



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA  
TURMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA

Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na  
Comunicação de Más Notícias

Vânia Rita Magalhães Ribeiro

Leiria, Março de 2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA  
TURMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA

Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na  
Comunicação de Más Notícias

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

Vânia Rita Magalhães Ribeiro

Nº5120005

Unidade Curricular: Dissertação

Orientador: Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho

Leiria, Março de 2015

*“Faz tudo aquilo que acreditas e acredita naquilo que fazes. Tudo o resto é perda de energia e tempo “*

*Nisargadatta citado por Sousa (2013)*

## **Agradecimentos**

Ao Professor José Carlos Quaresma pela orientação;

Ao meu namorado Filipe Perdigoto pela partilha de dúvidas, incentivo, compreensão  
demostrada em toda esta caminhada;

Aos meus pais e irmão pelo apoio incondicional que me permitiu chegar até aqui;

## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

CHL, EPE - Centro Hospitalar de Leiria, Entidade Pública Empresarial;

HSA - Hospital Santo-André;

ICN - International Council of Nurses;

MN - Más notícias;

MHSPCDG - Mental Health Services Palliative Care Development Group;

SU - Serviço de Urgência;

SUG - Serviço de Urgência Geral.

.

## RESUMO

Na prática quotidiana, o enfermeiro depara-se muitas vezes com a necessidade de comunicar más notícias (MN), informação que causa perturbação e mal-estar a quem recebe, como também a quem comunica a informação.

Esta tese apresenta os resultados de uma investigação que teve como objetivo descrever as vivências dos enfermeiros na comunicação de MN. O estudo foi realizado a enfermeiros que prestam funções no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Santo André (HSA) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) - EPE (Entidade Pública Empresarial).

Foi utilizada uma metodologia qualitativa com uma abordagem fenomenológica. Como instrumento de colheita de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, tendo sido entrevistados seis enfermeiros. Posteriormente procedeu-se à sua transcrição e interpretação com base na metodologia de Colaizzi.

Deste estudo emergiram quatro temas principais: **conceito de MN**, onde são revelados os diferentes conceitos relativos à MN; **o processo da comunicação da MN**, onde se aborda quem comunica a notícia e em que casos, como ocorre a comunicação, se pessoalmente ou por telefone e se é seguida alguma metodologia; **as dificuldades sentidas pelos enfermeiros**, que incluem dificuldades centradas no enfermeiro, no doente e/ou família e centradas na organização; e finalmente as **estratégias utilizadas pelos enfermeiros**, que envolvem as estratégias centradas no enfermeiro e no doente e/ou família.

**Palavras Chave:** Comunicação; Más notícias; Vivências; Enfermeiro.

## **ABSTRACT**

In everyday practice, the nurse is often confronted with the need to communicate bad news, information that induce disturbance and discomfort to the recipient, as well as those who transmit the news.

This thesis features the outcome of an investigation that aimed to describe the experiences of nurses in communicating bad news. The study was conducted amongst nurses who render their services in the Santo André Hospital at the Centro Hospitalar de Leiria, EPE.

To achieve this study a qualitative methodology was used with phenomenological approach. As data collection instrument a semi-structured interview was used and performed on six nurses. Subsequently the transcription and interpretation was carried out and based on Colaizzi methodology.

From this study four main themes emerged: **bad news concept**, where the different concepts related to bad news are revealed; **the communication process of the bad news**, where is decided who announces the news and which cases, how communication occurs, if it is in person or by phone and if it is followed by any methodology; **the difficulties experienced by nurses**, which include difficulties centered in nurse, patient and/or family and centered in the organization; and finally **the strategies used by the nurses** who cover the strategies focused on nurses and for patient and/or family.

**Keywords:** Communication; Bad News; Nurses; Experiences.

## **ÍNDICE**

### **INTRODUÇÃO 10**

#### **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 13**

##### **1.1. COMUNICAÇÃO 13**

###### **1.1.1. Comunicação com a pessoa e/ou família em contexto de urgência 16**

###### **1.1.2. Comunicação de más notícias à pessoa e/ou família em contexto de urgência 19**

#### **2. METODOLOGIA 27**

##### **2.1. TIPO DE ESTUDO 27**

##### **2.2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 28**

##### **2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA 30**

##### **2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 31**

##### **2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 33**

##### **2.6. ANÁLISE DE DADOS 34**

#### **3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 35**

##### **3.1. CONCEITO DE MÁ NOTÍCIA 35**

##### **3.2. PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA 38**

##### **3.3. DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS 46**

##### **3.4. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS 54**

### **CONCLUSÃO 59**

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 62**

### **ANEXOS**

ANEXO I - Guião da Entrevista

ANEXOII - Pedido de Autorização para a realização das entrevistas no Serviço de Urgência Geral do Hospital Santo André, do Centro Hospitalar de Leiria, EPE

ANEXO III - Modelo de consentimento informado utilizado nas entrevistas

ANEXO IV - Autorização para realização das entrevistas Serviço de Urgência Geral do Hospital Santo André, do Centro Hospitalar de Leiria, EPE

## **ÍNDICE DE QUADROS**

**QUADRO 1-** Características sociodemográficas dos participantes

## **INTRODUÇÃO**

A enfermagem tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, doente ou saudável ao longo do seu ciclo de vida, e aos grupos sociais em que ele está inserido de forma a manterem, melhorarem e recuperarem a saúde, ajudando o indivíduo a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível (REPE, artigo 4º-1).

Para Phaneuf (2005) a comunicação continua a ser um ponto crucial da prática de enfermagem, uma vez que constitui uma componente fundamental do relacionamento enfermeiro e doente /ou família.

A comunicação de uma má notícia é considerada por Pereira (2008) um processo que gera perturbação tanto na pessoa que transmite, como naquela que a recebe, sendo por isso considerada pelos profissionais de saúde uma tarefa difícil.

Assim, no âmbito da unidade curricular – Dissertação, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, foi desenvolvido o presente trabalho de investigação.

A escolha do tema “Vivências dos enfermeiros no SUG, na comunicação de MN” deveu-se ao fato da investigadora exercer funções no SUG e ser confrontada muitas vezes com a angústia de ter que informar doente e/ou família sobre uma MN, sendo que em algumas situações após a comunicação permanece a dúvida se a informação transmitida foi feita da melhor forma. Para além desta situação, existe um certo constrangimento sobre quem deve ou não informar, como deve informar, em que local e que procedimentos devem ser tomados após a comunicação da MN. A inexistência de normas, protocolos que orientem condutas referentes a esta temática leva a que não exista uma uniformidade na forma de prestar apoio à pessoa e/ou família. Outra das questões prende-se sobre o facto da família em algumas situações ser notificada pelo telefone quanto à morte de um ente querido.

Para além destas dificuldades serem identificadas pela própria, a experiência profissional no SUG permitiu-lhe constatar que a maioria da equipa de enfermagem partilha destas questões. Assim sendo como ponto de partida surge a seguinte questão de investigação:

- Quais as vivências dos enfermeiros no SUG, na comunicação de MN?

Com a realização deste estudo pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- Perceber o que os enfermeiros do SUG consideram MN;
- Identificar dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUG na comunicação de MN;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros do SUG utilizam para lidar com as dificuldades na comunicação de MN;
- Conhecer se os enfermeiros do SUG sentem necessidades de formação sobre comunicação de MN;
- Verificar se os enfermeiros do SUG conhecem/utilizam alguma metodologia para a comunicação de MN.

Para atingir os objetivos definidos foi realizado um estudo fenomenológico de forma a obter informação mais precisa e mais completa do fenómeno em estudo, utilizando uma metodologia qualitativa.

O estudo foi realizado no SUG do HSA do CHL,EPE, tendo sido entrevistados seis enfermeiros, após o consentimento dos mesmos, utilizando como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes, em que a primeira corresponde à revisão da literatura que fundamenta a temática escolhida, onde são abordados conteúdos teóricos como o conceito de comunicação, as temáticas referentes à comunicação com a pessoa e/ou família em contexto de urgência, comunicação de MN à pessoa e/ou família no SUG, terminando com as dificuldades dos enfermeiros na comunicação de MN. O segundo capítulo corresponde ao estudo empírico onde é referida a metodologia utilizada onde se inclui o tipo de estudo, os objetivos e questões de investigação, população e amostra, instrumentos de colheita de dados, procedimentos

formais e éticos e análise de dados. O terceiro capítulo aborda a fenomenologia onde são apresentados e discutidos os achados.

No final do trabalho é apresentada a conclusão, onde constam os achados pertinentes, dificuldades sentidas e algumas sugestões consideradas importantes.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se apresentar um enquadramento das principais bases teóricas e conceptuais relevantes para a concretização deste estudo. Assim serão desenvolvidos conceitos-chave com vista ao desenvolvimento da temática “Vivências dos enfermeiros no SUG, na comunicação de MN”.

### 1.1. COMUNICAÇÃO

Pereira (2008) considera que a comunicação se refere a uma atividade humana básica, uma condição da vida humana e da ordem social. É considerada um elemento básico da vida social, pois é através da comunicação que se constituem e legitimam as relações sociais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização que constrói as identidades individuais.

Segundo a International Council of Nurses (ICN) (2010,p.45) a comunicação define-se como “Comportamento interativo com as características específicas: dar ou trocar informações, utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”.

Etimologicamente comunicar provém do latim *comunicare* que significa “por em comum”, “entrar em relação com”, partilhar ideias, emoções, cultura, entre outros. A comunicação consiste num processo dinâmico, complexo e permanente através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o objetivo de compreender e serem compreendidos pelos outros. Ela possibilita a adaptação ao ambiente, modificando e transformando esse mesmo ambiente construindo a realidade social (Nunes, 2007).

Para que a partilha de informação aconteça é imprescindível a interação entre um emissor e um recetor, através da qual são compartilhadas informações que determinam comportamentos e atitudes. Este processo implica que os dois intervenientes sejam influenciados e modificados mutuamente pela mensagem transmitida, significando que a informação difundida pelo emissor alcançou o recetor (Pereira, 2005). Para Stefanelli

e Carvalho (2005) a mensagem consiste no que é transmitido por meio da linguagem verbal, falado ou escrita, e a não-verbal. A mensagem verbal refere-se às mensagens escritas e faladas que ocorrem na forma de palavras, como elementos da linguagem que são usadas para comunicar. A linguagem é o recurso que a pessoa dispõe para expor as suas ideias, partilhar experiências e validar o significado simbólico da percepção de um assunto.

Por sua vez a linguagem não-verbal envolve o corpo com as suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais. Incluem-se nesta dimensão os gestos, postura, as expressões faciais, a forma de vestir, entre outros. É através deste tipo de comunicação que são transmitidas as emoções e os sentimentos. Pereira (2008) afirma mesmo que as mensagens não-verbais são imprescindíveis nas relações interpessoais, funcionando por um lado como facilitador da percepção da informação transmitida, ou por outro pode funcionar como um obstáculo, quando mensagem difundida não é coerente com os gestos e atitudes demonstradas. Para Nunes (2007,p.62) o rosto é a parte do corpo que fornece mais informação, pela sua riqueza de expressão, assim como pela sua maior acessibilidade sendo que o olhar tem uma ponderação particular na linguagem não-verbal, “funcionando os olhos como janela da alma”.

Chalifour (2008) refere que geralmente entra-se em contacto com o ambiente físico e humano através de canais. Estes referem-se aos órgãos dos sentidos: a visão, audição, tato, olfato e paladar. O uso efetivo dos nossos cinco sentidos assegura a percepção acurada da mensagem.

Stefanelli e Carvalho (2005) consideram que a qualidade da comunicação é influenciada pelo ambiente em que decorre a interação. Este pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos envolvidos, interferindo na percepção e expressão das ideias. O ambiente engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem, a sua cultura, mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos, condições de tempo e espaço.

Para Cerqueira e Gomes (2005) a aptidão em comunicar constitui um aspeto fulcral em todo o processo interativo, uma vez que habilita o indivíduo de adquirir riqueza de conhecimentos, satisfação das suas necessidades, bem como transmitir sentimentos e pensamentos, esclarecer, interagir e compreender o que os outros pensam e sentem.

Nesta linha de pensamento, Phaneuf (2005) defende que a comunicação consiste na principal ferramenta que o enfermeiro dispõe para compreender a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e desta forma estabelecer uma relação de ajuda eficaz, atingindo as necessidades do indivíduo.

A mesma autora (pág.44) citando Salomé e Potier (2000) descreve a comunicação como uma tentativa de “criar um laço de reciprocidade” entre duas pessoas que envolve os traços de personalidade de cada um, a biografia, as necessidades e os próprios problemas. Assim para Phaneuf (2005, p.23):

“ (...) a comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha, de colocar em comum sentimentos e emoções das pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente, pelo comportamento verbal ou não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir entre os intervenientes”.

Para Pereira (2005) a comunicação assenta num processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, difundida através dos diferentes canais sensório-percetuais, que possibilita ultrapassar as informações transmitidas pela palavra. É através dela que partilhamos emoções, sentimentos, ideias, conseguindo assim tocar o outro, que por sua vez responde de acordo com a sua cultura, personalidade e história de vida.

Para Cerqueira e Gomes (2005) comunicar é relacionar-se, pois é através dela que são transmitidos sentimentos e atitudes. O expressar-se, além de quebrar a solidão, é uma forma de ajuda, de resposta à satisfação das necessidades mútuas de ordem intelectual, afetiva, moral e social. Segundo os mesmos autores, uma comunicação efetiva possui alguns aspetos que têm de ser tidos em conta, tal como o processo intrapessoal, a auto imagem, o espaço clarificado no ambiente, tal como o *status* e papel social, o avaliar, analisar decisões e a capacidade de ponderação relativamente ao que se espera do processo comunicativo, sejam eles benéficos os incómodos.

Para cuidar eficazmente as pessoas o enfermeiro deve observar e avaliar corretamente, sendo que a sua comunicação deverá ser adequada a cada situação. Isto requer conhecimentos técnicos, compreensão e disponibilidade nas relações humanas em situações deficitárias (Chalifour, 2008). Nestas situações a comunicação eficaz é por

vezes difícil de estabelecer, o que para Cerqueira e Gomes (2005) não deve acontecer em enfermagem, visto que quando a felicidade e o bem-estar do doente estão em risco, nenhuma posição é mais importante que a dos enfermeiros nos cuidados prestados ao doente e/ou família.

### **1.1.1. Comunicação com a pessoa e/ou família em contexto de urgência**

“A pessoa que o enfermeiro é e as condições nas quais ele se encontra no momento em que comunica com o paciente têm importância vital no processo de comunicação” (Stefanelli e Carvalho, 2005, p.35).

Segundo Pereira (2008) o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde é imprescindível para desencadear relações interpessoais de qualidade. As relações interpessoais são parte integrante do cotidiano destes profissionais uma vez que se baseiam na relação do cuidar inerente à satisfação das necessidades da pessoa e/ou família. No entanto, é importante considerar que a relação que envolve o atendimento das necessidades do outro, implica por um lado os valores e crenças diferenciadas do enfermeiro e por outro, as crenças da pessoa, que necessitam de ser consideradas e respeitadas.

Cerqueira e Gomes (2005) consideram a comunicação como atividade profissional que integra alguns conceitos como a equidade, o respeito e os cuidados de saúde prestados. Estes conceitos estão subjacentes ao direito que assiste os doentes de serem cuidados com respeito, e às obrigações deontológicas dos enfermeiros para com o doente e família. Na arte do cuidar, o enfermeiro necessita de saber observar e avaliar eficazmente adequando a comunicação a cada situação, considerando-a como única e como parte integrante da vivência de cada um. Em todo o processo de cuidar, a comunicação verbal e não-verbal constitui um elemento de extrema importância, uma vez que as palavras que se dizem mas principalmente as que se ouvem podem determinar uma melhor ou pior qualidade dos cuidados. Os mesmos autores citando Gomes (1995, p.56) referem que:

“ (...) a intervenção de enfermagem emerge de uma atitude de relação em que a comunicação se pode fazer de uma forma não-verbal, não sendo unicamente o que se diz que tem significado, mas o tom de voz, os gestos de quem fala, a

expressão facial, que estabelecem uma relação de confiança, compreensão, importante para um ambiente de serenidade.”

Para Travelbee citada por Tomey e Alligood (2004) a comunicação é vista como um processo que pode permitir ao enfermeiro estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa. Esta relação é definida como uma experiência ou séries de experiências entre o enfermeiro e a pessoa cuidada em que se atinge uma harmonia, ou seja um aglomerado de pensamentos e sentimentos inter-relacionados comunicados mutuamente pelos dois intervenientes. Quando isto acontece o propósito da enfermagem é alcançado, uma vez que os indivíduos e as famílias são assistidos na prevenção e na capacidade de lidarem com a experiência da doença e de sofrimento, e se necessário, o enfermeiro auxilia-os a encontrar sentido nessas experiências.

Watson (2002) define a comunicação como uma ferramenta essencial à relação de ajuda que constitui a base nos cuidados de enfermagem. É através dela que se consegue compreender o outro identificando as suas necessidades reais, isto com o objetivo de promover no outro o crescimento pessoal, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar as mudanças que ocorrem na vida. A relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma, constitui um elemento decisivo na prática de enfermagem e representa o centro dos cuidados prestados à pessoa. Para esta autora a relação de ajuda é a essência, o meio mais poderoso de intervenção e um elemento decisivo e inquestionável na arte do cuidar, que auxilia a compreender o doente no seu todo.

Chalifour (2008) considera que a relação de ajuda permite criar as melhores condições possíveis para ajudar o cliente a enfrentar a dificuldade que apresenta. Estas condições traduzem-se em primeiro lugar, no reconhecimento da pessoa como um ser único detentor de um modo próprio de interagir com o seu ambiente, e na construção de meios que lhe permitam adquirir consciência dos seus recursos pessoais. A interação entre estes recursos e os serviços profissionais vão permitir à pessoa fazer face às suas dificuldades, responder às suas necessidades, e desenvolver-se no sentido da sua natureza.

Para Rodrigues (2005) comunicar com o doente e/ou família com o intuito de estabelecer uma relação de ajuda, permite ao enfermeiro adquirir maior quantidade de

informação útil para o seu desempenho, identificar as necessidades do doente, contribuindo para uma compreensão, aceitação e melhoria nos cuidados de enfermagem, fundamentais em todo e qualquer relacionamento humano.

No entanto, para que esta relação se estabeleça, é fundamental tempo e disponibilidade para comunicar com o doente, o que por vezes se constitui um fator de constrangimento pela inexistência do mesmo.

Para Stefanelli e Carvalho (2005) o ambiente em que as pessoas interagem constitui um fator decisivo para a qualidade da comunicação. O ato comunicativo ao ser considerado único e não suscetível de repetição, torna necessário que se salvasse o ambiente proporcionado à comunicação. Este deverá ser o mais favorável possível dentro da realidade vivida, de forma a manter a segurança, o conforto e a privacidade do doente.

O SU pelas suas características, torna-se um obstáculo à comunicação que se reflete diretamente na profundidade da relação conseguida com o doente e/ou família.

A missão de um SU é intervir em situações que refletem risco de vida para o doente, levando por isso a que os profissionais de saúde estejam empenhados nas tarefas “tecnicistas” essenciais ao restabelecimento das funções vitais do utente e descurem por vezes, inconscientemente, o estabelecimento da relação de ajuda (Neto, Ribeiro, Magalhães, Torres e Mendes, 2003). Por outro lado, André e Neves (2003) apontam a procura excessiva dos SU como uma das principais causas para o seu funcionamento deficitário e por conseguinte para uma menor disponibilidade dos profissionais de saúde. A lotação dos SU com casos não urgentes dificulta a resposta oferecida tanto pela estrutura física do serviço, como pela prestada pelos profissionais de saúde. Os mesmos autores referem que apenas 20% das dos atendimentos efetuados nos SU correspondem a verdadeiras situações clínicas. Por outro lado, Neto *et al.* (2003) apontam a intensidade de trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, como sendo por si só indutores da despersonalização e desumanização dos cuidados de enfermagem prestados

Neste sentido, a comunicação com o doente e/ou família encontra-se comprometida pelas características supracitadas, sendo difícil por vezes, proporcionar um ambiente

calmo e oferecer a disponibilidade necessária para a cuidar eficazmente. Para Sousa (2004) apesar das dificuldades é importante criar estratégias de forma a proporcionar um clima de confiança, escutar em vez de discursar, compreender e reformular nos momentos oportunos aquilo que o doente verbaliza ou transmite.

Para Lazure (1994) o ato de cuidar impõem exigências, das quais o enfermeiro não deve abstrair-se, mas sim dar uma parte de si mesmo, ou seja, dar o seu tempo, a sua competência, o seu saber, o seu interesse e a sua capacidade de escutar e compreender.

Envolver a família nos cuidados prestados ao indivíduo é essencial, uma vez que para além de ser parte integrante dos cuidados de enfermagem, funciona como um fator atenuante de *stress* para ambos (Cerqueira, 2004).

Segundo Phaneuf (2005) é imprescindível prestar suporte à família para a ajudar a atravessar o momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo o mais calmamente possível. Sempre que possível o enfermeiro deve procurar integrar os membros da família nas decisões a serem tomadas, nos cuidados a ser prestados, pois só assim será possível adquirirem competências para eles próprios assegurarem os cuidados ou então para os preparar para momentos difíceis que poderão advir. Nesta relação de ajuda com a família, o enfermeiro tem como focos a educação e o suporte psicológico.

Preparar o doente e/ou família para uma MN constitui um papel muito ingrato e difícil para o enfermeiro, que necessita de ser aprofundado e trabalhado de forma a tornar menos penosa a tarefa de transmitir a informação.

### **1.1.2. Comunicação de más notícias à pessoa e/ou família em contexto de urgência**

Marçal (2014) citando Buckman (1986) define MN como toda a informação cujo impacto possa promover uma mudança drástica e negativa da pessoa e na sua perspetiva do futuro. Pereira (2008) refere ser consensual que uma MN é sempre aquela que toca negativamente as perspetivas da pessoa, devido a uma situação vivenciada pelo próprio ou por alguém próximo. Por sua vez, Correia, Frausto e Violante (2004) definem MN como aquelas que implicam grandes alterações nos padrões de vida e comportamento do doente. Serra e Albuquerque (2006) referem que a MN pode ser entendida como aquela

em que as expectativas de futuro são alteradas, afetando negativamente as expectativas da pessoa. Caldeira e Ribeiro (2008) citados por Marçal (2014) complementam a definição ao entenderem a MN como toda a informação passível de provocar tristeza ou desgosto em qualquer pessoa. Nesta linha de pensamento, Pereira (2008) refere várias situações que podem ser consideradas MN em saúde, como o caso de doenças incapacitantes em que a possibilidade de cura é reduzida, doenças degenerativas, doenças do foro psiquiátrico que causam progressivamente dependência de outrem, morte de um familiar ou pessoa significativa, ou até por mais simples que pareça, a informação de internamento repentino.

A comunicação de uma MN constitui uma temática alarmante pelas repercussões físicas, sociais e familiares que a informação pode induzir, sendo por isso considerada uma área de difícil intervenção, uma vez que a relação profissional/doente/família poderá ficar comprometida pelo teor de negativo da informação. Pereira (2005) aponta a comunicação de MN como uma das áreas mais críticas das relações interpessoais, pois considera esta informação geradora de *stress*, tanto para quem recebe a informação, como para quem a transmite. Assim para além de planearem e gerirem adequadamente estes momentos, os profissionais de saúde têm também de aprender a gerir os seus próprios medos. Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale e Kudelka (2000) enumeram mesmo obstáculos psicológicos à transmissão desta informação como o medo de fazer mal; o medo de represálias; o receio de não dominar o tema; medo de exprimir os próprios sentimentos; o medo pela transposição da situação vivenciada e por fim o receio da hierarquia médica.

Receber uma MN coloca a pessoa e/ou família perante uma situação de crise, ou seja, como já foi referindo anteriormente, o impacto negativo provocado pela transmissão da informação leva a que a pessoa e/ou família vivencie uma situação que a afeta os seus mecanismos normais de controlo, particularmente a sua capacidade de resolução de problemas.

Nesta linha de pensamento, Chalifour (2009) citando Chanel (1992) define crise como uma rutura temporária e frequentemente brusca do equilíbrio dinâmico entre as situações com as quais somos confrontados e os meios disponíveis para lhes fazer face. Trata-se de um processo normal, indispensável ao desenvolvimento que poderá trazer níveis de equilíbrio mais estáveis. No entanto a natureza e a intensidade das crises

podem ser variáveis, sendo que um desequilíbrio demasiadamente elevado pode induzir à paralisia dos recursos e capacidades adquiridas no passado. Esta paralisia acontece no momento que a pessoa tem mais necessidade dos seus meios, o que lhe provocará ansiedade e sofrimento por vezes intoleráveis, necessitando por isso de apoio urgente.

Por sua vez, Phaneuf (2005) defende que uma situação de crise consiste num estado psicológico agudo provocado por um desequilíbrio entre a dificuldade de um problema e a capacidade de recrutar todas as ferramentas interiores e exteriores para a resolução desse mesmo problema, originando uma desorganização do comportamento. As crises podem ser de origem “maturacional” quando surgem em consequência de *stress* devido a transições ou acontecimentos específicos a uma determinada etapa da vida, ou “situacionais” provocadas pelo *stress* relacionados com acontecimentos traumatizantes, como por exemplo a morte de um familiar.

Já Chalifour (2009) considera que uma crise pode ser originada por estímulos relacionados com experiências situacionais ou acidentais, ou seja, por situações que não fazem parte dos hábitos de vida da pessoa, acontecendo subitamente e de modo imprevisível, ultrapassando recursos e habilidades de controlo da pessoa, tais como por exemplo o anúncio de uma doença grave, hospitalização súbita ou o nascimento de um filho com uma má- formação. Por outro lado, são também potenciadoras de uma crise as experiências relacionadas com as etapas e tarefas de desenvolvimento, ditas normais. Neste tipo de crise os acontecimentos são previsíveis e estão relacionados com períodos de transição entre as etapas de desenvolvimento, como por exemplo incapacidade da pessoa em assumir novos papéis, como ir para a faculdade, o casamento, o nascimento de um filho. Por fim, segundo o mesmo autor, a crise pode ser originada por experiências simultaneamente normais e acidentais presentes na família. Neste caso as fontes de stress para além de afetarem o indivíduo de forma particular, podem afetar igualmente a família e pessoas significativas que o rodeiam. São exemplos deste tipo de crise a hospitalização de um conjugue, uma gravidez não desejada, alcoolismo de um membro da família, violência familiar, entre outros.

A situação crise pode despoletar no doente e/ou família sentimentos de angústia, medo, culpabilidade, vergonha ou impotência. É neste momento que a intervenção do enfermeiro é mais uma vez crucial (Phaneuf, 2005).

Para Pereira (2005) não existe uma norma para comunicar MN, pois cada pessoa possui a sua identidade com traços de personalidade próprios, sendo que a conduta do profissional necessita também de ser ajustada a cada situação. Esta autora defende que a informação deve ser comunicada gradualmente, de forma clara, aberta, adaptada à personalidade e capacidade de captar a informação, isto claro, caso a família e/ou doente manifeste vontade em saber.

Para Baile *et al.* (2000) o processo de comunicação de MN pode ser encarado como uma forma de atingir quatro objetivos essenciais. O primeiro consiste em recolher a informação do doente, pois só assim o profissional consegue perceber o nível de conhecimento da pessoa e a sua capacidade para ouvir e interiorizar a informação. O segundo objetivo centra-se na transmissão da informação de acordo com as necessidades manifestadas pela pessoa. O terceiro consiste em prestar apoio de forma a reduzir o impacto da mensagem recebida e a sensação de isolamento provocado pela apreensão da mesma. E por fim o quarto objetivo refere-se ao desenvolvimento de uma estratégia sob a forma de plano para o tratamento. É importante referir que o tratamento tanto pode ser aplicado ao doente que se confronta com o diagnóstico, como à família que se encontra também a vivenciar uma situação de crise.

Segundo os mesmos autores, para facilitar a comunicação de MN, Buckman elaborou em 1994 um protocolo de ação que denominou de SPIKES, em que cada letra corresponde a uma etapa do protocolo: S- *Setting*, postura do profissional; 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 (Baile *et al.*,2000). As seis etapas consistem:

**Preparação e escolha do local adequado** - a comunicação da MN deve ser realizada num local privado, se possível sentado, permitindo a presença de um acompanhante e assegurando que a conversa não é interrompida nem por terceiros, nem por restrições de tempo.

**Perceber o que é que o doente/família já sabe** - neste ponto e no próximo, pode ser tido em conta o axioma “antes de contar pergunte” de forma a preparar o profissional para mensagem que vai comunicar. Desta forma o profissional de saúde obterá

conhecimento sobre a informação que o doente e/ou família já detém, adequando assim o que tem para contar.

**Saber o que o doente/família quer saber** - o profissional investiga até que ponto o doente quer ser informado sobre os pormenores da sua doença, e caso afirmativo quais.

**Dar a notícia** - oferecer pistas ao doente que a informação está para vir, pode funcionar como atenuante da ansiedade. Utilizar expressões como “sinto que não tenho boas notícias” ou “infelizmente tenho que lhe dizer que” podem ajudar a preparar a pessoa para o que vem a seguir funcionando como “tiro de aviso”. A informação transmitida deve ser clara, acessível, adaptada ao nível de compreensão e vocabulário do doente. Devem ser evitados termos técnicos, procurando sempre validar e reforçar a informação dada. Deve ser dado sempre espaço para que o doente e/ou família faça perguntas ou esclareça dúvidas.

**Responder às emoções e perguntas do doente** - esta etapa é considerada uma das mais difíceis do protocolo. As reações emocionais do doente e/ou família podem variar do silêncio à incredulidade, choro, raiva ou negação. Neste momento é crucial que o profissional consiga responder de forma afetiva, mostrando abertura e compreensão, utilizando o toque, permitindo que o doente e/ou família exteriorizem os seus sentimentos. Após o choque inicial este precisará de clarificar a informação que foi dada, expondo os seus receios. Ao profissional cabe a tarefa de responder clara e honestamente às perguntas colocadas.

**Propor um plano de acompanhamento e encerrar a entrevista** - esta etapa tem como objetivo preparar a pessoa para o futuro garantindo o seu acompanhamento. Antes de ser discutido um plano de tratamento há que questionar a pessoa se está preparada para a discussão e se aquele é o momento certo. É importante que nesta etapa fique agendada a data do próximo encontro, incentivando o doente a anotar questões que queira clarificar nessa próxima consulta.

O ato de comunicar/informar os doentes e/ou família alvo de uma MN envolve uma série de aspetos relacionados com diversas áreas disciplinares (comunicacionais, sociais, éticas) que pressupõe portanto, o envolvimento de uma equipa multidisciplinar empenhada em proporcionar o melhor atendimento à pessoa (Pereira, 2008).

Para Marçal (2014) a essência do trabalho em saúde, nomeadamente nos hospitais, é caracterizado por um contexto amplo, heterogêneo e complexo de profissionais com competências específicas que partilham os mesmos objetivos, implicando um trabalho pluridisciplinar e multidisciplinar. O trabalho de equipa é assim essencial devendo ser valorizados os contributos de todos os intervenientes para solucionar ou minorar os problemas de saúde da pessoa, pois cada membro da equipa colabora com saberes e experiências distintas.

Neste sentido, o ato de comunicar/informar uma MN não deve reportar-se a um único profissional, apesar de como refere Correia *et al.* (2004) ser comum atribuir-se ao médico a responsabilidade de transmitir essa informação. No entanto, considerando os mesmos autores, os enfermeiros pela sua permanência junto dos doentes e pela facilidade em penetrarem no seu universo simbólico, conseguem estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa que a pode ajudar neste momento difícil. Pereira (2009) é mesmo da opinião que na transmissão da informação, deve procurar-se que seja o enfermeiro mais próximo do doente a realizar a transmissão da informação.

Como tem sido abordado, a comunicação de uma MN é sem dúvida uma missão difícil para todos os profissionais de saúde, pois tal como afirma Pereira (2005, p.34) “ninguém gosta de ser portador de más notícias”. Segundo a mesma autora estes momentos causam perturbação, tanto para quem recebe, como a quem transmite a informação, provocando nos profissionais sentimentos de angústia, medo, sentimentos de inutilidade e desconforto.

Burton (1998) citado por Pereira (2008) refere que os medos dos profissionais de saúde estão relacionados na maioria das vezes com “o medo de ser considerado culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades”; “medo de expressar uma reação emocional”; “medo de não saber todas as respostas às perguntas colocadas pelo doente/família e outras pessoas significativas”, “medos pessoais acerca da doença e da morte” e “medo das reações do doente e família”.

Barnett (2007) citado por Lopes e Graveto (2010) considera a ausência ou a pouca formação na área como outra das dificuldades sentidas pelos profissionais. Serra e Albuquerque (2006) corroboram afirmando que a formação é extremamente benéfica para auxílio na comunicação de MN, pois a maioria dos profissionais temem esta área

pois não se sentem devidamente preparados. Nesta linha de pensamento, um estudo realizado por Lech, Destefani e Bonamigo (2013) sobre a percepção dos médicos acerca da comunicação de MN apoia o que foi referido, uma vez que 60% dos médicos inquiridos refere que na sua formação inicial não tiveram formação específica para a transmissão desta informação.

Querido, Salazar e Neto (2006) consideram existir uma preocupação dos profissionais de saúde em tentar proteger a pessoa do confronto com a realidade, podendo levá-los a não transmitir a informação da forma mais clara e honesta. Mais uma vez a formação insuficiente é apontada, pelos autores supracitados, como uma das causas, pois o desconforto e incerteza associados podem provocar um afastamento emocional dos profissionais, não revelando a informação verdadeira.

Para Correia *et al.* (2004) os profissionais de saúde reconhecem que transmitir MN é uma das funções mais delicadas, mas a qual não se pode evitar. Estes consideram que a transmissão de informação necessita de ser encarada como uma técnica inerente à profissão que requer perícia e prudência e portanto que necessita de ser aprendida, aprofundada ou desenvolvida, de forma a tornar-se parte integrante da profissão de enfermagem. Estes autores consideram que o ideal seria que formação inicial dos profissionais de saúde integrasse esta temática e posteriormente melhorassem as suas competências.

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 recebem. Lech *et al.* (2013) revelam que 60% dos médicos entrevistados não possuem conhecimento suficiente sobre o protocolo SPIKES, embora 55% considere importante a utilização de um protocolo para servir de guia na transmissão de MN aos doentes/família.

Um estudo realizado por Warnock, Tod, Foster e Sereny (2010) concluiu que o papel dos enfermeiros em minimizar os riscos do impacto da informação se encontra a ser negligenciado, isto porque na maioria das vezes a sua contribuição não é identificada, valorizada ou reconhecida.

Vitorino, Nisenbaum, Gibello, Bastos e Andreoli (2007) consideram ser recomendável que após a comunicação de uma MN, o enfermeiro reserve um tempo para examinar as próprias reações, pois o seu reconhecimento permitirá uma maior sensibilidade e habilidade clínica relativamente à comunicação.

Posto isto, é possível identificar que são diversos os fatores que contribuem para o medo de ser confrontado com a necessidade de ter de informar MN. No entanto, citando Marçal (2014, p.99):

“ (...) uma formação académica adequada aliada ao desenvolvimento de competências práticas baseadas na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica alicerçada na empatia, na sensibilidade e no tato profissional permitem ultrapassar com sucesso a maioria das dificuldades”.

## 2. METODOLOGIA

A enfermagem como profissão está cada vez mais empenhada na elaboração de um corpo científico de conhecimentos inerentes à sua prática, de forma a atingir um máximo rigor científico (Garcia e Nóbrega, 2009).

Segundo Fortin (1999) a investigação em ciências de enfermagem preconiza uma pesquisa sistemática, cuja investigação pode recair sobre as práticas dos cuidados ou sobre o impacto que estes provocam na pessoa, família ou comunidade. O objeto de investigação em ciências de enfermagem permite o estudo sistemático de fenómenos contidos no domínio da prática de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes intrínsecos à disciplina.

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

Para Fortin (2009) a fase metodológica consiste na definição dos meios a utilizar na investigação. Nesta fase, o investigador vai definir a sua conduta de forma a obter resposta às questões de investigação. A natureza do desenho de estudo varia consoante o seu objetivo e pretende descrever um fenómeno ou em explorar/verificar associações entre variáveis, ou diferenças entre grupos. Após ter estabelecido como proceder, o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e decide os métodos de colheita de dados com o objetivo de assegurar resultados fidedignos. As decisões tomadas nesta fase determinam o desenvolvimento do estudo.

### 2.1. TIPO DE ESTUDO

A investigação tem origem a partir de uma situação problemática, que segundo Fortin (1999,p.48) “causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”. O mesmo autor citando Adebo (1974), admite que um problema de investigação requer uma solução, um melhoramento ou uma modificação.

Como já foi referido anteriormente, a escolha da temática “Vivências dos Enfermeiros no SUG, na Comunicação de MN” deveu-se ao facto de ao longo da experiência profissional da investigadora surgirem por vezes situações em que é exigida a comunicação de MN, verificando-se que é uma tarefa detentora de alguns constrangimentos para equipa de enfermagem no geral. O assunto que por si só abrange uma área cinzenta da saúde, provoca dúvidas e incertezas a quem transmite, como a quem recebe a informação. A inexistência de normas ou protocolos orientadores pode também favorecer o receio e a fuga dos profissionais para a comunicação deste assunto, considerado por todos como delicado.

Assim, emergiu a necessidade de compreender o fenómeno em questão, ou seja, compreender quais as vivências dos enfermeiros na comunicação de MN. Assim, para proceder à investigação, optou-se pela utilização de um estudo descritivo, de natureza qualitativa com uma abordagem fenomenológica.

Polit, Beck e Hungler (2001) sugerem que o objetivo da investigação qualitativa se encontra ao nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que podem expressar-se pela linguagem comum.

Por sua vez a fenomenologia é a “ciência cuja finalidade é descrever um determinado fenómeno ou a aparência das coisas enquanto experiências vividas ” (Streubert e Carpenter, 2011, p.74) que vai de encontro ao propósito deste trabalho, que pretende perceber de acordo com as experiências profissionais do dia-a-dia dos enfermeiros do SUG, quais as suas vivências perante uma MN e que estratégias são utilizadas para ultrapassar dificuldades sentidas. Segundo os mesmos autores, o estudo fenomenológico exige a exploração do todo integrado, sendo um método conveniente para a investigação de fenómenos importantes para a prática, ensino e a administração de enfermagem.

## 2.2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Fortin (2009) a investigação parte sempre de uma questão. Uma questão de investigação é uma pergunta precisa relacionada com um tema de estudo que se pretende investigar, tendo como propósito o desenvolvimento de um conhecimento existente. Caracteriza-se por um enunciado claro e não equívoco que define os conceitos examinados, define a população-alvo e sugere uma investigação empírica.

As questões de investigação são específicas e devem ser elaboradas de forma clara e precisa, integrando aspetos relevantes a serem estudados numa determinada investigação, decorrendo do objetivo e indicando o que o investigador pretende auferir com a informação.

Relativamente ao tema estudado, a questão principal centra-se em “Quais as vivências dos enfermeiros no SUG, na comunicação de MN?”, sendo que emergem outras questões mais específicas que orientam a pesquisa, nomeadamente:

- O que é que os enfermeiros do SUG consideram MN?
- Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUG na comunicação de MN?
- Quais as estratégias que os enfermeiros do SUG utilizam para lidar com as dificuldades na comunicação de MN?
- Os enfermeiros do SUG sentem necessidade de formação sobre comunicação de MN?
- Os enfermeiros do SUG conhecem/utilizam metodologias para comunicação de MN?

De forma a precisar a área de interesse para a qual se pretende obter alguma explicação, foram definidos objetivos orientadores do estudo. Segundo Fortin (2009), o objetivo de um estudo é descrever, explicar, predizer, segundo o estado de conhecimentos no domínio estudado. Assim, tendo em conta a prática profissional da investigadora e a pesquisa bibliográfica realizada, detém-se como objetivo geral:

- Descrever quais as vivências dos enfermeiros no SUG, na comunicação de MN;

Para complementar o objetivo atrás referido, foram elaborados objetivos específicos de forma a orientar o desenvolvimento do estudo:

- Perceber o que os enfermeiros do SUG consideram MN;
- Identificar dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUG na comunicação de MN;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros do SUG utilizam para lidar com as dificuldades na comunicação de MN;

- Conhecer se os enfermeiros do SUG sentem necessidades de formação sobre comunicação de MN;
- Verificar se os enfermeiros do SUG conhecem/utilizam alguma metodologia para a comunicação de MN.

### 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Polit *et al* (2001) a população refere-se a um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios específicos. Segundo o mesmo autor, a população-alvo diz respeito aos elementos que interessam ao investigador, isto é, são aqueles que satisfazem os critérios de seleção definidos anteriormente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

Neste sentido, a população alvo deste estudo foram os enfermeiros que exercem funções no SUG do HSA do CHL,EPE.

A formação da amostra para o estudo fenomenológico obedece ao critério tipológico geral: trata-se de amostras não probabilísticas (Berg,2000). Para Fortin (2009), a amostragem não probabilística consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população em estudo. Por este motivo decidiu-se entrevistar enfermeiros com diferentes idades e diferentes anos de experiência profissional. Outra das características da amostra é ser intencional. Streubert e Carpenter (2011) consideram que a amostra intencional é a mais frequentemente utilizada na pesquisa fenomenológica. Este método de selecionar indivíduos para participar no estudo baseia-se no conhecimento específico de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento. Para estes autores (p.66):

“A lógica e o poder da amostra intencional está na seleção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Os casos ricos em informação são aqueles a partir de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação”.

Berg (2000) designa também este tipo de amostra como “amostragem de julgamento”, em que o investigador seleciona as pessoas que entende serem mais representativas da população em estudo. Ser mais representativo significa que as pessoas incluídas

representem diversas idades, diferentes anos de experiência profissional, diferentes experiências desse mesmo fenómeno.

Assim para a realização deste estudo, foram entrevistados seis enfermeiros que prestam funções no SUG do HSA do CHL,EPE, cujos critérios de inclusão incluem exercer funções neste serviço, terem comunicado MN e participar voluntariamente. Foi considerado critério de exclusão não ter comunicado MN.

O quadro 1 representa as características sociodemográficas dos enfermeiros entrevistados.

Quadro 1- Características sociodemográficas dos participantes.

<b>Código da entrevista</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Anos de experiência profissional</b>	<b>Anos de experiência no SUG</b>
<b>E1</b>	Feminino	27 anos	5 anos	3 anos
<b>E2</b>	Masculino	30 anos	9,5 anos	9,5 anos
<b>E3</b>	Feminino	27 anos	3 anos	2 anos
<b>E4</b>	Feminino	34 anos	11 anos	2 anos
<b>E5</b>	Masculino	30 anos	7,5 anos	7,5 anos
<b>E6</b>	Masculino	41 anos	19 anos	17 anos

#### 2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A recolha dos testemunhos acerca das vivências dos enfermeiros na comunicação de MN no SUG do HSA do CHL,EPE foi realizada através de entrevista, constituída por perguntas abertas (anexo I). A entrevista aberta permite aos investigadores seguirem o raciocínio dos participantes, fazendo perguntas clarificadoras de forma a facilitarem a expressão das experiências vividas pelos entrevistados. A entrevista é a forma mais eficaz para recolha de dados qualitativos, uma vez que permite a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspetos do comportamento humano, sendo que o texto

obtido reflete perspectiva pessoal do entrevistado. Nesta linha de pensamento Streubert e Carpenter (2011) referem que a entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa e constitui uma excelente fonte de dados. Para Fortin (1999, p.245) “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões formuladas”.

A entrevista foi previamente preparada, sendo constituída por duas partes. A primeira visa caracterizar os participantes em termos de idade, sexo, tempo de serviço e tempo de serviço em urgência. A segunda parte é constituída pelo guião da entrevista, composto inicialmente por uma questão aberta para introduzir a conversa, e por oito “pontos-chave” de forma a orientar o investigador para os objetivos do estudo. Optou-se pela realização da entrevista semiestruturada pois permite ao entrevistador alterar a ordem dos temas ou adicionar novas questões, possibilitando assim uma flexibilidade e adaptabilidade, com o intuito de aprofundar ou esclarecer as vivências referidas ao longo da entrevista (Fortin,2009).

Realizou-se uma entrevista teste a um enfermeiro que presta funções no SUG do HSA do CHL,EPE, no sentido de averiguar se o guião elaborado servia efetivamente para a recolha de dados, tendo-se verificado após a análise da mesma não ser necessário efetuar qualquer alteração.

Todas as entrevistas seguiram as questões presentes no guião, mas cada uma decorreu de acordo com a sua própria evolução, sendo os assuntos abordados de acordo com o decorrer da conversa. Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas em suporte áudio e transcritas posteriormente em documento *Microsoft Word*, tendo estas decorrido num ambiente privado, numa sala do SUG cedida para o efeito. Mais tarde procedeu-se à audição das gravações simultaneamente com a leitura das descrições. As entrevistas tiveram uma duração entre 15 a 20 minutos, e procurou-se dar espaço aos entrevistados para que respondessem de forma natural. Pode dizer-se que estes foram considerados “bons” informantes, seguindo a linha de pensamento de Fortin (1999) que afirma que o “bom” informante dispõe de tempo, encontrando-se disponível para ser entrevistado, sendo o seu discurso pautado de clareza, conhecimento, demonstrando habilidade para refletir.

## 2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A ética é a ciência da moral e arte de dirigir a conduta que “compreende o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta ” (Fortin, 1999, p.114).

Com o surgimento da investigação qualitativa em enfermagem, a investigação fica embutida de novas e evolutivas exigências éticas. Segundo Streubert e Carpenter (2011) os investigadores devem orientar as suas ações segundo certos princípios éticos de forma a não prejudicarem os participantes. Assim os princípios mais importantes de uma pesquisa incluem o princípio de não maleficência, em que o investigador não pode de forma alguma prejudicar o participante em qualquer fase do estudo e o princípio da autonomia, devendo o participante colaborar no estudo de forma voluntária, obtendo-se portanto o seu consentimento informado. Os investigadores devem ainda assegurar-se que a confidencialidade e anonimato são respeitados apoiando assim o princípio da beneficência e justiça.

Neste sentido foi formalizado um pedido à administração do CHL,EPE (anexo II) de forma autorizar a realização do estudo no SUG, sendo depois a autorização individual dos participantes assegurada pelo preenchimento do consentimento livre e esclarecido (anexo III). Segundo Fortin (1999) para que o consentimento ocorra é necessário informar os envolvidos sobre vários elementos, nomeadamente as finalidades e objetivos do estudo, riscos incorridos, relação risco-benefício da participação, assim como a informação sobre a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento. Em anexo IV é apresentada a autorização do CHL,EPE para a realização das entrevistas.

Mencionando o autor supracitado é importante referir ainda que este estudo pressupôs a proteção dos cinco direitos fundamentais. Desta forma no início de cada entrevista, os participantes foram informados da natureza do estudo, o seu objetivo, duração e métodos permitindo assim ao indivíduo decidir quanto à sua participação ou não na investigação e solicitando a autorização para gravação da entrevista (anexo III). Foi dada liberdade à pessoa para decidir que informação partilhar, assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados de forma a evitar inconvenientes relacionados com a sua exposição.

## 2.6. ANÁLISE DE DADOS

Streubert e Carpenter (2011, p.92) citando Banonis (1989) apoiam que o propósito da análise de dados “é preservar o que é único em cada experiência de vida do participante e permitir uma compreensão do fenómeno em estudo”.

Como já foi referido anteriormente, a entrevista foi gravada em suporte áudio e transcrita minuciosamente através do programa *Microsoft Word*. Mais tarde procedeu-se à audição das gravações simultaneamente com a leitura das descrições, de forma a assegurar o rigor, conhecer os dados e a relacioná-los com o fenómeno em estudo.

Posteriormente procedeu-se à análise dos dados. A metodologia de análise de dados fenomenológicos utilizada foi a construída por Colaizzi em 1978. Segundo Quaresma (2011) citando Colaizzi (1978) esta metodologia assenta em três etapas fundamentais: (a) a descrição original é separada em unidades; (b) as unidades obtidas são transformadas pelo investigador em significados, os quais expressam conceitos fenomenológicos; (c) estas transformações são combinadas com o intuito de criarem uma descrição geral da experiência que está a ser estudada.

Assim a metodologia definida e utilizada por Colaizzi e citada por Streubert e Carpenter (2011,p.80) assenta em nove etapas, as quais foram seguidas rigorosamente:

1. “Descreva o fenómeno de interesse;
2. Recolha as descrições dos participantes acerca do fenómeno;
3. Leia as descrições do fenómeno feitas por todos os participantes;
4. Regresse às transcrições originais e extraia as declarações significativas;
5. Tente atribuir significado a cada declaração significativa;
6. Organize a agregação dos significados formalizados em grupos de temas;
7. Escreva uma descrição exhaustiva;
8. Volte aos participantes para validarem a descrição;
9. Se forem revelados novos dados durante a validação, incorpore-os na descrição exhaustiva”;

### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os achados obtidos através da análise das entrevistas realizadas aos enfermeiros que prestam funções no SUG do HSA do CHL,EPE. Estes serão enriquecidos por frases significativas extraídas e confrontados com diferentes autores pesquisados, permitindo assim a sua discussão, compreensão e validação.

Na fenomenologia o investigador tem como propósito descrever determinado fenómeno tal como é experienciado. Neste sentido, procurou-se documentar as experiências relatadas tal como foram vividas, tendo presente a imparcialidade por parte do investigador, pois tal como referem Streubert e Carpenter (2011,p.68) “Os investigadores devem manter quaisquer pressupostos ou preconceitos separados ou colocados à parte ao longo de toda a investigação”.

Da análise efetuada emergiram 4 temas: conceito de MN, processo de comunicação da MN, dificuldades sentidas pelos enfermeiros e estratégias utilizadas pelos enfermeiros.

#### 3.1. CONCEITO DE MÁ NOTÍCIA

A atuação do enfermeiro envolve um conjunto de áreas diversificadas, visando o bem-estar físico e psicossocial. A sua intervenção encontra-se assim direcionada para o restabelecimento da saúde, sendo esta por vezes difícil de atingir, implicando a sua comunicação ao doente e/ou família. Na sua prática diária o enfermeiro vê-se confrontado com a necessidade de comunicar informações que vão implicar mudanças, sendo estas designadas como MN em saúde.

Segundo Pereira *et al.* (2013) as MN em saúde são consideradas por muitos como uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, assumindo uma das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. O efeito perturbador do tema foi visível nas entrevistas realizadas, existindo de certa forma alguma renitência inicial para abordar o assunto. Para todos os entrevistados foi evidente ser difícil comunicar MN no SUG pelo teor negativo que a

notícia acarreta. Nas entrevistas estiveram patentes o desconforto e momentos de silêncio, que refletiram o constrangimento de lembrar algumas situações vividas.

Da análise das entrevistas surgiu um primeiro tema onde emergiu o significado atribuída à MN. Verificou-se que são vários os conceitos atribuídos, estando a MN relacionada na maioria das vezes com alguma informação inesperada com a qual o doente e/ou família são confrontados e que vão gerar uma mudança negativa no seu quotidiano. A MN é encarada como uma situação que irá alterar as experiências anteriores da pessoa trazendo desconforto, tristeza, levando a que o doente e/ou família experienciem uma situação de crise no seu núcleo familiar. A MN é tida como um imprevisto, algo que não se espera que aconteça, sendo vista portanto como um fator gerador de *stress*.

*“Má notícia é qualquer notícia que a pessoa que está a receber não está preparada, é uma notícia que não faz parte do percurso normal ou que não se espera que aconteça”*  
(E3)

*“Má notícia será no fundo a transmissão de alguma opinião ou de algum (...) de alguma situação que vai alterar as experiências anteriores da pessoa (...)”*(E2)

*“(...) Uma má notícia é por norma uma notícia que acarreta um sentido negativo, um imprevisto, algo que a gente não estava a espera e que em princípio nos trará desconforto, tristeza (...)”*(E1)

Estes testemunhos estão de acordo com Pereira *et al.* (2013) que consideram a MN como algo que modifica radicalmente e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro, afetando as suas expectativas. A MN é também considerada como algo que o doente e/ou família não estão à espera, fato que Correia *et al.* (2004) citando Faulkner (1998) reprovam, alegando que só em situações de acidente ou morte súbita é que o indivíduo se encontra totalmente desprevenido face à MN. Noutras circunstâncias o indivíduo associa, frequentemente o surgimento de sintomatologia vivenciada por si, por familiares ou amigos a situações de doença anteriores.

Foram vários os aspetos referidos pelos entrevistados como motivadores desta mudança de perspetiva de futuro, nomeadamente a comunicação ao doente e/ou família que terá de ficar internado, por exemplo para realização de exames complementares de

diagnóstico; de lhes ser comunicado o diagnóstico de uma doença grave, que irá realizar tratamentos indefinidos, como por exemplo uma situação de insuficiência renal ou até alguma incapacidade física que irá alterar o cotidiano do doente após a alta hospitalar. Estes depoimentos retratam situações vivenciadas pelos enfermeiros no seu dia-a-dia que entendem tratar-se de MN pelo receio e mudança que vão pautar a vida do doente e/ou família.

*“ (...) no meu caso tem sido mais no ficar internado (...)” (E1)*

*“ (...) Às vezes alguma informação que pode ser MN para o doente, como por exemplo limitações ou algumas coisas que possa acontecer no domicílio, já fora do ambiente hospitalar (...)” (E4)*

*“ (...) assim como comunicar que a pessoa vai por exemplo realizar tratamentos indefinidos, por exemplo uma situação de uma insuficiência renal em que o doente vai ser dialisado sistematicamente também, no fundo, vai alterar (...) a situação da pessoa, a situação anterior.” (E1)*

Estes achados estão em sintonia com Pereira (2008) que considera a MN em saúde como situações que implicam uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que envolvem. Para esta autora (pag.30) o significado de MN envolve:

*“ (...) doenças incapacitantes em que não se vislumbra a cura, doenças degenerativas, doenças do foro psiquiátrico progressivamente destruturantes, que vão ensombrar a vida e o futuro das pessoas, a morte de um familiar ou outra pessoa significativa, até ao problema, que, à partida nos parece mais simples, como seja um internamento repentino, ou uma doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e profissional”.*

A morte foi sem dúvida o significado mais atribuído à MN, uma vez que a maioria dos enfermeiros entrevistados associam à MN o terem de comunicar uma situação de morte. Para estes, a morte assume o significado mais intenso da MN, pelo sofrimento, angústia e sentimento de perda e irreversibilidade que ela envolve. Esta conotação atribuída à MN está de acordo com o estudo realizado por Pereira (2005) que evidencia que quer

para os profissionais de saúde, quer para os cidadãos em geral, a MN está quase sempre associada à morte.

*“ (...) comunicar uma morte é sempre uma má notícia (...)” (E2)*

*“ (...) pronto a morte é sempre o culminar das más notícias pelo menos para mim e penso que para a maioria dos enfermeiros.” (E4)*

*“ (...) é sempre uma notícia de uma perda que causa sofrimento, é sempre uma notícia que causa angústia (...)” (E5)*

### 3.2. PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA

Neste tema, é apresentado como se processou a comunicação da MN. Analisando os testemunhos verifica-se que tanto o profissional que comunica a notícia, como o local onde se comunica e o meio utilizado vão depender do âmbito da informação a prestar.

Assim, quando a MN aborda uma notificação de morte esperada, em que a família já tem algum conhecimento sobre o prognóstico do familiar, tendo acompanhado a evolução do seu estado de saúde, são os enfermeiros que comunicam a notícia. Os enfermeiros consideram que é legítimo serem eles a transmitir a MN, pois já existe uma preparação prévia dos familiares, não envolvendo nenhuma informação médica de novo. Estes consideram até que devem ser eles a comunicar, porque na maioria das vezes são eles que acompanham os últimos momentos da pessoa, estando assim mais aptos para informar e reconfortar a família.

*“Pronto aquelas mortes já esperadas que tanto nós como os familiares já estão à espera, acabo por ser eu pessoalmente (...)” (E6)*

*“ (...) até porque nem sempre acontece assim mas (...) apesar do período de urgência ser pequenino (...) mas se calhar até foi esse o enfermeiro que teve mais tempo com o doente nas últimas horas e se calhar consegue transmitir ou se for preciso reconfortar a família (...) porque sabe o que se passou nos últimos momentos.” (E4)*

*“ (...) quando damos a notícia, somos nós que estamos com o doente naquele momento e que acompanhamos o desfecho final, se calhar não é despropositado sermos nós.”*  
(E5)

Correia *et al.* (2004) citando Thelan (1994) corroboram os achados, afirmando que o enfermeiro dada a sua permanência junto dos doentes, a sua posição hierárquica ou facilidade em penetrarem no universo simbólico do doente e/ou família, permite-lhe estabelecer uma relação de proximidade gerando um clima de confiança. Por tudo isto, Pereira (2009) considera que será este enfermeiro mais próximo o mais indicado para transmitir a MN ao doente e/ou família. Nesta linha de pensamento, também Lumini (2006) entende ser o enfermeiro que tem o privilégio de partilhar os momentos mais íntimos do doente. A sua presença física é de carácter permanente, estando naturalmente mais próximo do que o padre ou o médico.

Relativamente à forma como ocorre a comunicação, os enfermeiros revelam que quando se trata de uma situação de morte esperada a informação pode ser comunicada pessoalmente ou pelo telefone. Este último sucede quando os familiares não se encontram no hospital. Quando isto acontece é solicitada a chamada e o enfermeiro procura perceber quem e como se encontra a pessoa que está do outro lado. Cabe ao enfermeiro avaliar a situação e decidir se esta se encontra apta a receber a notícia, ou seja, se está acompanhado, se está a par da situação, se demonstra capacidade de receber a informação. Esta é uma das dificuldades manifestadas pelos enfermeiros, uma vez que a comunicação pelo telefone torna-se ingrata pela subjetividade inerente à distância entre o interlocutor e o recetor. Existe mesmo um testemunho que dá um exemplo de uma situação vivida, admitindo que o fato de não avaliar o contexto em que o recetor se encontrava no momento da notificação poderia ter sido prejudicial, visto que se encontrava a conduzir. Na maioria das vezes, o desenrolar da conversa leva a que a pessoa do outro lado decifre a informação que se pretende transmitir, facilitando de certa forma a comunicação.

*“ (...) se não estiver nenhum familiar presente normalmente se for dito pelo telefone, por exemplo eu peço a chamada, olhe preciso de comunicar à família desta pessoa que acabou de falecer (...) mas tentamos sempre ter o cuidado de a pessoa não estar sozinha do outro lado do telefone, ou se está acompanhada, ou se quer vir cá ao hospital (...) tentamos sempre ver mais ou menos o meio ambiente que o familiar está para receber a notícia. “ (...) ”(E1)*

*“ (...) a pessoa que está do outro lado, se é a esposa, o filho ou não é, porque às vezes não é um familiar direto, tento adequar um pouco (...)”(E4)*

*“ (...) já me aconteceu uma vez, por exemplo, dar uma notícia e como não fiz essa abordagem de perceber se estavam sozinhos, por exemplo uma pessoa estava a conduzir (...) “(E6)*

Os testemunhos tornam evidente que comunicar a MN via telefone é muito frequente, o que facilita a comunicação para o enfermeiro, pois tal como refere Pereira (2009) o telefone funciona muitas vezes como forma de defesa do enfermeiro, perante a dor dos familiares no início do processo de luto. Os enfermeiros admitem mesmo que o terem de comunicar “frente a frente” torna-se mais emotivo, transformando portanto a tarefa de comunicar mais penosa, pelo misto de sentimentos que este assunto envolve.

*“ (...) Portanto a minha experiência na transmissão de MN é principalmente a nível telefónico (...) ”(E6)*

*“ (...) É assim, muitas vezes na comunicação principalmente da morte, muitas vezes não temos cá os familiares presentes, o que acontece que maioritariamente é por via telefone (...) não sei, se calhar emocionalmente seria mais emotivo, se estivermos frente a frente as coisas são diferentes (...) ”(E4)*

Para Carreiras e Arraiolos (2002) a dificuldade em comunicar pessoalmente a MN, cinge-se à relação que os enfermeiros estabelecem com a pessoa e/ou família, pois experienciam sentimentos de impotência e têm dificuldade em gerir o processo de morrer daqueles que cuidam.

Pereira (2009) citando Buckman (1994) refere que a transmissão pelo telefone apenas deve ser utilizada quando está é a única forma de informar. Neste processo é importante

fornecer a identidade do interlocutor indicando de forma clara o nome e função, falar lentamente, permitindo que outro tenha tempo de assimilar a informação. MHSPQDG (2008) partilha da mesma opinião, considerando que a comunicação da MN pelo telefone deve ser evitada sempre que possível, sendo pertinente a existência de um documento informativo que transcreva a vontade dos familiares de serem informados pelo telefone caso exista alguma alteração do estado de saúde do seu familiar, mencionado também se existe algum horário a evitar para a realização do telefonema.

No SU pela imprevisibilidade das situações recebidas, é comum que os profissionais de saúde sejam também confrontados com situações de mortes súbitas, em que as famílias se deparam com notícias de morte não esperada o que torna ainda mais dolorosa a tarefa de comunicar. Quando isto acontece, a maioria dos enfermeiros admite que deve ser o médico a transmitir a notícia, visto que é ele que detém toda a informação relacionada com a permanência do doente no SU, conseguindo explicar a deterioração da situação com achados clínicos. Os entrevistados referem ainda que informação pode ser dada em equipa, ou seja, para além da presença médica poderá estar presente o enfermeiro que auxilia o momento da notificação, dando apoio à família.

Como refere Cerqueira (2004) um acontecimento súbito e inesperado, normalmente desencadeia um luto intenso, muito doloroso e prolongado. A notícia surge sem que exista uma preparação prévia, sendo o choque e a negação mais morosas, sobressaindo o sentimento de incredulidade. Por tudo isto, os enfermeiros declaram a necessidade de ser o médico a transmitir a MN no caso de morte inesperada, uma vez que só este profissional conseguirá facultar à família uma possível explicação para este desfecho, baseada em premissas da medicina capazes de explicar ausência de parâmetros vitais.

*“ (...) às vezes também há algumas situações agudas de morte que eu digo logo que não dou essa informação, tem de ser o médico.” (E4)*

*“ (...) Se por exemplo for uma situação totalmente inesperada, por exemplo (...) estou me a lembrar-me de um (...) por exemplo (...) de uma situação de um acidente onde haja uma vítima mortal (...) os familiares às vezes estão em casa, têm que ser chamados cá e (...) será pela equipa, nomeadamente o médico e enfermeiro que essas notícias são comunicadas.” (E2)*

*“ (...) Quando é uma morte mesmo inesperada no caso de ser um jovem não é, claro que nos socorremos do apoio do médico (...) ”(E3)*

*“ (...) Eu acho que o enfermeiro deve estar ao lado do médico sim, mas mais naquela parte de dar o apoio (...) arranjarmos uma forma de dizer à família que a pessoa morreu (...) ”(E1)*

O facto de a maioria enfermeiros entrevistados responsabilizarem o médico pela comunicação da morte poderá demonstrar um “mecanismo de defesa”. Segundo Rodrigues (1998) mencionado por Diogo (2006) os mecanismos de defesa são respostas mal adaptativas à frustração e ao conflito que surgem por bloqueio da resposta eficaz à situação motivante. O enfermeiro enquanto humano que cuida de outro humano é confrontado com situações emocionais intensas e com o sofrimento emocional, negando e inibindo por vezes as suas emoções e sentimentos e arranjando estratégias de defesa para as situações motivadoras.

Por outro lado, Reid, McDowell e Hoskins (2011) referem que num estudo fenomenológico realizado por Stayt (2009) à equipa de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos, é revelado que alguns enfermeiros afirmaram que deve ser o médico a comunicar a MN e não eles, o que poderá ser explicado pela falta de confiança manifestada por estes profissionais ao referirem falta de treino para atuarem nestas situações.

Quanto à forma de comunicar uma morte inesperada, um dos entrevistados refere que esta é feita pessoalmente, contactando-se um familiar ou pessoa significativa, para se dirigir ao hospital de forma a ser notificado.

*“ (...) Olhe precisávamos que viesse cá à urgência, é por causa deste seu familiar, mas depois quando estiver cá na urgência a gente fala (...) ”(E1)*

A MN para além de ser associada à morte, como já foi referido anteriormente encontra-se também relacionada com diagnósticos médicos, necessidade de internamento hospitalar ou informações que vão implicar mudanças no estilo de vida prévio. Analisando as entrevistas constatou-se que sempre que a MN implica um diagnóstico

médico, todos os enfermeiros entrevistados consideram que deve ser o médico a informar.

*“ (...) sinceramente acho que devia ser pelo médico, já que é o médico que normalmente tem acesso aos exames e ao diagnóstico, nós sabemos, mas não temos acesso aos exames, e acho que o médico devia ser ele a falar com a família e a expor o caso”(E1)*

*“ (...) Tem de ser o médico, neste caso, por exemplo se for um caso de um diagnóstico, o médico que estabelece esse diagnóstico é que tem de comunicar (...) ” (E2)*

*“ (...) deverá ser o médico principalmente se essa comunicação implicar informação clínica (...) ” (E4)*

Estes achados estão de acordo com um estudo de Pereira (2008) onde foram inquiridos médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social, prevalecendo a opinião que é o médico assistente do doente que deve informar a MN, visto que é este que tem o diagnóstico, tendo apenas um médico referido que a MN deve ser comunicada por um médico e enfermeiro.

Pode ainda constatar-se que alguns enfermeiros referem que a MN quando relacionada com diagnósticos médicos pode ser dada, mais uma vez, em equipa, ou seja pelo médico e enfermeiro. Segundo os testemunhos, ao médico cabe a função de informar sobre o diagnóstico, explicando os achados clínicos recolhidos em exames complementares de diagnóstico. Estes irão ajudar o doente e/ou família a compreender por exemplo a necessidade de internamento ou em casos mais extremos, o culminar na morte. Por sua vez, o enfermeiro presta apoio ao doente e/ou família clarificando termos técnicos, de forma a facilitar a compreensão e mostrando disponibilidade para esclarecimento de questões que possam surgir.

*“ (...) Eu penso que deve ser feita em equipa (...) Porque muitas vezes há questões que as pessoas colocam quando é transmitida uma má notícia. Uma delas tem haver com a situação clínica (...) enfermeiro pode, lá está, auxilia, traduz por palavras mais simples a informação (...) ” (E2)*

*“ (...) Eu acho que o enfermeiro devia estar ao lado do médico sim, mas mais naquela parte de (...) juntamente com o médico ajudar (...) arranjarmos uma forma de dizer à família (...) de transmitir” (E1)*

Para Warnock *et al.* (2010) a MN ao ser entendida com um processo de interações que acontecem antes, durante e após o momento em que a notícia é comunicada, envolve uma preparação do doente e familiares para a receção da informação. Desta forma, torna-se importante esclarecer e explicar todas as informações que foram dadas e ajudá-los de forma a desenvolverem mecanismos de lidar com a MN, sendo crucial o envolvimento de uma equipa multidisciplinar que requer um vasto número de profissionais de saúde que devem trabalhar em equipa.

Nos testemunhos emerge assim o papel do enfermeiro no processo de comunicação em equipa, verificando-se que este intervém em dois domínios. Um consiste em proporcionar apoio à pessoa e/ou família durante o processo de comunicar, reconfortando, mostrando disponibilidade para os ajudar no momento difícil e por outro, servir de interlocutor, em que o enfermeiro traduz por palavras mais simples a informação revelada pelo médico, clarificando dúvidas que possam existir.

*“ (...) Eu depois por norma estou lá a dar o apoio (...) ”(E1)*

*“ (...) eu estou lá mais para auxiliar, para dar algum apoio psicológico, emocional (...)”(E5)*

*“ (...) eu acabava por estar com os familiares a acompanhá-los, ao lado, ao mesmo tempo.” (E6)*

*“ (...) o enfermeiro muitas vezes até desmonta, explica mesmo por palavras mais simples (...)”(E2)*

Pereira *et al.* (2013) sugerem que as necessidades de informação transcendem o momento da comunicação da MN, estando os enfermeiros envolvidos em dar essa assistência, principalmente devido à relação que criam com a pessoa e/ou família ao longo do tempo. No estudo realizado por Warnock *et al.* (2010) emergiu que a prestação de apoio pela equipa de enfermagem no momento de dar a MN compreende: a avaliação das necessidades de informação, identificando e esclarecendo mal entendidos; a

obtenção de informações; e a tradução da informação médica complexa com o objetivo de auxiliar o doente e/ou família nas suas reações emocionais. No entanto nesse mesmo estudo, as autoras referem que o papel do enfermeiro se encontra a ser negligenciado, uma vez que na maioria das vezes o seu contributo não é identificado, valorizado ou reconhecido.

Relativamente à forma como se processa a comunicação da MN, os entrevistados revelaram na sua maioria não possuírem nenhum quadro conceptual como guia orientador. No entanto, das entrevistas realizadas, emergiu um testemunho que manifesta recorrer à metodologia SPIKES e outro que afirma que a metodologia utilizada foi construída pela observação da atuação de colegas e por sugestões dos próprios. Para Frias (2003) as múltiplas situações do quotidiano surgem como potenciais oportunidades de formação na interação com os diferentes elementos da equipa de enfermagem. A interação com as experiências de outros colegas possibilita a aquisição de ferramentas úteis para lidar com a problemática da comunicação de MN.

*“ Quando eu dou a notícia tento seguir a metodologia de SPIKES (...) ”(E5)*

*“ (...) eu sei é mais ou menos pelos colegas: olha vê se os familiares (...) se está sozinha a pessoa em casa (...) são coisas que a gente até pela experiência profissional faço, agora não sei se é o mais correto (...) ”(E1)*

No que respeita ao local onde ocorre a comunicação da MN surgem dúvidas quanto ao encaminhamento do doente e/ou familiar. Mencionando o testemunho obtido, surgem hesitações em dizer à pessoa para se dirigir ao local onde são transmitidas as informações, porque a pode levar a associar que algo não está bem, e depois o facto de se encontrar nesse local a aguardar informações pode induzi-la a pensar em MN.

*(...) como é que vais dizer à pessoa para sentar(...) como é que (...) se vais pôr a senhora para aquele lado(...) mas se a senhora sabe que vai ficar ali isolada no sítio já vai pensar em más notícias(...) já vai pelo caminho a ficar nervosa(...) porque às vezes eu também tenho aquela noção que às vezes a gente demora um bocadinho a dizer, a levar a informação que a pessoa faleceu (...) e a pessoa já está tão nervosa que já se está a aperceber, e quando a gente vai a querer dizer a pessoa diz logo : faleceu não é? E nós : pois olhe é isso (...) nós demoramos tanto tempo, que às vezes o familiar começa-se aperceber (...) ”(E1)*

A este propósito, Lopes e Graveto (2010) citando Loff (2004) consideram que o enfermeiro é muitas vezes confrontado com necessidades de informação aos doentes e familiares, tendo de dar respostas plausíveis que não criem ansiedade e dúvidas maiores. No entanto, segundo MHSPCDG (2008) o facto de se adotarem condutas que sugiram MN podem funcionar como “tiro de aviso” advertindo a pessoa que algo de negativo pode estar acontecer. Taylor (2007) corrobora este fato referindo que “tiro de aviso” auxilia o profissional na comunicação da MN, abrindo caminho para a comunicação da informação.

### 3.3. DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS

Comunicar uma MN é uma função desgastante na vida diária dos enfermeiros, como se pode constatar no estudo realizado. Quando confrontados com a realidade de comunicar os enfermeiros referem existir inúmeras dificuldades que podem ser agrupadas em campos diferentes: centradas no enfermeiro, centradas no doente e/ou família e centradas na organização.

As dificuldades centradas no enfermeiro referem-se por um lado ao ato de comunicar, nomeadamente por onde iniciar a comunicação, que tipo de postura e linguagem a utilizar, assim como os termos a incluir de forma a facilitar a compreensão do que é transmitido. Muitas vezes surgem abordagens contraditórias, como refere um dos entrevistados que fundamenta o seu testemunho com um exemplo de uma situação, em que abordou a pessoa dizendo “bom dia”, mas depois questionou-se se seria apropriado utilizar essa expressão já que iria transmitir uma MN.

*(...) “É saber por onde hei-de começar, se hei-de dizer (...) já me aconteceu dizer por exemplo “Olhe bom dia...” e uma pessoa pensa bom dia?! (...) a maneira como se utiliza a linguagem, a maneira como a gente deve abordar a pessoa (...) os termos adequados (...) dizes bom dia, mas depois vais dar uma má notícia (...)”(E1)*

Para Pereira (2008) não existe uma norma para comunicar MN, pois cada pessoa tem as suas características, devendo ser a atuação do profissional adequada a cada situação. Não é uma tarefa fácil para os profissionais de saúde, pois ninguém gosta de se portador de MN.

Os enfermeiros referiram assim receios ou estarem menos à vontade na comunicação de MN, emergindo a questão se estes factos estariam relacionados com a falta de experiência profissional ou formação.

*“ (...) sinceramente este é dos assuntos que me sinto menos à vontade para fazer em termos de atividades de enfermagem (...)”(E4)*

*“ (...) Acho que é uma área, pelo menos eu falo por mim, que ainda tenho muito receio de falar com os familiares e tudo (...) ”(E1)*

*“ (...) Penso que teoricamente é preciso termos uma bagagem de conhecimentos (...) ” (E6)*

Reid *et al.* (2011) citando Stayt (2009) referem que um número considerável de enfermeiros admite que a falta de formação contribui para a preocupação de não ser capaz de responder às perguntas colocadas. Diogo (2006) corrobora afirmando que o enfermeiro é afetado por sentidas e profundas dificuldades que se prendem sobretudo com a preparação insuficiente para informar MN, nomeadamente quando estas se referem a situações de fim de vida. A mesma autora refere no seu estudo, testemunhos de enfermeiros que dizem mesmo sentir-se incapazes de comunicar eficazmente com estes doentes e/ou famílias. Barnett, Fisher, Cooke, James e Dales (2007) consideram que muitos profissionais de saúde desconhecem a importância de transmitir MN da melhor forma, uma vez que nunca receberam treino nem frequentaram cursos desenvolvidos nessa área. Este fato encontra-se evidente nos testemunhos obtidos, visto que a maioria dos enfermeiros considera que embora o curso base integre esta temática,

a base teórica é insuficiente para proporcionar segurança na comunicação da MN, assim como capacidade para lidar com a componente negativa que esta tarefa envolve.

Para Frias (2003) citando Benner (1984) no início da vida profissional não se é detentor de capacidade para superar determinadas situações, nomeadamente as fases que a pessoa atravessa no seu processo de doença, as quais os profissionais e familiares não se sentem capazes de lidar. Para Rodrigues (2005) a formação encontra-se direcionada para a doença e intervenções inerentes, menosprezando-se a aquisição de condutas a adotar perante situações que envolvem a interação com o doente e família, num processo de constante desenvolvimento e mudança. Frias (2003) é da opinião que a formação inicial adquirida parece estar na origem do défice de saber lidar, sendo a escola muito contestada por não preparar, minimamente, os estudantes para lidarem com situações que impliquem alterações no percurso de vida do doente e família, nomeadamente a morte ou o diagnóstico de uma doença grave que vai necessitar de tratamentos prolongados.

Lopes e Graveto (2010) corroboram os achados, concluindo através do seu estudo que os enfermeiros sentem dificuldades na informação e transmissão das MN, assim como em dar resposta às questões colocadas pelos mesmos. Emerge a falta de investimento na formação por parte das escolas e das instituições, que não permite ao enfermeiro gerir de um modo positivo as situações que experiencia, e por conseguinte melhorar os cuidados que presta. Um estudo realizado por Hallgrimsdottir (2000) mencionado por Reid *et al* (2011) revela mesmo que 40% dos enfermeiros referem não ter recebido nenhuma formação para lidarem com famílias enlutadas, enquanto 35% dos participantes firma que a sua prática é baseada na experiência do dia-a-dia.

Por outro lado, existem enfermeiros que consideram que a dificuldade não se remete apenas para a carência em formação, uma vez que esta não funciona isoladamente, mas sim pela interação entre o saber e as experiências adquiridas ao longo da vida profissional. A experiência profissional é vista como uma potencial fonte de ferramentas para lidar com a tarefa, emergindo um testemunho que considera até que a prática os vai tornando mais resistentes. Estes achados estão de acordo com Frias que afirma (2003,p.170): “Aprende-se sempre um pouco em cada situação e na proporção direta da profundidade da interação estabelecida”. Para a mesma autora, as aprendizagens do quotidiano não podem ser vistas como cumulativas, mas sim capazes de promover uma

crítica e, conseqüentemente, transformação. A prática é vista como fonte de riqueza, ou seja, uma fonte onde despontam novos saberes que enriquecem gradualmente a teoria.

Como conclui Diogo (2006) no seu estudo, o cuidar é em si formativo, sendo a experiência de ser enfermeiro considerada a “grande escola”, visto que se produz crescimento em consequência da experiência. Para a mesma autora, a vivência serve de referência para futuras situações e a maturidade constrói-se com essa mesma experiência, sendo por isso a vivência considerada de forma positiva, apesar das dificuldades sentidas pelo enfermeiro no decurso da sua vida profissional.

*“ (...) a experiência na comunicação da má notícia vai interferir no desenvolvimento dessas competências comunicacionais (...)” (E5)*

*“ (...) penso que a experiência profissional também nos ajuda a adquirir algumas dessas competências. (...) Obviamente com estes anos de experiência nós vamos nos “remoldando”, ficando mais resistentes a transmitir essas notícias (...)” (E6)*

Da análise dos testemunhos é possível identificar enfermeiros que consideram que a capacidade de comunicar uma MN se encontra intimamente relacionada com a personalidade de cada um e com as experiências de vida, sendo as dificuldades geradas por esses fatos. Frias (2003) apoia o referido exemplificando que a morte de um familiar pode influenciar a maneira como enfermeiro está perante a pessoa que cuida, pela relação que inerentemente é estabelecida. 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.

Por outro lado Lumini (2006) enfatiza que a forma como cada enfermeiro encara a tarefa de comunicar uma MN depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte e das suas experiências anteriores.

*“ (...) Podem existir enfermeiros muito bons em termos profissionais, mas que nesta área da comunicação de más notícias não sejam as pessoas mais indicadas (...)” (E5)*

*“ (...) Como disse acho que é uma parte sentimental e emocional que cada pessoa tem à sua maneira (...)” (E6)*

*“ (...) mas isso se calhar também tem haver com a nossa experiência de vida.” (E4)*

Ainda no que diz respeito às dificuldades centradas no enfermeiro emerge a escassa informação relativamente ao doente e/ou família, relacionada na maioria das vezes com o curto período de permanência no SU. A falta de informação sobre o núcleo familiar, pessoas significativas e recursos que dispõem para enfrentar a MN compromete a tarefa de comunicar. Segundo os testemunhos, o desconhecimento do período que sucede a comunicação, dos dias seguintes, traz desconforto, pois emerge a preocupação se a família terá mecanismos para lidar com a MN. O SU pelas suas características leva assim a que os profissionais de saúde sejam confrontados pela falta de tempo, sendo na maioria das vezes a relação de ajuda negligenciada. Cerqueira e Gomes (2005) vêm apoiar o referido, considerando que para o estabelecimento desta relação é fundamental tempo e disponibilidade para comunicar com o doente e/ou família, o que por vezes é dificultado pela inexistência do mesmo. No entanto, as mesmas autoras (p.56) consideram que “ (...) uma presença digna, ao longo de apenas cinco minutos, pode perfeitamente ser o mais desejado pelo utente a determinada altura da sua vida”. Sousa (2004) afirma mesmo que o enfermeiro tem responsabilidade de prestar cuidados eficazes e personalizados, prestando apoio à pessoa acompanhando-a no seu processo de adaptação à doença ou até à morte, estando a família incluída se o doente o desejar. Pereira (2008) citando Radwin (1996) afirma que conhecer o doente e família é um elemento essencial para o processo de tomada de decisão, pois só assim será possível compreender melhor o doente, prestar cuidados individualizados e atender a pessoa como um ser único.

*“ (...) como nós trabalhamos num serviço de urgência (...) nós não conhecemos (...) muitas vezes são situações agudas e nós não sabemos, não temos um conhecimento aprofundado nem do utente, nem da família para poder saber que estratégias poderemos utilizar mais facilmente, às vezes acaba por haver essa dificuldade (...) nós muitas vezes damos a má notícia e não sabemos como a pessoa vai para casa, ou (...) como será o dia seguinte, se tem suporte ou não, isto é complicado não é? (...)” (E2)*

As entrevistas evidenciam ainda dificuldades dos enfermeiros em gerir os seus próprios sentimentos quando confrontados com a necessidade de comunicar a MN. Os enfermeiros admitem que comunicar pessoalmente é mais difícil, ficam mais instáveis e

sensíveis pelo misto de emoções que inerentemente esta tarefa envolve. Estes sentem-se fragilizados, inseguros havendo mesmo um testemunho que refere que se a MN envolver uma notificação de morte, só o pronunciar da palavra lhe provoca desconforto.

*“ (...) É assim quando é feita de forma pessoal, ou seja quando temos a pessoa ali que temos a comunicar, as dificuldades que nós temos é controlar as emoções, não é?” (E3)*

*“Pessoalmente é uma situação que cria algum stress (...) ficamos assim um bocadinho nas mãos e nessas alturas ficamos emocionalmente instáveis.” (E6)*

*“ (...) eu não gosto porque sinto-me fragilizado em termos emocionais se tenho de comunicar isto (...)” (E4)*

*“ (...) realmente custa até a mim dizer a palavra, mas de fato digo a palavra para não haver alguma dúvida em relação ao que aconteceu (...)” (E5)*

Estes aspetos vão de encontro ao que afirma Diogo (2006) que refere que o enfermeiro é uma pessoa que se envolve emocionalmente no ato de cuidar. O confronto frequente com a MN leva a que o enfermeiro experiencie muitas vezes sentimentos de tristeza, desânimo e até depressão. Um estudo realizado por Abreu e Vieira (2003) relativamente às vivências dos enfermeiros perante a morte do utente apoia o referido, pois a categoria sentimentos/emoções foi a mais referenciada pelos enfermeiros com 86,5%, sendo por sua vez o “Desconforto/Incomodo/dificuldade em encarar a situação” a subcategoria mais mencionada, surgindo a “ansiedade e angústia” em nono lugar num total de dezoito subcategorias.

Reid *et al.* (2011) citando McLauchlan (1990) referem que os enfermeiros não devem esconder as suas emoções durante a notificação de uma MN, visto que exposição de sentimentos permite à pessoa e/ou família sentir que a equipa compreende o significado do seu sofrimento. No entanto Brown e Wood (2006) mencionados pelos mesmos autores supracitados consideram que chorar abertamente após uma notícia de morte pode parecer pouco profissional.

A morte é vista como a forma mais intensa da MN, um acontecimento temido, que o ser humano repele, sendo considerada pela sociedade ocidental um tabu, um tema

interditado e sinónimo de fracasso profissional para quem trabalha na área da saúde (Medeiros e Lustosa, 2011 citando Costa e Lima, 2005). Apesar de ser considerada como um processo natural, que faz parte do processo biológico do ser humano, a morte dificilmente é aceite como tal. Os testemunhos referem que na sua prática diária nunca tiveram uma reação de aceitação dos familiares como se verifica na transcrição apresentada.

*“ (...) nunca recebi assim uma receção das pessoas de acharem, pronto é uma coisa natural da vida (...)” (E5)*

No que diz respeito às dificuldades centradas no doente e/ou família ressalta a sua capacidade de compreensão no momento da transmissão da MN.

Como refere um dos enfermeiros entrevistados, existe por vezes uma barreira de comunicação que poderá provocar incerteza se a informação foi corretamente assimilada. Conforme já vimos anteriormente, é aqui que entra o papel do enfermeiro, desmistificando informações e mal entendidos. Para que isto não aconteça, tal como refere Pereira (2008) é crucial a utilização de uma linguagem adequada, sem terminologias técnico-científicas, havendo o cuidado de proceder à explicação para que a informação seja corretamente compreendida. O contrário poderá trazer efeitos prejudiciais no processo de adaptação do doente e/ou família, comprovando que uma comunicação eficaz reduz incertezas, medos e constitui uma ajuda essencial na aceitação da doença e participação ativa em todo o processo de tratar/cuidar.

*“Outra dificuldade tem haver muitas vezes com a capacidade de interpretação do utente ou da família dessa própria notícia que nós estamos a dar, às vezes há ali uma barreira na comunicação (...)” (E2)*

Por fim, ainda relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação de MN, surgem as que se encontram centradas na instituição, ou seja, as dificuldades relacionadas com a estrutura física do SU que influenciam a comunicação de MN. Os enfermeiros entrevistados afirmam existir uma sala própria, destinada à comunicação das MN, no entanto declaram que é pouco utilizada. Nos testemunhos obtidos verifica-se que as MN são dadas no local onde o doente e/ou família se encontram, pois como é referido, a própria situação na maioria das vezes torna propícia essa comunicação. No

entanto existe um testemunho que revela que a sala é utilizada para situações em que se pretende comunicar informações apenas à família.

*“ (...) só temos aquela salita ao pé dos laranjas.” (E4)*

*“ (...) mas o que se verifica na prática não é muitas vezes a utilização desse espaço físico (...)” (E3)*

*“ (...) apesar dessa preparação estar feita no serviço, de haver uma sala (...) muitas vezes a própria conversa (...) e própria situação (...) às vezes origina que nós comuniquemos essas notícias fora desse espaço.” (E2)*

*“ (...) a gente costuma ir diretamente ao doente se for alguma notícia relacionada com o seu tratamento ou o seu diagnóstico, é no local próprio do trabalho que a gente comunica.” (E1)*

*“ (...) quando são para serem comunicadas a familiares ou às vezes quando não são ao utente diretamente (...)” (E2)*

*“ (...) Eu por acaso nunca usei a sala (...) ”(E5)*

*“ (...) Tenta-se utilizar um espaço em que momentaneamente não haja tanta circulação de pessoas. ” (E4)*

No protocolo criado por Buckman em 1994 a primeira estratégia para comunicar MN consiste na preparação do ambiente de modo a proporcionar privacidade, conforto e disponibilidade. A abordagem deste assunto deve ser realizada num ambiente tranquilo, privado e sem a possibilidade de interrupções (Leal, 2003). No entanto, não é o que se verifica, pois na sua maioria os enfermeiros comunicam MN no local onde o doente se encontra a ser assistido.

Ao longo das entrevistas foram emergindo depoimentos que justificam o facto de a sala ser pouco utilizada. Existe um enfermeiro que considera que a sala não é muito acolhedora, que não permite visualizar o exterior e portanto que não tem luz natural. Estas características levam a que notícia, já por si difícil de se transmitir e de ouvir, se torne ainda mais pesada.

*“Eu por acaso nunca a usei (...) pelo que eu me têm dito, acham que a sala não é muito acolhedora (...) primeiro não tem visibilidade para o exterior, não entra luz (...) já estamos a dar uma notícia que não é agradável de se ouvir e o ambiente em si também não parece muito acolhedor e muito afável, e então parece que isso ainda torna mais pesado a notícia que estamos a dar (...) ” (E5)*

Para Baile *et al.* (2000) por vezes o próprio local físico causa fracasso à comunicação da MN. O espaço utilizado para comunicar deve ser reservado e tranquilo como já foi referido anteriormente, e proporcionar algum conforto. Para MHSPCDG (2008) é importante que a sala possua janelas para o exterior, seja arejada e permita que a pessoa e familiares estejam sentados durante a notificação.

### 3.4. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS

Com o intuito de superar as dificuldades que vêm sendo referidas, os testemunhos dos enfermeiros foram desvelando estratégias que se encontram centradas por um lado no utente e/ou família e por outro no próprio enfermeiro. As estratégias centradas no doente e/ou família visam proporcionar as melhores condições para a MN ser comunicada. As condições físicas focam-se essencialmente no espaço e ambiente em que é dada a informação, enquanto as psicológicas/emocionais visam condutas que auxiliem a pessoa no momento em que a recebe a MN.

Neste tema emergem também as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para superarem as suas próprias dificuldades aquando confrontados com a necessidade de informarem MN.

Assim, quando surge a necessidade de informar, os enfermeiros procuram que o doente e/ou família não estejam sozinhos. Este cuidado foi tido em conta, quer a notícia fosse dada pessoalmente ou pelo telefone.

Segundo Baile *et al.* (2000) a primeira etapa do protocolo Buckman *Setting Up the Interview* para além de incluir a preparação do espaço que foi referido anteriormente e a preparação do profissional, privilegia a envolvência de pessoas significativas. A presença de um membro da família geralmente serve como apoio e suporte para o doente.

*“ (...) por exemplo: “Tenho aí os meus tios (...) ” Então eles podem entrar para estar ao pé de si. Tento sempre que a pessoa não esteja sozinha.” (E1)*

*“ (...) mas tentarmos sempre ter o cuidado de a pessoa não estar sozinha do outro lado do telefone, ou se está acompanhada, ou se quer vir cá ao hospital, se tem possibilidade (...) tentamos sempre ver mais ou menos o meio ambiente que o familiar está para receber a notícia.” (E1)*

Outra das estratégias relatadas pela maioria dos enfermeiros inclui procurar saber o que a família já sabe. Antes de ser iniciada a transmissão da informação, os testemunhos revelam que é investigado se o doente e/ou família estão a par da situação clínica, qual o seu nível de conhecimento, adaptando depois o seu discurso.

Neste sentido, a atuação da equipa de enfermagem segue o preconizado na segunda fase do protocolo de Buckman – **Perception**. Nesta etapa, tal como o próprio nome indica, procura-se verificar a perceção do doente e/ou família em relação à situação e quais as suas expectativas (Pereira et al., 2013). Baile et al. (2000) apoiam que serão as informações transmitidas pelo doente e/ou família que irá definir o conteúdo e a forma como a notícia vai ser partilhada.

*“ (...) Pergunto sempre se já estava à espera: “Então o seu familiar já tem estado muito mal?” (...) Tento ir mais por aí, que é também para saber se a pessoa já está a contar com o falecimento ou não (...) ” (E1)*

*“ (...) Costumo perguntar o que é que já sabe da situação do doente, se tem vindo a acompanhar o estado (...) ” (E5)*

*“ (...) Quando comunico tento pelo menos perceber a situação que a pessoa sabe que o seu familiar se encontrava, até para saber mais ou menos se está preparado ou se sabia que já estava (...) portanto o seu estado de saúde a degradar-se (...) ” (E3)*

A utilização de uma linguagem direta foi também uma estratégia mencionada por dois dos enfermeiros no momento da comunicação da MN. Os testemunhos revelaram recorrer a palavras diretas como “morreu” com o objetivo de não suscitar dúvidas relativamente à informação transmitida. Mais uma vez esta abordagem enquadra-se noutra das fases do protocolo supracitado, **Knowledge** e contempla o momento da

transmissão da informação. Para Baile *et al.* (2000) nesta fase pretende-se dar a conhecer a notícia, recorrendo a expressões que ofereçam pistas ao doente e/ou família que a informação está para vir. A linguagem utilizada deve ser acessível, adaptada ao nível de compreensão do doente, evitando-se a utilização de termos técnicos. Vitorino *et al.* (2007) corrobora os achados afirmando que a notificação de MN requer portanto a utilização de uma linguagem clara e direta, sem eufemismos devendo ser validada pela família verbalizando o que lhe foi transmitido.

*“ (...) uma coisa que eu também aprendi é que nós devemos dizer mesmo que a pessoa morreu e não dar-lhe outro nome (...)” (E5)*

*“ (...) que é a pessoa morre, morre, não é faleceu, utilizar ali linguagem mais direta.” (E2)*

Após a comunicação da MN verificou-se que a maioria dos entrevistados considera importante proporcionar “tempo” para que a família interiorize a informação e coloque todas as questões que necessitam de ser clarificadas. Os testemunhos evidenciam preocupação com a forma como a notícia é apreendida, deixando claro que a sua atuação preconiza a avaliação dos mecanismos da pessoa para lidar com informação.

Para Pereira (2008) e Vitorino *et al.* (2007) após a transmissão da MN deve ser dado tempo para que o doente e família interiorizem a informação e coloquem novas questões. Cunha, Dias e Nelas (2003) partilham o referido, acrescentando também a importância da expressão das emoções, pois consideram que facilitará a assimilação da informação. Neste sentido, podemos ainda inserir a estratégia mencionada pelos enfermeiros entrevistados na quinta fase do protocolo de Buckman- ***Emotions***. Segundo Pereira *et al.* (2013) a chave para uma resposta empática está em reconhecer adequadamente as emoções do doente e sua família para depois se oferecer o apoio necessário. Nesta fase, as reações do doente e/ou família podem variar do silêncio à incredulidade, choro, raiva ou negação, sendo importante para o profissional estar preparado para responder de forma afetiva ao mesmo tempo que proporciona “espaço” para a exteriorização de sentimentos.

*(...) tento sempre avaliar é se o utente para além de interpretar essa informação se ele próprio tem mecanismos de lidar com essa informação (...) deixo é também um espaço para a que pessoa possa exprimir algumas emoções e que possa ver satisfeitas algumas dúvidas que possa ter.” (E2)*

Quando a MN envolve uma comunicação de morte, outra das estratégias mencionadas pelos inquiridos diz respeito à possibilidade da família ver o corpo, se esta o desejar. Os enfermeiros revelam que quando existe essa vontade, há a preocupação de isolar o local, na medida do possível, de forma a proporcionar alguma privacidade à família, para que possa iniciar o processo de luto.

*“ (...) se a família quiser ver o doente, a gente leva-a a um sítio apropriado, normalmente é onde está o cadáver, o morto, e tentamos isolar o local para a família estar sozinha (...)” (E1)*

Como refere Walsh e McGoldrick (1998) existem tarefas adaptativas cruciais que se não forem tidas em conta deixam as famílias vulneráveis à disfunção. A primeira tarefa contempla o reconhecimento compartilhado da realidade da morte e a experiência comum da perda, isto é, privilegia-se o contacto direto da família com a morte através de visitas à pessoa doente ou através do confronto com o corpo, quer no momento da morte, quer nos rituais funerários. Os mesmos autores citando Imber-Black (1988, 1989) encaram este confronto como uma função vital, pois é dada a oportunidade de prestar uma homenagem, compartilhar o sofrimento e receber conforto da rede de apoio dos sobreviventes. Mowl (2007) citado por Reid *et al.* (2011) reforçam o que foi referido, firmando que caso a família assim o deseje, deve ser o enfermeiro mais próximo ou o enfermeiro mais experiente a acompanhá-la até ao local onde se encontra o corpo, devendo explicar todos os procedimentos que foram realizados, qualquer alteração na aparência física da pessoa, como por exemplo palidez cutânea, e dar apoio.

A intensidade que envolve o processo de comunicar, como já vimos anteriormente, leva a que os enfermeiros se deparem muitas vezes com sentimentos de angústia e insegurança. No estudo realizado constatou-se que os enfermeiros utilizam estratégias de forma a atenuar o desconforto inerente. Os testemunhos demonstram que a maioria se preocupa em comunicar num espaço reservado, sem a interferência de pessoas, nomeadamente na comunicação via telefone.

*“ (...) nem sequer com colegas ao lado, tento sempre arranjar um local onde eu estou sereno, porque se acontecer alguma coisa sou eu (...) não tenho interferência de ninguém (...)” (E4)*

*“ (...) ter um cantinho mais reservado para telefonicamente estar mais a vontade.” (E6)*

## CONCLUSÃO

O principal objetivo deste trabalho centrou-se em estudar as vivências dos enfermeiros na comunicação de MN. Para a sua concretização optou-se por um estudo fenomenológico, de forma a retratar na sua essência, como é para os enfermeiros do SUG terem de comunicar MN na sua prática do dia-a-dia.

Da análise das entrevistas emergiram quatro temas principais: conceito de MN, processo de comunicação da MN, dificuldades dos enfermeiros e estratégias dos enfermeiros para superarem as dificuldades na comunicação de MN. Neste sentido, verificou-se que quanto ao conceito de MN a maioria dos enfermeiros associa-a à morte, estando a MN também relacionada com a comunicação de diagnósticos inesperados, situações de tratamentos indefinidos, necessidade de internamento hospitalar, no fundo qualquer informação que altera o percurso normal da vida do indivíduo.

Relativamente ao processo de comunicação da MN constatou-se que este engloba por um lado quem comunica a notícia, por outro como ocorre a comunicação e por fim onde ocorre a transmissão da informação. Todos estes factos são influenciados pelo teor da informação a comunicar. Assim, quando a MN envolve uma comunicação de morte esperada os enfermeiros referem que podem ser eles a transmitir a informação e que pode ser dada pessoalmente ou por telefone. A maioria dos enfermeiros referiu até que a sua experiência na comunicação de MN é essencialmente via telefone. Caso a informação respeite uma notificação de morte não esperada, a amostra considera que a informação deve ser dada pelo médico ou em equipa, sendo o familiar chamado ao hospital. Neste caso o papel do enfermeiro destina-se a dar apoio à família. Sempre que a MN se refere a um diagnóstico médico, os enfermeiros referem que deve ser o médico a comunicar, sendo que também foi expressa a possibilidade de estar presente o enfermeiro, em que a sua participação inclui clarificar a informação transmitida. Relativamente ao fato da MN ser dada pessoalmente, emergiram dúvidas em relação à conduta, constatando-se que a maioria dos enfermeiros comunica no local onde se encontra a pessoa e/ou família, apesar de existir uma sala própria para o efeito. Segundo

amostra a sala pode ser utilizada para situações em que se pretende falar penas com a família.

Neste sentido, através da análise dos depoimentos, sobressai o papel do enfermeiro na comunicação de MN. Este engloba por um lado o papel de dar apoio ao doente e/ou família durante o processo, e por outro o papel de interlocutor em que o enfermeiro clarifica a informação dada pelo médico, esclarecendo dúvidas que possam surgir.

Verificou-se que quanto à metodologia utilizada para comunicar as MN a maioria dos enfermeiros revelou não seguir nenhuma, sendo que um enfermeiro referiu recorrer ao protocolo SPIKES de Buckman e outro mencionou que a sua atuação foi construída pela observação da atuação de colegas e por sugestões dos próprios.

Outro dos temas desvelado centrou-se nas dificuldades dos enfermeiros na comunicação das MN. Neste tema estiveram patentes dificuldades centradas no enfermeiro, no doente e/ou família e na organização. As centradas no enfermeiro incidiram no ato de comunicar propriamente dito, associadas a dúvidas quanto a termos e posturas a utilizar durante a notificação; com a escassa informação sobre o núcleo familiar do doente; e também com dificuldades relacionadas com a autogestão de sentimentos. As dificuldades centradas no doente e/ou família envolveram dificuldades quanto à capacidade de compreensão da informação. Por fim, surgiram as dificuldades centradas na instituição, ou seja, dificuldades relacionadas com a estrutura do SU. Aqui os enfermeiros mencionaram a existência de uma sala própria que no entanto é pouco utilizada pelas razões descritas no trabalho.

Por fim, o último tema, diz respeito às estratégias utilizadas pelos enfermeiros para superarem as suas dificuldades na comunicação da MN. Neste âmbito foram reveladas estratégias também centradas no doente e/ou família e estratégias centradas no próprio enfermeiro. Quanto às estratégias centradas no doente e/ou família tinham como objetivo proporcionar as melhores condições para a MN ser comunicada. Assim foram referidas condições físicas relacionadas com o espaço físico e ambiente, e condições psicológicas/emocionais relacionadas com condutas que visassem o máximo bem-estar da pessoa e/ou família no momento da comunicação. Quanto às estratégias recrutadas pelos enfermeiros para superarem o desconforto desta tarefa, estes referiram a necessidade de um espaço reservado para estarem mais à vontade, apontando a

experiência profissional como principal aliada na aquisição de ferramentas para superar a dimensão emocional que comunicar MN envolve.

A realização deste estudo permitiu assim apurar que a comunicação de MN é uma tarefa difícil de gerir, pelos sentimentos e emoções que envolvem o enfermeiro e o doente e/ou família. Todos os entrevistados reconheceram ser um assunto delicado, em que a experiência profissional funciona como adjuvante, quando confrontados com este assunto.

Como principais elações deste estudo, pode-se referir:

A carência de formação na área, sendo importante a realização de formações em serviço que permitam aos enfermeiros adquirir/aumentar as suas ferramentas para lidarem com a comunicação de MN;

- A necessidade de momentos de reflexão em equipa, como forma de partilha de experiências, receios e dúvidas;
- A criação de protocolos como forma de uniformização das condutas pela equipa de enfermagem;

Pode-se considerar que o objetivo deste trabalho de investigação foi atingido, uma vez que com a sua realização foi possível conhecer as vivências dos enfermeiros do SUG na comunicação de MN, ressaltando aspetos essenciais para a prática de enfermagem. A sua consecução permitiu conhecer o que pensam e sentem os enfermeiros sobre este assunto, possibilitando assim uma reflexão sobre possíveis práticas a implementar. Já Pereira (2005) corrobora o referido, afirmando que é imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam as suas dificuldades e representações para conseguirem prestar o apoio necessário.

Para terminar, como forma de sugestão, poderá ser interessante a criação de um protocolo orientador para a comunicação de MN e a realização de um estudo que avalie os seus eventuais efeitos (benefícios) para os enfermeiros/doentes/familiares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P. & Vieira, N. (2003). As Vivências do Enfermeiro perante a Morte do utente nos Serviços de Medicina do CHF. *Sinais Vitais*, nº48,39-42.
- André, O. & Neves, M.A. (2003). Atendimento de Urgência- A Perspetiva do Utente. *Revista Sinais Vitais*, nº46, 25-28.
- Baile, W.F., Buckman, R.;Lenzi,R., Globber,G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000) SPIKES-A Six-Step Protocol for delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Barnett, M.M., Fisher, J.D., Cook, H., James, P.R., & Dale, J. (2007). Breaking bad news: Consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Medical Education*, 41,947-956.
- Berg, L. (2000). Qualitative research methods for the social sciences. Needham Heights, Allyn & Bacon.
- Carreiras,E. & Arraiolos, N. O Enfermeiro perante o Doente que Morre. (2002) *Nursing*, nº168,21-24.
- Cerqueira, M.M.A. & Gomes, J.M.P.A. (2005). Comunicar em Enfermagem (Algumas Reflexões). *Revista Sinais Vitais*, nº62,55-57.
- Cerqueira, M.M.A. (2004). Luto na Família- Cuidar dos que ficam. *Nursing*, nº194, 28-30.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica- Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (G. Toletti & M.C. Vieira, Trad.) Loures: Lusodidacta (trabalho original em Francês publicado em 2002).
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica- Estratégias de Intervenção* (G. Toletti & M.C. Vieira, Trad.) Loures: Lusodidacta (trabalho original em Francês publicado em 2002).
- Correia, M.R., Frausto, F., Violante, A. (2004). Ser Portador de Más Notícias. *Revista Sinais Vitais*, nº55,53-55.
- Cunha, M.,Dias,A. & Nelas,P. (2003). Cuidados pós-mortem. *Revista Sinais Vitais*, nº46,33-39.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro* (1ª Edição). Formasau: Coimbra.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização* (3ª edição). Loures: Lusociência.

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição)* (N. Salgueiro Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Frias, C.F.C. (2003). *A Aprendizagem do Cuidar e a Morte- Um desígnio do Enfermeiro em Formação*. Loures: Lusociência.
- Garcia, T. R.& Nóbrega, M.M.L. (2009). Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (1),188-193. Acedido a 15 de Janeiro de 2015 em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf)
- ICN- Internacional Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0*. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (trabalho original em inglês publicado em 2010)
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, F. (2003). Transmissão de Más Notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº19,40-43. Acedido a 15 de Janeiro de 2015 em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9903>
- Lech, S.S., Destefani, A.S., Bonamigo, E.L. (2013). Percepção dos Médicos sobre Comunicação de Más Notícias ao Paciente. *Unoesc & Ciência- ACBS*,4 (1),p.69-78. Acedido em 15 de Janeiro de 2015, em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/2568/pdf>
- Lopes, J.M.G.N. & Graveto, C., J.M.G.N. (2010). Comunicação de Má Notícias: Receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (2),257-263.
- Lumini, J. A.S. (2006). Dignidade de morrer no hospital: utopia ou realidade? *Nursing*, nº215, 7-12.
- Marçal, K.B.F. (2014). Uma Visão de Enfermagem sobre a Comunicação de Doenças de Prognóstico Reservado. *Revista Portuguesa de Bioética*, nº20, 93-112.
- Medeiros, L.A. & Lustosa, M.A. (2011). A difícil tarefa de falar sobre a morte no hospital. *Rev. da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (2), 203-227. Acedido a 27 de Novembro de 2014, em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582011000200013&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582011000200013&script=sci_arttext)
- MHSPCDG-Mental Health Services Palliative Care Development Group (2008). Breaking Bad News. *Palliative Care Resource Manual*, Secção 7, 1-7.
- Neto, A.J.S.M., Ribeiro, L.M.C., Magalhães, L.M.S.L., Torres, M.F.A., Mendes, M.J.B.Q. (2003). Grau de Satisfação do Utente relativamente ao Acolhimento proporcionado pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência. *Servir*, nº51,214-227.

- Nunes, J.M.M. (2007) *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care.
- Pereira, A. G. P. (2008) *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, A. T. G., Fortes, I.F.L., Mendes, J.M.G. (2013). *Comunicação de Más Notícias: Revisão sistemática da literatura. Revista Enfermagem UFPE on-line*,7 (1) 227-235.
- Pereira, M.A. (2005). Má Notícia em Saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto em Enfermagem*, 14 (1),33-37. Acedido a 27 de Novembro de 2014, em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100004)
- Pereira, V. (2009). Comunicar o Fim de Vida... O Papel do Enfermeiro face à Comunicação de Falecimento à Família. *Revista Enformação*,14-17. Acedido a 3 de Outubro de 2015, em: <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/176/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009%2014.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N, Salgueiro & R. P. Salgueiro) Loures: Lusociência. (Trabalho original publicado em 2002).
- Polit, D.F.; Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem- Métodos, Avaliação e Utilização*. (5ª edição) (A. Thorell, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original em Inglês publicado em 2001)
- Quaresma, J. (2011). *Sofrimento e Espiritualidade da Pessoa com Esclerose Múltipla*. Tese de doutoramento.Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde.
- Querido, A., Salazar, H., Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa- Centro de Bioética,357-377.
- Reid, M., McDowell, J., Hoskins, R. (2011). Communicating news of a patient's death to relatives. *British Journal of Nursing*,20 (12), 737-742.
- REPE- Regulamento do exercício para a prática de enfermagem (2012). Regulamento e estatuto da ordem dos enfermeiros art.4º-1. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Rodrigues, A. X. (2005). Dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com doentes portadores de cancro. *Nursing*,nº198,31-34.
- Serra, J. & Albuquerque, E. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. *Psiquiatria Clínica*,27 (1),75-82.
- Sousa, A.R.G. (2004). A Morte no corredor do Serviço de Urgência. *Servir*,nº3, 144-148.

- Sousa, D. (2013). *Competências e Saberes em Enfermagem*. IN: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 27 de Novembro de 2014 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Search/results.aspx?k=competencias&start1=31>
- Stefanelli, M.C. & Carvalho, E.C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2011). *Investigação qualitativa em Enfermagem- Avançando o Imperativo Humanista* (A. P. S. Santos Trad.) (5ª Edição). Loures: Lusodidacta. (Trabalho original publicado em 2011).
- Taylor, E. (2007). How best to communicate bad news over the telephone. *End of Life Care*, 1(1),30-37.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (A.R. Albuquerque, trad.) Loures: Lusociência. (trabalho original Inglês publicado em 2002)
- Vitorino, A. B., Nisenbaum, E.B., Gibello, J., Bastos, M.Z.N., Andreoli, P.B.A. (2007) Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista SBPH*, 10 (1), 53-63. Acedido a 27 de Novembro de 2015, em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582007000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582007000100005&script=sci_arttext)
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *Morte na Família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre : Artmed.
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., Soreny, C. (2010). Breaking bad news in patient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7),1543-1555.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar: uma teoria de Enfermagem*. (J. Enes Trad.) Loures: Lusociência.

## ANEXOS

ANEXO I  
Guião da Entrevista

Caro colega:

Sou aluna do 1º ano do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria e venho por este meio solicitar a sua colaboração para responder à entrevista em anexo.

O objetivo do estudo é investigar quais “As vivências dos enfermeiros na comunicação de más notícias” e por isso a entrevista surge com intuito de colher dados para o referido estudo.

A entrevista será gravada por leitor áudio e depois transcrita em *Microsoft Word*. Mais tarde irei novamente solicitar a sua participação para validar os achados que obtive na sua entrevista.

É importante referir que será assegurado o anonimato e que sua participação será enriquecedora para o desenvolvimento deste estudo, agradecendo desde já a sua participação.

**Entrevista n°:**

**Data:**

**Tempo utilizado:**

**A. Caracterização do entrevistado- dados sociodemográficos:**

1. Sexo:
2. Idade:

**B. Exercício Profissional**

1. Anos de experiência profissional:
2. Anos de experiência no serviço de urgência geral:

**Guião da entrevista semiestruturada - Questões orientadoras**

1. Fale-me na das suas vivências na comunicação de MN?
2. Em que situações surgem essas vivências?
3. Se tiver de comunicar MN como é que isso se processa?
4. Como é para si comunicar MN?
5. Utiliza estratégias para o auxiliar nessa comunicação?
6. Em que baseia essas estratégias?
7. Recorre a protocolos?
8. Tem interesse em complementar os seus conhecimentos nesta área?

## ANEXO II

Pedido de autorização para realização das entrevistas no Serviço de Urgência Geral do Hospital Santo André-leiria

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de  
Administração

Do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

**Assunto: Pedido de autorização para aplicação de entrevistas.**

Vânia Rita Magalhães Ribeiro a exercer funções de enfermagem no serviço de urgência geral da vossa instituição e a frequentar o curso de Mestrado em “Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”, na Escola Superior de Saúde de Leiria, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência que seja concedida autorização para realização de entrevistas (guião em anexo) aos enfermeiros do serviço supracitado.

Este pedido surge no contexto da realização de um estudo de investigação, intitulado de **“Vivências dos enfermeiros na transmissão de más notícias”** desenvolvido sob a orientação do Professor José Carlos Quaresma e que terá de ser entregue até 30 de Junho do presente ano. Este estudo tem como principais objetivos:

- Perceber o que os enfermeiros do SUG consideram MN;
- Identificar dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUG na comunicação de MN;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros do SUG utilizam para lidar com as dificuldades na comunicação de MN;
- Conhecer se os enfermeiros do SUG sentem necessidades de formação sobre comunicação de MN;
- Verificar se os enfermeiros do SUG conhecem/utilizam alguma metodologia para a comunicação de MN.

Salienta que se compromete ao sigilo dos dados e a enviar os resultados do estudo caso V.Exa. assim o entenda.

Agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Março de 2014

### ANEXO III

Modelo de consentimento informado utilizado nas entrevistas

## AUTORIZAÇÃO

Eu.....,declaro que concordo participar voluntariamente no trabalho de investigação realizado por Vânia Rita Magalhães Ribeiro, no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, subordinado ao tema “Vivências do Enfermeiros na Comunicação de Más Notícias”.

Foi-me explicada a investigação a realizar assim como a definição da minha participação do estudo.

Colaborarei em dar repostas à investigadora, tendo-me sido informado que a entrevista seria gravada via áudio, autorizando-a a utilizar as informações para fins académicos, sem restrições, desde que sejam garantidos a privacidade e anonimato.

Tive a oportunidade de formular questões que achei pertinentes, as quais foram respondidas eficazmente.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco.

Sou livre de responder às questões que me forem formuladas, e posso, a qualquer altura retirar o meu consentimento, terminando a minha participação no estudo.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Assinatura do entrevistado \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Assinatura do investigador \_\_\_\_\_

ANEXO IV

Autorização para realização das entrevistas no Serviço de Urgência Geral do Hospital  
Santo André-leiria

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração  
Do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

**Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários.**

Vânia Rita Magalhães Ribeiro a exercer funções de enfermagem no serviço de urgência geral da vossa instituição e a frequentar o curso de Mestrado em "Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica", na Escola Superior de Saúde de Leiria, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência que seja concedida autorização para realização de entrevistas (guião em anexo) aos enfermeiros do serviço supracitado.

Este pedido surge no contexto da realização de um estudo de investigação, intitulado de "Dificuldades dos enfermeiros na transmissão de más notícias" desenvolvido sob a orientação do Professor José Carlos Quaresma e que terá de ser entregue até 30 de Junho do presente ano. Este estudo tem como principais objetivos:

- Perceber o que os enfermeiros consideram más notícias;
- Saber com que frequência os enfermeiros comunicam más notícias;
- Identificar dificuldades sentidas pelos enfermeiros na transmissão de más notícias;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros utilizam para lidar com as dificuldades na comunicação de más notícias;
- Conhecer as necessidades de formação dos enfermeiros sobre comunicação de más notícias;
- Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a existência de protocolos para transmissão de más notícias.

Salienta que se compromete ao sigilo dos dados e a enviar os resultados do estudo caso V.Exa. assim o entenda.

Agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Março de 2014

Vânia Rita Magalhães Ribeiro

Recebi o original  
deste documento + o  
Guião de Entrevista  
2014-3-26

Paula (1194)

