e grande dispersão em torno das médias em ambas as profissões.

O tempo de serviço é considerado um item importante para o desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que são adquiridas experiências e vivências que permitem adquirir e consolidar competências não só individuais mas também em equipa multidisciplinar, permite haver coesão da equipa podendo explicar a unanimidade de respostas entre médicos enfermeiros. Neste sentido, Azinhaga (2014) considera importante que em situações de urgência os elementos que constituem a equipa contactem entre si frequentemente e prestem cuidados de saúde integrados.

A equipa mostra unanimidade ao referir que comunicam más notícias frequentemente, torna-se importante evidenciar e analisar se a equipa está preparada para esta realidade

com formação na área das Más Notícias. A análise mostra-nos que metade dos enfermeiros têm formação, comparativamente, os médicos menos de metade fizeram formação na área. Estudos realizados corroboram os achados referindo que a formação ainda é escassa por parte dos profissionais de saúde Arbabi et al. (2010) no seu estudo verificou que 94 % dos enfermeiros não tiveram formação na áreas das más notícias na sua formação base. Também Warnock et al.(2010) no seu estudo revelou que 53% da sua amostra não tinham realizado formação. Fonseca (2012) salienta que apesar de todos os enfermeiros referirem no seu estudo que tiveram formação no Curso de Licenciatura em Enfermagem afirmam não ter tido formação pós-licenciatura o que consideram uma lacuna.

De acordo com a maioria dos profissionais situações de morte, neoplasias, acidentes, doença grave, agravamento do estado clínico são os tipos de notícias que mais comunicam no dia- a dia. Verificamos que estes resultados vão de encontro ao estudo realizado em Portugal sobre o significado das más notícias pelos profissionais de saúde, onde Pereira (2005) relata que “má notícia” surge associada à doença, principalmente à doença grave e sem cura, doença oncológica e morte, embora os acidentes também são mencionados pelo facto deste se encontrar associado à morte ou à incapacidade física. Esta ideia é corroborada pelos resultados do nosso estudo em que a doença grave sem cura principalmente a doença oncológica se destaca. Os profissionais de saúde do presente estudo reconheceram também como más notícias o agravamento do estado de saúde e transferências para outras unidades. Neste sentido, Araújo e Leitão(2012) corroboram que a comunicação de notícias difíceis pode envolver não somente a revelação do diagnóstico, como também a progressão da doença e a necessidade de encaminhamentos.

A maioria dos profissionais apontam o médico como principal responsável pela comunicação de más notícias. Consideramos que esta premissa se deve ao facto da má notícia ser entendida apenas como o momento exato em que se dá a notícia, e não a todo o processo que é complexo e que requer muito mais do que apenas transmissão da notícia em si. Esta situação ainda assume mais relevância quando comparado com outros estudos que evidenciam o mesmo (Gonçalves, 2013). Ribeiro (2015) relata que a amostra do seu estudo considera que é função do médico informar sobre o diagnóstico, aponta a importância do enfermeiro no apoio ao doente e/ou família clarificando termos

técnicos, de forma a facilitar a compreensão e mostrando disponibilidade para esclarecimento das questões que possam surgir. Para Warnock et al. (2010) refere que as necessidades de informação e de apoio dos doentes/familiares vão para além do momento de dar a notícia, enaltecendo o papel do enfermeiro no apoio aos doentes pela ligação que estabelecem com estes.

A maioria dos profissionais quando confrontados com a questão informa o doente /família da má notícia respondeu “Sempre” e “Quase sempre”, sendo de realçar a percentagem dos médicos que foi superior à dos enfermeiros, ao que encontramos diferenças significativas entre os dois grupos profissionais. Estes resultados realçam a complexidade ética inerente ao processo. Se por um lado o enfermeiro não informa por considerar que está a entrar na esfera de competências do médico, por outro, estando o enfermeiro numa posição privilegiada junto do doente/família quando decide não comunicar, estará a menosprezar a relação terapêutica e de confiança que estabeleceu com os doentes, nota-se por isso uma dificuldade por parte dos enfermeiros em definir a boa prática nestas situações.

Esta prática ainda é mais evidente quando são questionados os motivos que podem levar um enfermeiro a omitir informação à pessoa doente. A maioria dos enfermeiros justifica a omissão da informação com o “Não interferir no papel do médico”. Note-se que O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros aprovou no domínio das competências e no âmbito da comunicação e relações interpessoais que o enfermeiro deve iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores e ainda comunicar com consistência informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente. (OE, 2011)

Por outro lado quando confrontamos com a prática, os doentes/ família são informados conteúdo da MN, a maioria dos enfermeiros mencionam “quase sempre” enquanto os médicos não são unânimes nesta questão. Ao avaliarmos as práticas dos enfermeiros comparando com as práticas dos médicos observa-se que a diferença é estatisticamente significativa. Aqui o enfermeiro considera que os doentes são informados do conteúdo da má notícia o que vai de encontro às boas práticas.

A maioria dos profissionais de saúde dão importância ao direito dos doentes à informação e a serem sempre informadas sobre o conteúdo da má notícia; mas quando

confrontados com a sua prática, a maioria apresenta algumas reservas em informar em primeiro o doente sobre o conteúdo da má notícia. Assim verifica-se uniformidade nas respostas com 42 enfermeiros (70,0%) e com 27 médicos (67,5%) a revelarem que atribuem importância ao doente ser informado da sua situação clínica. Em contrapartida apenas 1 médico e 1 enfermeiro dizem informar “sempre” primeiro o doente do conteúdo da má notícia, observamos também que a maioria dos enfermeiros responde “algumas vezes” com 60%, não podemos deixar de destacar a percentagem que refere “raramente” com 26,7%. Esta prática dos profissionais pode estar relacionada com o perspectivarem de que a revelação ao doente da sua doença pode prejudicar o seu bem estar, revelando uma postura paternalista por parte destes profissionais.

De acordo com o Código Deontológico médico no seu artigo 50º o diagnóstico e o prognóstico devem, por regra, ser sempre revelados ao doente, em respeito pela sua dignidade e autonomia. Também o Código Deontológico dos enfermeiros no seu artigo 84º dá ao enfermeiro o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e a promover o direito da pessoa ao consentimento informado. Neste âmbito Martins (2008, p. 430) explica que o facto da pessoa doente não ser o titular da informação, mostra por parte dos profissionais de saúde uma “tendência paternalista assim como uma tentativa de delegar um ato que lhes pode ser penoso. Por outro lado, revela também o seu lado humanista, requisitando para o processo aqueles que, em princípio, serão os elementos de referência para a pessoa doente, os seus pilares de suporte”.

Ainda neste estudo conseguimos ver reforçada esta prática quando os profissionais são colocados perante uma situação clínica inesperada em serviço de urgência onde a maioria, 91,7% dos enfermeiros e 77,5 % dos médicos mostram concordância e “fornecem apenas a informação que consideram adequada, no sentido de proteger o bem-estar da pessoa doente”. Esta atitude revela que os profissionais de saúde elegem preservar o bem estar da pessoa doente protegendo-a de possíveis danos psicológicos em detrimento do respeito pela sua autonomia. Estando consagrado no código deontológico do médico a revelação da situação clínica com prudência e delicadeza, devendo ser ponderados os eventuais danos para o doente, não podemos deixar de referir que 15% dos médicos referem “fornece todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas”. Nesta perspectiva Toutin-Dias et al.(2016) diz-nos

que alguns médicos, na tentativa de cumprir aspectos legais podem ignorar o real desejo do doente a querer ou não ser informado da sua situação clínica.

Similarmente e no que respeita ao que pode levar os profissionais a omitir informação à pessoa doente a opção mais assinalada por 90,0% dos médicos também se centrou na “revelação pode prejudicar o bem-estar da pessoa doente” sendo a segunda opção mais identificada pelos enfermeiros com 66,7 %.

Salienta-se ainda que de acordo com os dois grupos profissionais os doentes desejam “quase sempre” ser informados da MN e “quase sempre” pedem informação da sua situação clínica havendo algumas diferenças entre as respostas dos médicos e enfermeiros que não são estatisticamente significativas. Ao contrário, o estudo realizado por Gonçalves (2013) encontrou diferenças com os médicos a assumirem que os doentes só desejam “algumas vezes” serem informados enquanto os enfermeiros apresentaram unanimidade de respostas em “quase sempre”.

Apesar dos doentes terem direito à informação, estes nem sempre desejam ser informados da MN , o que vai de encontro a alguns estudos realizados que evidenciam que a maioria dos doentes deseja ser informados sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico apesar de uma minoria não o desejar, cabe aos profissionais de saúde respeitar esse desejo e agir em conformidade com o mesmo (Araújo et.al.,2012; Arbabi et al.,2010; Warnock et al.,2010).

Sobre esta temática Silva (2012) refere que é necessário identificar junto do doente as necessidades e desejos de informação do cliente/família respeitando os seus limites em querer ouvi-la. Também Nunes (2007) atesta ao dizer que que embora qualquer pessoa tenha direito a ser informado e esclarecido do seu estado clínico pode, igualmente, ter o direito a não ser informado sobre a sua saúde. Isto é, o exercício da autonomia pode refletir derrogações ao consentimento expreso, se for essa a vontade do doente.

No que diz respeito à tomada de decisão verificamos existir incogruência entre médicos e enfermeiros: 45% dos enfermeiros refere que a tomada de decisão é realizada pelo médico sem consultar a pessoa doente e 18,3% referem que é realizada pelo médico após consultar a pessoa doente. Em contrapartida 40% dos médicos consideram a equipa multidisciplinar após consultar a pessoa doente. Seguindo-se o médico após consultar a

pessoa doente com 25%. A prática menos comum parece ser a do doente decidir após consultar a equipa multidisciplinar.

Estes dados vêm contrariar o que nos diz Nunes (2007) ao referir que na relação clínica com o doente, todas as intervenções necessitam de consentimento informado, livre e esclarecido onde os profissionais de saúde têm o dever de informar, com linguagem acessível, os factos que são relevantes para o doente decidir em plena consciência. Os doentes devem ter uma participação ativa nas tomadas de decisão sobre o seu processo clínico, o que pelos resultados, parece verificar-se que essa prática ainda não se encontra implementada nos serviços onde se realizou o estudo.

Ainda no que se refere aos fatores que dificultam o processo de comunicação de uma má notícia os enfermeiros consideram a “ausência de coordenação na equipa” como o fator mais importante, e se considerarmos as 3 opções mais importantes, quase metade da amostra a escolhem este fator como dificultador. Quando analisamos na globalidade das 3 opções mais importantes no seu conjunto a maior percentagem recai sobre “Inexistencia de condições físicas para o efeito” quer para os médicos quer para os enfermeiros. Também Toutin-Dias, et al. (2016) refere a estrutura física da urgência como um obstáculo referindo que em muitos casos, não existe um lugar adequado para comunicações difíceis, os profissionais muitas vezes recorrem simplesmente a correr as cortinas ou a falar mais baixo para ter alguma privacidade de informação

São identificados como fatores facilitadores no processo de CMN a formação, a experiência, a postura profissional competências na área da comunicação, o conhecimento e utilização do protocolo SPIKES, características do profissional de saúde e a organização da equipa multidisciplinar.

Da análise do conteúdo é possível identificar que os profissionais definem estratégias para superarem as suas próprias dificuldades aquando confrontados com a necessidade de Comunicar Más Notícias, e que estas são muito similares aos fatores que consideram facilitadores na CMN.

A realização de formação surge como a categoria com mais unidades de enumeração quer quando considerado como fator facilitador quer como estratégias fundamentais na CMN. Neste sentido, Naik (2013) considera que Comunicar más Notícias necessitam de

habilidades especiais por parte dos profissionais daí a importância da formação e do conhecimento de protocolos. É importante um plano de ação elaborado como estratégia de forma a tornar menos penoso todo este processo.

Também um estudo realizado por Fonseca (2012) revela que os enfermeiros reconhecem que a inexistência de formação na CMN pós-licenciatura tem grandes repercussões no desempenho de funções no seu quotidiano, quer a nível pessoal quer profissional. O recurso a cursos com treino e simulações são estratégias fundamentais para o ganho de competências e habilidades em CMN (Chumpitazi et al., 2016).

Também Gonçalves (2013) refere que a formação é considerada pela maioria dos profissionais de saúde uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias. No estudo exploratório que realizou concluiu que os profissionais de saúde, não possuem, nem desenvolveram formação específica na área das más notícias. Warnock et al. (2010) corroboram, referindo que a maioria dos enfermeiros não desenvolveu formação nesta área e aprenderam algumas competências através de métodos informais como a experiência e a observação de colegas experientes.

É também considerado pela amostra como estratégia e como fator facilitador uma melhor articulação entre equipa multidisciplinar e a CMN realizada em equipa. Não podemos deixar de relacionar que “a falta de coordenação da equipa” foi o fator dificultador com mais visibilidade por parte dos enfermeiros considerado como o fator mais importante. Todo o processo da comunicação de más notícias é um desafio para os profissionais envolvidos, assim e como referem Araújo e Leitão (2012) consideram que a comunicação de qualidade estabelecida entre paciente-família-equipa de saúde é uma ferramenta essencial que garante benefícios e tem o poder de fortalecer as relações, ajudando o doente a desenvolver autonomia e maior confiança no profissional, diminuição do nível de ansiedade e adesão ao tratamento.

Desenvolver-se enquanto profissional foi identificada como uma estratégia onde ganham sentido a personalidade de cada um, características, experiência de vida e estado emocional do profissional. Pereira (2005) afirma que é necessário que os profissionais de saúde apreendam as suas dificuldades e representações, pois muitas

vezes os “mecanismos de fuga” encontram-se relacionados com os seus próprios medos e receios face às situações consideradas difíceis.

Conseguir um espaço apropriado também é referido como estratégia e como fator facilitador, fazendo parte da 1ª etapa do protocolo de Buckman. Lembramos que também foi referido como principal fator dificultador a “Inexistência de condições físicas para o efeito”. O contexto onde ocorre a comunicação de más notícias é considerado por vários estudos um fator preponderante pois quando inadequado, pode comprometer todo o processo e a resposta emocional do doente/família (Irene,2013;Warnock et al.,2010).

Perceber que tipo de informação já é conhecido, conhecer a situação clínica do doente e preparar a restante comunicação, também são relatados quer como estratégia quer como fator facilitador. O que vai ao encontro da segunda fase do protocolo de Buckman – *P* Descobrir o que o doente sabe, nesta etapa, procura-se verificar o que o doente/família sabe em relação à situação clínica.

Também a 4ª etapa do protocolo está expressa na forma como a comunicação deve ser realizada comunicar de forma “calma, clara, concisa e perceptível” com “linguagem adequada”, “saber ouvir”, uso de “comunicação não verbal”. Victorino, et.al (2007) corrobora os achados afirmando que a notificação de MN requer uma linguagem clara e direta, sem eufemismos devendo ser validada pela família verbalizando o que lhe foi transmitido.

Expressão como “Dar tempo a que a família/doente compreenda e assimile” faz parte da 5ª etapa do protocolo Spikes- *E*- Responder às emoções e às perguntas do doente. A comunicação não verbal, tal como o toque, o silêncio, o contato visual, uma expressão facial reconfortante, assumem grande importância pois esses são elementos chave para oferecer suporte emocional ao doente durante o período de angústia (Lopes & Graveto,2010 ;Silveira, Botelho, & Valadão, 2017)

Salienta-se que, quer como fator facilitador quer como uma estratégia a comunicar a informação, são descritas algumas etapas do protocolo Spikes por parte dos profissionais de saúde, apesar de não ter sido referida nenhuma unidade de registo que

evidencie a última etapa deste protocolo S– propor um plano de acompanhamento, provavelmente pelo especificidade do contexto de urgência.

CONCLUSÃO

A reflexão e a busca de novos saberes, à procura de formação contínua e académica especializada, é sem dúvida um aspeto de grande relevância exigindo-se cada vez mais um elevado nível de conhecimentos. Um profissional competente, implica mais do que um saber teórico e uma habilidade prática, implica também uma postura ética pelo que é importante ganhar-se consciência da importância e responsabilidade do seu papel. Responsabilidade esta, que passa necessariamente pelo respeito pela autonomia do doente e a sua tomada de decisão.

Na assistência ao doente em estado crítico, mais especificamente em situações de urgência/ emergência, pela natureza dos cuidados a prestar, podem surgir diferentes vivências quer ao nível dos doentes/família quer ao nível dos profissionais ao se depararem com situações extremas.

Este trabalho tem a finalidade contribuir para a melhoria das práticas da comunicação de más notícias em contexto de urgência através do conhecimento das práticas e dificuldades neste processo, quer dos médicos quer dos enfermeiros.

Podemos considerar que o objetivo deste trabalho de investigação foi atingido, uma vez que com a sua realização foi possível conhecer as práticas e as dificuldades dos profissionais de saúde em contexto de urgência na comunicação de MN.

Dos resultados emergiram as seguintes conclusões:

- A comunicação de Más Notícias é realizada com frequência em serviço de urgência;
- O tipo de Más Noticias mais comunicadas pelos profissionais são situações de morte;
- O médico é considerado o principal responsável na comunicação de Más Notícias;
- A maioria dos profissionais de saúde consideram que os doentes têm o direito de serem sempre informadas sobre o conteúdo da má notícia, mas a maioria revelam que o doente não é o primeiro a ser informado;

- Encontraram-se diferenças significativas entre médicos e enfermeiros nas práticas relacionadas “informa o doente /família da má notícia” onde a percentagem dos médicos é superior à dos enfermeiros e nas práticas “os doentes/ família são informados conteúdo da MN “ sendo a percentagem dos enfermeiros superior;
- Os principais motivos para os médicos omitirem informação prendem-se com a possibilidade da informação ser prejudicial para o bem-estar do doente enquanto nos enfermeiros a omissão deve-se, na sua maioria, a consideram ser da responsabilidade do médico;
- Os fatores que dificultam o processo de comunicação de uma má notícia para ambas as profissões são o inadequado espaço físico e a falta de coordenação da equipa multidisciplinar;
- Nem todos os profissionais têm formação na área, metade dos enfermeiros fizeram formação em Comunicação de más notícias, comparativamente, apenas menos de metade dos médicos fizeram formação;
- Os profissionais de saúde consideram a formação uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias;

Sendo a comunicação uma competência importante no cuidar em enfermagem que se adquire e desenvolve, acreditamos que o ensino na CMN numa fase precoce da formação académica e ao longo de toda a vida profissional constitui um alicerce fundamental, no qual deve haver um investimento sério, diligente e contínuo. Consideramos a comunicação como um processo que pode e deve ser utilizado como instrumento de ajuda na relação terapêutica que se estabelece. Para tal, o profissional de saúde deve ter conhecimentos fundamentados em bases teóricas e deve adquirir competências de relacionamento interpessoal para agir positivamente na comunicação de uma má notícia e na assistência ao doente. É por isso fundamental uma adequada estrutura organizacional onde o trabalho em equipa entre médicos e enfermeiros ganha grande sentido.

Realçamos a formação como um papel determinante no progresso dos cuidados de Enfermagem, pois ela é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes dos profissionais. A formação contínua é fundamental na medida em que é preponderante

para o desenvolvimento de competências técnico/científicas, comunicacionais e relacionais aperfeiçoando assim as práticas dos enfermeiros no processo de comunicação de más notícias.

A assistência ao doente em situação de emergência, pelo seu carácter de complexidade, necessita de uma abordagem em equipa, o que proporciona diversas vivências profissionais que influenciam atitudes, responsabilidades, decisões e sentimentos para as práticas futuras.

A intervenção nos fatores que possam dificultar a CMN impõe-se como necessária. Para além de termos realizado o levantamento destes também fomos à procura dos fatores que os profissionais consideram facilitadores bem como de estratégias para a otimização deste processo. É indispensável que a CMN seja cada vez mais entendida como um processo complexo com várias etapas e não só o momento da notícia em si, o seu conhecimento ou reconhecimento pelos profissionais que estão diretamente implicados e envolvidos é fundamental para fomentar boas práticas.

Consideramos de crucial importância a realização deste estudo, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área da CMN em serviço de urgência, pois nesta área existe uma necessidade contínua de atualização e desenvolvimento de conhecimentos, entender a forma como os profissionais têm consciência das práticas e das dificuldades no seu dia-a-dia é essencial.

Pelo exposto, deixamos algumas sugestões para desenvolvimento futuro:

- Promover um maior envolvimento da equipa multidisciplinar no processo de comunicação de más notícias;
- Desenvolver programas de formação teórico-prática no serviço e na instituição, dirigidos a médicos e enfermeiros, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área de comunicação de más notícias;
- Propor a existência de um espaço físico adequado à comunicação de más Notícias no serviço de urgência que contemple as condições referidas no protocolo de boas práticas e que possa ser um espaço confortável e acolhedor para facilitar este processo;

- Propor a existência de espaços e momentos de reflexão na equipa, onde se possa debater ideias, expressar sentimentos negativos ou positivos vivenciados;
- Propomos a realização de estudos futuros sobre a temática em amostras de maiores dimensões. Seria interessante determinar outro tipo de correlações entre médicos e enfermeiros, a realizar outros estudos com o recurso a metodologias que utilizem a triangulação de métodos, para complementar e clarificar a informação obtida através dos questionários, dada a importância da observação das práticas dos profissionais quando comunicam más notícias.

Como limitações deste estudo apontamos:

- A limitação do tamanho da amostra que não permite generalizar resultados;
- O tempo para desenvolver o estudo ser curto;
- A demora na autorização da comissão de ética para a realização do estudo;
- O facto de ter sido realizada apenas numa unidade hospitalar.

Hoje em dia sabemos que a otimização das práticas no sentido de caminharem para a excelência dos cuidados, além de serem um importante contributo para a atuação com base na evidência, orientam a melhores resultados. A procura de conhecimentos constitui uma importante componente para o desenvolvimento dos profissionais e da equipa mas, fundamentalmente, ela constitui grande benefício para aqueles que são alvo dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aminiahidashti, H., Mousavi, S. J., & Darzi, M. M. (2016). Patients' Attitude toward Breaking Bad News; a Brief Report. *Emergency (Tehran, Iran)*, 4(1), 34–7. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26862548> e <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4744612>
- André, O. (2003). Atendimento de Urgência: a perspectiva do utente. *Sinais Vitais*, 46, 25-28;
- Araújo, M. B. (2010). *Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. Tese de Doutorado. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Araújo, J.A. & Leitão, E. M. P. (2012). A comunicação de más notícias: Mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11 (2), 58-62. Acedido em 05/05/2016. Acedido em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=327;
- Arbabi, M., Roozdar, A., Taher, M., Shirzad, S., Arjmand, M., Mohammadi, M.R.,... Roozdar, A. (2010). How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran Journal of Psychiatry*, 5 (4), 128-133;
- Augusto, J., Simões, R., Carlos, J., & Martins, A. (2007). *Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento*;
- Azinhaga, A. I. R. (2014). *Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico*. Tese de Mestrado. Escola Superior de saúde de Coimbra;
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. a, & Kudelka, P. (1998). SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias : Aplicação ao Paciente com Câncer Resumo Descrevemos um protocolo para a os mais importantes da entrevista de transmissão suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento. *Society*, 1–14;

- Baile, W.F., Buckman, R., & Lenzi, R. (2000). SPIKES- a six step - protocol for delivering bad news. *The Oncologist*, 5(4), 302-311;
- Baile W.F., Buckman R., Schapira L., Parker P.A.(2006). Breaking bad news: more than just guidelines, *Journal of Clinical Oncology*, 24(19), 3217 ;
- Barbosa, A. & Neto, I. G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa;
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Coimbra: Edições 70.
- Bessa, M. R. R. (2013). *A densificação dos princípios da bioética em Portugal Estudo de caso : a atuação do CNECV* . Tese de Mestrado. Faculdade do Porto: Universidade de Direito do Porto;
- Borges, M.D. S; Freitas, G.; Gurgel W. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Revista Tempus, Actas da Saúde Coletiva*, 6(3),113-126;
- Brito, F. M., Pinto Costa, I. C., Garrido de Andrade, C., Oliveira de Lima, K. F., da Costa, S. F. G., & Limeira Lopes, M. E. (2014). Comunicação na iminência da morte: Estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. , *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*;, 18(2), 483–489. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140046>;
- Brown, V.A, Parker, P.A.,Furber, L.,Thomas,A.L.(2011). Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Center. *European Journal of Cancer Care*, 20, 56-61. Acedido em: 04/06/2016. Disponível em:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-354.2009.01156.x/full>
- Buckman R. (1992). *How to Break Bad News: a Guide for Health Care Professions*. Baltimore: John Hopkins Press;
- Chumpitazi, C. E.; Rees, C. A.; Chumpitazi, B. P.; Hsu, D. C.; Doughty, C. B., & Lorin, M. I. (2016). Creation and Assessment of a Bad News Delivery Simulation

- Curriculum for Pediatric Emergency Medicine Fellows. *Cureus*, (May).
<https://doi.org/10.7759/cureus.595>;
- Costa, A. S. (2013). *Comunicação de Más notícias no cuidado de Enfermagem*. Relatório de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa;
- Correia, M.R., Frausto, F., Violante, A. (2004). Ser Portador de Más Notícias. *Revista Sinais Vitais*, nº55,53-55;
- Direcção Geral de Saúde (2014) Carta dos Direitos e Deveres do Doente. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Acedido a 12-03-2017. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Fallowfield L., Jenkins V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine, *The Lancet*, 363(9405), 312-319;
- Ferrel, B. R. & Coyle, N. (2010). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press ;
- Fonseca, R.J. A. (2012). *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência*. *Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta;
- Friedrichsen, M.J, Strang, P.M., Carlsson, M.E. *Palliat Med*. (2002). Cancer patients interpretations of verbal expressions when given information about ending cancer treatment. *Palliative medicine*, 16 (4), 323-330;
- Geovanini, F. (2011). Notícias que (des) enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro;
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, p.206 ISBN 85-224-2270-2;

- Goleman, D.(2016). *Inteligência emocional*. (M. D. Correia, Trad.) Maia Circulo de Leitores.(trabalho original em inglês publicado em 1995);
- Gonçalves, Â. C. (2013). *Comunicação de Más Notícias a Pessoas com doença oncológica: a necessidade de implementar a (Bio)ética na relação*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa;
- Hill, M. G., Hill, A. (2015). *Investigação por Questionário*. (2ª edição). Lisboa: Edições Silabo;
- Jesus, E.H. (2007). *A Comunicação de más notícias*
<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=380&print=1> acedido em Janeiro de 2017;
- Júnior, A. S., Rolim, L. C., & Morrone, L. C. (2005). O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51 (1), 11 -16;
- Lazaroto, D. M. (2004). *Avaliação Ergonómica de uma Equipa de Emergências em Situações Simuladas*. Tese de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Engenharia. [consult. a 12 de Out. de 2016]. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5695/000473961.pdf?sequence>;
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Lei das Bases da Saúde. Diário da República I Série. N°195(24-08-1990), 3452-3455;
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S. de, Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do Protocolo spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52–57. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>;
- Lourenço, D. – O Tutor: Que Competências? Estudo de Caso sobre as Competências Profissionais do Tutor na Orientação do Estudante em Ensino Clínico de Enfermagem. Dissertação de Mestrado, área de Pedagogia Universitária. Faculdade de Psicologia e de Ciências e Educação de Coimbra. 2005;

- Marçal, K.B.F. (2014). Uma Visão de Enfermagem sobre a Comunicação de Doenças de Prognóstico Reservado. *Revista Portuguesa de Bioética*, nº20, 93-112;
- Magalhães, J. C. (2009) – *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler, p.190. ISBN: 978-989-8218-07-0;
- Marconi, M. A., Lakatos, E. V. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. (5ª edição). São Paulo: Editora Atlas, S.A.;
- Maria, E., & Leitão, P. (sem data). A Comunicação de Más Notícias : Mentira Piedosa ou Sinceridade Cuidadosa;
- Martins, C.(2007). O Enfermeiro e o alívio do sofrimento, uma revisão de literatura. *Pensar Enfermagem*, 11(1), 34-40;
- Martins, J. C. (2008). O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-032012. Disponível em repositorio-aberto.up.pt;
- Melo, H. (1999). Os aspectos jurídicos dos direitos do doente. In *Aspectos éticos das pessoas em situação de doença – Actas do V Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (pp. 95-116). Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda;
- Melo, H. (2001). Comentário. In *Tempo de Vida e Tempo de Morte – Actas do VII Seminário Nacional do Conselho de Ética para as Ciências da Vida* (pp.131-138). Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda;
- Naik, S. B. (2013). Death in the hospital : Breaking the bad news to the bereaved family. *Journal of Critical Care Medicine*, 17. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.117067>;
- Nunes, R. (2002). *Bioética e Deontologia Profissional*. Coimbra. Gráfica de Coimbra.
- Nunes, R. (2009). Consentimento Informado. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200015>;

- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*. Lisboa. Disponível online a partir de: <http://www.ordemenfermeiros.pt>;
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de posição: Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Parecer de informações telefónicas a familiares de utentes*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa;
- Pereira, M.A. (2005). *Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos*. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (1), 33-37;
- Pereira, A. T., Fortes, I. F., & Mendes, J. M. (2013). *Comunicação de más notícias: revisão sistemática da Literatura*. *Journal of Nursing- revista enfermagem UFPE online*, 7(1), 227-234;
- Pereira, M. A. G. (2008) – *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Edições Formasau;
- Pereira, V.(2009). *Comunicar o Fim de Vida...O Papel do Enfermeiro Face à Comunicação de Falecimento à Família*. *Revista Enformação*, 12,14-17;
- Peterson, A. A., & Carvalho, E. C. de. (2011). *Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 692–697.<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000400010>;
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a prática da Enfermagem*. (7ª edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora S.A.;

- Regulamento nº 14/2009. Código Deontológico do médico. Diário da República II Série. Nº 8 (13-01-2009), 1355-1359;
- Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, Nº 35 (11-02-18), 8656-8657;
- Ribeiro, V. R. M. (2015). *Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na Comunicação de Más Notícias*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Leiria: Escola Superior de Saúde.
- Serra, J. & Albuquerque, E. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 75-82;
- Silva, A. M. F. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina: Universidade do Porto.
- Silva M.J.P. (2008). Falando da comunicação. In: *Cuidado Paliativo*. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;
- Silva, M.J. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53;
- Silveira, F. J. F.; Botelho, C. C. , & Valadão, C. C. (2017). Breaking bad news : doctors skills in communicating with patients Dando más notícias : a habilidade dos médicos em se comunicar com os pacientes, 135(4), 323–331. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>;
- Taylor, E. (2007). How Best To Communicate Bad News Over The Telephone. *End Of Life Care*, 1(1), 30-37;
- Toutin-Dias, G., Daglius-Dias, R., & Scalabrini-Neto, A. (2016). Breaking bad news in the emergency department: A comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *European Journal of Emergency Medicine*, 0(0), 1–6. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000404>;

- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), 1543-55;
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nurs Stand*, 28(45), 51–58;
- Vaz, C.; Catita, P. (2000). Cuidar no Serviço de Urgência. *Revista Nursing*. Nº 147 Setembro. p. 14-17;
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda;
- Victorino, a B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J., Bastos, M. Z. N., & Andreoli, P. B. (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista SBPH*, 10(1), 53–63.

ANEXOS

Anexo I- Autorização para utilização de questionário

Email do Outlook

 Novo |  Responder |  Excluir |  Arquivar |  Lixo eletrônico |  Limpar |  Mover para

Autorização para uso do meu questionário

AG Angela gonçalves <angelgoncalves25@gmail.com>
qui 17/11/2016, 09:30
Você

 Responder |

Você respondeu em 21/11/2016 23:51.

Olá colega Ana Paula,

É com muito gosto que autorizo a utilização do meu questionário.
Desejo-lhe muito sucesso e espero que o meu trabalho lhe seja muito útil.
Fico ao seu dispôr se necessitar de mais alguma coisa.

Atenciosamente,
Angela Gonçalves

ANEXO II- Instrumento de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

Este questionário enquadra-se no Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Saúde de Leiria, no âmbito do projeto “Comunicação de más notícias em contexto de urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde” sob a orientação da Professora Doutora Ana Isabel Querido.

Temos como objetivo identificar as práticas e as dificuldades dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na comunicação de más notícias, pretendemos com este estudo harmonizar as práticas da comunicação de más notícias em serviço de urgência.

Os dados da pesquisa têm finalidade exclusivamente científica, sendo assegurada a confidencialidade das fontes e o anonimato dos dados.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento, expressando livremente a sua opinião.

Os resultados poderão estar à sua disposição através de contato para anenfs@hotmail.com

Agradeço desde já a sua disponibilidade e atenção.

Ana Paula Rodrigues dos Santos

PARTE I

Idade: _____ Género: () M () F

Profissão: Enfermeiro () Médico ()

Especialidade: _____

Tempo de Exercício Profissional: _____

Tempo de Exercício no atual serviço: _____

Ao longo da sua vida profissional tem feito formação contínua na área da comunicação de más notícias?

- Sim
- Não

Se sim, há quanto tempo fez a última formação? _____

Na sua prática diária, que tipo de má notícia é mais frequente comunicar?

Com que frequência o faz? _____

PARTE II

1) Na sua prática diária, informa a pessoa doente/ família sobre o conteúdo da má notícia?

0	1	2	3	4	5
Não quer Responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase Sempre	Sempre

2) No seu local de trabalho, os doentes/ família são informados sobre o conteúdo da má notícia?

0	1	2	3	4	5
Não quer Responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase Sempre	Sempre

3) Atribui importância ao direito da pessoa doente ser informada sobre o conteúdo da má notícia?

0	1	2	3	4	5
Não quer Responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase Sempre	Sempre

4) De acordo com a sua experiência profissional, os doentes desejam ser informados sobre o conteúdo da má notícia?

0	1	2	3	4	5
Não quer Responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase Sempre	Sempre

5) Na sua prática diária, a pessoa doente é a primeira a ser-lhe comunicada a má notícia?

0	1	2	3	4	5
Não quer Responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase Sempre	Sempre

6) De acordo com a sua experiência profissional, é habitual os seus doentes pedirem-lhe informações acerca da sua situação clínica?

0	1	2	3	4	5
Não quer Responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase Sempre	Sempre

PARTE III

1) Na sua prática diária, quais são as maiores dificuldades sentidas na transmissão de más notícias aos doentes/ familiares? (Assinale no máximo 3 opções e ordene-as por ordem de importância: 1(mais importante) e 3 (menos importante)).

- Tarefa difícil e complexa
- Inexperiência/Falta de formação
- Incerteza quanto às reações da pessoa doente/família
- Receio em acabar com as esperanças da pessoa doente
- Sentimento de incapacidade em lidar com uma doença incurável
- Inabilidade para lidar com emoções e sentimentos da pessoa doente
- Elaboração antecipada de quadro clínico otimista
- Dificuldade em lidar com a morte
- Outro: _____

2) Na sua opinião o que pode motivar um médico a omitir informação aos doentes? (Assinale no máximo 3 opções e ordene-as por ordem de importância: 1 (mais importante) e 3 (menos importante)). Caso seja enfermeiro passe para a questão 3 .

- Considerar difícil a revelação
- Não estar preparado para transmitir esse tipo de informação
- Não considerar esse tipo de informação relevante para a pessoa doente
- A revelação pode prejudicar o bem-estar da pessoa doente

- Não ter tempo suficiente
- Não interferir no papel da família
- Outro: _____

3) Na sua opinião o que pode motivar um enfermeiro a omitir informação aos doentes? Caso seja médico passe para a questão 4. (Assinale no máximo 3 opções e ordene-as por ordem de importância: 1 (mais importante) e 3 (menos importante)).

- Considerar difícil a revelação
- Não estar preparado para transmitir esse tipo de informação
- Não considerar esse tipo de informação relevante para a pessoa doente
- A revelação pode prejudicar o bem-estar da pessoa doente
- Não ter tempo suficiente
- Não interferir no papel do médico
- Outro: _____

4) Na sua prática diária, a tomada de decisões é efetuada pelo(a) : (Assinale com um X a opção que considere mais adequada)

- Médico sem consultar a pessoa doente
- Médico após consultar a pessoa doente
- Equipa multidisciplinar sem consultar a pessoa doente
- Equipa multidisciplinar após consultar a pessoa doente
- Médico decide em conjunto com a pessoa doente
- Equipa multidisciplinar decide em conjunto com a pessoa doente
- Pessoa doente decide após consultar o médico
- Pessoa doente decide após consultar a equipa multidisciplinar

5) Na sua prática diária, quem é o responsável pela comunicação de más notícias à pessoa doente?(Assinale com um X a opção que considere mais adequada)

- Médico
- Enfermeiro
- Equipa Multidisciplinar
- Família
- Médico e Família

6) Na sua prática diária, quais os fatores que dificultam o processo de comunicação de uma má notícia? (Assinale no máximo 3 opções e ordene-as por ordem de importância: 1 (mais importante)e 3 (menos importante)).

- Interrupções frequentes das atividades de enfermagem
- Interrupções frequentes das consultas médicas
- Falta de disponibilidade de tempo
- Ausência de coordenação na equipa (falta de interação e organização entre médicos e enfermeiros)
- Representação negativa da doença pelos profissionais de saúde
- Atitude do familiar quando se encontra presente
- Excesso de informação/ansiedade por parte da pessoa doente/família
- Utilização de uma linguagem técnica
- Inexistência de condições físicas para o efeito
- Ratio* pessoa doente/enfermeiro interfere na disponibilidade de tempo
- Ratio* pessoa doente/médico interfere na disponibilidade de tempo
- Outro: _____

7) Imagine que se depara com as seguintes situações:

7.1

Chega à sala de emergência doente do sexo feminino de 25 anos vítima de acidente de viação com amputação do Membro Inferior esquerdo, no local do acidente doente não se apercebeu da amputação. Durante os cuidados começa a questionar por sensação estranha no membro inferior.

(Assinale com um X a opção que considere mais adequada)

- Não revela qualquer tipo de informação e remete para outro profissional
- Responde laconicamente às perguntas formuladas
- Fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar da pessoa doente
- Fornece todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas
- Não diz a verdade, no sentido de salvaguardar o bem-estar da pessoa doente
- Outro: _____

7.2

Doente de 92 anos acamada e institucionalizada, dá entrada no serviço de urgência em estado agónico apenas com os bombeiros. Após uma hora da chegada ao serviço de urgência é declarado óbito, não está nenhum acompanhante na sala de espera, no processo existe o contato da filha.

(Assinale com um X a opção que considere mais adequada)

- Não revela qualquer tipo de informação e remete para outro profissional
- Contata telefonicamente a filha e responde laconicamente às perguntas formuladas
- Contata a filha fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o seu bem-estar e pede-lhe que se desloque ao serviço de urgência

- Fornece por via telefone todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas
- Não diz a verdade por telefone no sentido de salvaguardar o bem-estar da pessoa.
- Outro: _____

PARTE IV

1) Na sua prática diária, quais os fatores que facilitam o processo de comunicação de uma má notícia?

2) Assumindo que a comunicação de más notícias é uma competência, que estratégias considera importantes para a desenvolver?

Muito Obrigado pela Colaboração!

Anexo III- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Participação no Estudo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Participação no Estudo:

“Comunicação de Más Notícias em contexto de urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde”.

Exmo.(a) Senhor(a),

A equipa de investigação representada pelos investigadores responsáveis: Ana Paula Rodrigues dos santos, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Saúde de Leiria e Ana Isabel Fernandes Querido, Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Leiria, pretende elaborar um estudo de investigação subordinado ao tema: “Comunicação de Más Notícias em contexto de urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde”.

Com este estudo pretende-se Identificar as práticas e dificuldades na comunicação de más notícias dos profissionais de saúde em contexto de urgência; Analisar de que forma o profissional de saúde comunica a má notícia; Identificar os fatores dificultadores no processo de comunicação de uma má notícia e analisar a relação entre fatores sócio profissionais com as práticas e dificuldades na comunicação de más notícias.

A sua participação é necessária e imprescindível para que se torne possível a concretização das atividades inerentes ao percurso investigativo, pelo que lhe solicitamos que responda às questões que lhe são colocadas de forma espontânea e sincera. Os dados do estudo irão ser recolhidos através do preenchimento de um questionário composto por quatro partes: A caracterização sócio profissional; Identificação das práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em contexto de urgência; Identificação das atitudes, dificuldades e comportamentos dos profissionais na transmissão de más notícias; identificação dos fatores facilitadores do processo de comunicação de más notícias e as estratégias consideradas importantes para desenvolvimento de competências nesta área.

O instrumento de recolha de dados utilizado destina-se apenas à recolha das opiniões e das posições pessoais de cada participante. As respostas ao instrumento são anónimas, confidenciais. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica, sendo analisados e publicados em artigos temáticos/relatório final e/ou divulgados em eventos científicos.

Agradecemos a sua colaboração, assim como a manifestação do seu interesse e disponibilidade para participar no estudo, através da efetivação da sua assinatura.

Data: __/__/__

(Assinatura do Participante)