



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Samuel Sampaio de Sousa

**A COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA EM CONTEXTO DE
MORTE INESPERADA**

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora MARIA AURORA PEREIRA**

**e coorientação da
Mestre ROSA OLÍVIA MIMOSO**

Julho de 2013

À Rita, à Ana Miguel e ao Diogo...

por todo o tempo "em que não estando presente" estiveram sempre comigo!

AGRADECIMENTOS

Sendo este documento fruto de um percurso pessoal de muito trabalho, por vezes solitário, não poderia, nesta altura, deixar de agradecer a um conjunto de pessoas que contribuíram efetivamente para que o mesmo acontecesse.

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Mestre Rosa Olívia Mimoso, pela partilha de conhecimento, pelo encorajamento, pelo acompanhamento e pela disponibilidade, pelo profissionalismo e pelas instigações permitindo que este trabalho chegasse a “bom porto”.

A todos os Professores e colegas de curso, que pelo conhecimento, pela partilha de saberes e pelos momentos de lazer me ajudaram a crescer.

A todos os Enfermeiros que contribuíram para a realização do estudo, que atuam no momento de morrer e o evitam tantas vezes, pelos momentos de introspeção e de riqueza proporcionados.

A toda a minha Família e aos meus Amigos pela amizade e apoio nos momentos de maior dificuldade.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a materialização desta investigação.

A minha sincera **Gratidão!**

A morte pertence à vida, como pertence o nascimento.
O caminho tanto está em levantar o pé, como em pousá-lo no chão.

Tagore, *in* Pássaros Perdidos

Resumo

A comunicação da má notícia em saúde constitui uma das maiores dificuldades para os profissionais de saúde e nomeadamente para os enfermeiros.

Esta dificuldade eleva-se quando o processo de morrer se enquadra num contexto de morte inesperada, não só pela imprevisibilidade deste terrível acontecimento, como pela impreparação não só dos profissionais em lidarem com a situação assim como, dos familiares em receberem a notícia e iniciarem o processo de luto.

Pretendemos com este estudo compreender a(s) experiência(s) dos enfermeiros no processo de comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada, no serviço de urgência, de modo a contribuir para uma melhor intervenção nesse processo de comunicação.

O estudo assenta na investigação qualitativa, com carácter descritivo e de características fenomenológicas e a estratégia de recolha de dados incidiu na entrevista semiestruturada, dirigida a enfermeiros de um serviço de urgência. Os dados foram analisados com o recurso à análise de conteúdo.

Os resultados demonstram que os enfermeiros consideram o processo de comunicação da má notícia difícil e constrangedor, salientando no entanto a relevância que deve ser atribuída ao mesmo no contexto dos cuidados.

Foram evidenciadas as dificuldades sentidas no processo, centrando-se estas aos níveis do profissional, da dinâmica do serviço e do processo de comunicação, assim como as estratégias que são mobilizadas e que se relacionam sobretudo com o procedimento, a equipa e o profissional.

A comunicação da má notícia despoleta diversos sentimentos e reações, inerentes à situação, propriamente dita, e ao ato de comunicar a má notícia.

Destacaram-se ainda os fatores facilitadores e dificultadores deste processo de comunicação, os quais se entrecruzam.

Emergiram ainda do estudo, um conjunto de sugestões que nos proporcionam novas perspetivas de intervenção, com implicações a nível da organização, da dinâmica da equipa e da formação.

Palavras-chave: comunicação da má notícia; morte inesperada; enfermeiros.

Julho de 2013

Abstract

To communicate bad news in health is one of the biggest difficulties for professionals of this sector, particularly to nurses.

This difficulty is higher when the death process fits in unexpected context. Due to an unpredictability of this terrible event and lack of professionals preparation, dealing with this situation and the family's reaction when received the news, beginning the grieving process.

With this this study, we intend to understand nurse's experience(s) in bad news communication process in the context of unexpected death in the Emergency Room (ER), to contribute to a better intervention in this communication process.

The study is based on qualitative research with descriptive and phenomenological characteristics and the strategy of data collection concentrated on the semi-structured interview, aimed to nurses in ER. The data were analyzed using content analysis.

The result show that nurses consider bad news communication process is considered difficult, embarrassing and stressing, instead of the relevance that nurses give to it in the context of care.

The difficulties were shown in the process, focusing on these levels of professional service, the communication process dynamics and the communication strategies, such as the strategies there are referenced and are related, namely with the procedure, the team and the professional.

The communication of bad news triggers different feelings and reactions inherent in the situation itself, and to the act of communicating the bad news.

It highlighted as well the factors facilitating and inhibiting of this process of communication, which intersect.

From the study, it also emerged, a set of suggestions that give us new intervention perspectives, with implications for the organization, dynamics and team training.

Keywords: bad news communication process, unexpected death; nurses.

July 2013

Índice Geral

Introdução	23
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. A comunicação, base das relações interpessoais	28
1.1 - Componentes da comunicação	32
1.2 - Barreiras à comunicação	37
2. A comunicação, no campo de competências em enfermagem	41
3. A Morte Inesperada e o processo de comunicação da má notícia	45
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	61
1. Da problemática aos objetivos	63
2. Tipo de estudo	65
3. O Contexto e os Participantes no estudo	67
3.1 - O Contexto	67
3.2 - Os Participantes	68
4. Procedimentos de recolha de dados	70
5. Análise de dados	72
6. Considerações Éticas	74
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS DADOS	78
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	129
APÊNDICES	139

Índice de Figuras

Figura 1	- Significado atribuído ao processo de comunicação da má notícia – categorias	78
Figura 2	- Dificuldades no processo de comunicação da má notícia – categorias e subcategorias	80
Figura 3	- Estratégias de comunicação da má notícia – categorias e subcategorias	85
Figura 4	- Sentimentos e reações vivenciadas no processo de comunicação da má notícia – categorias e subcategorias	89
Figura 5	- Fatores que interferem no processo de comunicação da má notícia - categorias e subcategorias	92
Figura 6	- Sugestões de otimização do processo de comunicação da má notícia – categorias e subcategorias	96

Índice de Tabelas

Tabela 1	- Caraterização sociodemográfica dos participantes	69
-----------------	--	----

Anexos

Anexo 1	- Autorização do Conselho de Administração da instituição à solicitação de realização do estudo	129
----------------	---	-----

Apêndices

Apêndice 1	- Ficha de identificação do participante	141
Apêndice 2	- Instrumento de colheita de dados (Guião de entrevista)	145
Apêndice 3	- Declaração de consentimento informado	149
Apêndice 4	- Codificação das entrevistas (Áreas temáticas, categorias, e subcategorias)	153

Siglas e Abreviaturas

CIPE ®	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
INEM	-	Instituto Nacional de Emergência Médica
SE	-	Sala de Emergência
SU	-	Serviço de Urgência
SUMC	-	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
VMER	-	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Introdução

O fenómeno da vida e a azáfama diária de a viver faz-nos não pensar na morte, nomeadamente a que pode surgir de forma inesperada, sem aviso prévio, e para a qual não estamos preparados.

Esta impreparação, consequência da ânsia de viver e da tentativa desesperada de prolongar a vida, leva a que cada vez mais se encaminhe a vítima para o hospital e que cada vez mais se morra no hospital, excluindo-se assim o receio da falta de assistência médica.

Mas neste percurso, cada vez mais morrer é um processo “solitário e impessoal, porque o paciente é muitas vezes retirado do seu ambiente familiar e enviado à pressa para uma sala de emergências” (Kübler-Ross, 2008, p. 20) sendo então a vivência da morte muitas vezes iniciada nos serviços de saúde. Como refere Ariès (1988, p. 56), “já não se morre em casa, no meio dos seus (...). Morre-se no hospital porque é no hospital que se proporcionam cuidados que já não são viáveis em casa”.

Este autor considera que “tecnicamente admitimos que podemos morrer, e tomamos providências em vida para preservar os nossos da miséria. Verdadeiramente, porém, no fundo de nós mesmos, não nos sentimos mortais” (Ariès, 1988, p. 66) e daí a enorme dificuldade de aceitar verdadeiramente a morte.

A morte, deveria ser tão natural como a vida, no entanto morrer, como condição inerente do viver e aparentemente tão natural como o nascer, não é encarada assim. Hennezel (2000) cit. por Pereira (2005, p. 47) refere que “escondemos a morte como se ela fosse vergonha e suja. Vemos nela apenas horror, absurdo, sofrimento inútil e penoso” e graças a esse sofrimento penoso e desnecessário a morte não é bem aceite, especialmente na família.

Para os que ficam, a morte de um familiar/pessoa significativa, de modo esperado ou inesperado é, de todas as experiências de vida, a que impõe os maiores desafios e que exige uma maior adaptação tanto para a pessoa como para a família” (Costa, 2009) e daí a enorme dificuldade em aceitá-la.

A morte inesperada surge então como acontecimento súbito e para o qual não existe preparação prévia, exigindo das equipas de saúde, em particular das equipas de reanimação

e nomeadamente dos enfermeiros, competência na abordagem e estabilização das situações de colapso súbito, assim como na gestão do processo de morrer e do luto familiar.

Para Costa (2009, p. 36) “a experiência de perda e de luto de um familiar é um momento de crise de desenvolvimento para os elementos de uma família, daí que após a perda de um ente querido, a família deveria tornar-se no centro dos nossos cuidados” uma vez que “é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer”, no entanto, esta perda “é penosa não só para quem a experimenta, como também para quem observa, ainda que pelo simples facto de nos sentirmos impotentes para ajudar” (*ibidem*).

Assim, as situações de colapso súbito geram níveis elevados de stress para os profissionais, não só pelas condições em que a situação ocorre, como pela proximidade dos familiares ou pessoas significativas, que podem produzir maiores níveis de preocupação e de ansiedade, não só pela situação em si como pelo acréscimo de atenção necessária aos mesmos.

A forma como cada um lida e vive com o processo de morrer de um doente em contexto de morte inesperada é pessoal e singular, tornando-se a abordagem, a comunicação da má notícia e o apoio proporcionado, alguns dos maiores desafios para as equipas prestadoras de cuidados. É importante não só respeitar o corpo mas também a família, conferindo a dignidade a que qualquer pessoa tem direito.

No entanto, a tomada de conhecimento do sucedido começa com a notificação da má notícia e a comunicação deste tipo de informação em saúde, constitui uma das situações mais difíceis e complexas no âmbito das relações interpessoais (Pereira, 2005).

Para esta autora (2005, p. 44), é consensual que uma má notícia afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, face a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo e que “uma má notícia nunca é bem recebida, mas o grau de “maldade” é definido pela distância que separa as expectativas do futuro da realidade da situação”.

Daí que o processo de comunicar, enquanto procedimento dinâmico em si e ajustado às circunstâncias dos elementos que o compõem, é extremamente importante na tentativa de responder às diversas necessidades individuais.

Sendo a experiência de comunicação de uma má notícia a familiares ou pessoas significativas, uma constante no quotidiano dos profissionais e particularmente dos enfermeiros de urgência, parece-nos fundamental compreender o processo de comunicação da má notícia.

Neste seguimento, salientamos que as situações de vivência de processos de morte inesperada e a comunicação da má notícia acompanham a nossa vida profissional há alguns anos, sendo as respetivas vivências pessoais, a forma como é proporcionada a comunicação pelos profissionais de saúde, as reações verificadas posteriormente pelos familiares e as dificuldades em notificar familiares ou pessoas significativas, sentidas e manifestadas informalmente pelos enfermeiros, as motivações para a realização deste estudo, tornando-se numa problemática que gostávamos de aprofundar.

Reconhecemos efetivamente, o valor da comunicação, da influência das condições gerais do contexto de ação, da variabilidade dos diferentes atores e da interatividade de todos estes aspetos no resultado final e acreditamos que o estudo potenciará um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, à família em situação crítica face à comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada, promovendo condições para um início do processo de luto saudável.

É neste contexto que surge o presente estudo, com o objetivo de compreender o significado das experiências dos enfermeiros no processo de comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada, no serviço de urgência.

Deste objetivo geral, emergem os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o(s) procedimento(s) no âmbito do processo da comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada;
- Perceber os sentimentos/emoções experienciados pelos enfermeiros no âmbito do processo da comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada;
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores no processo da comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada;
- Identificar sugestões que otimizem o processo da comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada;

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, que consubstanciam o percurso de investigação. No primeiro capítulo apresentamos o referencial teórico que sustenta a problemática em estudo e que se organiza em torno dos seus principais eixos: a comunicação da má notícia e o processo de morrer, em contexto de morte inesperada. No segundo capítulo expomos todo o percurso metodológico, referindo o tipo de estudo, a contextualização e identificação da problemática e dos objetivos, a caracterização dos

participantes, a estratégia de colheita de dados, o procedimento de análise de dados e as questões éticas que sustentam o estudo. O terceiro capítulo integra a apresentação e análise dos dados, seguindo-se um quarto capítulo em que procedemos à discussão dos resultados. No quinto e último capítulo, apresentamos as principais conclusões e as perspetivas futuras.

CAPITULO I

Enquadramento Teórico

1. A COMUNICAÇÃO, BASE DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

O Homem enquanto ser em relação com o outro e com o meio, está inerentemente e constantemente a comunicar aliás, “a capacidade de o ser humano comunicar com outras pessoas é inerente ao comportamento humano” (Stefanelli & Carvalho, 2005, p. 1).

Estas autoras consideram que o ser humano, recorrendo à linguagem, comunica sobre o presente, mas a complexidade no uso da mesma e a capacidade intelectual, permite a inclusão não só de factos do passado como a sua projeção para o futuro (Stefanelli & Carvalho, 2005), significativo de um processo dinâmico que o mesmo traduz.

Etimologicamente, o termo comunicar vem do latim “*comunicare*” e significa pôr em comum, partilhar.

Contudo a comunicação é muito mais abrangente, “é uma daquelas actividades humanas que todos reconhecem, mas que poucos sabem definir satisfatoriamente. Comunicação é falarmos uns com os outros, é a televisão, é divulgar informação, é o nosso penteado, é a crítica literária: a lista é interminável” (Fiske, 1993, p. 13).

Assim a comunicação pode ser considerada a essência da relação humana. O homem em sociedade e em íntima ligação com esta, não existiria como tal se não existisse a comunicação. Aliás, é através da comunicação e da reciprocidade do processo, que existe a troca de informação, de mensagens, de experiências, de sentimentos, de emoções... ou seja, uma partilha efetiva entre os envolvidos no processo comunicacional.

Freixo (2011, p. 123) quando questionado sobre o que é a comunicação, refere que “a resposta, aparentemente, é fácil de dar. Com efeito, o que espontaneamente nos vem ao espírito é a situação de diálogo onde duas pessoas (emissor/receptor) conversam, ou seja, trocam ideias, informações e mensagens”.

Contudo e segundo o mesmo autor, “devido à natureza complexa e multidisciplinar do processo, a comunicação é muito difícil de definir. A palavra comunicação é abstrata e, como todas as palavras, possui múltiplos significados” (*idem*, p.121).

Face aos diferentes significados do conceito comunicação ao longo dos tempos, surgiram diversas teorias em torno da mesma que “explicitam a riqueza e a abrangência da comunicação enquanto processo complexo de interação humana” (Freixo, 2011, p. 121).

Para Caetano e Rasquilha (2007, p. 23) comunicar “é pôr em comum uma informação, é partilhar uma opinião, um sentimento, uma atitude, um comportamento”, “é a passagem do individual ao colectivo, exigindo dois polos interlocutores e um conjunto de símbolos que a inteligência humana criou e às quais confere um determinado «significado», ou atribui um certo «comportamento»” (*idem*, p. 25). Na ótica dos autores, para transmitir esse conjunto de símbolos, na dinâmica estabelecida entre emissor e recetor, o homem dispõe de dois instrumentos: a comunicação verbal e a comunicação não verbal.

Efetivamente, a comunicação é muito mais do que linguagem, podemos dizer que os processos comunicacionais abrangem domínios extremamente diversificados que compreendem não só atos discursivos, como silêncios, gestos e comportamentos, olhares e posturas, ações e omissões (Rodrigues, 1997). Aliás, os processos comunicacionais são tão envolventes e complexos que muitas vezes “uma palavra esperada mas não enunciada ou uma acção não realizada mas esperada ou virtualmente sugerida são igualmente actos comunicacionais. É por isso que o silêncio e a omissão podem comunicar de uma maneira tão forte como a palavra proferida ou a acção efetivamente realizada” (*idem*, p. 67).

Analisando particularmente estes dois modos de comunicação, “podemos referir que o instrumento privilegiado da comunicação é, obviamente, a linguagem. A linguagem falada ou escrita, percebida pelos nossos sentidos, é, realmente, o instrumento de comunicação por excelência” (Caetano & Rasquilha, 2007, p. 25).

Já para Fiske (1993, p. 13), “toda a comunicação envolve signos e códigos. Os signos são artefactos ou actos que se referem a algo que não eles próprios, ou seja, são construções significantes”. Basicamente “(...) a comunicação é a transferência de uma mensagem de A para B. Consequentemente, as suas preocupações principais são o meio, o canal, o transmissor, o receptor, o ruído e o *feedback*, pois todos eles são termos que se relacionam com este processo de enviar uma mensagem” (*idem*, p. 61).

Esta visão da comunicação é também partilhada por Riley (2004, p. 6) para a qual, “a comunicação envolve um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas”.

Então e considerando a comunicação como um processo, segundo Stefanelli e Carvalho (2005, p. 29), para que ele tenha início há sempre alguém (emissor) com uma necessidade de transmitir ou saber algo ou um conteúdo (mensagem) que precisa de ser esclarecido, dito para outra pessoa (recetor). O emissor sente-se, então, estimulado a iniciar um contacto interpessoal e pensa como fazê-lo (codificação) e como enviá-lo (canal) a fim de tornar comum o conteúdo da sua informação ou ideia. O recetor, por sua vez, reagirá à mensagem recebida apresentando uma reação.

Aparentemente e segundo este pensamento linear, o cumprimento de todos estes elementos tornaria eficaz o processo comunicacional. Porém, na ótica de Caetano e Rasquilha (2007) a comunicação só será possível se entre quem transmite a mensagem e quem a recebe, existirem experiências anteriores comuns nomeadamente, vivências, linguagem, cultura, estilo de vida e religião, que permitam que os dois interlocutores se compreendam entre si, atribuindo à mensagem um significado coincidente com compreensão e assimilação pelas partes.

Assim pode-se concluir que a comunicação é um processo de compreender e partilhar mensagens (recebidas e enviadas) e que o conteúdo e o modo como são partilhadas, influenciam o comportamento das pessoas envolvidas no curto, médio ou longo prazo (Stefanelli & Carvalho, 2005).

Phaneuf (2005, p. 23), dá-nos ainda uma visão um pouco mais abrangente ao considerar que a comunicação é um processo “de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” e que se transmite “de maneira consciente e inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (*ibidem*).

Aliás, a comunicação na sua abrangência invade-nos por todos os lados, ou seja é omnipresente no agir da pessoa, “na maneira como ela pousa o olhar, na expressão da sua face, na sua postura, nos seus gestos, nas suas palavras, nas suas roupas, na sua conduta, na sua maneira de ocupar do seu ambiente imediato e mesmo no seu silêncio” (*idem*, p. 26).

Como já referenciamos anteriormente, comunicar poderia então considerar-se aparentemente fácil, mas descodificar toda a informação veiculada pelas palavras, pelas intervenções e pelos comportamentos impõe uma atenção e preparação prévia complexa.

No desempenho das suas funções, o enfermeiro baseia-se na sua competência comunicacional para conseguir uma efetiva relação de partilha não só com os diversos

intervenientes das equipas multidisciplinares, como com os doentes e seus familiares (Stefanelli & Carvalho, 2005). A comunicação é assim inerente ao comportamento humano e é elementar na relação do cuidar dos enfermeiros com os clientes.

A prática profissional do enfermeiro confronta-o permanentemente com a necessidade de comunicar sendo que, com o intuito de perceber não só o que é transmitido verbalmente como o que não é transmitido desse modo mas é observável, assim como o que emissor quer efetivamente transmitir, determinam neste profissional a emergência da competência da comunicação.

Como refere Pereira (2005, p. 30) “a comunicação é uma arma terapêutica essencial que permite o acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua e à informação de que o doente e familiar necessitam para serem ajudados e ajudarem-se a si próprios”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, na sua segunda versão, apresenta a comunicação como um foco de enfermagem, ou seja, uma área de atenção relevante [para a profissão] e que é definida como um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (International Council of Nurses, 2011, p. 45). Ou seja, a comunicação é para os enfermeiros um processo de alto valor e extremamente abrangente sendo considerado não só os intervenientes como o meio que os mesmos utilizam nesse processo.

Podemos então dizer que a comunicação tem assim diversas funções, todas elas importantes e que vão desde a investigação à mudança de comportamentos e atitudes, passando pela informação e a transmissão/partilha de ideias. Comunicar, em última instância, consiste evidentemente na possibilidade de se exprimir na dependência de um contexto como permitir ao outro fazê-lo, numa relação com o mesmo.

Assim, comunicar eficazmente pode considerar-se uma tarefa por vezes difícil e diversas vezes trabalhosa, implicando necessariamente uma atenção e disponibilidades acrescidas por parte dos profissionais.

1.1 - COMPONENTES da COMUNICAÇÃO

Como já evidenciamos anteriormente, a comunicação “é um processo que pela sua natureza não tem um início e necessariamente não tem um fim, apresentando-se dinâmica e evolutiva (Freixo, 2011, p. 17) e que, o processo em si, envolve diversas componentes a serem consideradas, na tentativa de conseguir alcançar o seu principal objetivo, comunicar eficazmente.

Riley (2004, p. 6), evidencia que de uma maneira geral “existem dois componentes na comunicação face a face: a expressão verbal dos pensamentos e sentimentos do emissor e a expressão não verbal”. Na definição da autora “as mensagens cognitivas e afectivas verbais são enviadas através das palavras, inflexões de voz e ritmo do discurso, já as não verbais são veiculadas através da expressão do olhar e facial, bem como linguagem corporal” (*ibidem*).

Nesse seguimento também para Stefanelli e Carvalho (2005, p. 31) a comunicação não verbal “refere-se às mensagens emitidas pela linguagem corporal, como expressões faciais, postura do corpo, gestos, entre outros”. Já a comunicação verbal “refere-se às mensagens escritas ou faladas que ocorrem na forma de palavras, como elementos da linguagem que usamos para comunicar” (*ibidem*).

Efetivamente as duas relacionam-se constantemente, ou seja, numa comunicação que se pretende eficaz, utilizar apenas uma delas ou as duas de forma dessincronizada, pode levar ao fracasso deste importante processo.

Silva (1996) cit. por Oliveira, Fenili, Zampieri e Martins (2006, p. 3), faz uma comparação interessante entre “a comunicação humana e um iceberg, no qual a porção superior é a [comunicação] verbal. O comunicador eficaz deverá reconhecer que debaixo das palavras pronunciadas, existe um vasto número de símbolos e sinais humanos”.

A linguagem constitui-se assim como a principal componente da comunicação verbal.

Podemos considerar que “a comunicação é dinamizada pela linguagem e esta nasce daquilo que os indivíduos percebem uns dos outros. (...) É considerada a forma mais complexa, eficaz e mais evoluída de comunicação” (Pereira, 2008, p. 55).

Para tal, a linguagem enquanto capacidade de organizar e pronunciar a palavra ou de a escrever é uma particularidade do ser humano.

Como referencia Stefanelli e Carvalho (2005, p. 31), “a linguagem é o recurso que a pessoa adota para expor suas ideias, partilhar experiências com outras pessoas e validar o significado simbólico da percepção de um assunto”. Acrescenta ainda que “sem a linguagem, a pessoa limitaria a sua capacidade de classificar e de dar informações de modo a ser compreendida, ou seja, de comunicar-se com o outro”.

Neste sentido também Freixo (2011, p. 190), menciona que o aspeto essencial da linguagem “reside em constituir um sistema de comunicação inserido numa situação social; por isso ela é não só um processo cognitivo como também um comportamento simbólico, uma atividade essencial e genuinamente social”. Considerando-a como “um instrumento de objetivação e legitimação da realidade existente” o referido autor indica que a mesma se constitui como “o mais importante sistema de sinais da sociedade humana” (*ibidem*).

Assim, a linguagem enquanto componente da comunicação verbal é o expoente máximo da palavra, contudo, a mesma pode ser equacionada em conjunto com a comunicação não verbal, podendo condicionar a interpretação ou favorecer a sua assimilação.

A importância que atribuímos às palavras e ao que falamos, dissimula frequentemente outras formas de comunicação que, devidamente utilizadas, mais do que concorrentes são sinérgicas e, contrariamente ao que poderia ser considerado inicialmente, as componentes da comunicação não verbal envolvem uma percentagem muito significativa do processo comunicacional.

Para Caetano e Rasquilha (2007, p. 26) “quase noventa por cento do que comunicamos não é por palavras”. Para estes autores, a comunicação não-verbal “é tudo o que, não sendo verbal, tem significado e, portanto, pode ser percebido pelos nossos interlocutores” (*ibidem*).

Os autores indicam que “a comunicação não-verbal é útil para lidar com a situação social imediata e para actuar como apoio ou substituição da comunicação verbal” (*ibidem*). Aludem também que “a comunicação não-verbal manifesta-se através das seguintes formas: expressão facial, contacto corporal, vocalizações, postura, uso do espaço, olhar, aspectos da aparência e movimentos corporais” (*ibidem*).

Já Freixo (2011, p. 212), refere que a generalidade da literatura aponta para que “cerca de sessenta por cento de toda a comunicação envolve a linguagem não verbal, facilmente concluiremos que se torna importante, quiçá decisivo, ouvir o que não está sendo dito”.

Neste seguimento, também Fiske (1993, pp. 95-98) refere alguns dos componentes da comunicação não verbal a valorizar nomeadamente, o contacto físico, a proximidade, a orientação (posição), a aparência, a movimentação da cabeça, a expressão facial, os gestos, a postura, os movimentos dos olhos e o contacto visual, assim como os aspectos não verbais do discurso (como entoação e acentuação, o tom o volume, o sotaque os erros etc.).

A comunicação não verbal ocorre assim “na interação plena pessoa-pessoa, mesmo sem verbalização de palavras” (Oliveira, Fenili, Zampieri, & Martins, 2006, p. 5) e, segundo estes autores, neste tipo de comunicação, todos os comportamentos têm valor de mensagem sendo que, a expressão facial, o momento em que as palavras são ditas ou não, o olhar, a postura corporal, a distância mantida, o toque, o calor, o rubor, a sudorese, os tremores, o choro, os sinais vocais, o espaço mantido entre os comunicadores, entre outros, são fatores muito importantes.

Destes, o movimento e a postura são, efetivamente, fatores importantes no processo comunicacional. A cinésica é conhecida como a linguagem do corpo e baseia-se no princípio de que, enquanto falamos todo o nosso corpo comunica, exteriorizando-se em significações passíveis de ser enquadradas e interpretadas.

Centrando-se no estudo dos movimentos corporais “a comunicação cinésica é estabelecida pelo corpo, desenhada por cada uma das suas partes, movimentos, gestos posturas e expressões faciais” (Freixo, 2011, p. 212).

Para Stefanelli e Carvalho (2005, pp. 50-51) existem alguns pressupostos básicos no estudo da cinésica, em que: i) nenhum movimentos ou expressão corporal é destituído de significado no contexto em que se apresenta; ii) a postura e os movimentos corporais são culturalmente determinados; iii) a atividade corporal visível, assim como a atividade fonética audível, influencia o comportamento dos outros membros de um grupo e as atividades corporais visíveis encerram significados socialmente reconhecidos e válidos.

Para as autoras, estes pressupostos permitem que o outro interprete a nossa comunicação não só através do que estamos a dizer como pelo que estamos a transmitir através dos nossos movimentos corporais aos quais atribui um determinado significado.

A importância da postura perante a comunicação é tal que, quando nos dirigimos ao outro na relação face a face, comunicamos no imediato, entre outras coisas, não só a nossa vontade de lá estar como a de a escutar.

A postura corporal favorece o contacto entre as pessoas em presença e o simples facto de nos virarmos, por exemplo, pode rompê-lo (Phaneuf, 2005). Assim, a abordagem cinésica da comunicação humana “tem na mão e no braço os principais transmissores do gesto, mas os gestos dos pés e da cabeça são também importantes. Estão intimamente coordenados com a fala e complementam a comunicação verbal” (Freixo, 2011, p. 214).

Ou seja, enquanto falamos, todo o nosso corpo “fala”, e essa é a base da cinésica na comunicação não verbal.

Também a distância mantida entre os interlocutores é um fator preponderante na comunicação. A linguagem proxémica comporta o estudo do espaço e das distâncias mantidas entre as pessoas e “a distância entre a prestadora da ajuda e a pessoa ajudada representa também um elemento importante na eficácia da comunicação” (Phaneuf, 2005, p. 32).

Existem dois conceitos muito importantes na linguagem proxémica, que são o espaço pessoal e a “territorialidade”. Destes, o espaço pessoal torna-se extremamente importante no estabelecimento de uma comunicação e é considerado “uma espécie de campo energético que a pessoa tem em torno do seu corpo” e “quando uma pessoa não se sente segura numa relação ou não se sente bem com o outro, apresenta comportamentos de defesa do seu espaço pessoal” (Stefanelli & Carvalho, 2005, p. 51).

A criação deste espaço e a própria postura “não são intencionais, mas sim resultado de um processo de aculturação” (Freixo, 2011, p. 215). Para este autor a comunicação pela proxémica “constitui-se no jogo de distâncias e proximidades que se entretecem entre as pessoas e o espaço. Traduz a forma como nos colocamos e movemos uns em relação aos outros, como gerimos e ocupamos o nosso espaço envolvente” (*idem*, p. 216).

Contudo, devemos estar cientes de que uma aproximação sem autorização “pode desencadear reações muito fortes”. A distância e a postura são assim elementos muito ligados entre si e que possuem uma influência muito importante na comunicação (Phaneuf, 2005). Para esta autora e reportando-se à comunicação enfermeiro/doente “quanto mais séria é a situação, mais próxima deve estar a enfermeira, de maneira a poder acolher a intimidade das suas confidências e assegurar o calor da sua presença”, refere ainda que a distância “não se trata somente de uma aproximação no plano da distância física, mas sobretudo de uma proximidade afectiva” e dá como exemplo, “face à morte e ao sofrimento, a enfermeira deve adoptar uma postura e uma distância que favoreçam as

trocas com a pessoa doente e permitam criar um espaço afectivo e espiritual” (Phaneuf, 2005, p. 34).

Outra forma de comunicação não verbal é a tacésica ou seja, utilização do toque, dependendo do modo como se realiza a aproximação para tocar, a pressão exercida, o tempo de contacto e a parte do corpo que é tocada, entre outros, traduz um significado para a pessoa tocada, percepcionando qual a intenção desse toque (Stefanelli & Carvalho, 2005).

O toque é portanto integrante no relacionamento entre o enfermeiro e o cliente (doente ou família) e as “suas utilidades são múltiplas”. Mas “é sobretudo nos momentos de forte emotividade que o tocar se revela mais precioso” pois reforça a qualidade da presença do profissional e “acompanha frequentemente a escuta atenta da pessoa” (Phaneuf, 2005, p. 45).

Porém, quando tocamos alguém estamos a invadir o seu espaço, a penetrar o espaço imediato da pessoa, sendo necessária uma observação atenta e sistematizada relativa ao consentimento ou não dessa invasão, estando despertos para alterações da expressão facial, rigidez muscular, a direção do olhar, as alterações do humor e do discurso, entre outras.

Mais do que um gesto técnico de cuidar, o toque intencional mostra compreensão e reconforta o familiar (Phaneuf, 2005).

Um outro fator a considerar na comunicação não verbal prende-se com a paralinguística.

A paralinguística “é a parte da linguística que se refere ao estudo dos aspetos não verbais associados à comunicação verbal ou seja, (...) estuda tudo o que nas produções vocais não faz parte da articulação linguística” (Freixo, 2011, p. 226), conjugando normalmente sinais que exteriorizam estados emotivos do indivíduo e que podem infirmar ou confirmar o teor das palavras proferidas.

Na visão do autor, o estudo da paralinguística permite compreender de uma forma mais clara as razões porque interpretamos, não apenas o conteúdo literal das palavras mas também a forma como as mesmas são expressas.

Segundo Phaneuf (2005, p. 78), “aos comportamentos não verbais podemos juntar certos ruídos emitidos (...), tais como os <ah!> ou os <hum!> que adornam frequentemente a conversação”. Estas vocalizações “marcam o espanto ou a vontade de atrair a atenção do outro. A estes elementos juntam-se também os suspiros, que podem assinalar o

contentamento e a descontração, mas igualmente o aborrecimento, a tristeza e o sofrimento” (*ibidem*).

Contudo e a par das vocalizações, temos também o silêncio. Stefanelli e Carvalho (2005), referem que o silêncio deve ser incluído como elemento paralinguístico e que o mesmo pode existir em função tanto do profissional de saúde como do paciente/família, traduzindo situações de vergonha, raiva, confusão, depressão que devem ser valorizadas pelo profissional. O silêncio enquanto elemento pertencente à comunicação, pode então transmitir significados muito diversos, desde a compreensão e da compaixão, à contrariedade, ao desafio ou à recusa por parte do outro, podendo nalgumas circunstâncias tornar-se constrangedor e condicionar a comunicação.

Podemos então afirmar que a paralinguística “contempla a componente da linguística que estuda os aspetos não verbais da comunicação e que se referem ao tom de voz, ao ritmo da fala, ao volume, às pausas utilizadas na pronúncia verbal e demais características que transcendem a própria fala” (Freixo, 2011, p. 226) ou seja, na comunicação, muitas vezes, mais importante do que é dito, é a forma como é dito.

1.2 - BARREIRAS À COMUNICAÇÃO

O processo de comunicação pode ser afetado por diversas variáveis e estas podem trazer benefícios ou prejuízos para a compreensão da mensagem (confirmação/infirmção), influenciando o adequado processo comunicacional.

Para Caetano e Rasquilha (2007, pp. 49-51) algumas das barreiras que podem condicionar a comunicação prendem-se com: i) ouvir o que esperamos ouvir; ii) desconsiderar informações que entrem em conflito com o que «sabemos»; iii) avaliar a fonte; iv) existência de perceções diferentes; v) palavras que significam coisas diferentes para pessoas diferentes; vi) sinais não verbais incoerentes; vii) efeito das emoções e viii) o ruído.

Já para Stefanelli e Carvalho (2005, pp. 34-41) na comunicação em saúde, entre outras variáveis a considerar estão, o enfermeiro e o paciente, a linguagem usada, o ambiente ou contexto, a disponibilidade e o ruído existente.

Os intervenientes - o enfermeiro e o paciente, “estão sujeitos a influências emocionais, físicas, intelectuais, culturais, sociais e ainda das suas condições de saúde. Nem sempre estas situações têm a ver diretamente com o processo comunicacional em si, mas influenciam-no e podem tornar inefectiva a experiência vivenciada” (*ibidem*);

O Ambiente - Não só é considerado como um dos componentes da comunicação, como no presente caso torna-se numa variável com pesada influência no êxito ou fracasso neste processo. “O ambiente em que as pessoas interagem tem influência decisiva na qualidade da comunicação entre elas e no seu resultado. O ambiente pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos envolvidos, interferindo na expressão e percepção das ideias” (*ibidem*).

O ambiente é um dos componentes do processo comunicacional que tem forte influência sobre o processo de comunicação. Engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem, a cultura, o mobiliário, a iluminação, a temperatura, o ruído, a condição do tempo e espaço. Ao considerar-se que cada ato de comunicação é único e irrepetível, o ambiente no qual se comunica deve propiciar as melhores condições, dentro de cada realidade, mantendo a segurança, o conforto e a privacidade;

A linguagem - O enfermeiro “deve usar um vocabulário que possa ser compreendido pelo outro e valer-se do máximo de clareza possível ao utilizar as palavras, o tom e a inflexão de voz, na organização das ideias expressas” (*ibidem*);

A disponibilidade - O enfermeiro deve estruturar muito bem as suas atividades por forma a se mostrar totalmente disponível e com o objetivo de lhes proporcionar a atenção centrada nos seus problemas e nas suas necessidades, reduzindo ao máximo as interrupções ou outras interferências, que possam prejudicar a expressão e a compreensão;

O Ruído - Interfere com a habilidade de enviar ou receber mensagens e na percepção das mesmas. Pode levar o destinatário a perceber a mensagem de forma distorcida e a produzir uma resposta inesperada, uma vez que “não guarda relação com os interesses de uma ou mais pessoas envolvidas na interação”. “(...) É associado a sons, desconforto físico e psicológico dos interlocutores ou ainda, ao próprio ambiente ou repertório das pessoas envolvidas” (*ibidem*).

Também Freixo (2011, p. 269) refere que, efetivamente, “as barreiras à comunicação humana constituem obstáculos à compreensão”, algo que decididamente não pretendemos na já difícil tarefa de comunicação, especialmente no contexto estudado.

Este mesmo autor, também nos apresenta um leque de barreiras que podem comprometer a comunicação e que vão de encontro às apontadas pelos autores acima referidos, Stefanelli e Carvalho (2005), Caetano e Rasquilha (2007):

A deficiente organização do discurso, onde a comunicação de assuntos sem uma ordem lógica e coerente dificulta a formação de imagens na mente do recetor;

Os diferentes quadros de referência, em que diferentes experiências, de cada um dos interlocutores, podem gerar diferentes significados;

A perceção seletiva, enquanto processo pelo qual cada pessoa seleciona, organiza e dá um sentido ao mundo que o rodeia;

A incompetência em escutar, escutar implica compreender os sentimentos do interlocutor, mostrar interesse genuíno em ouvi-lo, não mostrar distração e não interromper;

A ausência de confiança, uma vez que os ouvintes têm um conceito já formado do orador, acabam por se colocar na defensiva, impedindo assim uma escuta ativa da comunicação interpessoal;

A credibilidade da fonte, dependendo, em grande medida, da confiança, caráter, competência e cortesia da fonte;

Os problemas semânticos, em que a semântica refere-se ao estudo do significado das palavras, na medida em que têm diferentes significados para diferentes pessoas;

As diferenças culturais, já que pessoas de diferentes culturas interpretam distintamente as palavras e a linguagem não verbal;

As barreiras físicas, onde a distância, o ruído e os problemas técnicos, levantam obstáculos sérios à comunicação;

O contexto/arranjo espacial, pode também interferir na comunicação, dependendo se os locais de trabalho estão organizados e do local onde a mensagem é emitida/recebida;

E os estilos pessoais de comunicação, em que alguns estilos pessoais de comunicação dificultam ou facilitam a interação e desde logo a comunicação. A consciencialização

sobre os diferentes estilos (agressivo, passivo e assertivo) pode melhorar a nossa comunicação.

Para este autor, comunicar é uma ação necessariamente refletida e que impõe o domínio de técnicas, exigindo uma postura física e uma disposição mental de sincera abertura devendo o comunicador colocar-se na posição do outro.

Considerar efetivamente os elementos referenciados anteriormente, facilitará a compreensão e a comunicação da má notícia, para isso o enfermeiro deve “compreender o que está a dizer e a sentir e mostrar compreensão e aceitação através dos seguintes comportamentos não verbais: um tom de voz suave, expressão facial e gestos acolhedores, estabelecer contacto visual e assumir uma postura corporal receptiva” (Freixo, 2011, p. 272).

Estes princípios, aliados à tentativa de reduzir ou abolir algumas das barreiras inúmeradas anteriormente, facilitarão o processo da comunicação tanto para o emissor como para o recetor, sobretudo no difícil processo de comunicação da má notícia.

2. A comunicação, no campo de competências em enfermagem

Até ao surgimento da enfermagem enquanto ciência, a prática profissional baseava-se em princípios transmitidos através da aprendizagem com o exercício e na sabedoria de senso comum.

A passagem da vocação para a profissão incluiu sucessivas eras de busca de um corpo de conhecimentos, sobre o qual se baseasse a prática da enfermagem e nelas se inclui efetivamente, a competência comunicacional, uma vez que a relação com o doente e a família se baseia nessa componente determinante do cuidar.

Em Portugal e após a segunda metade do século vinte, as alterações produzidas nas competências exigidas aos enfermeiros, ao nível de formação académica e profissional, têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, distinta e rigorosa (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Neste sentido os enfermeiros constituem-se numa “comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem” (idem, p. 1739).

A própria evolução da sociedade e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética, para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, determinou um crescimento preponderante da profissão no nosso país.

Para a Ordem dos Enfermeiros, entidade que possui, entre outras, a função reguladora da profissão, com a publicação das “competências do enfermeiro de cuidados gerais”, a comunicação e as relações interpessoais, no domínio da prestação e gestão de cuidados, possuem ênfase nos princípios chave dessa área de competência (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Aliás é através da tomada de decisão do enfermeiro, baseada numa efetiva e atenta colheita de dados, planificação de cuidados, execução e avaliação dos mesmos, que se torna possível uma prestação individualizada e dirigida dos cuidados de enfermagem, ao mais alto nível.

Segundo o documento referenciado, o enfermeiro “inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente/cuidadores, através de comunicação apropriada (...)”; “comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente (...), assegura que a informação dada ao cliente e/ou cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara” e “responde apropriadamente a questões, solicitações e aos problemas do cliente/ou cuidadores, no respeito pela sua área de competência” (Ordem do Enfermeiros, 2004, pp. 21-22).

Por sua vez, o regulamento n.º 124/2011 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011), atribui ao especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, unidades de competência específicas e acrescidas, relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais, que fundamentam não só a intervenção no âmbito da gestão da comunicação interpessoal, como da gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou de falência orgânica, denotando uma preocupação crescente por parte da Ordem do Enfermeiros face ao enfermeiro especialista, nesta área de intervenção.

Neste sentido, a comunicação com o doente e com a família reveste-se de uma significativa importância na prestação de cuidados, sendo uma responsabilidade acrescida para o enfermeiro especialista, pelo que é fundamental o desenvolvimento da competência comunicacional.

Para Tomey e Alligood (2003), a competência comunicacional é algo que se aprende e aprende não só com o tempo mas com a vivência nas situações, permitindo o crescimento pessoal e uma melhoria efetiva na relação e na comunicação com os doentes e com os seus familiares significativos.

De facto, as situações decorrentes da prática são mais variadas e complicadas do que as explicações teóricas. Por consequência a própria prática é uma área de investigação e uma fonte de desenvolvimento de conhecimentos.

Para estas autoras (*idem*, p. 187), reportando-se à teoria de Patrícia Benner e ao corpo de conhecimento da prática de enfermagem entre o “saber que” e o “saber como”, evidenciam que esta prática clínica deve englobar a noção de excelência uma vez que “é através do estudo da prática que as enfermeiras podem descobrir novos conhecimentos” e que “teoria e prática formam um diálogo que gera novas possibilidades”, já que “a teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria”.

Segundo Benner, as competências de enfermagem e nomeadamente a capacidade de envolvimento com os doentes e as famílias desenvolvem-se ao longo do tempo, tornando-se basilar para a experiência e perícia na profissão (Tomey & Alligood, 2003). Logo, a pertinência do conteúdo teórico poderá auxiliar a prática dos enfermeiros na componente comunicacional e particularmente na transmissão da má notícia, uma vez que a experiência consubstancia, efetivamente, o suporte teórico.

Seguindo esta linha de pensamento, refere ainda que “a palavra experiência, tal como é utilizada aqui não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (Benner, 2001, p. 61), uma vez que, para a mesma autora, “(...) a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se pode apreender pela teoria” (*ibidem*), permitindo que os profissionais não só se questionem constantemente, como se transformem na práticas através da influência dessas teorias.

É este “diálogo clínico com a teoria que torna os melhoramentos acessíveis ou possíveis à enfermeira experiente” (*idem*, p. 62), não menosprezando nessa prática competente o contexto onde a mesma é desenvolvida e onde a planificação de cuidados deve contemplar um ajuste às circunstâncias de trabalho.

Assim, não só é importante a existência de um crescimento pessoal e profissional baseados num desenvolvimento de competências ao longo do tempo, como os mesmos devem ser conjugados nos contextos onde se desenvolvem, com o intuito do crescimento pessoal sustentado na teoria e na experiência, que se traduza sobretudo em ganhos para o doente e família, mas também para o profissional de saúde.

Face às anteriores considerações, a gestão da informação ao longo da realização das manobras de reanimação, a transmissão da má notícia e o apoio psicológico e relacional, devem assentar numa comunicação eficaz, por parte da equipa prestadora, acrescida de uma efetiva disponibilidade, fundamental para a perceção da notícia, a sua confrontação e posterior assimilação.

Sendo a má notícia percecionada como aquela que envolve “uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro” (Sancho, 2000, p. 27), esta deve ser transmitida pelos profissionais de saúde à família/pessoa significativa com empatia e

respeito permitindo a expressão “do seu pesar e ordenar os seus pensamentos” (Pereira & Lopes, 2005, p. 87).

Assim torna-se tão importante a informação prestada pelos profissionais de saúde como o modo que é comunicada, pelo facto de se constituir num dos meios mais poderosos no que se refere à aceitação, confrontação e adaptação face às mudanças ocorridas.

Pelo exposto, o processo de comunicação da má notícia é um dos mais difíceis de concretizar nas relações humanas, sendo primordial a experiência do enfermeiro nas vertentes relacional e comunicacional.

3. A Morte Inesperada e o processo de comunicação da má notícia

Diversos autores consideram que a morte é um evento preponderante no decurso da vida de qualquer pessoa. Tão marcante que, por vezes, só o facto de pensar nela ou de a nomear, pode provocar uma tensão emocional condicionante da regularidade da vida quotidiana (Ariès, 1988).

A sociedade tem-se preocupado ao longo dos tempos, com questões relacionadas com o viver e o morrer, no prolongamento da vida e na busca da imortalidade. Contudo e apesar da moderna tecnologia ao nosso alcance e dos esforços desenvolvidos na tentativa de controlar o inevitável, a morte continua a fazer parte da vida e enfrentá-la é considerada como uma das perdas mais difíceis que se pode experimentar (Loney, 2003).

A noção de perda e de luto são sentimentos que inevitavelmente atravessam o ser Humano, enquanto ser em relação com o exterior e centrado numa célula familiar, já que “a morte continua a ser um acontecimento temível e assustador, e o medo da morte é um medo universal, ainda que pensemos que o dominámos a muitos níveis” (Kübler-Ross, 2008, p. 17).

Efetivamente, a morte e o decurso de morrer são conceitos que sofreram uma grande alteração nas últimas décadas. Com o desenvolvimento das técnicas de reanimação e de suporte avançado de vida, especialmente na segunda metade do século passado, tenta-se que a morte não seja inevitável quando é passível de ser prevenida, não que se pretenda o seu controlo, mas a sua renegação sempre que possível.

Porém a morte é sempre “miserável” e “quando olhamos para trás no tempo e estudamos antigas culturas e povos, impressiona-nos que a morte sempre tenha sido desagradável para o homem e, provavelmente, sempre o venha a ser no futuro” (Kübler-Ross, 2008, p. 14), independentemente dos esforços desenvolvidos. No sentido de todo este progresso das técnicas subjacentes e de todo o investimento nas manobras de reanimação por parte de equipas altamente diferenciadas, a morte inesperada surge então como o último ato de uma vida, ceifada sem que exista aviso prévio, no decurso de doença aguda ou trauma grave subjacente.

A morte sempre incomodou o ser Humano mas “assistir à perda e ao luto de um doente é

algo que se integra no nosso quotidiano” (Aparício, 2008, p. 41) porém, estes processos marcam negativamente e trazem alterações a uma dinâmica familiar e social, por vezes de difícil resolução. Caminham a par com a vida, mas encarar a morte, como momento inerente do viver e defini-la como circunstância integrante do percurso, tornaram-se cenários não só a evitar, como os queremos o mais distante possível.

Segundo Kübler-Ross (2008, p. 20), “existem muitas razões para termos deixado de enfrentar calmamente a morte. Uma das mais importantes é o facto de a morte ser, em muitos sentidos, mais pavorosa hoje em dia, nomeadamente mais solitária, mecânica e desumanizada”.

De uma forma mais redutora de análise sobre o momento da morte, Ariès (1988, p. 56) refere que “a morte é um fenómeno técnico obtido pela paragem dos sentidos, isto é, de maneira mais ou menos declarada, por uma decisão do médico e da equipa hospitalar”. Segundo o mesmo autor, “a morte foi decomposta, segmentada numa série de pequenas fases, das quais não sabemos, em definitivo, qual é a morte verdadeira, se aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que cessou a respiração (...)” (*idem*, pp. 56-57).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a morte é definida “como um evento ou um episódio que origina uma redução gradual ou súbita dos processos corporais que leva ao fim da vida” (International Council of Nurses, 2011, p. 62), manifestando-se então pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da atividade cerebral.

Já Gonçalves (2007, p. 245), analisa a morte de uma forma mais alargada e mais abrangente, em que “o conceito de morte pode ser encarado de vários pontos de vista como o religioso, o filosófico e o biológico. Contudo os critérios de morte são indicadores biológicos e a determinação do momento de morte tem implicações importantes dos pontos de vista legal, social e ético”.

Então, graças ao progresso da medicina, através da investigação científica e do aperfeiçoamento de técnicas e equipamentos, o que antigamente naturalmente acontecia quando o coração parava, hoje poder-se-á não se verificar uma vez que, com os desenvolvimentos da compressão torácica e da ventilação artificial, das unidades de cuidados intensivos e da ventilação assistida, é possível sustentar artificialmente a função cardíaca e respiratória e assim prolongar a possibilidade de recuperação ou atrasar o momento da morte.

É para este fim que as equipas fomentam uma formação avançada e têm como intuito o desenvolvimento e a potenciação de técnicas com vista à manutenção ou recuperação de funções vitais. Assim o objetivo principal para o qual fomos formados, treinados e pelo qual lutamos é a manutenção ou a recuperação da vida o mais saudável e com a melhor qualidade possível.

No entanto, é aceite que em função das manobras de reanimação, com o restabelecimento da função hemodinâmica e recuperação da circulação espontânea, mas com lesão cerebral irreversível e dependente do suporte de vida, alguns pacientes podem viver dias até semanas após a paragem cardíaca antes de ocorrer a morte biológica (Aehlert, 2007).

Assim, nas últimas décadas, parece consensual que a morte se verifica quando todas as funções do cérebro cessam irreversivelmente, ainda que a atividade cardiovascular continue, sendo que a morte cerebral “é estabelecida pela verificação fundamentada do coma irreversível: perda das respostas de tipo reflexo do tronco cerebral e a perda da capacidade respiratória independente, ou pela demonstração da cessação do fluxo sanguíneo intra-craniano” (Howarth & Leaman, 2004, p. 358).

Concluindo, uma morte pode ser prevista, derivada de uma doença que se prolonga e arrasta por algum tempo, antes da sua morte física (Parkes, 1998) ou pode ser imprevista, surgindo de forma súbita e inesperada.

Centramo-nos então na sistematização de conceitos relativos à morte não esperada, que surge de forma súbita e que altera drástica e radicalmente o percurso natural de vida.

Howarth e Leaman (2004, p. 366) referem que a “existência diária, desenvolve-se na expectativa de que o mundo em que vivemos é regrado e controlável; de que temos responsabilidades e escolhas; de que a vida é ordenada: nascimento, casamento e morte, sendo o último desses passos dado no final de uma longa vida e por meios «naturais»”.

Este seria o sentido normal dos acontecimentos e para os qual estamos formatados culturalmente.

Em contradição com estas convicções, os mesmos autores referem que “a morte inesperada «ataca» de diversas formas e, como sinistra ceifeira (...), ceifa as suas vítimas ao acaso: novos e velhos, homens e mulheres, ricos e pobres” (*ibidem*).

É indiscutível, tal como foi descrito anteriormente, que a morte é um evento para o qual raramente estamos preparados. Contudo, a constatação da morte inesperada exprime exponencialmente os sentimentos abruptos de perda, interrogação e aceitação.

Para Aehlert (2007) a morte súbita é a morte inesperada devida a uma causa cardíaca que ocorre imediatamente ou num período de 1 hora após o início dos sintomas. Pode assim acontecer em diversos cenários e nos mais variados locais podendo ocorrer no posto de trabalho, no domicílio, em viagem, entre as pessoas significativas, sozinho, no seio familiar, num serviço de urgência ou mesmo noutra serviço de saúde.

Neste contexto, a morte geralmente vista de uma forma linear, como algo que se encontra no final da estrada da vida, deixa-o de o ser, uma vez que a morte inesperada é uma morte fora do tempo, fora do lugar e que rompe a biografia individual e social (Howarth & Leaman, 2004). Para estes autores “a morte inesperada, ao ameaçar com o caos e com a noção de aleatoriedade, implica a falta de controlo. Para um indivíduo em processo de perda, a morte inesperada é traumática não só porque põe fim a uma vida, mas também porque danifica a auto-imagem dos sobreviventes” (*idem*, p. 365) e nessa ótica, quando a morte é inesperada, “há uma necessidade especial de entender porque razão se extinguiu, sem qualquer aviso, uma vida preciosa” (*idem*, p. 366).

Pode-se então considerar que a vivência da morte e particularmente da morte inesperada, pode ser encarada como um processo transaccional que envolve não só aquele que morre, como os que sobrevivem num ciclo de vida partilhado, reconhecendo não só o carácter final da morte como a continuidade da vida (Pereira, 2010).

Podemos então concluir que a morte inesperada, contrariando o ciclo normal da vida, é uma morte não expectável e que presenteia sem qualquer aviso os constituintes de um agregado familiar e da sua comunidade mais próxima.

Esta morte prematura, sem qualquer justificação, de difícil aceitação e cercada de inexplicabilidade, traduz um inicial decurso de adaptação à perda, por vezes, inadequado.

No entanto, é para esta continuidade da vida que se deseja que os familiares construam um processo de luto adequado e para o qual contribuimos positivamente, através do exercício das nossas intervenções, não só com o doente mas também com a família, com base numa comunicação eficiente.

É nesta e para esta transição que devemos estar despertos no apoio a fornecer às pessoas que fazem parte do núcleo familiar e/ou de suporte, durante e após os cuidados assistenciais.

Durante o importante processo de reanimação “é a altura em que os familiares andam de um lado para o outro nos corredores do hospital, atormentados pela espera, sem saber se devem sair para cuidar dos vivos ou ficar perto no momento da morte” (Kübler-Ross, 2008, p. 308) e muitas vezes, estão sozinhos e sem qualquer tipo de apoio ou de informação. Para a autora, “é a altura em que as palavras chegam tarde de mais e, no entanto, aquela em que os familiares gritam mais alto por ajuda – com ou sem palavras. (...) É altura para a terapia do silêncio com o paciente, e para manifestar disponibilidade aos familiares” (*ibidem*).

Enfim, todos já nos defrontamos com a morte de um parente ou amigo querido. Muitas vezes essa perda parece-nos irreparável e temos a sensação de que o mundo vai desabar. Ficamos desorientados e por vezes parece-nos difícil reorganizar a vida.

Howarth e Leaman (2004, p. 366) evidenciam que “embora haja divergências nas respostas dos indivíduos à morte inesperada, a pesquisa no âmbito da perda de entes queridos mostra que a falta de preparação e a natureza frequentemente violenta da morte inesperada exacerbam o trauma dos que sofrem a perda”. Para eles “a perda de um familiar muito próximo, ou de um amigo, pode (...) deixar os que sobrevivem com uma profunda sensação de frustração face a um mundo sem sentido” (*ibidem*).

E esta sensação de “mundo sem sentido” advém inevitavelmente dos laços criados com a pessoa que morre, enquanto integrante insubstituível do núcleo familiar e que se quebram para sempre, sendo na família que o maior sentido de perda e de dor se instala, iniciando-se um processo de luto muitas vezes acompanhado de um sofrimento atroz.

Para Loney (2003, p. 187) “as famílias tentam adaptar-se à mudança ou à perda, agarrando-se ao que as coisas eram, para preservarem a integridade e a identidade familiares como uma unidade”. Mas “embora a morte possa ser definida como uma crise normal da vida e um facto de vida, ela é a perda mais significativa experimentada por um indivíduo ou uma família na sociedade dos nossos dias” (*idem*, p.188).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, na sua segunda versão, o termo família é descrito como “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais,

sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (International Council of Nurses, 2011, p. 115).

Para a família e seus constituintes, “no cerne da história da morte encontra-se não só a emoção do luto e a quebra de laços entre as pessoas e o seu lugar no mundo, mas também a esperança de responder às questões e resolver as injustiças de toda uma vida” (Davies, 2009, p. 7).

Luto e sofrimento surgem assim como companheiros da idade adulta, afetando os indivíduos e a família, originando no entanto uma resposta adaptativa.

Independentemente do local, os profissionais de saúde poderão ter necessidade de se confrontarem com a presença dos familiares e apesar da dificuldade acrescida, devem possuir um conjunto de capacidades que lhes permitam não só tratar com o maior nível de competência a pessoa, vítima de colapso súbito, como potenciar a relação de ajuda e a comunicação com o familiar presente, enquanto momentos primários dessa adaptação.

O processo de morte constitui assim uma situação de carácter peculiar e único que pode desencadear várias reações, trazendo consigo problemas reais ou potenciais em qualquer dinâmica familiar. É uma situação de crise que exige uma invulgar mobilização de forças para ultrapassar todas as implicações (Ferreira, 1999).

Muitas vezes o suporte psicológico prestado pelos profissionais ajuda nesta mobilização, devendo os mesmos estar preparados para esta fase inicial porém, é também verdade que desenvolver as competências necessárias para atender a pessoa em vida como conseguir o suporte relacional adequado de apoio aos familiares após a morte não é uma tarefa simples e necessita de um amadurecimento sustentado por parte dos profissionais.

Para Stedeford (1986, p. 141) “a perda de um ente querido impõe aos familiares algumas etapas que se iniciam no imediato. A aceitação da morte e da sua irreversibilidade, lamentar a perda, desfazer os laços que os uniam e deixá-lo partir, de modo que possam reorganizar as suas vidas e viver sem ele”.

Algumas destas etapas, iniciam-se durante a realização das manobras de reanimação ou logo após a receção da notícia de morte e são, não poucas vezes, difíceis de aceitar. Contudo, por mais difícil que seja a aceitação e/ou o conhecimento da notícia, a família está sedenta de informação, que por vezes tarda em ser fornecida.

Assim, é consensualmente aceite que a morte marca sempre o início de um doloroso e complicado processo de perda e de adaptação, o qual chamamos processo de luto. O luto é um estado subjetivo de sofrer a perda de uma pessoa com quem existia uma relação significativa, porém é “o processo esperado, normal, de adaptação a uma perda” (Loney, 2003, p. 189). O luto é a dor por excelência, cuja manifestação é legítima e necessária. Mesmo antes de receber um nome, a dor perante a morte dum parente era a expressão mais violenta dos sentimentos mais espontâneos (Ariès, 1988).

Parkes (1998, p. 62) refere que “o traço mais característico do luto não é a depressão profunda, mas episódios agudos de dor, com muita ansiedade e dor psíquica. Nessas ocasiões, o enlutado sente muita saudade da pessoa que morreu, e chora ou chama por ela”. Pereira e Lopes (2005, p. 87), evidenciam também que “o luto é a maior crise que muitas pessoas terão jamais de enfrentar” e que “ao fazer o seu luto a pessoa adapta-se ao significado que essa perda tem na sua vida”.

Estes autores referem que o processo de luto é composto por várias fases nomeadamente: entorpecimento; anseio e protesto; desespero e a fase de recuperação/restituição.

Se esmiuçarmos cada uma delas é possível afirmar que o processo de comunicação da má notícia, nos momentos após o falecimento, pode encerrar em si algumas das fases da construção do luto, dependendo da individualidade de cada indivíduo, podendo esse momento facilitar ou condicionar essa saudável estruturação.

Na fase do entorpecimento, a pessoa “pode sentir-se como se estivesse desligada da realidade, atordoada, desamparada, imobilizada ou perdida. Há também possíveis evidências de sintomas somáticos, como a respiração suspirante, rigidez no pescoço e sensação de vazio no estômago” (Pereira & Lopes, 2005, p. 88).

Já a fase de anseio e protesto, “é caracterizada por um período de emoções fortes, sofrimento psicológico e agitação física. À medida que se desenvolve a consciência da perda, há muitos anseios por reencontrar a pessoa morta, com crises profundas de dor e espasmos incontrolláveis de choro”. O desejo e a tentativa de recuperar a pessoa por vezes salienta-se, sendo também comum o sentimento de raiva dirigido “principalmente àquelas que oferecem consolo e ajuda” (*ibidem*).

De facto apesar de ser consideradas normais todas estas reações, ou até mesmo esperadas face ao romper das relações significativas pela morte, elas têm impacto sobre o indivíduo e família, muitas vezes a longo prazo.

Logo, este impacto, “necessita ser adequadamente avaliado, para que sejam identificadas as medidas de intervenção” (Parkes, 1998, p. 10), pois a morte de um ente querido enquanto processo necessário e inevitável, pode traduzir-se num caminho bastante doloroso, por vezes mórbido, que é preciso tratar, abreviar e eliminar (Ariès, 1988).

Kübler-Ross (2008, p. 205), refere que “quando perdemos alguém, especialmente se tivemos pouco ou nenhum tempo para nos prepararmos, ficamos enraivecidos, zangados, em desespero” devendo ser permitido expressar esses sentimentos.

Contudo e apesar das diversas expressões, os membros da família são muitas vezes incapazes de enfrentar esta brutal realidade e o vazio da perda é apenas sentido depois do funeral e da partida dos restantes familiares sendo nesta altura, “que os membros da família se sentem mais gratos por terem alguém com quem falar, especialmente se for alguém que contactou recentemente com o falecido e que pode partilhar histórias de alguns bons momentos na fase final da sua vida” (Kübler-Ross, 2008, p. 205).

O luto é portanto necessário e apesar de doloroso é muito importante por ser “um processo através do qual as pessoas assimilam a realidade da sua perda e encontram forma de viverem sem a presença física daquilo que perderam” (Lopes, 2010, p. 104).

Assim, segundo Pereira (2010), torna-se indispensável que o enfermeiro possua conhecimentos sobre o processo de gestão de luto e tenha a perceção das necessidades da família.

Disponibilidade de tempo e capacidade para lidar com este tipo de situações, possibilitando um ambiente indicado para que seja possível a expressão dos sentimentos e emoções, são também à luz da autora outras das exigências colocadas.

Segundo a mesma “os profissionais de saúde devem ter consciência que o processo de luto é doloroso e dinâmico (...). O período mais difícil da intervenção do enfermeiro no processo de luto situa-se imediatamente após a perda. É uma fase complexa, difícil para todos e que exige disponibilidade, atenção a nível afectivo e existencial, para que a pessoa aceite a realidade” (*idem*, p. 65).

Assim, a espera pelo esclarecimento da situação, sem qualquer *feedback* e a rápida e fria abordagem na transmissão da notícia, são situações a evitar e que a família espera que não se verifiquem, a primeira perante a necessidade do conhecimento real da situação e a segunda face ao suporte emocional necessário.

Logo, o processo de comunicação da má notícia, como temos vindo a observar, é não só complexo como exigente. Ser portador e partilhar uma má notícia é uma tarefa difícil e geradora de sofrimento não só para quem a recebe como para quem a transmite.

Para Sancho (2000, p. 29), “todos gostam de dar boas notícias e ninguém gosta de dar as más” e Pereira (2008, p. 78), refere também que “ninguém gosta de ser portador de más notícias, é sempre uma situação difícil e geradora de stress e sofrimento”. Isto porque ser o portador de más notícias, é um dos maiores testes às nossas capacidades de comunicar sob pressão (Shipside, 2007) e para o qual nos sentimos pouco ou menos bem preparados.

Mas o que define a má notícia, para Sancho (2000), Fallowfield e Jenkins (2004), Buckman (2005), Pereira (2008) e Chaturvedi e Chandra (2010) entre outros, qualquer informação que produz uma alteração negativa das expectativas de uma pessoa sobre o seu presente e futuro é considerada uma má notícia.

A má notícia poderá ter, de certa forma, uma interpretação subjetiva, dependente das experiências de vida de um indivíduo, da sua personalidade, das crenças espirituais, do ponto de vista filosófico, do apoio social e até da sua resistência emocional (Fallowfield & Jenkins, 2004). No entanto, tem sempre o cunho de marcar como um acontecimento que de facto aconteceu numa determinada condição e que teve, tem e terá repercussões na vida desse indivíduo e até mesmo de uma comunidade.

De acordo com Lopes (2010, p. 85), “em alguns países já se nota uma crescente preocupação com a preparação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de habilidades e competências para lidar com a transmissão de más notícias”. Contudo, segundo Shipside (2007, p. 106), “quando existem más notícias para ser transmitidas, tentamos sempre passar a tarefa a outra pessoa. Existem várias razões para esta reacção: receamos ser culpabilizados; estamos preocupados com os sentimentos das outras pessoas; não queremos ser associados a más notícias”. Isto porque “as más notícias geralmente não têm uma margem de manobra que as atenuem” (*ibidem*).

Também Ariès (1988, p. 151) refere que “se os médicos e os enfermeiros (estes com mais reticências) adiam o mais possível o momento de avisar a família (...), é por receio de se verem envolvidos numa cadeia de reacções sentimentais que lhes farão perder, tal como ao doente e à família, o controlo de si mesmos”.

De facto, como refere Buckman (2001, p. 173), poder-se-á imaginar um ato de “comunicação mais stressante do que informar alguém da morte de um familiar?” contudo

“há no entanto fortes probabilidades de um profissional de saúde encarar esta responsabilidade bem cedo na sua carreira” (*ibidem*).

Sendo então esta tarefa tão difícil, imputada aos médicos, enfermeiros, assistentes sociais ou orientadores espirituais e religiosos, uma questão emerge, a de como comunicar uma má notícia.

Efetivamente e na ótica de diversos autores, não existem receitas e “não existe uma norma para comunicar ‘más notícias’, pois cada pessoa tem as suas particularidades e características próprias pelo que a actuação do profissional deve ser adaptada a cada caso” (Pereira, 2005, p. 103).

Nem tão pouco existe um modelo criado para a comunicação da má notícia em contexto de morte ou morte inesperada. Existem contudo, diversos autores que proporcionam algumas linhas de orientação que permitem uma abordagem mais assertiva nessa comunicação. Convém no entanto relembrar, como nos refere Pereira (2005, p. 103) que “a forma como o profissional dialoga e comunica com o doente tem por vezes mais importância que o próprio conteúdo da mensagem”.

Neste sentido vários autores sugerem algumas orientações para a comunicação da má notícia.

Tierney (2000, p. 18), indica que “antes de comunicar gaste o tempo que for necessário para poder tomar decisões informadas. É frequente agirmos primeiro e pensarmos depois” e Shippside (2007, p. 106) por sua vez refere que, “antes de transmitir notícias realmente más, pense como o irá fazer. Seja particularmente cuidadoso com o seu tom de voz (...)”.

Segundo este autor “selecione exactamente o tipo de informação que pretende partilhar e tenha ao seu dispor possíveis factos e números; pense em possíveis argumentos ou objecções que o receptor da notícia poderá apresentar e como poderá rebatê-los;” e “(...) escolha data e local que confirmam alguma privacidade, sossego e calma (*ibidem*).

Tierney (2000, pp. 18-19) por sua vez, alude à necessidade de adquirir “o hábito de fazer a si próprio algumas perguntas básicas”, que ajudarão a comunicação da notícia. As perguntas são as tão conhecidas e sempre verdadeiras: quem, o quê, porquê, quando e como.

Como temos visto e pelo descrito até ao momento, comunicar uma má notícia é uma situação desagradável e que tentamos evitar ou até solicitar a outros que o façam, como

que descartando essa responsabilidade, contudo e segundo Shiptside, “quanto mais tempo adiar a transmissão de más notícias, maior será a probabilidade de as pessoas descobrirem por outra fonte – as consequências desse facto poderão ainda ser mais graves para si”. Acrescenta ainda indicando que “se tem notícias que receia transmitir, então é melhor que o faça pessoalmente” (Shiptside, 2007, pp. 106-107).

Este autor menciona alguns passos que podem facilitar o papel do emissor da notícia: começar por avisar a outra pessoa que está ali para da uma má notícia; comunicar de forma clara, indo direto ao assunto e fornecendo dados objetivos; estar preparado para discutir, mesmo que se ache que nada mais há a dizer; manter a calma e não tomar a ira do recetor da notícia como algo pessoal; encorajar a concentrar-se na situação ou na informação e não na pessoa que está a transmitir a notícia (Shiptside, 2007).

Sobejamente conhecido e utilizado como orientador da comunicação da má notícia sobretudo por situações de doença, o “*Protocolo de Buckman*”, na opinião de Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale e Kudelka (2000); Aparício (2008), Park, Gupta, Mandani, Haubner e Peckler (2012), entre outros, também se adequa à comunicação de uma má notícia por situações de morte.

Aliás, este modelo é utilizado nomeadamente na abordagem efetuada pelos profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e nos serviços de emergência de diversos países, com as necessárias adequações.

Este “modelo” de comunicação torna-se num guião orientador para facilitar a transmissão da má notícia. É composto por seis fases sequenciais (*SPIKES strategy*), as três primeiras preparatórias e as três últimas na transmissão efetiva da notificação (Buckman, 2005).

i) Preparação do local e do ambiente (S – Setting), com privacidade, envolvendo outras pessoas significativas; adotar a posição de sentado, estar atento e manter a calma, promovendo a escuta ativa e a disponibilidade;

ii) Perceber o que se sabe (P – Perception), o princípio será “antes de dizer, pergunte”, obtendo a informação do que efetivamente a pessoa sabe;

iii) Obter permissão (I – Invitation), para comunicar, tentando perceber o que se pretende saber;

iv) Partilhar a informação/conhecimento (K – Knowledge), antes de dar a má notícia, informando de que está ali para lhe comunicar uma má notícia;

v) *Responder às emoções do doente (E – Empathy)*, combinando respostas empáticas com respostas exploratórias e validando os sentimentos, mostrando entender o lado humano da questão médica, reconhecendo que estes sentimentos são normais;

vi) *Estratégia e síntese (S – Strategy and summary)*, garantindo que a informação foi corretamente percebida, se necessário, sumarie. O momento deve ser concluído com um plano claro dos próximos passos a serem tomados e os papéis a desempenhar.

Perante a comunicação de má notícia, no contexto da morte súbita e da necessária informação aos familiares, estes passos podem, se necessário, ser ajustados.

Subsida este modelo as seguintes premissas que apresentamos de seguida (Buckman, 2001, pp. 173-178):

“Encontre o ambiente certo - É essencial para realizar a entrevista no contexto certo. O serviço de emergência tem, na maioria dos hospitais, um escritório separado e, possivelmente, uma sala para entrevistas: não hesite em usá-lo.(...) Tentar manter uma conversa dramática numa sala de espera ou no corredor levaria ao desastre. O profissional de saúde e seus interlocutores devem estar sentados;

Apresente-se - Comece por dizer o seu nome e função, não que a famílias e vá lembrar ao certo, mas porque não poderia ser mais doloroso receber uma má notícia por um anónimo. Esta apresentação tem a vantagem ainda de permitir um pequeno atraso no ajustamento mútuo entre os interlocutores;

O que dizer - Depende em grande parte, da abordagem pessoal o profissional de saúde. (...) Como é para anunciar a morte do paciente, é inútil perguntar o que os familiares querem saber. Ir sem mais delongas para o que aconteceu na brevidade da situação. O ponto crucial é, naturalmente, onde são informados da morte e pode ser alcançado mais facilmente, como resultado de uma narrativa. Não utilize eufemismos do tipo – ele partiu, utilize preferencialmente – ele morreu, expressão que não permite qualquer equívoco;

Se os familiares interromperem a narrativa para perguntar se o paciente ainda está vivo - devemos estar preparados para confirmar a sua morte. O profissional de saúde encontra-se num dilema: por um lado, ele quer preparar a família para receber a má notícia, por outro lado, ele não quer piorar a sua dor por exagerar sua última narrativa. Porém, é importante saber como mudar de rumo rapidamente, e voltar mais tarde com alguns detalhes de sua relação com a família para explicar as razões do fracasso do tratamento iniciado.

A utilização de respostas empáticas - A resposta empática continua a ser a técnica mais útil no presente caso. Deveria ser usada o suficiente rápido para não deixar sem resposta uma reacção única dos parentes. Também devemos estar preparados para vê-los chorar, obter sinais de raiva ou de choque. A partir do momento que eles estão realmente cientes da morte de seu parente, eles podem querer ficar sozinhos ou ver o corpo, e é útil nesta fase para perguntar o que eles preferem;

Recorrer a alguém para acompanhar o familiar - no final da entrevista, se houver apenas um dos familiares presentes, tal como um dos cônjuges, cujo luto começa, é necessário ter cuidado para não simplesmente ir embora, deixando-a sozinho e à sua sorte. Deve pedir o nome de um amigo ou de outro parente que o possa acompanhar no imediato. Se houver um profissional disponível, você pode chamar um dos membros previstos para este efeito (um capelão ou assistente social, por exemplo);

Circunstâncias agravantes - Às vezes as circunstâncias da morte de um ente querido são mais trágicas para a família que a própria morte (por exemplo, suicídio ou morte acidental de uma criança). Se, no momento mais intenso para os familiares, o profissional de saúde tem poucos meios para os ajudar, pode contudo informá-los sobre as actuais formas de apoio. O simples ato de perguntar se eles têm o médico de família e aconselhá-los, vai certamente ser apreciado, assim como informações sobre os centros de terapia do luto”.

Existem ainda outros protocolos utilizados em países como Austrália, Estados Unidos da América ou Reino Unido, que se baseiam nas premissas identificadas anteriormente e que preparam os profissionais antes da comunicação de más notícias, constituindo-se num ótimo apoio de como a notícia deve ser transmitida (Fallowfield & Jenkins, 2004, p. 316).

Estes autores indicam que a base empírica para o desenvolvimento de diretrizes (*guidelines*) é importante sobretudo para a verificação da sua validade, se são éticas, práticas e respondem às necessidades dos pacientes. Referenciam também que, perante um questionário efetuado a familiares de vítimas que faleceram de trauma súbito e aos quais foi efetuada a comunicação de morte, “os atributos mais importantes para esses membros da família foram, a privacidade ao receber a notícia, a atitude e conhecimento do portador da notícia e a clareza da mensagem” (*ibidem* p. 315), pormenores preponderantes que resultam da conjugação dos princípios evidenciados anteriormente.

Resumindo, embora existam diversos métodos e etapas descritas para a transmissão das más notícias (pelos vários autores consultados), os princípios gerais são bastante

semelhantes. Porém, conforme referenciamos anteriormente, apesar de não existir uma forma certa ou errada de dar más notícias, existem alguns aspetos que se devem evitar como, fazer esperar os familiares e atrasar a comunicação, não confirmar os dados e a informação do doente, manter uma postura inquieta ou de pouca atenção, emitir opiniões pessoais, evocar aspetos positivos ou de superação com as frases tipificadas e proporcionar demasiada informação, entre outros (Billson & Tyrrell, 2003).

Assim, é extremamente importante considerar que a vida continua para os familiares e que eles entendam a má notícia numa perspetiva de viragem, para a partir desse momento avançarem, na tentativa do desenvolvimento de uma vida normal. Contudo, é natural que o recetor da notícia se concentre apenas nos aspetos negativos, sendo importante que o enfermeiro e os restantes profissionais o ajudem a avançar novamente (Shipside, 2007).

Ferreira (1999, p. 43), tece algumas considerações relativamente às intervenções do enfermeiro perante o sofrimento e a dor sentidos após a morte de uma familiar. Segundo ele, os enfermeiros “são talvez os profissionais de saúde mais implicados na promoção de um processo de luto com uma interacção triangular: indivíduo-enfermeiro-família”, assim propõem uma série de intervenções a serem tomadas em consideração baseadas na singularidade de cada um, uma vez que “as intervenções de enfermagem não se limitam a procedimentos estereotipados, mas a cuidados individualizados” e que podem favorecer um início de luto considerado normal. Essas intervenções centram-se em (*ibidem*):

“Sensibilizar a família para as vantagens do seu envolvimento nos cuidados a prestar ao familiar moribundo, o que possivelmente, a ajudará a lidar com o sentimento de perda;

Dar oportunidade aos elementos mais novos de participar no processo, encarando a situação de modo realista (...);

Reconhecer, aceitar e ajudar a família a utilizar rituais, costumes e estilos para lidar com a morte;

Promover um ambiente propício à livre expressão de sentimentos e ajudar as pessoas a encontrar um significado ao tempo passado junto ao moribundo;

Sugerir o redimensionamento dos espaços físicos, de modo a permitir o direito à privacidade da família nos momentos de maior expressão de dor;

Dar tempo à família para explorar o seu próprio potencial em termos de recursos;

Considerar a família sempre num contexto com um quadro de referências próprio;

Identificar qual o papel/lugar que o falecido desempenhava na estrutura familiar (...);

Usar uma linguagem acessível e franca (em contexto de vivência emocional) permitindo assim um feedback também franco e directo. O uso de expressões como ‘morrer’, ‘morte’, traduz naturalidade e frontalidade. Os eufemismos apenas alimentam o tabu;

Recorrer a grupos de auto-ajuda ou outras fontes de apoio que se revelem adequadas (...);

Identificar fatores de stress secundários a outras situações e que influenciarão nos mecanismos adaptativos;

Procurar ser congruente (pensar, sentir e agir). A discrepância entre o comportamento verbal e não verbal, origina uma ambivalência facilmente detestada pela família;

Ter consciência dos seus próprios limites. O nosso envolvimento quando desmesurado pode interferir na relação terapêutica e há que reconhecer, com humildade, quando somos nós a precisar de apoio (...);

Promover o trabalho em equipa, nomeadamente com os colegas da saúde comunitária para assegurar a articulação dos cuidados.”

Existem também outros aspetos a considerar na transmissão da má notícia, que não devem ser menosprezados e que ainda não foram referenciados, embora implícitos, como, por exemplo, o silêncio, entendido diversas vezes como penosa interrupção do normal decurso da conversa. Contudo, se “a pessoa que está a minha frente se calar, isso também pode significar que está, momentaneamente, ocupada consigo própria. Por isso, o ouvinte não deve tentar quebrar imediatamente o silêncio estabelecido, mas antes esperar e dar tempo ao outro” (Schulz von Thun, Ruppel, & Stratmann, 2007, p. 74), isso ajudará a estruturar mentalmente a informação obtida.

Howarth e Leaman (2004, p. 366) referem ainda um outro pormenor, é que em consonância com a mágoa “por vezes desenvolve-se o sentimento de descrença, para o qual devemos estar preparados. Como nestes casos é comum as famílias não presenciarem o momento da morte, esta descrença é exacerbada pela falta de informação sobre as circunstâncias da ocorrência”.

Segundo estes autores elas [famílias], “podem ficar desnorteadas e revoltadas; muito provavelmente lamentarão o facto de não terem tido oportunidade de se despedirem”, esse sentimento é natural e não deve ser desvalorizado.

Por fim, Kübler-Ross (2008, p. 207) foca a necessidade de dar tempo e abertura para expressão dos sentimentos, para permitir ao familiar “falar, chorar ou gritar, se necessário. Deixem-no partilhar e expressar-se, mas estejam disponíveis”. Refere ainda que “quando os problemas se resolvem para o morto, o seu familiar tem um longo período de luto pela frente. Precisa de ajuda e de auxílio desde a confirmação de um diagnóstico funesto até vários meses depois da morte de um membro da família”.

A autora conclui referindo que esta ajuda, não passa necessariamente por um aconselhamento profissional pois “a maior parte das pessoas não precisa disso, nem consegue suportá-lo financeiramente. Mas precisam de um ser humano, de um amigo, um médico, um enfermeiro, um capelão – pouco importa” para os ajudar.

Em jeito de resumo, podemos referir que o enfermeiro enquanto elemento integrante de uma equipa que possui como objetivo favorecer o início de um processo de luto saudável deve: confirmar a identidade do falecido e da família; providenciar uma localização privada; identificar-se; sentar-se; usar o nome do paciente; efetuar uma breve cronologia dos acontecimentos; indicar que o paciente “morreu”; tranquilizar através da indicação de que tudo foi feito; evitar termos médicos de difícil perceção; permitir uma resposta de tristeza inicial; permitir que a família possa ver o corpo; dar indicações sobre os procedimentos seguintes; responder a perguntas possíveis e providenciar um acompanhamento posterior (*follow-up*) (Olsen, Buenefe, & Falco, 1998).

Assim, “devolver a morte ao contexto familiar, proporcionando a vivência da perda em toda a sua magnitude, surge como grande propulsor para um desfecho favorável desta crise. O contributo do enfermeiro torna-se então inegável na ajuda que poderá dar na ‘reconstrução’ da estabilidade e na ‘assimilação’ da perda” (Ferreira, 1999, p. 41).

CAPÍTULO II

Percurso Metodológico

Como indica Fortin (1999), de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional, sendo este método de aquisição de conhecimentos dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos.

Assim, procura-se com os processos de investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e uma capacidade de análise crítica e sustentada, com o objetivo do desenvolvimento e crescimento profissional ao qual a enfermagem não fica alienada, uma vez que “equacionando aquilo que faz, reflectindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas” (Martins, 2008, p. 63).

Logo, a investigação em enfermagem “é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (Enfermeiros, 2006, p. 1).

A investigação assenta portanto num percurso metodológico desenhado pelos investigadores com o intuito de delinear o melhor caminho para obter as respostas à(s) questão(ões) de investigação previamente identificadas.

Neste capítulo, procedemos então à descrição do percurso metodológico que orientou o presente trabalho, desde a problemática aos objetivos de investigação, o tipo de estudo, o contexto e os participantes, as estratégias de colheita de dados e o procedimento de análise, assim como as considerações éticas subjacentes.

1. Da problemática aos objetivos

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 159), o problema “é uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução”.

Como temos vindo a expor, a comunicação da má notícia é uma constante no quotidiano dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, no entanto continua a ser uma tarefa difícil, rodeada de imensos fatores intrínsecos e extrínsecos aos intervenientes e que condicionam uma postura assertiva e atenta exigida.

Por ser um dos contextos onde desenvolvemos a atividade profissional e pela consciência inequívoca das dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante esta problemática, consideramos o estudo desta temática pertinente.

O atendimento da pessoa em situação crítica é, em primeira instância, o foco de atenção dos enfermeiros contudo, estando essa pessoa no centro de um seio familiar, devemos considerar que o sofrimento da pessoa se estende ao seu núcleo familiar pelo que esta deve ser alvo da nossa atenção.

Estas corroborações conduziram então à questão de partida para este estudo, **qual o significado das experiências dos enfermeiros na comunicação da má notícia no contexto de morte inesperada**, conduzindo-nos essa questão a um objetivo geral e norteador, **compreender o significado das experiências dos enfermeiros no processo de comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada**.

Este objetivo alargado foi fragmentado em objetivos específicos para melhor facilitar não só a resposta à questão de partida mas a própria orientação do estudo, sendo eles:

- Identificar o(s) procedimento(s) no âmbito do processo da comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada;
- Perceber os sentimentos/emoções experienciados pelos enfermeiros no âmbito do processo da comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada;

- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores no processo da comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada;
- Identificar sugestões que otimizem o processo da comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada;

Perante a problemática e os objetivos delineados para o estudo, foram tomadas as decisões metodológicas adequadas à sua concretização e que a seguir apresentamos.

2. Tipo de estudo

A realização do estudo assentou numa metodologia de natureza qualitativa, com carácter descritivo de características fenomenológicas, onde o objetivo é descrever uma experiência tal como ela é vivenciada pelas pessoas envolvidas.

Segundo vários autores, a pesquisa qualitativa é particularmente adequada ao estudo da experiência humana sobre a saúde, em que determinadas situações são vividas e descritas pelas pessoas e essa é uma das preocupações da enfermagem enquanto ciência.

Como evidenciam Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa possui cinco características fundamentais:

- i) A colheita de dados é efetuada no ambiente natural, onde os investigadores frequentam o local de estudo;
- ii) Os dados recolhidos são em forma de palavras e de imagens, em que os dados são analisados, respeitando a origem e onde a escrita assume particular relevância;
- iii) Importante, mais do que números, é o processo de investigação em si;
- iv) Os dados são obtidos, não para confirmar ou infirmar hipóteses, mas onde as extrapolações são efetuadas ao longo do agrupamento dos dados e;
- v) Os investigadores preocupam-se essencialmente com as perspetivas dos participantes.

Lincoln (1992) cit. por LoBiondo-Wood e Haber (2001, p. 125) refere que “os métodos qualitativos concentram-se no todo da experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência, esses métodos permitem uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito dos comportamentos humanos complexos”.

Segundo Fortin (2009, p. 31) a investigação qualitativa tende “a fazer ressaltar o sentido ou a significação que um fenómeno estudado reveste para os indivíduos” e, segundo a mesma, a “investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação” (*idem*, p. 34).

Já Sampieri, Collado e Lucio (2006, p. 100) relativamente aos estudos descritivos, referem que o objetivo do pesquisador “consiste em descrever situações, acontecimentos e feitos, isto é, dizer como é e como se manifesta determinado fenómeno” e Fortin (2009, p. 221) refere ainda que “os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação”.

Assim, o objetivo final será o de compreender um fenómeno ainda pouco estudado ou mal elucidado e obter ganhos para uma conduta futura.

A fenomenologia permite-nos então, enquanto abordagem indutiva, o estudo de determinadas experiências, conforme são vivenciadas e descritas pelas pessoas, visando compreender um fenómeno e “identificar a essência do ponto de vista das pessoas que o viveram ou que fizeram a experiência” (Fortin, 2009, p. 36), levando-nos à compreensão dessa experiência em situação contextual ou seja, a significação da experiência vivida.

Assim consideramos que a opção por um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo, com características fenomenológicas é o que melhor se adequa à problemática e ao objetivo do estudo que visa compreender o significado das experiências vivenciadas pelos enfermeiros que lidam com a comunicação da morte em contexto de morte inesperada.

3. O Contexto e os Participantes no estudo

Neste ponto mencionamos os aspetos relacionados com a seleção e caracterização do contexto assim como dos participantes no estudo.

3.1 O Contexto

O local eleito para a realização do estudo foi um serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) de um hospital da zona norte do país.

A seleção deste serviço é consequente ao facto do desenvolvimento da atividade profissional nessa equipa de trabalho, possuindo conhecimento efetivo não só da realidade em questão como das necessidades sentidas e/ou manifestadas pelos profissionais de enfermagem, tal como fundamentado no ponto anterior.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2001, p. 8) “os serviços de urgência médico-cirúrgica, são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência e emergência integrado na rede hospitalar urgência/emergência. São unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital”. Os hospitais com SUMC devem dispor de diversas valências segundo o documento consultado e supra-referenciado, e “estão obrigatoriamente articulados com o nível superior (hospital com urgência polivalente que será o seu hospital de referência), com os de mesmo nível da sua área e com os de nível inferior (com urgência básica)”.

O SUMC selecionado, é um serviço aberto que recebe doentes do foro médico e cirúrgico de todas as idades (adulto e pediatria) e ainda situações de urgência de obstetrícia e de ginecologia. Está vocacionado para o atendimento à pessoa em situação crítica, possuindo para as 24h recursos humanos, técnicos e físicos adequados à função que lhe está atribuída. A equipa de enfermagem é heterogénea, composta por trinta e sete elementos de ambos os géneros, doze dos quais especialistas em enfermagem (de Saúde Mental e Psiquiátrica, de Saúde Infantil e Pediátrica, de Saúde Comunitária, de Reabilitação e de Médico-Cirúrgica), conta ainda com um enfermeiro chefe também especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica.

A metodologia de trabalho assenta no método individual, com a alocação dos elementos para o período de trabalho às diferentes áreas físicas, postos de trabalho, da prestação de cuidados.

Relativamente à organização do serviço e quanto à dinâmica de atendimento da pessoa em situação crítica, esta é encaminhada para a sala de emergência do serviço (preferencialmente após a triagem inicial – metodologia Manchester), à qual está adstrito um enfermeiro e acorrem os restantes colaboradores, médicos e assistentes operacionais, assim como outros enfermeiros do serviço, em função da ocorrência/situação clínica e das necessidades específicas.

Quanto aos familiares e acompanhantes, um elemento da família ou pessoa significativa acompanha normalmente o doente durante a estadia no SU, podendo em função das necessidades assistenciais e da condição do doente, esperar ou ser convidado a esperar na sala de espera (à entrada no SU) ou noutros locais existentes no interior do mesmo para o efeito.

Nas situações de criticidade o elemento a acompanhar é normalmente um familiar do núcleo mais restrito, a não ser que o doente manifeste alguma indicação em contrário.

3.2 Os Participantes

Os informantes são enfermeiros do SUMC referenciado anteriormente, que foram integrados no estudo considerando os seguintes critérios de inclusão:

- i) Possuir experiência de reanimação em sala de emergência, com desfecho em morte inesperada;
- ii) Possuir experiência de comunicação da má notícia, em contexto de morte inesperada a familiares/pessoas significativas;

O número de participantes a incluir no estudo não foi estabelecido inicialmente mas sim determinado pelo critério da saturação em que, a existência de redundância ou repetição na obtenção de dados, determinou a não necessidade de continuar a sua recolha.

Por outras palavras, as informações fornecidas por novos participantes na pesquisa pouco acrescentariam ao material já conseguido, não contribuindo significativamente para o

aperfeiçoamento da reflexão teórica, fundamentada nos dados já colhidos (Savoie-Zajc (2003), Fortin (2009), Fontanella, Luchesi, Saidel, Ricas, Turato, e Melo (2011).

Participaram no estudo oito enfermeiros cujas características sociodemográficas encontram-se expressas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Entrevistado	Idade (anos)	Género		Grau Académico	Formação Pós-Graduada		Experiência (anos)	
		Masculino	Feminino	Licenciatura	Especialidade	Outras	Profissional	No SU
E1	31-35	X		SIM			11-15	11-15
E2	36-40	X		SIM			16-20	16-20
E3	36-40		X	SIM			16-20	11-15
E4	31-35		X	SIM			11-15	11-15
E5	51-55		X	SIM		SIM	26-30	26-30
E6	41-45		X	SIM	SIM		16-20	11-15
E7	41-45		X	SIM	SIM		21-25	5-10
E8	25-30		X	SIM		SIM	<5	<5

A maioria dos enfermeiros são do género feminino e as idades situam-se entre os 25 e os 55 anos, dos quais um tem menos de 30, um tem mais de 50, situando-se os restantes seis entre os 31 e os 45 anos de idade.

Todos os participantes possuem o grau académico de licenciatura em enfermagem e relativamente à formação pós-graduada, dois possuem uma das especialidades de enfermagem (1 em enfermagem médico-cirúrgica e 1 em enfermagem de saúde infantil e pediátrica) e dois possuem uma pós-graduação na área da enfermagem (pós graduação em anesthesiologia e pós graduação em enfermagem de emergência e catástrofe, respetivamente).

Relativamente à experiência profissional, apenas um possui menos de 5 anos de experiência profissional, os restantes possuem entre 11 e 30 anos de experiência, sendo que cinco possuem entre 11 e 20 anos de experiência profissional.

Pelas características do estudo, consideramos também importante saber qual o número de anos de experiência profissional num serviço de urgência. Dos oito elementos, um possui menos de cinco anos de experiência no serviço de urgência e os restantes sete possuem entre 5 e 30 anos de experiência no serviço de urgência, sendo que metade dos mesmos possui entre 11 e 15 anos de experiência profissional num serviço de urgência.

4. Procedimentos de recolha de dados

Para Fortin (2009, p. 368) independentemente da disciplina, “a investigação é susceptível de tratar uma variedade de fenómenos e, para realizá-la, é preciso ter à disposição diferentes instrumentos de medida”. Segundo a mesma autora, mas com uma visão partilhada por outros, como Polit e Hungler (1995) e Lo-Biondo-Wood (2001), o instrumento da recolha de dados está dependente dos objetivos propostos.

Assim, em função dos objetivos elencados, o instrumento de colheita de dados utilizado com a pretensão de responder à questão de investigação foi a entrevista semiestruturada ou semidirigida.

Como refere Fortin (2009) nos estudos descritivos propriamente ditos, são empregues principalmente as entrevistas dirigidas ou semidirigidas. A opção pela semidirigida surge pela possibilidade de se obterem mais informações particulares sobre o tema, compreendendo o ponto de vista do entrevistado. Sendo exigente, este instrumento de colheita torna-se enriquecedor pois permite que os intervenientes se expressem livremente.

Savoie-Zajc (2003) cit. por Fortin (2009, pág. 377) define a entrevista semidirigida como:

[...] uma interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo.

Sobre a entrevista semidirigida Polit e Hungler (1995, p. 270) referem também que “os pesquisadores qualitativos colectam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjectividade dos seres humanos”. Para os mesmos autores “as inquirições qualitativas, devido à sua ênfase nas realidades dos sujeitos, exigem um mínimo de estrutura e um máximo de envolvimento do pesquisador, uma vez que ela tenta abarcar aquelas pessoas cuja experiência está sendo estudada” (*ibidem*).

Também Marconi e Lakatos salientam a importância da entrevista, considerando-a “como o instrumento por excelência da investigação social” (2003, p.196).

Assim a entrevista, neste caso a semiestruturada, pareceu-nos a mais adequada para o desenho de investigação em questão, permitindo ao participante no estudo controlar o conteúdo, pela abertura proporcionada e ao investigador a compreensão do ponto de vista do cooperante e o enriquecimento do estudo.

Assim, foi elaborado um guião de entrevista (**Apêndice 2**), que possibilitou a condução da mesma, certificando-nos que os temas previstos fossem abordados e que no final permitisse obter respostas para os objetivos preconizados.

Este guião foi submetido a um pré-teste inicial a dois enfermeiros que não participaram no estudo e permitiu avaliar a adequabilidade e pertinência das questões face aos objetivos traçados, não tendo sido necessária qualquer alteração ao mesmo, tendo sido mantida a versão original.

Este também se constituiu como uma mais valia ao permitir “treinar” a condução da entrevista.

Previamente à colheita de dados, foi efetuado contacto com o enfermeiro chefe do serviço com o intuito de comunicar os objetivos do estudo, assim como a disponibilização posterior dos resultados, demonstrando a intenção de os divulgar no serviço/instituição e delinear a melhor estratégia e local para a colheita dos dados.

De seguida foram contactados os enfermeiros que reuniam as condições de inclusão e auscultamos a sua disponibilidade para participar no estudo, agendando a realização da entrevista.

A colheita de dados foi realizada, após autorização da comissão de ética, entre os meses de Maio e Junho de 2012, conforme as disponibilidades dos intervenientes, num total de oito, numa sala da instituição disponível para o efeito, excluído o serviço, uma vez que o mesmo não garantia um clima de privacidade nem favorecia a confiança necessária ao momento.

5. Análise de dados

Após a realização das entrevistas procedeu-se à transcrição integral das mesmas, respeitando não só as palavras como o seu sentido, constituindo-se no corpo fundamental para a pesquisa.

Esta transcrição *ipsis verbis* ou *verbatim* das entrevistas, constituem o denominado *corpus* de análise (Savoie-Zajc, 2003).

A análise de conteúdo foi realizada segundo o método de Laurence Bardin (2011), que a considera como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Segundo esta autora, a “intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção”. Assim o investigador “tira partido do tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio” (pp. 40-41).

O método de análise de conteúdo respeita a elaboração e a utilização de modelos sistemáticos de leitura, do que foi transcrito do suporte de gravação utilizado, e assenta no recurso a regras explícitas de análise e interpretação pretendendo-se efetuar inferências válidas.

Trata-se então de medir a frequência, a ordem e a intensidade de certas palavras, expressões ou de factos e acontecimentos, possibilitando ao investigador estudar através da análise dos relatos e de forma indireta o comportamento humano.

A análise de conteúdo permite caminhar para a meta final da investigação, fundamentando e melhorando a prática da profissão, ampliando assim a sua base científica.

Logo, “é após a análise dos dados que o pesquisador junta as peças finais do quebra-cabeças para ter uma visão total do quadro com um olhar crítico” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001, p. 223).

A metodologia de análise de conteúdo, contempla quatro etapas sequenciais, que devem ser devidamente seguidas pelo investigador e que correspondem: à organização da análise; a codificação; a categorização e a inferência (Bardin, 2011).

Tocando sucintamente cada uma delas, a fase de *organização da análise* corresponde à preparação do material em torno de três eixos: a pré-análise (organização propriamente dita), a exploração do material (aplicação sistemática de operações de codificação, decomposição ou enumeração) e ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação (onde os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos), propondo posteriormente inferências. Na fase da *codificação*, os dados em bruto são transformados e agregados em unidades, permitindo uma representação do conteúdo ou da expressão do mesmo, possibilitando uma descrição exata das características pertinentes desse conteúdo. A terceira fase deste processo é a *categorização*, que corresponde a uma etapa inicial de classificação de elementos que constituem um conjunto por diferenciação e que posteriormente são reagrupados em função de uma analogia baseada em critérios definidos anteriormente. Esta categorização, embora trabalhosa exige uma enorme criatividade e seguiu a linha de princípio de qualidade proposta por Bardin (2011): i) a exclusão mútua (em que cada elemento não pode existir em mais de uma divisão); ii) a homogeneidade (em que um conjunto categorial só pode funcionar com uma dimensão de análise); iii) a pertinência (quando uma categoria está adaptada ao material de análise escolhido e pertence ao quadro teórico definido, com uma adequação apropriada); a objetividade e fidelidade (em que a codificação deve ser a mesma quando submetida a várias análises, com uma definição clara das variáveis tratadas) e por fim; a produtividade (em que um conjunto de categorias é produtivo se fornecer resultados proveitosos em inferências, novas hipóteses e exatidão de dados).

A quarta e última fase deste procedimento, a *inferência*, corresponde à dedução de uma forma lógica, de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. A inferência é considerada como procedimento intermédio que permite de uma forma explícita e controlada passar da fase da descrição (características do texto resumidas após tratamento) e a interpretação (significação concedida a estas características).

Percorridos todos estes passos da análise de conteúdo emergiram um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que se encontram expressas num quadro síntese onde também constam as respetivas unidade de significação (**Apêndice 4**).

6. Considerações Éticas

Tratando-se de uma investigação que envolve o ser humano e com o objetivo de “não lesar” qualquer um dos elementos envolvidos, foram atendidos os vários princípios éticos exigidos para uma investigação, nomeadamente investigação em enfermagem.

Como refere Martins (2008, p. 63) e “porque o alvo da nossa actuação enquanto investigadores é o Homem e as suas respostas às situações de saúde/doença, o desenvolvimento da investigação deve suscitar em nós o interesse pelas questões éticas, advindas da necessidade de criar regras para regulamentar e controlar a investigação com seres humanos”.

Segundo Fortin (1999, p. 116), devem ser predicados da conduta investigativa “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e por fim, o direito a um tratamento justo e leal”.

No sentido de atendermos a todos estes princípios, inicialmente foi formalizado um pedido de autorização para realização do estudo de investigação ao Conselho de Administração da instituição seleccionada, com a indicação do tema e dos objetivos do estudo assim como o método de colheita de dados e quais os participantes, que por sua vez o encaminhou para a comissão de ética que emitiu parecer favorável à realização do mesmo (**Anexo 1**).

Foi tida em conta a participação voluntária, após esclarecimento dos aspetos considerados importantes e perante a existência de questões que foram respondidas, respeitando sempre o princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade.

Aos informantes foi permitido o direito de recusa na participação ou interrupção da colheita de dados em qualquer momento, sem que existisse qualquer consequência.

Para este efeito, foi elaborado um termo de consentimento informado (**Apêndice 3**) baseado nos princípios éticos de pesquisa em investigação e que espelham o evidenciado anteriormente.

As entrevistas foram realizadas com recurso à gravação de voz em suporte digital, após autorização de todos os participantes. A sua utilização foi realizada apenas com o objetivo

da posterior transcrição do conteúdo, que será permanentemente destruído após a conclusão do presente estudo.

Por forma a manterem-se os princípios mencionados anteriormente, especialmente o da confidencialidade, as entrevistas foram encriptadas de E1 a E8.

As entrevistas foram transcritas e a sua leitura foi proporcionada aos entrevistados por forma a ser confirmada e validada a transcrição.

Assim, pautou a nossa postura na investigação o respeito pela inclusão de informantes livres e esclarecidos, a proteção dos dados e a confidencialidade das informações pessoais prestadas, sendo respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo investigativo.

CAPITULO III

Apresentação e Análise dos Dados

Apresentação e análise dos dados

Neste capítulo, é nosso objetivo apresentar e analisar os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita.

Das entrevistas realizadas, surgiram então um conjunto de dados que foram agrupados em seis áreas temáticas, nomeadamente: i) Significado atribuído ao processo de comunicação de má notícia; ii) dificuldades no processo comunicacional; iii) estratégias utilizadas na comunicação de má notícia; iv) sentimentos e reações vivenciados; v) fatores facilitadores e dificultadores na comunicação de má notícia e vi) sugestões para otimização do processo comunicacional da má notícia em contexto de morte inesperada.

A apresentação assim como a descrição e consequente análise será efetuada pelas áreas temáticas, focando as respetivas categorias e subcategorias que se encontram expressas em figuras.

1 – Significado atribuído ao processo de comunicação da má notícia

Os participantes atribuíram alguns significados ao processo de comunicação da má notícia (Figura 1).

Figura 1 – Significado atribuído ao processo de comunicação da má notícia – categorias



Os enfermeiros consideram que esta é uma situação difícil e constrangedora, não só pela especificidade da situação mas também pelo próprio processo em si e pela gestão das diversas circunstâncias que a rodeiam. No entanto, verbalizam a necessidade de lhe atribuir especial relevância no contexto de cuidados.

É referenciado por cinco dos participantes a **dificuldade** que atribuem ao processo, traduzindo-se nas seguintes afirmações:

“É das coisas mais difíceis que nós temos que fazer, em termos de atuação de enfermagem...” E03;

“Não é nada fácil comunicar más notícias (...) facilidade não é nenhuma, não é nenhuma.” E05;

“(...) continua a ser um momento difícil, do qual não gosto mas não o evito...” E06;

“(.) e pfff, oh pá... é complicado.” E08.

Outro significado atribuído ao processo de comunicação é o de **constrangimento**:

“(...) observo muito constrangimento também, claro” E04;

“(...) tu ficas um bocadinho... não sabes bem o que deves fazer e eu isso sinto às vezes que estou ali assim um bocadinho... queria ajudar... e os clichés e as palavras que tu dizes (...) eu acho que não ajudam...” E05;

“(...) ou pessoas que até assistiram á situação mas que não têm o à vontade suficiente para se sentar e falar” E08.

Contudo e apesar destas complexidades, é atribuído a este processo uma **relevância** sentida, indicando que apesar do mesmo ser difícil e constrangedor, os participantes atribuem um relevante sentido à intervenção realizada:

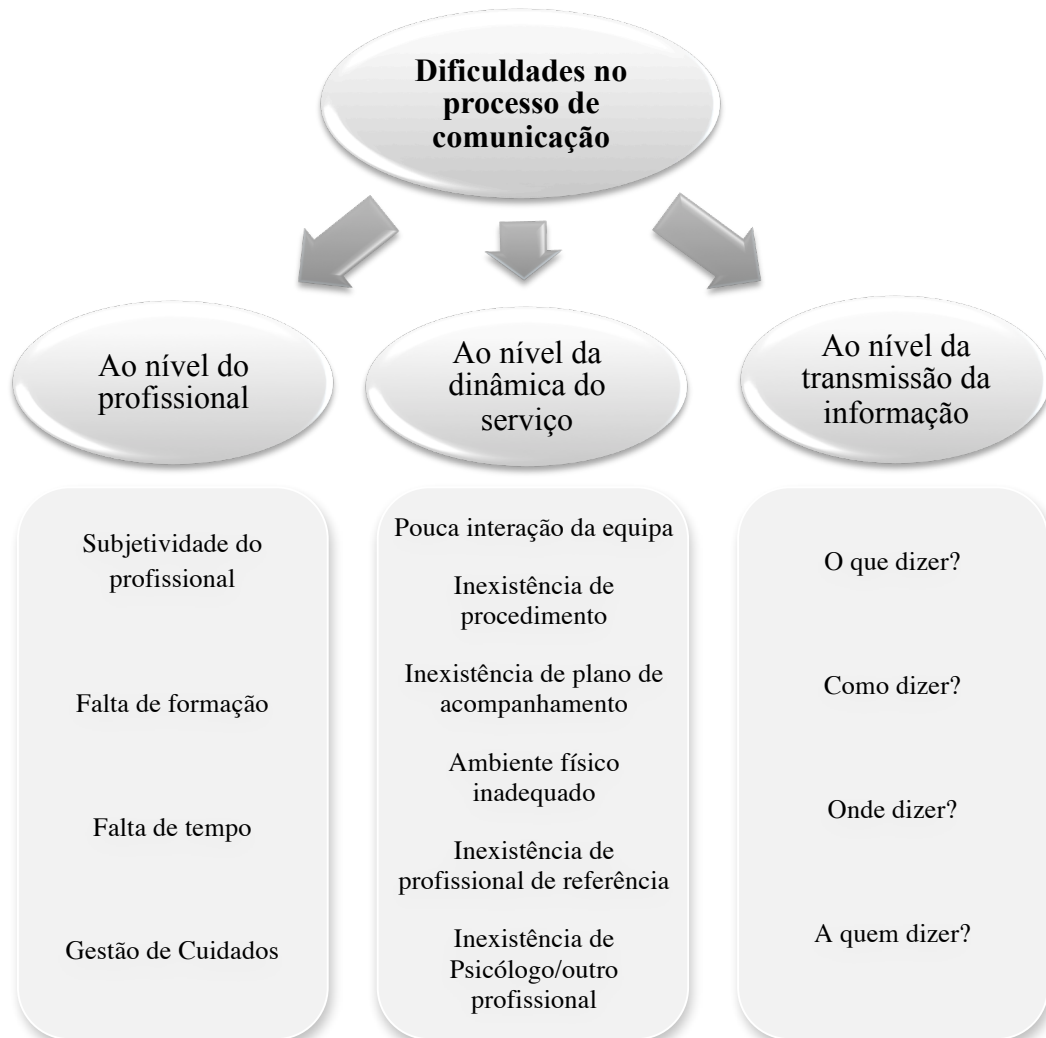
“(...) o que me parece na equipa em que estamos inseridos, não há ninguém que seja indiferente a este tipo de situações” E04;

“(...) tenho noção que as pessoas [enfermeiros] pensam nela [família] sempre... porque a maneira como eu ouço as pessoas perguntar... este doente tem família lá fora? Tem a mãe... então nota-se na cara das pessoas que pensam... ai coitada...” E08.

2 - Dificuldades no processo de comunicação

Relativamente às dificuldades sentidas pelos informantes no processo de comunicação de má notícia, no contexto de morte inesperada, estas são diversas e foram sentidas a três níveis: as relacionadas com o profissional, as relacionadas com a dinâmica do serviço e as relacionadas com a transmissão da informação como se pode ver na figura 2.

Figura 2 – Dificuldades no processo de comunicação – categorias e subcategorias



As dificuldades **ao nível do profissional**, referem-se à *subjetividade do profissional*, à *falta de formação*, à *falta de tempo* e à *gestão de cuidados*.

Relativamente à *subjetividade do profissional*, quatro participantes evidenciaram o facto do processo de comunicação estar sujeito às características individuais do interveniente:

“(...) é feito na base da sensibilidade de quem está a informar...” E01;

“Depende sem dúvida da sensibilidade de cada um mas não devia...” E04;

“A comunicação baseia-se muito na sensibilidade de cada um e ponto final...” E07.

No tocante à *falta de formação*, cinco informantes indicaram este aspeto como uma das dificuldades sentidas e expressam-no da seguinte forma;

Isto é, se calhar as pessoas que têm que dar a má notícia não estão muito bem preparadas para o fazer, quer profissionalmente até quer como pessoa em si”. E02;

“(...) acho que há muita falta de formação sobre como comunicar más notícias... mas se nós temos falta de formação, acho que os médicos têm muito mais” E06;

“Não tenho formação específica para dar más notícias e se calhar o serviço beneficiava, (...) as pessoas, beneficiavam provavelmente se alguém tivesse formação mais nessa área...” E08.

Outro fator destacado como dificuldade, por parte dos enfermeiros, foi a *falta de tempo* disponível para intervir neste processo:

“O tempo que temos (...) é mesmo, mesmo escasso” E02;

“Quantas vezes estás a tentar a ajudar alguém, estar ali, nem que seja estar ao lado dela, sem dizer nada... e não tens tempo para isso...” E03;

“E sinto uma limitação nisto (...) porque estou lá e sempre com o stress do tempo (...) e sinto uma pressão nisso” E06

Por fim, um outro aspeto dificultador evidenciado por um dos informantes relaciona-se com a *gestão de cuidados* e importância atribuída:

“(...) são processos que nós entendemos que são importantes mas importante (...) é mesmo a tecnicidade e eu acho sinceramente (...) que “é importante sim senhor... dar apoio à família... dar não sei o quê e dar não sei que mais, mas importante (...) era reanimarmos o doente”, (...) damos mais valor ao ato em si. Naquela situação temos que apostar... e depois apoiar a família... mas não damos o mesmo valor” E05.

Quanto às dificuldades sentidas a nível da **dinâmica do serviço**, foram focados diversos aspetos que agrupamos nas seguintes subcategorias: *pouca interação da equipa; inexistência de procedimento; inexistência de plano de acompanhamento; ambiente físico inadequado;*

inexistência de profissional de referência e inexistência de psicólogo/outro profissional de apoio.

A *pouca interação da equipa*, ou seja a frequente falta de sinergia entre os elementos que a constituem, foi uma das dificuldades sentidas e manifestadas por metade dos informantes:

“(...) não é fácil chamá-los [médicos] a esse contacto, muitas vezes dão só a notícia e fogem, depois voltar e dar a oportunidade à família ter novo contacto depois (...) já é mais difícil, porque eles recusam, a notícia está dada e siga... como se fosse um ato isolado e que acabou ali” E01;

“(...) fui eu que o fui buscar à sala, à entrada, porque nos ligaram, fui eu que o encaminhei para a sala de emergência e que lhe comuniquei a má notícia, na altura a pediatra também não estava lá na sala.” E04;

“(...) já houveram situações em que fui sozinha, porque era o intensivista e o intensivista já não está” E06.

A *inexistência de procedimento* expressa por um enfermeiro e a *inexistência de plano de acompanhamento* posterior focada por diversos enfermeiros foram outras dificuldades manifestadas:

“Não há uma estratégia organizada e definida, e que diga o que temos que fazer” E1.

“Não sabemos se aquela família recuperou da situação, não sabemos se teve ou não acompanhamento psicológico, não sabemos nada” E02;

“(...) ai o que é que faço agora? (...) e nós dizemos, olhe contacte a agência funerária... que ela trata de tudo, (...) agora assim, de acompanhamento, depois as pessoas vão-se embora e não tens mais nada (...) não sabes mais nada da pessoa, (...) nem do luto, nada, nada.” E05;

“(...) tenho a certeza que depois vai ter (...) dúvidas e depois ela vai estar só, ninguém a vai apoiar” E06;

“(...) quando se comunica a morte (...) o depois disso, não se faz mais nada, porque depois a família sai, dentro da sua angústia e da sua dor, sai por ali fora, e ficamos assim, e não temos apoio e não temos nada para dar aquela família.” E07.

No que concerne ao *ambiente físico*, a sua inadequabilidade foi sentida como dificuldade por quase todos os informantes, como se confirma pelas seguintes afirmações:

“(...) a questão do espaço físico em que nós trabalhamos e da falta de condições em termos de acolhimento da família para comunicação de más notícias” E04;

“(...) nós não temos estrutura nenhuma naquele serviço (...) acho que aquela coisa de os pormos na sala do gabinete do chefe (...) não tem privacidade nenhuma...” E05;

“(...) uma sala onde a pessoa não se vai sentir à vontade para se expressar (...) um entra e sai, um espaço cheio de papéis e não sei que mais, acho que não...” E06;

“(...) principalmente se a família estiver na nossa sala então vamos passando, porque vamos à casa de banho ou porque vamos imprimir etiquetas e há ali um desconforto tamanho...” E08.

Um outro aspeto apontado como dificuldade, prende-se com a *inexistência de um profissional de referência*, que se constitua como “elo” de ligação no imediato entre a família e a equipa prestadora de cuidados:

“(...) não estamos estruturados, não há uma estrutura preparada para isto, não há um elo de ligação com a família...” E05;

“(...) acho que há logo ali uma falha, porque não há ninguém, um elo, alguém que se apercebeu de que realmente alguém entrou e alguém que pudesse, naquele momento, encaminhar a pessoa para um espaço agradável e calmo, sem entra e sai e que começasse a fazer já ali um ponto, começasse a dar algumas dicas...” E06;

“(...) se calhar devíamos ter alguém para encaminhar a pessoa para um espaço (...) termos alguém, um elo de ligação entre a equipa que está a tratar do doente e a família” E07;

Por fim uma outra dificuldade expressa refere-se à *inexistência de um psicólogo ou outro profissional de apoio*, que pudesse intervir e colaborar na comunicação da má notícia e no suporte posterior à família:

“(...) contexto de morte súbita, até que ponto é que aquela pessoa não precisa de um apoio mais diferenciado...um apoio de um psicólogo, uma psicóloga, de uma equipa” E06;

“(...) porque não temos apoios de nada, nem de ninguém” E07.

No que diz respeito às dificuldades sentidas ao **nível da transmissão da informação** mais concretamente, no momento de dar a notícia, estas centram-se em quatro domínios: *o que dizer; como dizer; onde dizer e a quem dizer*.

O que dizer, é uma das dificuldades evidenciadas por dois dos informantes:

“(...) estou a dizer as palavras certas, se calhar não estou, não sei” E05;

“(...) às vezes não sei o que dizer, mas sinto que deveria ser minha obrigação... ter as palavras na ponta da língua”. E08;

A dificuldade centrada no *como dizer*, foi expressa por um dos entrevistados:

“(...) como é que se diz a um pai e uma mãe que a criança faleceu”. E05;

Outra das dificuldades manifestadas prende-se com o local onde se efetua a comunicação, ou seja, *onde dizer*:

“(...) às vezes não escolhemos o local mais certo, é no meio do corredor”. E02;

A última dificuldade demonstrada, relativamente à transmissão da informação, centra-se no recetor dessa informação, logo *a quem dizer*:

“(...) uma das primeiras perguntas é, há família? Eu acho que aí... aí não se esquece, porque realmente é uma preocupação saber se há pessoas lá fora a quem tenhamos que dar a notícia, que já sabemos à partida que não vai ser nada boa” E08;

3 - Estratégias de comunicação

A terceira área temática relativa ainda ao processo de comunicação prende-se com as estratégias adotadas na comunicação da má notícia e, da análise dos discursos dos participantes, estas situam-se ao nível do profissional, da equipa e do procedimento de comunicação (figura 3).

Figura 3 – Estratégias de comunicação – categorias e subcategorias



Foram evidenciadas diversas estratégias **centradas no procedimento**: *preparação do ambiente; perceber o que o familiar sabe; o modo de proporcionar a notícia e proporcionar espaço para gestão de emoções.*

A *preparação do ambiente*, que inclui não só a preparação física mas toda a preparação envolvente necessária para a comunicação, foi uma das estratégias mais evidenciadas pelos enfermeiros:

“(...) muitas vezes a morte é eminente (...), por vezes temos 1 hora ou duas e dá tempo para preparar, visitar, compreender o que é que está a ser feito, permitir a presença das pessoas, criar estratégias (...) começar a preparar o terreno...”. E01;

“(...) a primeira questão é tentar encontrar um local calmo e relativamente isolado, onde possa fazer a comunicação da má notícia... a segunda questão (...) é, se for comunicar a uma pessoa que

está sozinha, antes de comunicar a má notícia, tentar arranjar um apoio familiar ou um apoio amigo (...)". E04;

"(...) [questiono] "Está aí algum familiar, quem é que está, quem vai avisar, onde é que está?" ... e há realmente aquela preocupação de onde é que está e quem é que vai avisar... e geralmente encaminhamos para uma sala". E06;

"Primeiro respiro fundo (...), tento-me munir do máximo de informação que puder porque sei que aquela família vai querer saber principalmente o porquê...." E08;

Relativamente à estratégia, *perceber o que o familiar sabe*, esta foi referenciada por um dos participantes:

"(...) porque por norma eu gosto primeiro de perguntar aos familiares o que é que sabem o que lhes foi dito e depois começar a introduzir a situação real". E08;

A estratégia, *modo de proporcionar a notícia*, no âmbito do procedimento, foi expressa por cinco dos intervenientes:

"(...) eu tento sempre não dizer diretamente morreu... ou acabou de falecer. Tento fazer uma pequena introdução... às vezes as pessoas não entendem à primeira que morreu e acabo por ter de dizer que faleceu, morreu. Porque as pessoas não entenderam logo". E03;

"(...) muitas das situações são devastadoras, mas a forma como se comunica a má notícia e (...) a disponibilidade que se tem (...) pela forma como (...) acabam por sair da sala, parece que reconhecem em nós algum cuidado e respeito pela situação." E04;

"(...) foi de uma maneira muito simples, eu e a pediatra. Que a criança realmente se tinha engasgado, que quando chegou à urgência, não havia muito a fazer...". E07;

Proporcionar espaço para gestão das emoções, foi outra das estratégias expressa por cinco enfermeiros que referem adota-la na comunicação enquanto processo global, como é visível nos seguintes excertos:

"(...) depois de se comunicar a má notícia, (...) ficamos um bocadinho a aguardar a reação das pessoas a quem é comunicada a má notícia, em função da reação delas (...) tenta adaptar-se alguma estratégia". E04;

"(...) ela estava sozinha, (...) recebeu aquela notícia assim puff, assim... de rompante, ela estava completamente perdida, (...) eu tentei estar ali o mais tempo possível (...) pessoalmente, não as deixo muito sozinhas". E05;

“(...) tento dar esse silêncio, dar esse espaço e ficar ali um bocado. Também pergunto se a pessoa quer ficar sozinha, porque às vezes precisa desse tempo e tento aparecer depois e ver se tem alguma coisa a esclarecer”. E06;

“(...) pergunto se o querem ver a ele ou a ela... e digo que estou com eles para tudo o que precisarem. Deixo-os ver, deixo-os chorar em cima do corpo, digo que eles estão perfeitamente à vontade (...)”. E08;

Situando-nos nas estratégias **centradas na equipa**, destacam-se três subcategorias: *complementaridade*; *mecanismos de fuga* e a *consciencialização do efeito da comunicação não verbal*.

Relativamente à *complementaridade*, a maioria dos enfermeiros focam o suporte entre os profissionais como sendo uma das estratégias adotadas no processo de comunicação de más notícias:

“(...) provavelmente está na sala de espera, se não estiver, peço para vir à urgência e combino com o médico (...) para ao mesmo tempo fazer a comunicação da má notícia” E01;

“(...) o que eu noto muitas vezes inclusivamente é que os médicos procuram muito a nossa ajuda na parte da comunicação das más notícias”. E04;

“(...) tento levar para uma sala e combino sempre com o médico e vamos comunicar a notícia” E06;

“(...) eu chamei a pediatra... acabamos por dizer realmente que a criança tinha falecido (...)” E07;

No entanto, foi também evidenciado como uma das estratégias adotadas face à comunicação *a fuga*, ou seja a transposição para outro elemento dessa responsabilidade:

“Por norma como disse não sou eu a fazê-lo. (...) Em contexto de presença física, raramente (...) quase sempre feita pelo médico, (...) também há da nossa parte (...) uma desresponsabilização da situação”. E02;

“(...) às vezes era só... “ai o médico já foi avisar”. E06;

A última estratégia referenciada relativa à equipa centra-se na *consciencialização do efeito da comunicação não verbal* e nesta, a maioria dos enfermeiros evidencia a comunicação não verbal como elemento estratégico no processo de comunicação:

“(...) as pessoas (...) sabem muitas vezes pelo caminho que a comunicação é feita por meios não verbais, pela comunicação, pela postura, por tudo da pessoa”. E05;

“(...) deve ser uma angústia tremenda estar a ver aquele movimento e é um entra um sai, e depois as faces... que eu acho que é o pior (...) ver uma pessoa a sair de lá de dentro, um enfermeiro, um médico, uma auxiliar seja quem for e a fazer umas caras que fazemos inconscientemente, acho que deve ser horrível”. E07;

“Apesar de nós não dizermos, de certeza que se nota na nossa cara”. E08;

Por fim e nas estratégias **centradas no profissional**, surgem duas subcategorias: o *distanciamento* e o *colocar-se no lugar do outro*.

O *distanciamento*, foi uma estratégia focada por um dos enfermeiros:

“(...) há pessoas que se conseguem distanciar mais e outras menos e às vezes o distanciamento também é (...) para te salvaguardar um bocado, a defesa (...), para não te envolveres muito”. E05;

“Distancio-me um bocado, também tem que ser senão uma pessoa...”. E05;

Três enfermeiros referem-se ao *colocar-se no lugar do outro* como uma estratégia para efetuar/potenciar a comunicação:

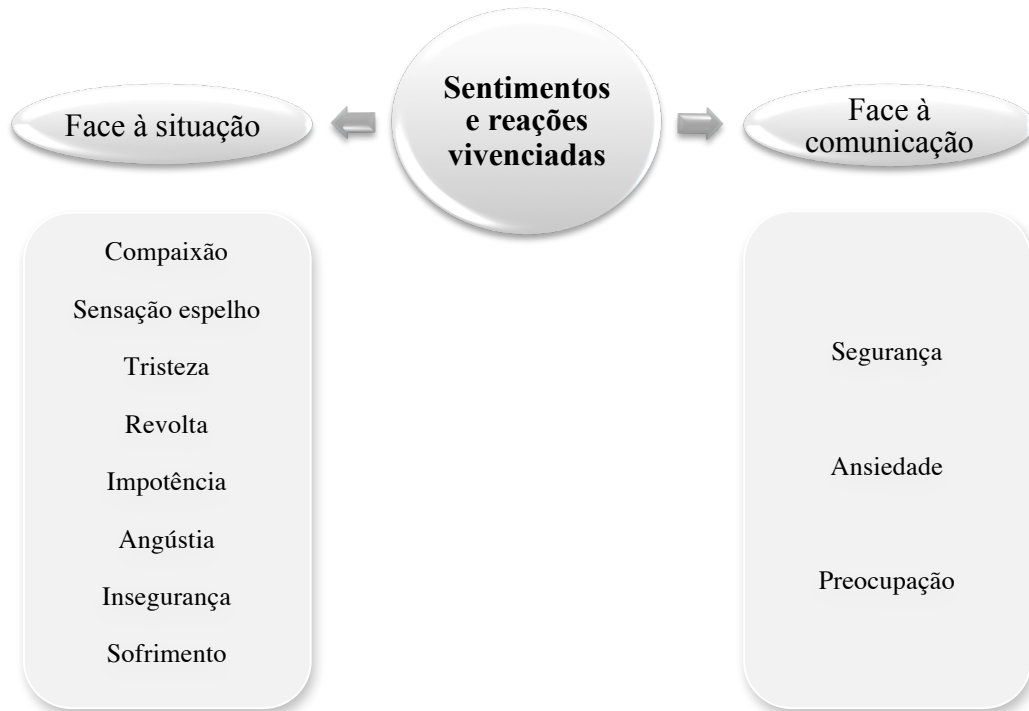
“(...) quando eu tenho que comunicar... eu ponho-me a pensar, e se fosse eu que estivesse no lugar daquele (...) como é que eu gostaria que me dissessem, isso para mim é importantíssimo”. E07;

“Acho que nos facilita (...) se nos pusermos na situação da pessoa. Não é que me tenha acontecido uma situação desse género, de doença súbita, mas facilita bastante a maneira como nós vamos agir, se soubermos que aquilo nos pode acontecer (...) acho que facilita a nós e a quem nós vamos dar a notícia (...) e tento pensar o que é eu gostaria que me fizessem”. E08;

4 - Sentimentos e reações vivenciadas

Dos discursos dos participantes, foram enumerados um conjunto de sentimentos e/ou reações, despoletados nas situações de comunicação da má notícia nomeadamente em contexto da morte inesperada. Estes sentimentos estão relacionados com situação em si (morte inesperada) e com o processo de comunicação, propriamente dito, como de seguida se pode ver na figura 4.

Figura 4 – Sentimentos e reações vivenciadas – categorias e subcategorias



Os sentimentos e reações identificados **face à situação** foram: *a compaixão; a sensação espelho; a tristeza; a revolta; a impotência; a angústia; a insegurança e sofrimento.*

Relativamente à *compaixão*, um dos enfermeiros evidenciou-a do seguinte modo:

"(...) sinto tanta coisa, sinto solidariedade, sinto afinidade com as situações". E04;

Já a *sensação espelho* é referenciada pela maioria dos entrevistados como sentimento significativo e de aproximação à potencial transposição pessoal da situação:

"(...) a morte súbita, só por si é dramática, uma situação inesperada, (...) muitas vezes, um jovem da nossa idade, ou uma criança que podia ser um filho nosso, é (...) diferente do que se for um adulto idoso". E02;

"Falei no bebé pela questão da idade, (...) se hoje tivesse outra situação dessas provavelmente ainda teria mais dificuldade em lidar com a situação pela (...) maternidade e o ser mãe. Já na altura foi relativamente fácil colocar-me na situação da mãe, agora então (...) seria muito mais complicado...". E04;

“(...) se fosse um familiar meu que estivesse lá dentro e eu visse a sair (...), um enfermeiro, um médico, uma auxiliar, seja quem for e a fazer umas caras que nós fazemos inconscientemente, acho que deve ser horrível”. E07;

“(...) tento pôr-me na situação da pessoa, pois um dia podemos ser nós” E08;

A *tristeza* surge como um dos sentimentos de desânimo relativamente à situação:

“(...) fico muito triste pelo que está a acontecer àquela pessoa”. E05;

(...) às vezes eu saio dali e até me vêm as lágrimas aos olhos... depois penso muitas vezes naquela situação” E07;

“(...) sinto uma grande tristeza e às vezes não sei o que dizer”. E08;

Outro sentimento evidenciado face à situação de morte inesperada foi a *revolta*:

“(...) sinto... às vezes revolta também, conforme as situações, assim como a família se sente revoltada”. E04;

“Ora bem, o que é que sinto... posso dizer asneiras... “...” a sério logo “...”... ah... pausa... eu nunca passei por uma situação semelhante” E08;

É expresso também por dois enfermeiros o sentimento de *impotência* ou de *deceção/frustração* face à situação:

“(...) impotência total, porque nós não vamos poder ir para casa com aquelas pessoas, não as vamos poder reconfortar”. E04;

A *angústia* é também um dos sentimentos referenciados por três dos enfermeiros:

“(...) não deixo de sentir uma angústia, não sei se posso chamar angústia”. E06;

“(...) eu ainda não aceito a morte como uma coisa natural... por mais que se vá vivendo e se tenha experiência pessoal, dá-me força para estar presente nesses momentos, apesar da angústia que sinto ...”. E06;

“Olha... eu sinto uma angústia tremenda”. E07;

Também a *insegurança* surge enquanto sentimento, perante a morte inesperada, sendo evidenciada por dois dos participantes:

“Não me sinto à vontade”. E05;

“(...) tu ficas um bocadinho... não sabes bem o que deves fazer e eu sinto isso”. E05;

“(...) pessoas que até assistiram à situação, mas que não têm o à vontade suficiente para se sentar e falar...”. E08;

Por fim, o último sentimento referido face à natureza do acontecimento foi o *sofrimento*:

“(...) lembro-me da situação, foi ainda mais custoso saber que existia um bebé de dois anos que ia ficar sem mãe...”. E04;

“(...) e depois depende muito da situação, se for uma criança... sinto-me a morrer por dentro”. E06;

Relativamente aos sentimentos e reações vivenciadas **face à comunicação**, foram identificados: a *segurança*, a *ansiedade*, e a *preocupação*.

No que toca à *segurança*, apenas dois enfermeiros referenciam este sentimento face à comunicação, como se pode ver nos seguintes excertos:

“... pessoalmente acima de tudo, não hesito (...) antes pelo contrário, avanço facilmente para a liderança desse processo porque percebo que no meio de toda a gente, se calhar, terei mais capacidade para o fazer (...), não me causa grande transtorno, nem insegurança”. E01;

“(...) acho que já me custa menos (...), já me custa muito menos e acho que já estou mais à vontade para usar as palavras certas (...)”. E06;

Por sua vez, a *preocupação* surge como sentimento relativo ao cuidado manifestado por dois elementos relativamente ao momento da comunicação, propriamente dita:

“(...) a relação com a família, com o cuidado na comunicação das más notícias, acho que de uma forma geral nós temos isso...”. E04;

“(...) durante a comunicação da má notícia (...) tenho noção que as pessoas pensam nelas sempre [famílias], porque a maneira como eu ouço as pessoas perguntar... “este doente tem família lá fora? Tem a mãe”... então nota-se na cara das pessoas que pensam... ai coitada...”. E08;

Por fim, outro dos sentimentos evidenciado face à comunicação da má notícia foi a *ansiedade*, sendo expressa por três participantes:

“Sinto ansiedade, ... não sei...”. E02;

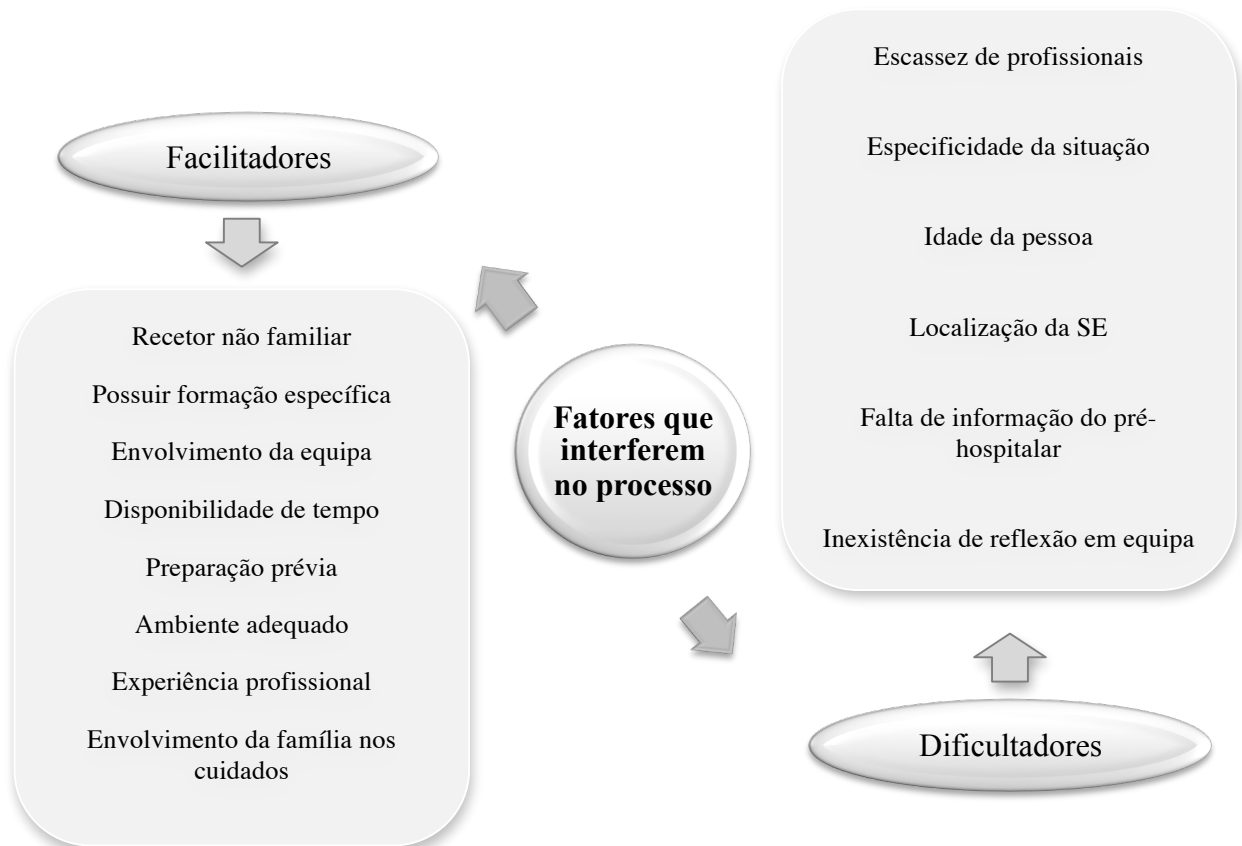
“O momento faz-me sentir ansiedade...”. E04;

“(...) sinto sempre um aperto... um nó...porque nunca sei como é que aquela pessoa vai reagir”.
E06;

5 - Fatores que interferem no processo de comunicação

Nesta área temática foram integrados os fatores que interferem no processo de comunicação, sendo agrupados em fatores considerados facilitadores e os considerados dificultadores do processo de comunicação de uma má notícia.

Figura 5 – Fatores que interferem no processo de comunicação – categorias e subcategorias



Os fatores **facilitadores** identificados foram: *recetor não familiar, possuir formação específica, envolvimento da equipa, disponibilidade de tempo, preparação prévia, ambiente adequado, experiência profissional* e o *envolvimento da família nos cuidados*.

Um dos entrevistados salientou o facto de o *recetor não ser familiar*, como sendo facilitador da comunicação da má notícia:

“A proximidade das pessoas... claro que se for um velhinho do lar e estiver lá a funcionária, eu fico (...) contente. Porque é muito mais fácil (risos) de dar a notícia”. E03;

A *formação específica* e mais concretamente a detenção da mesma, foi outro dos fatores referidos como facilitador:

“(...) se tiver formação para o fazer, se tiver treino, conseguirei fazê-lo de forma diferente, do que se for para lá sem treino, sem formação”. E02;

O *envolvimento da equipa*, também foi apontado por metade dos participantes como sendo considerado facilitador da comunicação da má notícia:

“(...) chamamos o capelão e a verdade é que as palavras dele e o ato em si foi extremamente reconfortante e conciliador para o casal.” E04;

“Lá está era quilo que dizia... o facto de não ir só (...) acho que ir com alguém, mostrar que fomos uma equipa e que estivemos médico e enfermeiro... acho que isso me facilita”. E06;

A *disponibilidade de tempo*, foi expressa como outro dos elementos que facilita a comunicação:

“(...) ter o tempo suficiente para estar, suficiente para a pessoa, não para nós, para estarmos com ela ali, ganha-se... pode-se ganhar muito, não é perder os tais trinta minutos mas é ganhá-los”. E02;

Um dos enfermeiros salientou a *preparação prévia* como outro dos fatores facilitadores:

“(...) muitas vezes a morte é eminente (...) por vezes temos 1 hora ou duas e dá tempo para preparar, visitar, compreender o que é que está a ser feito, permitir a presença das pessoas, criar estratégias (...) começar a preparar o terreno antes...”. E01;

O *ambiente adequado*, também foi outro aspeto facilitador referenciado:

“há fatores que facilitam, um ambiente sossegado, uma sala apropriada, um espaço... não ser interrompido”. E02;

“O local, sim, claro que se derem [a notícia] num corredor da urgência ou numa sala privada, não tem nada a haver, se calhar a pessoa está mais aconchegada, mais resguardada, se calhar só o facto de dizermos vamos aqui para esta sala, a pessoa já... já se apercebe que a situação não é a melhor, já... ajuda... ajuda sem dívida”. E03;

A *experiência profissional* também surge como facilitadora e é referida por três enfermeiros:

“(...) ao longo da minha experiência profissional, que já são alguns anos, fui evoluindo, desde início não prestava atenção a estes pormenores e, passavam-me ao lado, (...) quando comecei a trabalhar se ficasse ali à porta ou não era indiferente”. E02;

“(...) o jeito vai-se ganhando com a experiência. Claro que o ideal seria a pessoa experiente acompanhar a situação, isso era o ideal porque facilitaria muito mais”. E08;

Por fim, o *envolvimento da família nos cuidados*, foi manifestado enquanto fator facilitador por um entrevistado:

“(....) sei que, de alguma formação que tive, eventualmente era benéfico um familiar poder estar presente, se ele assim o entendesse, na situação de uma ressuscitação”. E02;

Emergiram também os fatores considerados **dificultadores** para a comunicação da má notícia, que são: *a escassez de profissionais, a especificidade da situação, a idade da pessoa, a localização da sala de emergência, a falta de informação do pré hospitalar e a inexistência de reflexão em equipa.*

A *escassez de profissionais*, com conseqüente indisponibilidade de tempo, foi expressa por mais de metade dos informantes:

“Quantas vezes estás a tentar a ajudar alguém, estar ali, nem que seja estar ao lado dela, sem dizer nada... e não tens tempo para isso e tens que ir continuar pois a vida continua do outro lado, com outras pessoas”. E03;

“(...) devido a haver pouco pessoal essa pessoa sai do contexto da reanimação (...) para saber informações mas depois volta a entrar e deixa um bocadinho ali à solta a família”. E05;

“(...) não nos podemos (...) dar ao luxo de querer estar muito tempo com aqueles familiares porque sabemos que eles vão precisar daquele tempo, mas nós não temos esse tempo para lhes dar porque temos outros doentes para tratar...”. E08;

Já a *especificidade da situação*, comunicar a morte (inesperada), é referenciada por cinco enfermeiros:

“As palavras já no contexto de morte (...) previsível, já são difíceis de encontrar quanto mais numa morte súbita ... em que as pessoas não estão minimamente preparadas...”. E02;

“(...) a filha que era uma adolescente, recordo-me perfeitamente de ter entrado em negação, que era impossível o pai estar morto, que queria que o transferíssemos rapidamente o pai para outro hospital, (...) Não foi fácil a gestão da comunicação”. E04;

“O que é certo é que, é filho... e a reação foi muito, muito má”. E07;

Neste seguimento, a *idade da pessoa*, também dificulta o processo e aparece evidenciada como fator dificultador pela maioria dos elementos (sete dos oito informantes):

“(...) às vezes são (pausa) pessoas jovens em que tanto para a pessoa que vai receber mas também para a pessoa que vai transmitir, são de difícil argumentação”. E02;

“A idade do doente é diferente, claro que se for um bebé ou um jovem é muito mais difícil fazer a comunicação do que se for um velhinho (...) Isso sem dúvida...”. E03;

“(...) por exemplo se for uma criança... estou-me a lembrar de um bebé, que entrou morto e que nós fomos... como é que se diz a um pai e uma mãe que a criança faleceu”. E05;

“(...) porque cada pessoa ... tem uma forma de estar e de receber a notícia, (...) a idade da pessoa (...) é logo um fator agravante”. E06;

O fator, *localização da sala de emergência*, é referido por dois enfermeiros:

“(...) a localização da Sala de Emergência (SE) é dificultador. Tu tens uma SE (...) integrada no meio de um serviço (...) para sair da urgência [serviço], vais [o familiar] a chorar pelo corredor fora, podes passar por alguém que até te conhece...”. E05;

“A localização da sala no meio de tudo, não facilita”. E08;

A *falta de informação do pré hospitalar* e a *inexistência de reflexão em equipa*, foram também indicadas por um elemento respetivamente, enquanto fatores dificultadores:

“(...) às vezes não tens a informação dos bombeiros ou até dos nossos colegas da VMER (...) tu sabes alguma coisa mas não sabes tudo (...) para depois poderes contar à família (...) só vais poder dar [informação] do que se passou dentro da urgência...”. E05;

“(...) dificulta-nos a falta (...) de reflexão em equipa sobre estes aspetos”. E06;

6 - Sugestões para a otimização do processo de comunicação

Das entrevistas aos participantes do estudo, surgiram um conjunto de sugestões para a melhoria do processo de comunicação da má notícia e que se direcionam para os vários recursos, humanos, materiais, processuais e familiares, que se relacionam com as dificuldades e com os fatores facilitadores anteriormente apresentados (figura 6).

Figura 6 – Sugestões para otimização do processo – categorias e subcategorias



As sugestões de otimização relativas aos **recursos humanos** foram as mais evidenciadas e incidem sobre: *a formação específica; a existência de um profissional como elo de ligação; a maior disponibilidade dos profissionais; a definição de um plano de acompanhamento posterior; a existência de outros profissionais na equipa e a partilha de experiências.*

A necessidade de *formação específica* e a sua existência, é expressa como sugestão de melhoria por sete enfermeiros:

“Sugestões... mais formação dos profissionais”. E02;

“(...) claro que a formação é importante, em qualquer área, isso é importantíssimo (...) formar nunca é demais...”. E03;

“(...) se calhar formação... também devíamos ter (...), alertava-nos um bocadinho... portanto são tudo fatores que iriam ajudar na comunicação”. E07;

“(...) o serviço beneficiava, o serviço... claro as pessoas não é (...) se alguém tivesse formação nessa área”. E08;

A existência de um profissional para interligação com a família é outra das sugestões expressas:

“(...) ter ali alguém (...) que pudesse ajudá-las (...), dar algum apoio, esperar pela família, chamar pela família (...) estar ali a ajudá-los (...) aquele apoio inicial que muitas vezes não é facultado”. E03;

“(...) o processo deveria começar, em termos alguém sensibilizado e que pudesse (...) acompanhar, que estivesse desperto para o familiar que entrou e que pudesse estabelecer um elo de ligação e começar a dar algumas informações...”. E06;

“(...) a pessoa a quem vamos comunicar a má notícia nunca estar sozinha, portanto se não vem acompanhada (...) ter alguém lá (...) estar ali alguém a acompanhar (...)”. E08;

Uma maior disponibilidade dos profissionais, também foi evidenciada por três elementos:

“(...) a questão da nossa disponibilidade (...) Temos que estar disponíveis, sem dúvida.”. E04;

“Tempo, ter mais tempo para estar e para (...) ouvir e informar, para estar às vezes é só estar”. E06;

A maioria dos participantes apresenta como sugestão a definição de um *plano de acompanhamento posterior* para os familiares e expressam-no da seguinte forma:

“Se calhar fazer (...) uma orientação para o Centro de Saúde da área e (...) ver como é que a família está a reagir, fazer uma avaliação, um follow-up...”. E03;

“Seria muito importante (...) uma reavaliação à posteriori [por uma equipa multidisciplinar]”. E04;

“(...) o psicólogo poderia fazer o elo de ligação com o psiquiatra (...) o médico assistente dela ou até mesmo com o médico de família... a possibilidade dos cuidados de saúde primários, reavaliarem a situação à posteriori... sim”. E07;

“(...) calhar um psicólogo com um acompanhamento à posteriori isso é que era o ideal, isso é que era”. E08;

Também a *existência de outros profissionais na equipa* é focada como uma sugestão que pode melhorar o processo de comunicação da má notícia:

“(...) ter recursos como o psicólogo...e esse elemento que dá a notícia, saiba que de facto tem um conjunto de recursos”. E01;

“(...) como há o psiquiatra de serviço ali, se calhar não era má ideia um psicólogo (...)”. E05;

“(...) ter apoios extra... também para dar a essa pessoa... outros profissionais, nomeadamente (...), psicólogo se fosse necessário... isso não se vê”. E07;

“(...) uma psicóloga, nem que fosse uma psicóloga à chamada, porque isto não acontece todos os dias, mas alguém que estivesse mais treinado para estas situações e que saberiam focar melhor a conversa com os familiares”. E08;

Por fim, é apontada por um dos enfermeiros, uma sugestão de melhoria que incide sobre a *partilha de experiências*, entre os elementos da equipa:

“(...) devia haver muita reflexão (...), até quando temos casos que são difíceis, devia haver uma reflexão em equipa, “aconteceu-nos isto... qual seria a melhor maneira?” (...) o facto de refletirmos nisto, ia fazer crescer e (...) a ajudar a melhor comunicar”. E06;

As sugestões relacionadas com os **recursos materiais**, incidem sobretudo sobre a adequabilidade do *espaço físico* e foram expressas por sete enfermeiros:

“(...) ambiente físico, tem que ter privacidade, ter conforto, ter recursos nomeadamente água, ou café... muitas vezes para oferecer e que não temos, mas que faria a diferença (...). Um sofá, um telefone para que possa telefonar para alguém da família”. E01;

“Falamos ainda agora do local específico (...) bastava um sítio onde a pessoa pudesse estar sentada, ter um copo de água, alguma coisa para lhe poder oferecer. Uma salinha (...) onde a pessoa pudesse estar sentada a interiorizar a informação”. E03;

“(...) o espaço... (...) teria que ser um espaço mais resguardado, que todas as pessoas já soubessem... se está alguém naquele espaço, então temos que dar privacidade (...) seria necessário”. E04;

“(...) encaminhar para um sítio próprio e quando digo próprio (...) um sítio agradável, sem interrupções, uma sala onde a pessoa se sinta à vontade (...), confortável, e não um sítio tenebroso, um sítio onde não sejamos interrompidos e onde a pessoa possa também expressar aquilo que sente”. E06;

No tocante às sugestões relativas ao **processo de comunicação** elas inscrevem-se em duas subcategorias, a *complementaridade da equipa* e a *uniformização do procedimento*.

A *complementaridade da equipa*, foi manifestada por dois participantes:

“Fazer a comunicação sozinhos não, acho que devem sempre ir duas pessoas, fazer essa comunicação (...) acho que um enfermeiro deve lá estar, mas também acho que um médico, deve estar. (...) Não deve ir um médico sozinho, deve também ir um enfermeiro pelo seu lado, mais humanista...”. E03;

A *uniformização do procedimento*, é uma das sugestões a nível do processo de comunicação sendo expressa por sete dos enfermeiros:

“(...) documentar um conjunto de estratégias (...) com ajuda de técnicos (...) que trabalham isto e que sabem melhor do processo de luto e de comunicação de más notícias (...), ser construído um procedimento, um processo, bem estruturado (...) estar muito bem assente...”. E01;

“(...) ter um tipo de procedimento que possa facilitar a comunicação, tipo um guia..., um guião (...) que toda a gente saiba (...) e encontrar as melhores soluções para esse guião”. E02;

“(...) em questão de procedimento, se houvesse um fio condutor, talvez conseguíssemos uniformizar um bocadinho mais algumas intervenções e até melhorá-las (...) que podiam uniformizar (...) alguns procedimentos, permitir organizar melhor a comunicação das más notícias (...) talvez fosse importante”. E04;

“Portanto se tivéssemos uma linha orientadora (...) acho que se tivéssemos essa linha orientadora... era muito bom”. E07;

Por fim as sugestões de otimização relativas à **família** referem-se ao *envolvimento da família nos cuidados* e a *dar espaço para a despedida*.

O *envolvimento da família nos cuidados* é outra das duas sugestões evidenciadas:

“(...) se um familiar quisesse participar numa ressuscitação ou estar presente... hoje não o podia fazer, se houvesse este diálogo entre a equipa, antecipatório (...) se calhar esse familiar poderia participar”. E02;

“Não é dada a possibilidade de assistir (...) da sala de emergência para dentro é do profissional, o familiar não entra, o familiar só entra depois se quiser ver o corpo...”. E05;

“(...) numa situação dessas de emergência, aquele reboiço que há à volta (...) a pessoa interpreta como “estão a fazer tudo” e acho posteriormente no processo de luto isso era uma mais-valia”. E06;

Dar espaço para a despedida, foi mencionado por um dos entrevistados, como um aspeto a considerar na melhoria do processo de comunicação da má notícia:

“(...) proporcionar à pessoa que recebeu a notícia os últimos momentos com o familiar, estar ali, se quiserem, (...) se calhar isso é importante para a pessoa conseguir interiorizar a informação que lhe foi dada com maior facilidade. Dar tempo, que às vezes não damos (...)”. E03.

Os dados obtidos permitiram identificar seis áreas temáticas integradoras e que dão visibilidade às experiências dos enfermeiros no processo de comunicação da má notícia, concretamente, as dificuldades sentidas no processo de comunicação, as estratégias utilizadas nesse processo, os sentimentos e as reações vivenciadas, assim como os fatores considerados facilitadores e dificultadores no processo de comunicar a má notícia, no contexto específico da morte inesperada.

Por fim, foi possível obter um conjunto de sugestões de otimização no processo de comunicação, aos vários níveis, humanos, materiais, processuais e familiares.

Concluída a apresentação e análise dos dados, no capítulo seguinte vamos proceder à discussão dos resultados.

CAPITULO IV

Discussão dos Resultados

Discussão dos resultados

Neste capítulo, procederemos à discussão dos resultados com o intuito de obter resposta a algumas das interrogações iniciais, relacionando-os simultaneamente com o conhecimento existente. O intuito final será o de expormos o verdadeiro significado do material apresentado em relação aos objetivos delineados inicialmente (Marconi & Lakatos, 2003). Utilizaremos uma linha de apresentação similar ao capítulo anterior, seguindo sequencialmente as diversas áreas temáticas, de modo a permitir uma melhor visão da globalidade dos resultados obtidos e uma análise refletida dos mesmos em articulação com as ideias dos diversos autores que se debruçam sobre a temática.

Apresentá-los-emos de uma forma sintética e clara, facilitando ilações mais amplas desses mesmos dados.

Significado atribuído ao processo de comunicação de má notícia

Quando começamos a estruturar os dados através da categorização, ao longo das várias áreas temáticas, evidenciaram-se três significados, que se constituem como pilares gerais e que evidenciam a perceção que os profissionais detêm sobre o processo de comunicação de má notícia, no contexto selecionado.

De facto, ao longo da leitura, a noção de *dificuldade* e de *constrangimento*, enquanto caracterizantes do processo, estão bem presentes, salientando-se também ao longo dos discursos o conceito de *relevância*, ou seja, da importância atribuída pelos enfermeiros à intervenção no processo de comunicação da má notícia.

Como temos vindo a referir ao longo do trabalho, vários autores evidenciam esta dificuldade e este constrangimento. Na visão de Pereira (2005, p. 44), “a comunicação de más notícias em saúde, (...) continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das situações mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais”.

É um processo considerado difícil e constrangedor, porque as más notícias são julgadas pelos profissionais como elementos que nos acordam para uma difícil realidade que por vezes não se quer ver ou aceitar. Isto porque, como refere Braz (2010, p. 150) “são más

notícias tanto para a pessoa que as recebe quanto para os profissionais de saúde”.

Este autor evidencia três motivos para esta constatação: i) o profissional também não quer essa realidade; ii) é defraudada a ideia ou intenção de poder sobrepujar a realidade da fragilidade humana e iii) esta realidade pode cultivar sentimentos de impotência, fracasso e frustração.

Porém e apesar do evidenciado, os profissionais consideram este processo de interação com os familiares importante e relevante, não o encarando de “ânimo leve”, denotando-se uma preocupação não apenas com a transmissão da notícia mas com todo o processo, indo de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, atuando como um recurso efetivo para o indivíduo, família e comunidade quando enfrentam desafios não só na saúde mas também na morte, enquanto final do ciclo vital (Ordem do Enfermeiros, 2004).

Dificuldades no processo de comunicação

Um dos objetivos do presente estudo prende-se com a identificação das dificuldades sentidas no decurso da comunicação da má notícia e, da leitura e análise dos dados obtidos foi possível identificar um conjunto de dificuldades: ao nível do profissional, ao nível da dinâmica do serviço e ao nível do processo de comunicação.

Ao nível do profissional, os enfermeiros evidenciam as características individuais dos profissionais no processo de comunicação e a falta de formação dos mesmos para esse processo.

Efetivamente, a comunicação terá sempre um caráter pessoal, respeitante ao indivíduo que se encontra a transmitir a informação, porém é significativamente referenciado que quando se transmite a má notícia prevalece a sensibilidade, ou a falta dela, por parte do comunicante (médico/enfermeiro), não sendo a mesma baseada em modelos de formação que permitam uma abordagem assertiva e ajustada. Neste sentido, Victorino, Nisenbaum, Gibello, Bastos, e Andreoli (2007, p. 62) referem também que “a comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis na prática clínica dos profissionais de saúde e para qual não existe preparação consistente na formação académica”, levando a que cada um dos profissionais faça essa comunicação baseado na sua sensibilidade, marcando o processo por sentimentos, impressões ou preferências pessoais não sustentadas.

Outra dificuldade identificada é a *falta de tempo*. De facto a complexidade do processo de comunicação da má notícia no contexto de morte inesperada num serviço de urgência, exige tempo, não só na sua transmissão, mas fundamentalmente na organização de todas as fases, desde a preparação do ambiente até ao apoio e encaminhamento posterior da família. Os informantes evidenciam na generalidade a escassez de tempo para este processo. Na realidade, os recursos humanos afetos ao serviço de urgência, a complexidade de cuidados nesses serviços e o fluxo de doentes e de familiares, muitas vezes condiciona o tempo disponível para a consolidação do processo de comunicação, denotando-se porém uma preocupação, por parte dos entrevistados, na tentativa de disporem do tempo que consideram necessário para melhor efetivarem a procedimento, uma vez que lhe atribuem relevante importância (Stefanelli & Carvalho, 2005, pp. 34-41) e (Pereira, 2010, p. 65).

Outra das dificuldades ao nível do profissional prende-se com a *gestão de cuidados*. Um dos informantes evidencia a importância relativa para o processo de comunicação e a permanência com a família relativamente à prestação de cuidados emergentes, dando maior valor à técnica de cuidados face ao doente do que à devolução da morte ao contexto familiar.

Efetivamente, a prioridade entre estas duas dimensões recai para o atendimento do doente e a necessidade de cuidados altamente diferenciados e de alta complexidade, com o intuito de restabelecer a vida ou o nível da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A questão prende-se com a grandeza de importância que é atribuída a cada uma delas, uma vez que uma não é mais importante do que a outra mas ocorrentes em tempos diferentes, já que primeiramente deverá prevalecer o valor da vida e num segundo tempo o contributo “inegável na ajuda que poderá dar na “reconstrução” da estabilidade e na “assimilação” da perda” (Ferreira, 1999, p. 41).

As dificuldades ao nível da dinâmica do serviço estão relacionadas com aspetos inerentes ao ambiente físico, à interação dos profissionais e às dificuldades de cariz processual.

A *pouca interação da equipa*, foi evidenciada por diversos participantes traduzindo uma frequente desresponsabilização do ato de comunicar a má notícia por parte de elementos que estiveram presentes no percurso das medidas de recuperação da vida e que no momento de informar a família ou pessoa significativa desenvolvem um mecanismo de fuga, traduzindo uma dificuldade acrescida aos enfermeiros presentes.

Apesar de existir na instituição onde foi realizado o estudo um documento¹, criado com o objetivo de uniformizar os procedimentos sobre a atuação da equipa multiprofissional, no que respeita aos cuidados a prestar aos falecidos e a comunicação do óbito, onde está expresso que “a comunicação do falecimento é transmitida ao familiar/acompanhante ou instituição responsável, pelo enfermeiro responsável de turno com a colaboração do médico ou assistente social, se a situação o exigir” essa prática por vezes não é constatada.

Idealmente, o emissor da notícia deve fazer-se acompanhar por outro elemento, que para além de desempenhar um papel de apoio importante para quem comunica e de facilitar a interação com a família, permite à equipa uma observação e uma resposta mais atenta às reações de quem recebe a notícia.

Outra dificuldade evidenciada foi a *inexistência de procedimento*. Efetivamente, na unidade onde foi realizado o estudo, existe o procedimento indicado anteriormente e que elenca os aspetos a considerar perante a morte nomeadamente, verificação, registos, encaminhamento e encerramento em câmara frigorífica (entre outros) e apenas um ponto relativo à comunicação, evidenciando apenas quem a realiza e o método presencial como de eleição para essa comunicação. Mas não existe de facto um documento norteador do procedimento de comunicação da má notícia.

A *inexistência de plano de acompanhamento*, surge também como uma dificuldade que na nossa perspetiva se relaciona com a anterior. Os profissionais expressam a necessidade de um de acompanhamento posterior, quer fosse por elementos/equipas hospitalares, quer fosse por elementos/equipas do ambulatório (cuidados de saúde primários) e que deveria estar definido. Esta dificuldade sentida é apontada também como sugestão de melhoria e fundamentada por vários estudos, Olsen, Buenefe e Falco (1998), Buckman (2005), Park, Gupta, Mandani, Haubner e Peckler (2012), entre outros.

A inadequabilidade do *ambiente físico*, foi salientado pela maioria dos enfermeiros, sendo expressa a necessidade de existir um espaço adequado e devidamente preparado para a comunicação das más notícias.

Salientamos que os informantes ressalvam que o mesmo não só é inadequado para a comunicação da má notícia, enquanto espaço físico em si, como não proporciona as condições necessárias para a criação de um clima apropriado ao delicado momento de transição, por parte da família. Diversos estudos, alguns já referenciados, evocam a

¹ Procedimento n.º 21 – Cuidados a prestar aos falecidos e Comunicação do Óbito

necessidade de existir um espaço físico adequado e uma preparação do ambiente prévio à comunicação, Buckman (2001; 2005), Fallowfield e Jenkins (2004), Stefanelli e Carvalho (2005), Shiptside (2007).

A *inexistência de profissional de referência*, foi também uma das dificuldades demonstradas pelos participantes, focando o facto de não existir um elemento que promova a ligação entre os familiares e a equipa prestadora de cuidados, que facilite não só a recolha de informação, mas também o acesso da família/pessoa significativa à informação relativa ao doente, ao decurso e expectativa das intervenções, assim como o prognóstico da situação. Esta inexistência de elo de ligação foi também evidenciada por Inaba, Silva e Telles (2005) que referem tal como Kübler-Ross (2008, p. 308), a “necessidade de alguém da equipe de Enfermagem ser referência para os familiares; alguém a quem eles possam recorrer para uma conversa, esclarecimento de suas dúvidas e ser tranquilizados e orientados”.

Neste contexto surge ainda à *inexistência de psicólogo ou outro profissional*, em que três entrevistados evidenciaram a falta de outro profissional para apoio/suporte durante a comunicação. Como já evidenciamos, alguns estudos e até algumas orientações oficiais sugerem o acompanhamento do profissional que faz a comunicação da morte por outros profissionais, médicos, assistentes sociais, capelões, psicólogos, entre outros.

Este acompanhamento ajudaria a ultrapassar uma série de fatores, como a falta de formação específica e a eventual falta de preparação de quem comunica. Por outro lado, a existência de outro profissional com saber mais diferenciado, proporcionaria, na ótica dos entrevistados, um melhor apoio à família (por exemplo apoio psicológico), como também nos refere Kovács (2005). Neste seguimento, a inexistência de outro profissional aquando da comunicação da má notícia, evidencia também o sentimento de falta de segurança ao nível da integridade física, quando sozinhos, perante potenciais reações de “agressividade” do recetor da informação e daí a indicação desta dificuldade.

Relativamente às dificuldades no processo de comunicação, são evidentes as dificuldades **ao nível da transmissão da informação** ou seja, *o que dizer?; como dizer?; onde dizer e, a quem dizer?*.

Na opinião de diversos autores tais como Tierney (2000) e Shiptside (2007), a resposta prévia a estas questões é crucial para preparar o momento da comunicação da má notícia, ajudando não só pessoa que efetua a comunicação como facilita quem a recebe.

Estratégias de comunicação

Os discursos dos participantes no estudo permitiram-nos identificar um conjunto de estratégias que são utilizadas na comunicação da má notícia e que se **centram no procedimento, na equipa e no profissional de saúde.**

As estratégias centradas no procedimento direcionam-se para a *preparação do ambiente, perceber o que o familiar sabe, o modo de proporcionar a notícia e proporcionar espaço para gestão de emoções.*

Na preparação do ambiente salientam-se o encaminhamento para um local mais resguardado, apesar de inadequado como verificamos anteriormente, a seleção dos profissionais que devem comunicar a notícia e a identificação do recetor da mensagem.

É de referir o cuidado manifestado em obter feedback face ao que o familiar sabe, fruto de alguma informação que tenha sido veiculada, permitindo que o mesmo partilhe essa informação, para que posteriormente e paulatinamente se forneça a informação de morte.

Outra estratégia apontada centra-se no modo como é proporcionada a informação. Aqui sobressaem dois indicadores muito significativos relativos à forma como a comunicação deve ser proporcionada, de uma forma gradativa e fidedignamente, ou seja, progressivamente sem a existência de equívocos, estabelecendo uma relação de partilha efetiva com o recetor da notícia, com objetivo de facilitar a assimilação da real situação do doente/familiar.

É apontado ainda o *proporcionar espaço para a gestão de emoções*, enquanto estratégia de comunicação o que denota uma efetiva preocupação por parte dos enfermeiros face ao momento após a comunicação. Ou seja, os enfermeiros do estudo atendem ao período após a transmissão da notícia e estão despertos para as reações e necessidades do familiar, proporcionando uma presença ativa ou outras intervenções, nomeadamente medidas farmacológicas.

Estas estratégias verbalizadas pelos participantes vão de encontro a alguns dos passos aludidos no protocolo de comunicação de más notícias de Buckman (2005). É de salientar que não foram referidos os princípios de: obter a permissão para comunicar o que o

familiar pretende saber (passo três – “I”) e garantir que a informação foi corretamente percebida, sumariando se necessário e, expondo um plano dos próximos passos a seguir (passo seis – “S”).

A não referência a estes aspetos poderá relacionar-se com o facto de os profissionais depreenderem que o familiar pretende sempre saber a informação que eles possuem e daí não questionarem o que pretendem saber e, a inexistência de um procedimento adequado para comunicação das más notícias, assim como a inexistente estratégia institucional para o acompanhamento posterior destas situações.

Foram evidenciadas ainda as estratégias **centradas na equipa**, desde a *complementaridade* dos elementos, aos *mecanismos de fuga* e à *consciencialização do efeito da comunicação não verbal*.

A complementaridade dos profissionais (médicos e enfermeiros) é uma das estratégias indicadas e dos dados recolhidos sobressaiu a opinião de que para os enfermeiros e por vezes para alguns médicos, a comunicação deva ser efetuada pelos dois elementos e pela sinergia que ambos transmitem na comunicação (conjugação dos aspetos técnicos e dos aspetos relacionais).

Apesar da dificuldade na presença dos médicos nesse momento, também é evidente que por vezes, existe uma certa desresponsabilização por parte dos enfermeiros, considerando a comunicação da má notícia um ato médico, sem a presença dos enfermeiros, o que é traduzido num mecanismo de “fuga”.

Esta estratégia, pode estar associada à dificuldade em comunicar a má notícia e provavelmente, ao pouco à vontade para com a situação e à falta de formação que os enfermeiros possuem.

Sobre estas dificuldades, que condicionam a comunicação e que determinam a conduta dos profissionais levando à *fuga* enquanto estratégia, já Olsen, Buenefe e Falco (1998) e Shoenberger, Yeghiazarian, Rios e Henderson (2013), manifestam que educar e treinar as pessoas que comunicam a morte pode não só beneficiar os familiares das pessoas falecidas, uma vez que inadequadamente realizado pode aumentar o risco de complicações através do luto patológico, como aumenta a confiança na execução desta difícil e stressante tarefa.

É de ressaltar a referência à *consciencialização do efeito da comunicação não verbal*, enquanto estratégia de comunicação, uma vez que conforme sustentam vários autores, a comunicação não verbal tem uma carga elevadíssima no processo de comunicação

interpessoal e muitas das nossas expressões podem ser devida ou indevidamente percebidas, como se verifica no estudo de Inaba, Silva e Telles (2005, p. 429), em que “existe a percepção da coerência ou não da comunicação não-verbal pelos familiares, principalmente pelas expressões faciais e do toque”.

Foram focadas também estratégias **centradas no profissional**: o *distanciamento* e o *colocar-se no lugar do outro*.

Aqui, enquanto um dos enfermeiros evidencia a necessidade de se distanciar quando comunica, reforçando o cuidado em não se envolver com a situação, outros referem que procuram colocar-se na posição do recetor da notícia, transpondo para si a forma como gostariam de ser informados, denotando uma acrescida preocupação na forma de proporcionar a notícia.

Este conceito de empatia, enquanto “capacidade de entrar na pele do outro” e “subjectivamente, sentir com o cliente” ajuda a interação e contribui para aceitar, confirmar e validar a experiência total do outro (Riley, 2004, pp. 131-133). Esta estratégia proporciona, na ótica da autora, uma enorme satisfação e fomenta o sentimento de competência do enfermeiro.

Sentimentos e reações vivenciadas

Os enfermeiros que participaram no estudo expressaram uma panóplia de sentimentos e reações que surgem **face a uma morte inesperada** e perante **o processo de comunicar** essa má notícia. Assim, os sentimentos e reações são despoletados pela própria situação em si e pela necessidade de comunicar uma má notícia a um familiar/pessoa significativa.

A situação desencadeia sentimentos como: *a compaixão; a sensação espelho; a tristeza; a revolta; a impotência; a angústia; a insegurança e o sofrimento*.

Excluindo a *sensação espelho*, em que o sentimento prende-se com a possibilidade daquela situação ocorrer com algum dos familiares do próprio (Pereira, 2008), as restantes traduzem sentimentos e/ou reações negativas face à ocorrência de morte.

Tomando em consideração a definição de cada uma das palavras no léxico gramatical português, baseado no dicionário de língua portuguesa da Porto Editora – versão digital, a

compaixão surge como “dor que nos causa o mal alheio”; a *tristeza* aparece como “estado de quem sente insatisfação, mal-estar ou abatimento”; a *revolta* indica “sentimento de indignação”; a *impotência* evidencia a “falta de força e/ou de poder”; a *angústia* demonstra “mal-estar, ao mesmo tempo psíquico e físico, caracterizado por receio difuso, sem objeto bem determinado, desde a inquietação ao pânico”; a *insegurança* surge enquanto “atitude de quem sente falta de confiança em si próprio” e o *sofrimento* é definido como “experiência extremamente desagradável, grande mal, desgraça; efeito de sofrer”. Efetivamente, todos estes sentimentos, por serem fortes, influenciam negativamente os informantes e apesar de diferentes na gênese, eles interligam-se na difícil constatação da morte e na específica situação de morte inesperada. Rochembach, Casarin, e Siqueira (2010), também reconhecem alguns destes sentimentos (como a frustração e a impotência) e Wolfram (2011), não só refere alguns desses sentimentos, como o autocuidado aos profissionais de saúde, apontando como uma das possíveis ajudas/soluções, sessões posteriores (*debriefing*) formais ou informais com o objetivo de reforçar a equipa de saúde, proporcionando espaço a reconhecimento e aceitação dos efeitos emocionais que estas situações tem sobre os indivíduos e o grupo de trabalho, combatendo os sentimentos de impotência e encorajando os esforços positivos e as áreas de melhoria.

Relativamente aos sentimentos e reações vivenciadas **face à comunicação**, ou comunicação da notícia propriamente dita surgem: a *segurança*, a *ansiedade*, e a *preocupação*.

Os sentimentos de *preocupação* e de *ansiedade* face à comunicação, traduzem respetivamente o cuidado que é manifestado com o ato de transmitir a delicada informação e o efeito devastador que vai causar.

Relativamente ao sentimento de *segurança*, apenas dois informantes evidenciaram o sentimento de segurança face à comunicação.

Curiosamente, os sentimentos de segurança e insegurança (nesta área temática), são expressos tanto por enfermeiros com o mesmo nível de formação, como por enfermeiros com tempo de exercício profissional díspar, levando-nos a refletir que o sentimento de segurança/insegurança deve-se fundamentalmente a características e experiências pessoais e não necessariamente ao número de anos de profissão ou à formação de cada um. Como expusemos anteriormente no desenvolvimento teórico, mais do que os anos de experiência profissional, são as vivências individuais e o crescimento pessoal que as mesmas

produzem, que permitem este sentimento de segurança face à comunicação da má notícia. Estes sentimentos de ansiedade e de insegurança foram também identificados por Leite e Vila (2005), baseados na falta de preparação dos profissionais face à morte e em relação ao apoio e conforto necessário aos familiares.

Fatores que interferem no processo de comunicação

De facto, os dados obtidos neste estudo permitiram-nos perceber que existem certos fatores que interferem no processo de comunicação da má notícia e que podem constituírem-se como facilitadores ou dificultadores.

Os fatores **facilitadores** focados são: *o recetor não familiar, possuir formação específica, o envolvimento da equipa, a disponibilidade de tempo, a preparação prévia, a existência de ambiente adequado, a experiência profissional e o envolvimento da família nos cuidados*. Os fatores **dificultadores** evidenciados são: *a escassez de profissionais, a especificidade da situação, a idade da pessoa, a localização da sala de emergência, a falta de informação do pré hospitalar e a inexistência de reflexão em equipa*.

Alguns dos fatores referenciados pelos enfermeiros têm correspondência inversa e por inerência a verificação de um deles será a contradição do outro. Assim, pelo princípio da mútua exclusividade, apenas apresentamos esses fatores numa das categorias, referirmo-nos a:

Ambiente adequado/ambiente inadequado; possuir formação específica/inexistência de formação específica; disponibilidade de tempo/indisponibilidade de tempo e: recetor não familiar/recetor familiar.

Alguns destes fatores também já foram evidenciados na área temática - *dificuldades no processo de comunicação*, sendo aqui referenciados como dificultadores porque não são considerados construtivos neste processo, tornando-se fatores facilitadores se surgem pela positiva ou seja, a existência de um ambiente adequado, a existência de formação específica e a existência de disponibilidade de tempo, facilitam o processo de comunicação de uma má notícia.

Também a relação do familiar/pessoa significativa com o ente que morreu, se torna facilitador se a mesma é distante ou dificultador se a afinidade é íntima, relacionando-se

proporcionalmente pelo grau de afetividade que goza com a pessoa que faleceu, sendo tanto mais difícil quanto maior a proximidade exercida.

Os restantes fatores facilitadores identificados são o *envolvimento da equipa*, a *preparação prévia* e a *experiência profissional*. Aludidos anteriormente, mais concretamente, na complementaridade da equipa e na preparação do ambiente, enquanto estratégias de comunicação e na experiência profissional enquanto sentimento de segurança, tornam-se assim facilitadores no processo, sendo mencionados também por Buckman (2005) e Wolfram (2011), entre outros. É importante no entanto salientar que os enfermeiros mencionaram que relativamente ao envolvimento da equipa, este não deve estar limitado apenas aos profissionais que estiveram presentes no atendimento do familiar mas recorrer inclusive a outros elementos e que integrem efetivamente a equipa aquando da comunicação, nomeadamente, o capelão (recurso espiritual disponível na unidade em estudo).

Por fim, outro dos fatores facilitadores que foi referenciado, é o *envolvimento da família nos cuidados* incluindo a presença dos mesmos durante a assistência médica, que na ótica de um dos enfermeiros é um aspeto a considerar pois facilitaria a comunicação da má notícia e o início do processo de luto. Neste sentido também Truog, Christ, Browning e Meyer (2006), evidenciaram o papel vital dos vários intervenientes com experiência no relacionamento com as famílias e, da importância destes no apoio mútuo entre os profissionais que acompanham as famílias nos trágicos acontecimentos da vida, estabelecendo uma relação de confiança com os seus membros, pela atenção cuidadosa das suas necessidades, uma vez que muitos deles preferem serem envolvidos ou serem representados nas discussões com as equipas assistenciais.

Outros fatores dificultadores ainda evidenciados foram a *localização da sala de emergência* e a *escassez de profissionais*. Mencionado por dois enfermeiros e relacionando-se com a estrutura física do serviço, a localização central da sala de emergência, espaço mais apropriado ao tratamento e estabilização dos doentes em situação crítica, é tida como inapropriada nestas situações porque se encontra próxima de uma sala de espera com doentes e respetivos acompanhantes, a aguardar realização ou resultado de meios complementares de diagnóstico, considerada assim como desajustada (a sua localização) enquanto se aguardam informações e o desenlace da situação.

Relativamente à *escassez de profissionais*, esta surge como fator dificultador significativo e poderá, por inerência, desencadear outro já abordado anteriormente, a *indisponibilidade de tempo*. Este é um dos fatores de complexidade, juntamente com o *ambiente* e a *idade* da pessoa, mais evidenciado pelos enfermeiros pois consideram que a comunicação da má notícia e sua gestão necessitam de tempo e da disponibilidade por parte dos profissionais, nomeadamente, os enfermeiros. Assim, a escassez de meios humanos e a necessária e contínua prestação de cuidados a outros doentes, conduz a que os enfermeiros não estejam o tempo considerado necessário com os familiares.

A *especificidade da situação* e a *idade*, surgem como fatores dificultadores do processo de comunicação. Na primeira é evidenciado o contexto em que a morte ocorre e a sua inesperada circunstância, denotando-se uma impreparação por parte dos intervenientes (profissionais e familiares) e, na segunda, a idade da pessoa que morreu, verificando-se uma maior dificuldade na inversa relação com uma menor idade dessa pessoa. Porém, estes dois fatores podem relacionar-se com outro sentido atribuído pelos enfermeiros, em que apesar de ser inesperada (contexto da morte) para um indivíduo de maior idade, o processo de comunicação não será tão complicado de gerir caso o mesmo se verifique com uma criança ou um adulto jovem. Como refere Medeiros e Lustosa (2011, p. 220), a morte “de uma criança é uma experiência emocional mais intensa que a morte de um adulto. Também a morte súbita é mais traumática do que a morte por doença prolongada”.

Outro fator dificultador referenciado foi a *falta de informação do pré-hospitalar*, em que um dos entrevistados evidenciou como limitação, aquando da comunicação da má notícia, a inexistência de informação sobre o sucedido antes da chegada ao hospital pelas equipas de emergência, ficando a informação a prestar limitada e por vezes descontextualizada, admitindo que se tornaria facilitador no processo de comunicação, uma maior informação da situação e das intervenções realizadas anteriormente, avançando posteriormente para o sucedido no serviço de urgência.

Por fim, surge também a *inexistência de reflexão em equipa*, em que um elemento o mencionou como necessário mas ausente, exteriorizando uma necessária reflexão destas problemáticas em equipa permitindo não só o crescimento pessoal mas também ganhos enquanto grupo de trabalho, como refere Rutkowski (2002).

Sugestões para a otimização do processo de comunicação

Foi também nosso objetivo com este estudo, identificar as sugestões de otimização do processo de comunicação e dos discursos dos participantes foi possível obter um conjunto de sugestões que vão de encontro às dificuldades e aos fatores facilitadores e dificultadores referenciados. Estas sugestões situam-se ao nível dos **recursos humanos, recursos materiais, processo de comunicação e família**.

As sugestões de otimização relativas aos **recursos humanos** foram as mais evidenciadas e prendem-se com: *a formação específica*; *a existência de um profissional como elo de ligação*; *a maior disponibilidade dos profissionais*; *a necessidade de definir um plano de acompanhamento posterior*; *a existência de outros profissionais na equipa* e *a partilha de experiências*.

É evidenciada a escassez de formação por parte dos enfermeiros para esta difícil tarefa e uma das primeiras sugestões identificadas prende-se com a efetivação de *formação específica* para os vários intervenientes que juntamente com a *partilha de experiências* pela equipa, permitiriam melhorar e aumentar o conhecimento teórico, facilitando à posteriori o desenvolvimento e melhoria da competência comunicacional (Victorino, Nisenbaum, Gibello, Bastos, & Andreoli, 2007) e (Park, Gupta, Mandani, Haubner, & Peckler, 2012).

A *existência de profissional como elo de ligação* com a família, é outra das sugestões nesta categoria e prende-se com a necessidade veiculada de existir um elemento da equipa mais disponível ou totalmente disponível para, desde o primeiro de momento, estabelecer a articulação entre a família e a equipa prestadora de cuidados, acompanhando-a no processo e não apenas no final do mesmo para transmitir a notícia. Esta subcategoria interliga-se necessariamente com *a maior disponibilidade dos profissionais* uma vez que, só com uma maior disponibilidade dos elementos será possível existir uma efetiva interligação com a família e seja disposto o tempo considerado indispensável para o melhor início do processo de luto (Inaba, Silva, & Telles, 2005).

Outra proposta passa por *definir o plano de acompanhamento posterior*, já que o mesmo é inexistente e condiciona o apoio a estes familiares. Efetivamente, não existindo, não só se perde a ligação àquela família, como não se possui qualquer informação posterior da

adaptação à nova situação e qual o reajuste familiar. Algumas das propostas passam pelo encaminhamento para os cuidados de saúde primários, com referênciação à equipa médico e enfermeiro de família daquela situação, solicitando *follow-up* posterior ou, a criação de uma equipa multidisciplinar (hospitalar ou dos cuidados de saúde primários) para acompanhamento subsequente (médico assistente, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, assistente espiritual, assistente social...) tal como indicam Olsen, Bueneffe e Falco (1998), e Buckman (2001, 2005).

A *existência de outros profissionais na equipa* aquando da comunicação da má notícia é outra das sugestões, sendo diversas aludida a presença de um psicólogo no momento da comunicação. Este estaria em primeira instância disponível para os familiares e para o apoio psicológico, podendo ser também um recurso para os profissionais que necessitassem posteriormente desse suporte (Medeiros & Lustosa, 2011). É também mencionado pelos enfermeiros a necessidade de estar presente um psiquiatra, sendo na sua perspectiva um contributo para a prevenção, diagnóstico e reabilitação das diferentes formas de sofrimento psicológico. Um outro profissional referenciado é o assistente social, elemento que ao integrar a equipa facilitaria a interligação às questões do foro social e de suporte familiar, por vezes deficitárias ou inexistentes.

Já as sugestões relativas aos **recursos materiais**, estão relacionadas unicamente com a existência de um *espaço físico adequado*. Efetivamente, todos os enfermeiros evidenciaram nos seus discursos a inadequada estrutura física para o acolhimento, informação e apoio aos familiares/pessoa significativa. Mas estes não se limitaram a apresentar a proposta, como indicaram aspetos específicos a considerar tais como telefone com linha direta, água ou café para proporcionar aos doentes (...), como também sugerem a presença de sinalização exterior com o intuito de não existir qualquer interrupção neste difícil processo, sugestões estas que vão de encontro às apresentadas por Buckman (2001) e Victorino, Nisenbaum, Gibello, Bastos e Andreoli (2007).

As sugestões relativas ao **processo de comunicação** focam a necessidade de se fomentar a *complementaridade da equipa* e a *uniformização do procedimento*.

Na opinião dos participantes a concretização destas duas sugestões permitiria, em primeira instância, aos profissionais uma melhor sistematização e preparação na abordagem e, em segunda instância, aos familiares uma concreta perceção da situação clínica do seu familiar e como tal uma melhor interação com a equipa facilitadora de todo este processo.

Por fim as sugestões de otimização relativas à **família** referem-se ao *envolvimento da família nos cuidados e a dar espaço para a despedida*.

Três dos enfermeiros consideram que a presença dos familiares, com um envolvimento esclarecido e não perturbador nos cuidados, permitiria uma melhor assimilação do real contexto do familiar, com uma gestão adequada e atempada da informação, facilitando um início e regular processo de luto. Neste seguimento, permitir a despedida com a possibilidade de proporcionar espaço e tempo adequado aos familiares, para que a mesma se desenvolva sem qualquer pressão externa, facilitaria na assimilação da informação proporcionada, como ajudaria na despedida e na desagregação do vínculo físico com o ente falecido.

Nesta ótica envolver a família nos cuidados e proporcionar o espaço para a despedida, tornar-se-iam em sugestões de otimização efetivas no plano familiar e facilitadoras do processo de comunicação de má notícia.

CAPITULO V

Conclusões

Conclusões

Neste capítulo apresentamos as principais conclusões deste estudo, que se constituem como uma síntese refletida das ideias essenciais e dos principais resultados obtidos, que nos permitem tecer algumas perspectivas futuras e lançar alguns desafios.

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 171), as conclusões “não se restringem a simples conceitos pessoais, mas apresentam inferências sobre os resultados, evidenciando aspectos válidos e aplicáveis a outros fenómenos”.

Abordar a morte quando atualmente se tenta tudo para manter a vida com o máximo de qualidade possível, poderá parecer um contrassenso. Porém no dia-a-dia, enquanto profissionais de saúde nos contextos de urgência e emergência, vida e morte são indissociáveis e esta última surge várias vezes de forma inesperada, podendo levar a vivências exponencialmente marcantes.

Assim, o modo como fazemos parte da vida daqueles que vivenciam esse momento, enquanto profissionais, será de tal forma importante não só pelo que fazemos à vítima, como pelo apoio que proporcionamos à família/pessoa significativa.

Como referem Stefanelli e Carvalho (2005, p. 24) os “estudos na área de comunicação e suas interfaces com a Enfermagem são importantes tanto pela própria condição humana de se comunicar, como pela busca de conhecimentos que podem favorecer as práticas profissionais”.

Da análise e discussão dos dados emergiram um conjunto de conclusões, que passamos a apresentar.

O processo de comunicação da má notícia, no presente contexto, **significa na sua globalidade algo de difícil e constrangedor mas ao qual deve ser atribuída relevância no âmbito do processo de cuidados.**

Indicado como uma das maiores dificuldades para a enfermagem, promovendo inclusive um determinado constrangimento pessoal, dada a especificidade do contexto e da situação em si, denota-se uma preocupação efetiva com os familiares, no processo de comunicação, desde a receção do doente até à confirmação da morte aos familiares.

São diversas as dificuldades mencionadas relativas ao processo de comunicação da má notícia estando essas dificuldades relacionadas com o próprio, com a dinâmica do serviço e com a transmissão da informação, sendo reconhecidos diversos aspetos que condicionam a boa prática clínica ou seja, existem dificuldades centradas no próprio mas também com o contexto e que, na perspetiva dos participantes, podem condicionar este difícil processo.

As estratégias adotadas pelos profissionais na comunicação da má notícia também foram identificadas, mais concretamente, as relativas ao procedimento e suas componentes, as relacionadas com a equipa e as referentes ao profissional.

Existem algumas estratégias seguidas de forma intuitiva face ao processo de comunicação e as suas fases, denotando-se no entanto uma esquematização mental não baseada em modelo(s) teórico(s) sustentado(s). Relativamente à equipa, está patente a ideia de complementaridade entre profissionais mas também por vezes uma desresponsabilização com “fuga” pelos elementos à situação de transmissão da informação. É também visível a preocupação com os elementos da comunicação não verbal, nomeadamente a postura corporal e a expressão facial.

Já as estratégias relativas ao profissional recaem numa de duas possibilidades, ou o distanciamento face à situação ou a empatia pelo outro, levando os profissionais a colocarem-se na posição do familiar, efetuando aquilo que gostavam que lhe fizessem ou então a afastarem-se para não sofrerem com essa situação.

São diversos os sentimentos e as reações vivenciadas e indicadas pelos enfermeiros e que, na perspetiva dos participantes, podem condicionar a boa prática de cuidados nomeadamente, a comunicação da má notícia. Estes sentimentos e reações vivenciadas são relativos não só ao modo como é efetuada a comunicação, como foram identificadas as que são relativas à situação em si. Observamos que, **relativamente à situação – morte inesperada, os enfermeiros salientam sentimentos essencialmente negativos como o sofrimento, a angústia, a revolta ou a compaixão (entre outros) e relativamente ao modo de comunicar foram demonstrados sentimentos de preocupação, ansiedade e ainda de segurança**, que não relacionamos com o número de anos de exercício profissional ou seja, quantos mais anos de exercício profissional maior a segurança no processo, mas possivelmente relacionada (essa segurança) na conjugação de exercício profissional, com a experiência pessoal e a formação mais específica que possuam.

Foram ainda evidenciados os fatores facilitadores e dificultadores que se entrecruzam no processo da comunicação da má notícia. Nos facilitadores, surgiram entre outros, fatores como o envolvimento da equipa, a disponibilidade de tempo, o ambiente adequado e a formação específica enquanto que, como fatores dificultadores, foram indicados entre outros, a escassez de recursos humanos, a especificidade da situação, a idade da pessoa e a inexistência de reflexão em equipa.

Alguns destes fatores não são modificáveis ou excluíveis, como a idade da pessoa e a especificidade da situação e que exigem ao enfermeiro uma intervenção adequada e ajustada a cada pessoa/situação. Porém, muitos deles são passíveis de ser melhorados ou desenvolvidos, como o espaço físico e a existência de um procedimento.

São diversas as sugestões de otimização do processo de comunicação e situam-se a nível dos recursos humanos, a nível dos recursos materiais, a nível da família e a nível do processo de comunicação.

Efetivamente, foram indicadas diversas sugestões e que se constituem como perspetivas futuras e que se podem situar em três eixos, a nível da organização, da dinâmica da equipa e da formação:

- **Proporcionar formação específica em comunicação de más notícias, enquanto estratégia do serviço/instituição para os diversos elementos que participam neste processo, assim como criar a existência de momentos de partilha de experiências (*debriefing*), com o intuito do crescimento enquanto equipa;**
- **Definir um elemento na equipa que faça de elo de ligação entre prestadores de cuidados e família, fornecendo atempadamente informações e esclarecendo dúvidas;**
- **Incluir na equipa de cuidados outros profissionais com disponibilidade imediata ou para encaminhamento a curto prazo, nomeadamente, Psicólogo, Psiquiatra, Assistente espiritual ou Assistente social;**
- **Definir institucionalmente um plano de acompanhamento posterior da família com consultas de *follow-up*, envolvendo equipas dos cuidados de saúde primários e/ou equipas hospitalares;**
- **Requalificar um dos espaços físicos existentes no serviço, incluindo recursos que apoiem a equipa na comunicação da má notícia e dotá-lo de sinalização adequada, quando utilizado para esse efeito;**

- **Planificar a existência de um espaço físico adequado, caso se realizem obras de reestruturação ou melhoria no serviço;**
- **Proporcionar efetivo espaço temporal à família para o início do processo de luto e despedida ao familiar;**
- **Elaborar um procedimento institucional, envolvendo os vários elementos da equipa, com o objetivo de regulamentar transversalmente, numa visão de complementaridade, os aspetos específicos da comunicação da má notícia;**
- **Equacionar o envolvimento da família/pessoa significativa nos cuidados prestados ao familiar, permitindo futuramente a permanência ou a visualização das intervenções realizadas.**

Este estudo permitiu-nos não só compreender o significado da(s) experiência(s) dos enfermeiros face ao processo de comunicação da má notícia, em contexto de morte inesperada, como os aspetos a considerar na melhoria desse processo, tornando-o numa mais valia para o serviço em estudo e numa base de reflexão e de transposição para outros serviços onde ocorram situações similares.

Sendo um dos principais objetivos da investigação em enfermagem a devolução dos resultados obtidos, com o intuito de melhorar a intervenção dos enfermeiros e nesse sentido incrementar um aumento da qualidade assistencial, é assim nossa intenção restituir os resultados deste estudo à instituição e particularmente ao serviço onde o mesmo foi realizado. É também nosso objetivo contribuir para a implementação das sugestões contribuindo dessa forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, fomentando não só a mudança como um desenvolvimento conjunto das equipas.

Enquanto potencial instrumento de trabalho, acima de tudo esperamos que o mesmo fomenta a discussão e a orientação para um caminho mais assertivo neste domínio tão sensível.

Como fragilidade do presente estudo, consideramos que o mesmo poderia ser enriquecido e complementado se fossem equacionadas outras estratégias de colheita de dados, como por exemplo, a observação de momentos de comunicação da má notícia, no contexto indicado, sendo para isso necessária uma maior disponibilidade, não existente nesta fase, assim como um número significativo de situações, para aplicação deste método de colheita de dados.

Julgamos também ser pertinente, à *posteriori*, a obtenção da perspetiva dos familiares e dos médicos face à problemática analisada, complementando não só a visão obtida pelo presente estudo como a sua confrontação com o ponto de vista dos restantes intervenientes, atualmente envolvidos no processo, enriquecendo posteriores sugestões de melhoria.

Acreditamos, apesar das dificuldades e limitações, que este estudo pode contribuir para novas dinâmicas de intervenção ao nível do processo de comunicação da má notícia, em prol da melhoria dos cuidados prestados à pessoa e família em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aehlert, B. (2007). *ACLS, Advanced Cardiac Life Support*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Aparício, M. (2008). *A satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ariès, P. (1988). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Teorema.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2000). SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*. vol:n.º 5, pp. 302-311.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Billson, A., & Tyrrell, J. (2003). How to break bad news. *Current Paediatrics*. vol:n.º13, pp. 284-287.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckman: Enfermagem fundamental - Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Braz, Á. (2010). Sendo com os que cuidam, acolhendo o cuidador. In I. N. (Brasil), *Comunicação de notícias difíceis, compartilhando desafios na atenção à saúde* (pp. 141-150). Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology*, vol:n.º 2, pp. 138-142.
- Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler: L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades: Guide du professionnel de santé*. Paris: Masson.
- Caetano, J., & Rasquilha, L. (2007). *Gestão e planeamento da comunicação*. Lisboa: Quimera Editores.
- Chaturvedi, S., & Chandra, P. (2010). Breaking bad news: Issues important for psychiatrists. *Asian Journal of Psychiatry*. vol:n.º 3, pp. 87-89.
- Costa, M. (2009). Reflectindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. *Nursing*. vol:n.º 251, pp. 36-42.
- Davies, D. (2009). *História da Morte*. Lisboa: Editorial Teorema.

- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *The Lancet*. vol:n.º 363, pp. 312-319.
- Ferreira, L. (1999). Luto. Quem dá "vida" aos que ficam? *Pensar Enfermagem*. vol:n.º 3:2, pp. 41-44.
- Fiske, J. (1993). *Introdução ao Estudo da Comunicação*. Porto: Edições Asa.
- Fontanella, B., Luchesi, B., Saidel, M., Ricas, J., Turato, E., & Melo, D. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*. vol:n.º 27, pp. 389-394.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Freixo, M. (2011). *Teorias e modelos de comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gonçalves, F. (2007). Conceitos e critérios de morte. *Nascer e Crescer - Revista do hospital de crianças Maria Pia*. XVI, pp. 245.
- Heiner, J., & Trabulsky, M. (2011). Coping With the Death of a Patient in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, vol:n.º 58, pp. 295-298.
- Howarth, G., & Leaman, O. (2004). *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera Editores.
- Inaba, L., Silva, M., & Telles, S. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. vol:n.º 39, pp. 423-429.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a Morte*. Lisboa: Estrela Polar.
- Kovács, M. (2005). Educação para a Morte. *Psicologia, Ciência e Profissão*. vol:n.º 25, pp. 484-497.
- Leite, M., & Vila, V. (2005). Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. vol:n.º 13, pp. 145-150.
- Littlejohn, S. (1988). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Loney, M. (2003). Perda, Luto e Morte. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica* (pp. 185-218). Loures: Lusociência.
- Lopes, A. (2010). *Morte e cuidar em ambiente hospitalar, como lidar com a morte do outro*. Aveiro: Universidade de Aveiro, departamento de Ciências de Educação.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12, pp. 62-66.
- Medeiros, L., & Lustosa, M. (2011). A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. vol:n.º 14, pp. 203-227.
- Oliveira, M., Fenili, R., Zampieri, M., & Martins, C. (2006). Um ensaio sobre a comunicação no cuidado de enfermagem utilizando os sentidos. *Enfermería Global*. vol:n.º 8, pp. 1-7.
- Olsen, J., Buenefe, M., & Falco, W. (1998). Death in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. vol:n.º 31, pp. 758-765.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros - Dec. Lei 104/98. *Diário da República - 1.ª série A*, 1739-1751. Lisboa, Portugal: Assembleia da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2.ª série n.º 35*, pp. 8656-8657. Portugal, Lisboa: Assembleia da República.
- Park, I., Gupta, A., Mandani, K., Haubner, L., & Peckler, B. (2012). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*. vol:n.º 3, pp. 385-388.
- Parkes, C. (1998). *Luto, estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, Brasil: Summus Editorial.
- Pereira, C. (2010). *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: contributos da enfermagem*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

- Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: Contributos para a formação em Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2.^a ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Porto Editora. (s.d.). *Infopédia, enciclopédia e dicionários da Porto Editora*. [consultado em 7 de Outubro de 2012] disponível na [www http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/linguagem](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/linguagem)
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde - Direcção dos Serviços de Planeamento. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Rockembach, J., Casarin, S., & Siqueira, H. (2010). Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev. RENE - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. vol:n.º 11, pp. 63-71.
- Rodrigues, A. (1997). *Estratégias da Comunicação - Questão Comunicacional e Formas de Sociabilidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Romeu, M. (2007). *O Enfermeiro perante a morte*. Porto: Universidade do Porto - Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Rutkowski, A. (2002). Death Notification in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* vol:n.º 40, pp. 521-523.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: Mc Graw Hill.
- Sancho, M. (2000). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Arán Ediciones.
- Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida in B. Gauthier. *Investigação Social: da problemática à colheita de dados* (3.^a ed.). (pp. 279-301). Loures: Lusociência.
- Schulz von Thun, F., Ruppel, J., & Stratmann, R. (2007). *Saber comunicar, saber dialogar*. Lisboa: Editorial Presença.
- Shipside, S. (2007). *Comunicação eficaz*. Porto: Dorling Kindersley - Civilização Editores.
- Shoenberger, J., Yeghiazarian, S., Rios, C., & Henderson, S. (2013). Death notification in the emergency department: Survivors and Physicans. *Western Journal of Emergency Medicine*. vol:n.º 14, pp. 181-185.

- Stedeford, A. (1986). *Encarando a Morte*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stefanelli, M., & Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.
- Tierney, E. (2000). *101 maneiras para comunicar melhor*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2003). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Truog, R., Christ, G., Browning, D., & Meyer, C. (2006). Sudden Traumatic Death in Children - We did everything, but your child didn't survive. *JAMA - Journal of American Medical Association*. vol:nº. 296, pp 2646-2654.
- Victorino, A., Nisenbaum, E., Gibello, J., Bastos, M., & Andreoli, P. (2007). *Revista da SBPH - Como comunicar má notícias: revisão bibliográfica*. Obtido em 23 de Abril de 2013, de SciELO - Scientific Electronic Library Online: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582007000100005&script=sci_arttext
- Wolfram, W. (2011). *Coping with the death of child in the ED*. [s.l.]; WebMD. [consultado em 16 de Maio de 2013]. Disponível na [www http://emedicine.medscape.com/article/806223-overview](http://emedicine.medscape.com/article/806223-overview)

ANEXOS

Anexo 1

- Autorização do Conselho de Administração da instituição
à solicitação de realização do estudo -

COMISSÃO de ÉTICA

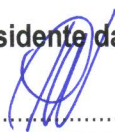
Concedo
Maria do Céu
Enfermeira
16/05/2012

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, de um estudo de investigação, do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo o investigador, **Samuel Sampaio de Sousa**, Enfermeiro a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico, na Escola Superior de Saúde e cujo tema é: **“A comunicação da má notícia em contexto de morte súbita – Vivência e conduta dos Enfermeiros”**. Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido projecto.

A Comissão de Ética reunida em 16 de Abril de 2012

O Presidente da C. E.



.....
(Dr. Pedro Meireles)

Recebido
16/05/2012
ULSAM, EPE
Ycben's

12/04/11 0296 ESS

Exmº Senhor
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E.
Estrada de Santa Luzia
4901 – 858 Viana do Castelo

Assunto: Autorização para realização de estudo de investigação

No âmbito dos objetivos da unidade curricular Dissertação de natureza científica/Estágio de natureza profissional com relatório final/Trabalho de projeto, do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, junto enviamos o pedido do mestrando Samuel Sampaio de Sousa para realizar um estudo de investigação subordinado ao tema "A comunicação da má notícia em contexto de morte súbita – Vivências e conduta dos enfermeiros", conforme documentos em anexo.

Com os melhores cumprimentos.

A Diretora,

Mara do Carmo de Jesus Rocha



Exma Sr.^a Directora
da Escola Superior de Saúde

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

O estudante Samuel Sampaio de Sousa, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Médico Cirúrgica pretende realizar um estudo investigação subordinado ao tema “A comunicação de má notícia em contexto de morte súbita: Vivências dos Enfermeiros” sob a orientação da Professora Doutora Aurora Pereira e co-orientação da Mestre Rosa Olívia Mimoso. Este estudo tem como objetivo “compreender as vivências dos enfermeiros na comunicação de má notícia no contexto de morte súbita” e a colheita de dados será efetuada através de entrevista semi-estruturada (anexo), no período de 15 de Abril a 15 de Maio, junto de enfermeiros do serviço de urgência.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito que seja pedida autorização para realização do estudo supra-citado.

Atenciosamente

A orientadora,

Maria Aurora Pereira

Maria Aurora Gonçalves Pereira

(Prof. Coordenadora)

Viana do Castelo, 30 de Março de 2012



APÊNDICES

APÊNDICE 1

- Ficha de identificação do participante -

ENTREVISTA - E_

CARATERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Idade (anos)

< 25 25-30 31-35 36-40 41-45 46-50 51-55 56-60 > 60

Género

Masculino Feminino

Grau Académico

Bacharelato _____ Área Mestrado _____ Área
 Licenciatura _____ Doutoramento _____

Formação pós-Graduada

Especialidade em Enfermagem _____
 Outras Áreas _____

Experiência Profissional (anos)

< 5 5 - 10 11 - 15 16 - 20 21 - 25 26 - 30 31 - 35 > 35

Experiência Profissional no serviço de urgência (anos)

< 5 5 - 10 11 - 15 16 - 20 21 - 25 26 - 30 31 - 35 > 35

APÊNDICE 2

- Instrumento de colheita de dados (Guião de entrevista) -

ENTREVISTA - E_

PARTE I - ACOLHIMENTO E APRESENTAÇÃO

Identificação do Investigador
Tema, Pertinência e Objetivos
Garantir a confidencialidade e anonimato
Solicitar a declaração de consentimento informado

PARTE II – DESENVOLVIMENTO (GUIÃO DE ENTREVISTA)

Objetivos	Questões orientadoras
Identificar o (s) procedimento (s) no âmbito da comunicação da má notícia em contexto de morte súbita;	O que pensa sobre o processo de comunicação de má notícia no contexto de morte súbita? Pretende narrar alguma experiência de comunicação de uma má notícia em contexto de morte súbita? Como procede para comunicar a notícia de morte súbita? Qual a sua opinião relativa ao acompanhamento proporcionado aos familiares, antes, durante e após a comunicação de morte?
Descrever os sentimentos/emoções experienciados na comunicação de má notícia em contexto de morte súbita;	Quais os sentimentos que vivencia quando tem que comunicar a notícia de morte no contexto de morte súbita?
Conhecer os fatores facilitadores ou dificultadores no processo de comunicação de má notícia em contexto de morte súbita;	Quais os fatores que considera facilitadores no processo de comunicação de uma má notícia? Quais são as maiores dificuldades no processo de comunicação de uma má notícia?
Identificar sugestões que otimizem o processo de comunicação de má notícia em contexto de morte súbita;	Quer referir alguma sugestão no âmbito do processo de comunicação de uma má notícia?

PARTE III - FECHO DA ENTREVISTA

Permitir a possibilidade de acrescentar mais algum aspeto;
Agradecer a colaboração e participação na entrevista (fundamentais para a concretização do estudo);

APÊNDICE 3

- Declaração de consentimento informado -

Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo e da forma como vou participar.

Fui esclarecido (a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista em qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador:

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____

(Samuel Sampaio de Sousa)

Data ____/____/____

APÊNDICE 4

- Codificação das entrevistas (Áreas temáticas, categorias, e subcategorias) -

ÁREA TEMÁTICA	Categoria	Subcategoria	UNIDADES DE REGISTO (n.º)
Significado atribuído ao processo de comunicação de má notícia	Constrangedor		<p>“(…) observo muito constrangimento também, claro” E04: 15-16</p> <p>“Em todas as experiências que eu passei, sinto que as pessoas se sentem constrangidas” E04:16-19</p> <p>“Não me sinto à vontade, não acho que esteja a participar num processo que esteja bem feito, pronto.” E05: 2-3</p> <p>“(…) acho que muitas vezes (...) o médico vai dar a notícia, tu acompanhas às vezes para poderes dar o comprimidinho, já levas o comprimidinho, isto muitas vezes eu sinto-me um bocadinho nesse... é verdade... assim estás ali... olhe tome o comprimidinho e pronto.” E05: 4-7</p> <p>“Entretanto, o médico comunica e sai, tu ficas ali e ficas um bocadinho, <i>puff</i>, um bocadinho entalado (...)” E05: 8-10</p> <p>“(…) tu ficas um bocadinho... não sabes bem o que deves fazer e eu isso sinto às vezes que estou ali assim um bocadinho... queria ajudar... e os clichés e as palavras que tu dizes (...) eu acho que não ajudam...” E05: 25-27</p> <p>“(…) ou pessoas que até assistiram à situação mas que não têm o à vontade suficiente para se sentar e falar” E08: 105-106</p>
	Difícil		<p>“É das coisas mais difíceis que nós temos que fazer, em termos de atuação de enfermagem...” E03: 1-2</p> <p>“(…) porque nós próprios também sentimos a morte súbita ... como uma coisa difícil”. E03: 4-5</p> <p>“(…) mas é sempre difícil fazê-lo.” E03: 46-48</p> <p>“(…) quando estou assim à beira de pessoas que tivemos que comunicar alguma coisa, eu sinto meu Deus, eu tenho que dar conta deste recado mas é assim...” E05: 28-30</p> <p>“(…) acho que as pessoas estão mal, sem dúvida não é, mas tu também não estás nada bem. (...) Não há nenhum profissional que goste de dar más notícias, esse será o primeiro ponto, ninguém gosta e ninguém acho, que se sente à vontade para o fazer.” E05: 32-35</p>

			<p>“Não é nada fácil comunicar más notícias (...) facilidade não é nenhuma, não é nenhuma.” E05: 131-132</p> <p>“(…) continua a ser um momento difícil, do qual não gosto mas não o evito...” E06: 189-190</p> <p>“(…) é muito difícil, é assim, as pessoas têm a sensação que os enfermeiros estão preparados para comunicar a morte e não é bem assim” E07: 68-69</p> <p>“(…) no nosso serviço, eu acho que o comunicar torna-se um bocadinho difícil e..., acho que se podia, se calhar, fazer melhor” E08: 6-7</p> <p>“(.) e pfff, oh pá... é complicado.” E08: 137-138</p>
	<p>Relevante</p>		<p>“(…) há bastante sensibilidade de uma forma geral em relação à comunicação de más notícias” E04: 15-16</p> <p>“(…) ao mesmo tempo que tentam realmente fazer da melhor forma e da forma que gostariam, se calhar, que fizessem connosco” E04:16-19</p> <p>“(…) o que me parece na equipa em que estamos inseridos, não há ninguém que seja indiferente a este tipo de situações” E04: 135-136</p> <p>“(…) é importante saber se aquela família está bem, se aquela família comeu... porque eu tenho a certeza que tenho familiares à beira do doente que já não comem há imenso tempo, porque nem pensam nisso estão a pensar... no sofrimento familiar, acho que são pequenas coisas (...) que facilitam (...) o processo de luto (...) e é importante nós também seremos um agente facilitador” E08: 81-84</p> <p>“(…) tenho noção que as pessoas [enfermeiros] pensam nela [família] sempre... porque a maneira como eu ouço as pessoas perguntar... este doente tem família lá fora? Tem a mãe... então nota-se na cara das pessoas que pensam... ai coitada...” E08: 96-98</p>
<p>Dificuldades no processo de comunicação</p>	<p>Ao nível do profissional</p>	<p>Subjetividade do profissional</p>	<p>“(…) é feito na base da sensibilidade de quem está a informar...” E01: 11;</p> <p>“(…) depende de quem está a comunicar a má notícia” E01: 16-17;</p>

		<p>“... mais uma vez tudo depende da sensibilidade de cada um e não da formação ou da capacidade ou da competência adquirida, trabalhada para esse tipo de tarefa” E01: 18-20;</p> <p>“Normalmente é feita [a comunicação] pelo médico (...) pelo médico responsável, independentemente da... característica da pessoa, pode ser uma pessoa mais fria ou menos susceptível a conseguir transmitir essa notícia e dar apoio ao familiar (...)” E02: 6-10</p> <p>“Depende sem dúvida da sensibilidade de cada um mas não devia...” E04: 132</p> <p>“(…) uns reagem de uma forma mais interventiva e outros de uma forma mais resguardada, é verdade... que alguns de nós tenham mais facilidade na questão da expressão dos afectos, porque existe e nestas situações acho que são muito apelativas neste sentido, na questão dos afectos, outros têm mais dificuldade.” E04: 135-140;</p> <p>“(…) cada um tem a sua maneira de comunicar, uns de uma maneira mais suave e outros menos suave” E07: 5-7</p> <p>“A comunicação baseia-se muito na sensibilidade de cada um e ponto final...” E07: 119</p> <p>“(…) não há preparação específica sobre técnicas de abordagem, sobre métodos, meios, sobre estratégias... sobre definição de equipas, de outros recursos que poderão ser necessários...” E1: 11-14;</p> <p>“Isto é, se calhar as pessoas que têm que dar a má notícia não estão muito bem preparadas para o fazer, quer profissionalmente até quer como pessoa em si”. E02: 3-5</p> <p>“(…) às vezes não escolhemos o local mais certo, é no meio do corredor”. E02: 49-50</p> <p>“(…) a primeira ideia que me vem logo à cabeça é a questão da falta de preparação no sentido até de formação, de alguma formação mais específica para lidar com essas situações”. E04: 1-4</p> <p>“(…) acho que há muita falta de formação sobre como comunicar más notícias... mas se nós temos falta de formação, acho que os médicos têm muito mais” E06: 142-144</p> <p>“É a dificuldade que tenho e com isto vou refletir e vou-me formar mais”. E06: 320</p>
	Falta de formação	

		<p>Falta de tempo</p>	<p>“Não tenho formação específica para dar más notícias e se calhar o serviço beneficiava, (...) as pessoas, beneficiavam provavelmente se alguém tivesse formação mais nessa área...” E08: 140-141</p> <p>“O tempo que temos (...) é mesmo, mesmo escasso” E02: 51-52</p> <p>“(…) depois de dar a notícia, dar ali um bocadinho de apoio (...), estar ali um bocadinho com ela. Muitas vezes na urgência não temos tempo para isso.” E03: 29-32;</p> <p>“Quantas vezes estás a tentar a ajudar alguém, estar ali, nem que seja estar ao lado dela, sem dizer nada... e não tens tempo para isso...”. E03: 33-35</p> <p>“(…) Muitas vezes não temos esse tempo”. E04: 58;</p> <p>“(…) acho que poderíamos estar mais tempo se tivéssemos outras condições, não conseguimos mesmo, quantas vezes eu estou lá num <i>stress</i> terrível, a tentar que a pessoa esteja à vontade e faça as perguntas todas e diga tudo aquilo que quer e ali a ferver porque que sei (...) quantos doentes estão à minha espera...” E06: 93-97</p> <p>“(…) às vezes eles também não nos perguntam, porque não dou tempo suficiente para perguntar...” E06: 169-171</p> <p>“E sinto uma limitação nisto (...) porque estou lá e sempre com o <i>stress</i> do tempo (...) e sinto uma pressão nisso” E06: 174-176</p> <p>“O doente entra, nós andamos numa correria para trás e para a frente e chega a uma altura, em que eles [familiares] estão cá fora e vão-se apercebendo da situação” E07: 4-5</p> <p>“(…) são processos que nós entendemos que são importantes mas importante (...) é mesmo a técnica e eu acho sinceramente (...) que “é importante sim senhor... dar apoio à família... dar não sei o quê e dar não sei que mais, mas importante (...) era reanimarmos o doente”, (...) damos mais valor ao ato em si. Naquela situação temos que apostar... e depois apoiar a família... mas não damos o mesmo valor” E05: 251-256</p> <p>“(…) não é fácil chamá-los [médicos] a esse contacto, muitas vezes dão só a notícia e fogem, depois voltar e dar a oportunidade à família ter novo contacto depois (...) já é mais difícil, porque eles recusam, a notícia está dada e siga... como se fosse um ato isolado e que acabou ali” E01: 41-44</p>
	<p>Gestão de cuidados</p>		
<p>Ao nível da dinâmica do serviço</p>	<p>Pouca interação da equipa</p>		

			<p>“(…) fui eu que o fui buscar à sala, à entrada, porque nos ligaram, fui eu que o encaminhei para a sala de emergência e que lhe comuniquei a má notícia, na altura a pediatra também não estava lá na sala.” E04: 188-190;</p> <p>“(…) muitas vezes é como te digo, vai o médico vamos nós ao lado, é verdade até muitas vezes para entregar valores, não é, muitas vezes tens além do comprimidinho que eu já falei, é entregar valores e o médico fala e depois tu ficas ali um bocadinho” E05: 59-62</p> <p>“(…) e que aquele médico disse “o seu filho morreu” e não teve mais palavra nenhuma e não apareceu mais ninguém e foi-se embora” E06: 119-121</p> <p>“(…) já houveram situações em que fui sozinha, porque era o intensivista e o intensivista já não está” E06: 137-138</p>
		Inexistência de procedimento	<p>“Continua a não ser uma política fundamentada do serviço, depende de quem está a comunicar a má notícia” E1: 16-17</p> <p>“Não há uma estratégia organizada e definida, e que diga o que temos que fazer”. E1: 56-58</p>
		Inexistência de plano de acompanhamento	<p>“Não sabemos se aquela família recuperou da situação, não sabemos se teve ou não acompanhamento psicológico, não sabemos nada” E02: 60-61</p> <p>“(…) nós não vamos poder ir para casa com aquelas pessoas, não as vamos poder reconfortar” E04: 86-87</p> <p>“(…) ai o que é que faço agora? (...) e nós dizemos, olhe contacte a agência funerária... que ela trata de tudo, (...) agora assim, de acompanhamento, depois as pessoas vão-se embora e não tens mais nada (...) não sabes mais nada da pessoa, (...) nem do luto, nada, nada.” E05: 92-96</p> <p>“(…) é comunicado, estamos ali um bocadinho a acompanhar e depois não sabemos mais nada daquela pessoa.” E05: 202-203</p> <p>“No pós... Acho que também estamos longe, muito longe, muito a leste, porque é assim... é quase como, já comunicamos, já demos uns passinhos, já permitimos que fosse ver, já vai ajudar no processo de luto, já estive um bocadinho com ele e já me sinto satisfeita por ter feito isso, mas sei que há muito mais a fazer.” E06: 98-102</p>

		<p>“Acho que as pessoas vão sem um contacto” E06:103</p> <p>“(…) nós não encaminhamos para ninguém, eu não encaminho, não sei se alguém encaminha...” E06: 110-112</p> <p>“(…) tenho a certeza que depois vai ter (...) dúvidas e depois ela vai estar só, ninguém a vai apoiar” E06: 115-116</p> <p>“(…) os cuidados de saúde primários são o que são não é? e nós somos o que somos também... no pós, também acho que não abrimos uma porta para que depois a pessoa possa ter outra ajuda” E06: 121-126</p> <p>“(…) não encaminho para mais nada... digo pode recorrer a nós, estamos aqui na urgência, mas (...) às tantas não lhe disse o meu nome...” E06: 160-163</p> <p>“(…) quando se comunica a morte (...) o depois disso, não se faz mais nada, porque depois a família sai, dentro da sua angústia e da sua dor, sai por ali fora, e ficamos assim, e não temos apoio e não temos nada para dar aquela família.” E07: 27-32</p> <p>“(…) o doente vai para a morgue e a família deixamos de a ver, não sabemos depois o que acontece” E07: 39-40</p> <p>“(…) acho que o pós comunicação é o período mais difícil [para o familiar] eu acho que é... e por vezes não é dado o apoio devido.” E08: 111-113</p>
		<p>“(…) mesmo que o levemos para uma sala resguardada, às vezes somos interrompidos uma ou duas vezes o que dificulta logo a situação”. E02: 49-51</p> <p>“(…) a questão do espaço físico em que nós trabalhamos e da falta de condições em termos de acolhimento da família para comunicação de más notícias”. E04: 5-6</p> <p>“(…) realmente as condições não são muitas, embora a gente disponibilize basicamente ali a nossa sala, para comunicação de más notícias...” E04: 7-8</p> <p>“(…) nós não temos estrutura nenhuma naquele serviço (...) acho que aquela coisa de os pormos na sala do gabinete do chefe (...) não tem privacidade nenhuma...” E05: 64-70</p> <p>“(…) a privacidade, acho que é muito importante. Muitas vezes não existe... sem dúvida, imensas vezes...” E05:</p>
	<p>Ambiente físico inadequado</p>	

73

“A condição física do serviço não permite, muitas vezes não tens salas para o dia-a-dia, devias ter, sem dúvida, mas não tens.” E05: 75-76

“(…) depois acho que o espaço para onde encaminhamos também acho que é super importante... mas não é o que se faz” E06: 18-20

“(…) e geralmente encaminhamos para uma sala, que para mim não é a sala própria...” E06: 81-82

“(…) uma sala onde a pessoa não se vai sentir à vontade para se expressar (...) um entra e sai, um espaço cheio de papéis e não sei que mais, acho que não...” E06: 82-84

“(…) já damos mais espaço para que a pessoa exprima os seus sentimentos, não no local ideal” E06: 135-136

“(…) as salas que eu utilizo não são adequadas mas eu tento, ou a copa, ou o gabinete 1 ou a sala do chefe... se o gabinete 1 estiver disponível é o que eu utilizo, porque não tem um entra e sai, como a sala do chefe” E06: 154-156

“(…) não há um espaço para ele estar, para não se aperceber daquela situação toda, acho que nisso estamos muito mal” E07: 7-9

“(…) se calhar a parte física da nossa urgência é aquilo que tenho a apontar.” E08: 17-18

“(…) e acho que a nossa sala não tem essas condições” E08: 29

“(…) e acho que nós não temos condições para isso até porque se eu souber que (...) na nossa sala de enfermagem ou estará ocupada pelo chefe ou que provavelmente não terão a privacidade necessária há sempre aquela tendência de pensar ok, em que sala posso pôr o doente, mas não há, não há outra hipótese.” E08: 33-37

“(…) principalmente se a família estiver na nossa sala então vamos passando, porque vamos à casa de banho ou porque vamos imprimir etiquetas e há ali um desconforto tamanho...” E08: 102-104

Inexistência de profissional de referência	<p>“(…) não estamos estruturados, não há uma estrutura preparada para isto, não há um elo de ligação com a família...” E05: 50-52</p> <p>“(…) devido a haver pouco pessoal essa pessoa sai do contexto da reanimação (...) para saber informações mas depois volta a entrar e deixa um bocadinho ali à solta a família (...), eu apercebo-me que a pessoa ficou ali sem informação nenhuma e até quem lhe dá o apoio são outros familiares de outros doentes...” E05: 43-50</p> <p>“(…) também não sabemos, eu não sei, como é que poderíamos fazer de outra maneira, quer dizer, porque muitas das vezes, dentro da sala, também fazemos falta”. E05: 57-58;</p> <p>“(…) quando está alguém dentro da emergência e tu estás dentro da emergência, a pessoa está ali sozinha à espera da notícia e quem os acompanha são as outras pessoas que estão ali à espera, e não têm nada a ver com o assunto” E05: 160-162</p> <p>“(…) ao ser uma coisa inesperada acho que o processo deveria começar logo em ter alguém sensibilizado que pudesse receber a pessoa que vai entrar ou que entrou a acompanhar, e que estivesse desperto para o familiar e mantendo um elo de ligação, começasse a dar alguma informações de como está a decorrer a situação” E06: 6-10;</p> <p>“(…) acho que há logo ali uma falha, porque não há ninguém, um elo, alguém que se apercebeu de que realmente alguém entrou e alguém que pudesse, naquele momento, encaminhar a pessoa para um espaço agradável e calmo, sem entra e sai e que começasse a fazer já ali um ponto, começasse a dar algumas dicas...” E06: 25-28</p> <p>“(…) às vezes estou na sala e digo “há algum familiar” porque lembro-me sempre dessa situação do Sr. cá fora, e tento ver se há alguém disponível para o levar para uma sala, algum profissional [médico ou enfermeiro] porque é muito complicado um “auxiliar” ...” E06: 69-74</p> <p>“(…) se calhar devíamos ter alguém para encaminhar a pessoa para um espaço (...) termos alguém, um elo de ligação entre a equipa que está a tratar do doente e a família” E07: 11-17</p> <p>“Temos recursos humanos para tratar o doente e ao mesmo tempo informar a família óptimo, excelente, mas não temos... mas seria o ideal, ter ali um agente de ligação que entrasse na sala, informasse e fosse lá fora informar a família, isso seria o ideal...” E08: 87-89</p>
--	--

		Inexistência de Psicólogo ou outro profissional de apoio	<p>“(…) contexto de morte súbita, até que ponto é que aquela pessoa não precisa de um apoio mais diferenciado. . . um apoio de um psicólogo, uma psicóloga, de uma equipa” E06: 110-112</p> <p>“(…) porque não temos apoios de nada, nem de ninguém” E07: 2-3</p> <p>“(…) o pai ficou super exaltado começou aos pontapés a tudo. . . eu deixei-o dar pontapés. . . porque realmente, quer dizer, eu também não tinha ninguém a quem recorrer” E07: 34-38</p>
Ao nível da transmissão da informação	O que dizer	<p>“(…) não sabes bem o que deves fazer e eu isso sinto (..) queria ajudar. . . e os clichés e as palavras que tu dizes, “não sofreu”, (..) são aquelas palavras que (..) eu acho que não ajudam. . .” E05: 25-27</p> <p>“(…) estou a dizer as palavras certas, se calhar não estou, não sei” E05: 28-30</p> <p>“Acho muito sinceramente que muitas vezes tu também não tens palavras” E05: 11-15</p> <p>“(…) às vezes não sei muito mais o que lhes dizer” E05: 89-92</p> <p>“(…) pessoas que até assistiram à situação mas que não têm o à vontade suficiente para se sentar e falar, porque não sabem o que dizer” E08: 105-106</p> <p>“(…) às vezes não sei o que dizer, mas sinto que deveria ser minha obrigação. . . ter as palavras na ponta da língua” E08: 123-126</p> <p>“(…) mas ter noção de que devia saber dizer tudo, saber o que dizer” E08: 129-130</p>	
	Como dizer	“(…) como é que se diz a um pai e uma mãe que a criança faleceu” E05: 11-15	
	Onde dizer	“(…) às vezes não escolhemos o local mais certo, é no meio do corredor”. E02: 49-50	
	A quem dizer	“(…) uma das primeiras perguntas é, há família? Eu acho que aí. . . aí não se esquece, porque realmente é uma preocupação saber se há pessoas lá fora a quem tenhamos que dar a notícia, que já sabemos à partida que não vai ser nada boa” E08: 91-93	

Estratégias na comunicação	Centradas no procedimento	Preparação do ambiente	<p>“Tento contactar... a pessoa de referência, um familiar mais próximo (...) se não estiver, peço para vir à urgência e combino com o médico (...)” E01: 7</p> <p>“(...) muitas vezes a morte é eminente (...), por vezes temos 1 hora ou duas e dá tempo para preparar, visitar, compreender o que é que está a ser feito, permitir a presença das pessoas, criar estratégias (...) começar a preparar o terreno...”. E01: 84-90</p> <p>“O que é que eu faço... os primeiros cuidados são, o local onde o vou fazer... saber qual o grau de parentesco ou de proximidade da pessoa”. E03: 9-10</p> <p>“(...) Geralmente o que eu faço é [questiono], está sozinho? Se estiver sozinho e se é uma pessoa de idade, não faço a comunicação da notícia diretamente, chamo alguém...”. E03: 20-22;</p> <p>“(...) tento levar para um sítio mais resguardado”. E03: 25-28;</p> <p>“Eu geralmente tento que a família venha por exemplo para o gabinete, que é o único gabinete que temos para dar, que é o gabinete do chefe”. E03: 36-37</p> <p>“(...) a pessoa que está a receber a notícia (...) não deve estar sozinho”. E03: 77</p> <p>“(...) a primeira questão é tentar encontrar um local calmo e relativamente isolado, onde possa fazer a comunicação da má notícia... a segunda questão (...) é, se for comunicar a uma pessoa que está sozinha, antes de comunicar a má notícia, tentar arranjar um apoio familiar ou um apoio amigo (...)”. E04: 24-28</p> <p>“(...) tento não dar logo informação no imediato. (...) eu tento só, quando sou eu a comunicar ou quando estou presente quando comunicam, ter a certeza que vou ficar no local ou que vou ter algum tempo para acompanhar a família” E04: 45-48</p> <p>“(...) decidi levá-lo, na altura foi para a copa, procurar saber se ele tinha mais alguém com ele, ele não tinha (...) ligou-se às filhas para virem ao hospital...” E06: 38-40;</p> <p>“(...) tê-lo encaminhado logo para uma sala e ter-lhe dado feedback do que estava a acontecer (...) acho que deve preparar melhor. (...) Acho que facilita, a nós a comunicação da má notícia e (...) a ele o entendimento e o início do processo de luto – a aceitação” E06: 42-50</p>
----------------------------	---------------------------	------------------------	--

		<p>“(…) às vezes estou na sala e digo “há algum familiar?”, e tento ver se há alguém disponível para o levar para uma sala, algum profissional” E06: 69-71</p> <p>“(…) [questiono] “Está aí algum familiar, quem é que está, quem vai avisar, onde é que está?” ... e há realmente aquela preocupação de onde é que está e quem é que vai avisar... e geralmente encaminhamos para uma sala” E06: 79-82</p> <p>“(…) já estamos mais presentes, já nos preocupamos em que a notícia não seja dada no corredor e a pessoa fique mais à vontade (...) já damos espaço a isso... mas acho que ainda há muito mais a fazer...” E06: 129-133</p> <p>“Primeiro, ver onde está a família e quando está uma só pessoa, perguntar se está mais alguém lá fora... tento levar para uma sala e combino sempre com o médico ... e vamos comunicar a notícia” E06: 135-136</p> <p>“(…) eu tento sempre arranjar... uma sala, nunca no corredor, ver se tem mais algum familiar e que ele esteja presente e chamo quem está... as salas que eu utilizo não são as adequadas” E06: 153-155</p> <p>“(…) tentamos pegar na família e colocá-la realmente num sítio mais calmo (...) para comunicar...” E07: 26-27</p> <p>“Esperou-se que chegasse à urgência, encaminhou-se para um local... nesse caso tivemos sorte foi o OBS de pediatria (...), que estava sossegada, por acaso, não tinha ninguém”. E07: 63-65</p> <p>“(…) também não vamos deixar entrar o familiar sem nenhuma informação... sem nenhuma preparação...” E08: 43-44</p> <p>“Primeiro respiro fundo (...), tento-me munir do máximo de informação que puder porque sei que aquela família vai querer saber principalmente o porquê...” E08: 50-51</p> <p>“Depois tento saber quem é que está lá fora e escolho primeiro os pais (...), naquele momento o que me interessa é o núcleo familiar, pais, irmãos, com quem aquela pessoa vivia.” E08: 51-54</p> <p>“(…) primeiro, claro, tenho que os identificar, quem são eles e o que são à vítima” E08: 58-59</p> <p>“(…) a pessoa a quem vamos comunicar a má notícia nunca deve estar sozinha, portanto se não vem acompanhada</p>
--	--	--

			<p>(...) ter alguém lá [profissional]...” E08: 83-88</p> <p>“(...) porque por norma eu gosto primeiro de perguntar aos familiares o que é que sabem o que lhes foi dito e depois começar a introduzir a situação real”. E08: 03-05</p> <p>“(...) depois pergunto o que é que sabem e deixo-os falar...” E08: 59-60</p> <p>“(...) eu tento sempre não dizer diretamente morreu... ou acabou de falecer. Tento fazer uma pequena introdução... às vezes as pessoas não entendem à primeira que morreu e acabo por ter de dizer que faleceu, morreu. Porque as pessoas não entenderam logo”. E03: 10-15</p> <p>“(...) tento ir dando a notícia aos bocadinhos, lá está (...), “não está a correr muito bem, olhe que está pior (...), para a pessoa se ir adaptando à situação”. E03: 25-28</p> <p>“(...) a melhor forma que eu tenho encontrado e que tenho observado... até pelas experiências mais recentes ... a comunicação de má notícia não é logo imediata, antes ainda é comunicado o estado em que a pessoa chegou à urgência (...) e depois sim a comunicação da má notícia”. E04: 28-34;</p> <p>“(...) muitas das situações são devastadoras, mas a forma como se comunica a má notícia e (...) a disponibilidade que se tem (...) pela forma como (...) acabam por sair da sala, parece que reconhecem em nós algum cuidado e respeito pela situação.” E04: 165-169</p> <p>“(...) às vezes nós estamos ali e quando ele está a comunicar [o médico] (...) às vezes (...) não utilizam a palavra morte... eu acho que é importante a utilização dos termos, apesar de duros” E06: 147-149</p> <p>“(...) chamei a pediatra... acabamos por dizer realmente que a criança tinha falecido...” E07: 52-53</p> <p>“(...) foi de uma maneira muito simples, eu e a pediatra. Que a criança realmente se tinha engasgado, que quando chegou à urgência, não havia muito a fazer...” E07: 60-62</p> <p>“(...) tento dar a informação o mais detalhada possível, começo por dizer (...) o nome da pessoa, o que teve, (...) que tentamos fazer tudo que pudemos e que infelizmente não foi possível, não recuperou...” E08: 61-67</p>
	Perceber o que sabe	Modo de proporcionar informação	

	<p>Proporcionar espaço para gestão de emoções</p>	<p>“(…) depois de se comunicar a má notícia, (….) ficamos um bocadinho a aguardar a reação das pessoas a quem é comunicada a má notícia, em função da reação delas (….) tenta adaptar-se alguma estratégia”. E04: 34-37;</p> <p>“(…) algumas vezes até é possível arranjar inclusivamente alguma terapêutica para enfrentarem aquele momento” E04: 37-38</p> <p>“(…) no após (….) tento ter algum tempo e alguma disponibilidade para ficar lá, depois acabo por proporcionar alguma privacidade às pessoas (….) deixo-as à vontade e pouco tempo depois vou lá para reavaliar a situação” E04: 50-54</p> <p>“(…) ela estava sozinha, (….) recebeu aquela notícia assim <i>puff</i>, assim... de rompante, ela estava completamente perdida, (….) eu tentei estar ali o mais tempo possível (….) pessoalmente, não as deixo muito sozinhas” E05: 81-88</p> <p>“(…) o que eu fiz, pus [o corpo] na sala das macas (….) eles quiseram ter o menino, ficar ali..., estiveram para aí 2 ou 3 horas” E05: 108-111;</p> <p>“(…) tento dar esse silêncio, dar esse espaço e ficar ali um bocado. Também pergunto se a pessoa quer ficar sozinha, porque às vezes precisa desse tempo e tento aparecer depois e ver se tem alguma coisa a esclarecer.” E06: 171-173</p> <p>“(…) claro que a reação do senhor foi do pior, muito agressivo, mas eu não o deixei... ele estava realmente muito agressivo, batia em tudo... entretanto levei-o até à esposa, a esposa continuava a não reagir, mas eu nunca o deixei” E07: 53-56</p> <p>“(…) passada meia hora... ele e a esposa conseguiram-se acalmar (….) eu e a pediatra estivemos ali com eles (….) chamamos um amigo que entretanto apareceu... foi esse tipo de apoio que demos.” E07: 57-59</p> <p>“(…) eu prefiro que as pessoas também estejam sempre acompanhadas, e que se sintam à vontade para se exprimir... acho que é necessário a pessoa chorar, nem todos tem que chorar, mas é necessário a pessoa chorar, berrar, o que ela quiser, temos que dar ali uns minutos para a pessoa se aperceber daquilo que aconteceu...” E08: 25-29</p> <p>“(…) pergunto se o querem ver a ele ou a ela... e digo que estou com eles para tudo o que precisarem. Deixo-os ver, deixo-os chorar em cima do corpo, digo que eles estão perfeitamente à vontade (….)” E08: 68-70</p>
--	---	---

			<p>“(…) no após, acho que se torna ali uma situação de... de desconforto de toda a gente” E08: 101</p> <p>“(…) as perguntas não acabam por ali, após a comunicação eles não vão ter mais perguntas... de certeza absoluta que têm imensas dúvidas a passar por aquela cabeça. Acho que lhes fazia falta ter algum profissional ali à beira (..) acho que o pós comunicação é o período mais difícil (...) por vezes não é dado o apoio devido.” E08: 107-113</p> <p>“(…) tento dizer aquilo que se calhar é o mais adequado mas também não estar ali com grandes histórias, vou falando... e vou dando espaço para a pessoa falar, também é importante... vou dando espaço para aquele luto começar, vou dando espaço para aquela desilusão” E08: 134-136</p>
Centradas na equipa	Complementaridade		<p>“(…) provavelmente está na sala de espera, se não estiver, peço para vir à urgência e combino com o médico (...) para ao mesmo tempo fazer a comunicação da má notícia” E01: 8-10;</p> <p>“(…) o que eu noto muitas vezes inclusivamente é que os médicos procuram muito a nossa ajuda na parte da comunicação das más notícias”. E04: 21-22</p> <p>“(…) a ideia que eu tenho é que eles [médicos] acham que nós os enfermeiros temos mais facilidade e também do que eu observo, eles tem mais dificuldade que nós. Na questão talvez da proximidade com o doente e com a família, porque de quase todas as experiências que tive, noto que estão profundamente sensibilizados (...) mas prendem-se às questões técnicas da morte, os procedimentos, o estado em que o doente chegou (...) até chegarem à comunicação da má notícia final” E04: 149-164;</p> <p>“(…) acho que o médico, comunicou e “<i>ichau</i>” e por isso acho que é muito importante nós estarmos presentes e acho que nós nos preocupamos em estar (...) tento sempre que vá o médico, porque a pessoa ouvir o diagnóstico médico de que faleceu, de que ele confirmou a morte, acho que é importante... e acho que nós temos um papel extremamente importante (...), para o como é que aquela comunicação está a ser feita” E06: 85-93</p> <p>“(…) tento levar para uma sala e combino sempre com o médico e vamos comunicar a notícia” E06: 135-136</p> <p>“(…) eu até acho que quem deve dar a informação é aquela pessoa que se sente mais habilitada para o fazer... em termos de relação... em termos da forma como o vai fazer, mas eu acho que para o familiar o facto de estar a equipa e o facto de quem confirma o óbito ser um médico, acho que isto ainda está incutido...” E06: 137-142</p>

		<p>“(…) às vezes o facto de utilizar as palavras menos certas (...) a pessoa pode nem perceber (...) quando ele [o médico] está a comunicar nós estamos ali a amparar... porque às vezes eles não utilizam a palavra mesmo morte... eu acho que é importante a utilização dos termos, mesmo (...) duros eles devem ser mesmo ditos...” E06: 146-149</p> <p>“(…) ir a equipa que esteve a tratar (...), mostrar que fomos uma equipa e que estivemos médico e enfermeiro...” E06: 200-201</p> <p>“(…) eu chamei a pediatra... acabamos por dizer realmente que a criança tinha falecido (...)” E07: 52-53</p> <p>“A comunicação... o que eu lhe disse... foi de uma maneira muito simples, eu e a pediatra (...)” E07: 60-62</p> <p>“(…) normalmente a notícia fica a cargo do médico, o que é o responsável pela situação, mas nós também temos participado” E08: 94-95</p> <p>“Por norma como disse não sou eu a fazê-lo. (...) Em contexto de presença física, raramente (...) quase sempre feita pelo médico, (...) também há da nossa parte (...) uma desresponsabilização da situação”. E02: 19-22;</p> <p>“(…) mas por norma (...) passamos “a bola” para o lado médico, para o lado mais fácil” E02: 24-25;</p> <p>“(…) apenas digo que logo que possível alguém virá falar do estado da pessoa (...), basicamente tento fugir um bocado à questão, vai aguardar um bocadinho depois já falamos” E04: 42-45</p> <p>“(…) às vezes era só... “ai o médico já foi avisar” E06: 85-93</p> <p>“Antes [da comunicação] só dizemos espere aí um bocadinho, deixe-se estar aí sentadinho que já vimos.” E07: 22-23</p> <p>“Antes... [da comunicação] às vezes é só um olhar, um olhar cabisbaixo” E02: 47</p> <p>“(…) as pessoas (...) sabem muitas vezes pelo caminho que a comunicação é feita por meios não verbais, pela comunicação, pela postura, por tudo da pessoa” E05: 165-168</p> <p>“(…) estava a espreitar (...) sentado numa cadeira, com a porta da Sala X aberta e via por aquela janela, ele estava</p>
	Mecanismos de fuga	
	Consciençialização do efeito da comunicação não verbal	

		<p>com os olhos assim... porque via as [nossas] expressões (...), o sofrimento do nosso entra e sai, não tinha informação nenhuma (...) decidi levá-lo” E06: 33-37</p> <p>“(...) estava a fazer interpretações das nossas expressões dentro da sala e das nossas expressões quando saíamos” E06: 41-42</p> <p>“(...) às vezes por mais que a gente saiba que deve ter uma postura relaxada, sentadinha, sem olhar para o relógio... sei que há traços nossos que vão demonstrar que estamos com uma perna ali e a querer sair para fazer outras tantas coisas” E06: 126-129</p> <p>“(...) deve ser uma angústia tremenda estar a ver aquele movimento e é um entra um sai, e depois as faces... que eu acho que é o pior (...) ver uma pessoa a sair de lá de dentro, um enfermeiro, um médico, uma auxiliar seja quem for e a fazer umas caras que fazemos inconscientemente, acho que deve ser horrível” E07: 17-20</p> <p>“(...) muitas vezes elas [assistentes operacionais] não têm noção... estão a ajudar na sala de emergência, ou na sala X, ou seja em que espaço for e depois vem cá para fora com aquelas caras (...) claro que elas não vão comunicar [verbalmente] a situação... mas comunicam de outra maneira... E07: 104-110</p> <p>“Apesar de nós não dizermos, de certeza que se nota na nossa cara” E08: 209-211</p>
<p>Centradas no profissional</p>	<p>Distanciamento</p>	<p>“(...) há pessoas que se conseguem distanciar mais e outras menos e às vezes o distanciamento também é (...) para te salvaguardar um bocado, a defesa (...), para não te envolveres muito” E05: 103-106</p> <p>“Distancio-me um bocado, também tem que ser senão uma pessoa...” E05: 130</p>
	<p>Colocar-se no lugar do outro</p>	<p>“Porque já passei se calhar por uma situação em que eu estava lá fora, não comigo mas com amigos, sei que as pessoas precisam (...) de algum <i>feedback</i>”. E03: 43-45</p> <p>“(...) eu ponho-me um bocadinho... um bocadinho não, muito no lugar do outro” E07: 49-52</p> <p>“(...) quando eu tenho que comunicar... eu ponho-me a pensar, e se fosse eu que estivesse no lugar daquele (...) como é que eu gostaria que me dissessem, isso para mim é importantíssimo” E07: 69-73</p> <p>“Acho que nos facilita (...) se nos pusermos na situação da pessoa. Não é que me tenha acontecido uma situação</p>

			<p>desse gênero, de doença súbita, mas facilita bastante a maneira como nós vamos agir, se soubermos que aquilo nos pode acontecer (...) acho que facilita a nós e a quem nós vamos dar a notícia (...) e tento pensar o que é eu gostaria que me fizessem” E08: 71-76</p>
<p>Sentimentos e reações vivenciadas</p>	<p>Face à situação</p>	<p>Compaixão</p>	<p>“(…) sinto tanta coisa, sinto solidariedade, sinto afinidade com as situações” E04: 62;</p>
		<p>Sensação espelho</p>	<p>“(…) a morte súbita, só por si é dramática, uma situação inesperada, (...) muitas vezes, um jovem da nossa idade, ou uma criança que podia ser um filho nosso, é (...) diferente do que se for um adulto idoso” E02: 72-75;</p> <p>“(…) tentam realmente fazer da melhor forma [comunicar a má notícia] e da forma que gostariam, que fizessem conosco”. E04:16-19</p> <p>“(…) a única coisa que eu às vezes acho reconfortante, é ter a sensação que se eu estivesse naquela situação também gostava que me tivessem comunicado a notícia daquela forma e que tivessem estado comigo naquele período como estiveram.” E04: 74-77;</p> <p>“Falei no bebê pela questão da idade, (...) se hoje tivesse outra situação dessas provavelmente ainda teria mais dificuldade em lidar com a situação pela (...) maternidade e o ser mãe. Já na altura foi relativamente fácil colocar-me na situação da mãe, agora então (...) seria muito mais complicado...” E04: 107-111</p> <p>“(…) apesar de ter muitos anos de experiência (...) por mais que queira distanciar-me de tudo (...) tu colas-te sempre a alguma coisa e também não és indiferente aos sentimentos de outras pessoas...” E05: 99-100</p> <p>“(…) e depois depende muito da situação... se for uma criança (...), não consigo deixar de passar aquela situação para mim (...) e rever-me um bocado na situação e angustiar-me de forma a dar-me um apeto enorme em ir comunicar” E06: 183-189</p> <p>“(…) se fosse um familiar meu que estivesse lá dentro e eu visse a sair (...), um enfermeiro, um médico, uma auxiliar, seja quem for e a fazer umas caras que nós fazemos inconscientemente, acho que deve ser horrível” E07: 17-20</p> <p>“(…) a colagem aos nossos marca.” E07: 80</p>

		“(…) tento pôr-me na situação da pessoa, pois um dia podemos ser nós” E08: 7-8
Tristeza		<p>“(…) sinto tristeza” . E04: 62</p> <p>“(…) fico muito triste pelo que está a acontecer àquela pessoa” . E05: 100-103</p> <p>“(…) depois de algum tempo penso, fico triste com o que se passou” E05: 127-129</p> <p>“Já chorei... também!” E07: 68</p> <p>“(…) às vezes eu saio dali e até me vêm as lágrimas aos olhos... depois penso muitas vezes naquela situação” E07: 76-78</p> <p>“(…) sinto uma grande tristeza e às vezes não sei o que dizer” E08: 123-124</p>
Revolta		<p>“(…) sinto... às vezes revolta também, conforme as situações, assim como a família se sente revoltada” . E04: 63;</p> <p>“(…) há situações que nos deixam um bocadinho revoltados mais na questão do trauma talvez e não só” E04: 66-67</p> <p>“Ora bem, o que é que sinto... posso dizer asneiras... ” a sério logo “... .. ah... pausa... eu nunca passei por uma situação semelhante” E08: 117-118</p>
Impotência		<p>“(…) impotência total, porque nós não vamos poder ir para casa com aquelas pessoas, não as vamos poder recomfortar” E04: 86-87</p> <p>“(…) alguma frustração, sim, várias coisas.” E08: 139</p>
Angústia		<p>“(…) não deixo de sentir uma angústia, não sei se posso chamar angústia” E06: 178-179</p> <p>“(…) angustiar-me de forma a dar-me um aperto enorme em ir comunicá-la” E06: 183-189</p> <p>“(…) eu ainda não aceito a morte como uma coisa natural... por mais que se vá vivendo e se tenha experiência pessoal, dá-me força para estar presente nesses momentos, apesar da angústia que sinto ...” E06: 195-197</p>

			<p>“(…) deve ser uma angústia tremenda estar a ver aquele movimento” E07: 17</p> <p>“Olha... eu sinto uma angústia tremenda” E07: 67</p> <p>“A angústia marca ...” E07: 80</p> <p>“Alguma angústia (...) sim, várias coisas.” E08: 139</p> <p>“Não me sinto à vontade” E05: 2-3</p> <p>“(…) tu ficas um bocadinho... não sabes bem o que deves fazer e eu sinto isso” E05: 25-27</p> <p>“(…) pessoas que até assistiram à situação, mas que não têm o à vontade suficiente para se sentar e falar...” E08: 105-106</p> <p>“(…) lembro-me da situação, foi ainda mais custoso saber que existia um bebé de dois anos que ia ficar sem mãe...” E04: 71-73</p> <p>“(…) e depois depende muito da situação, se for uma criança... sinto-me a morrer por dentro” E06: 183-184</p> <p>“... pessoalmente acima de tudo, não hesito (...) antes pelo contrário, avanço facilmente para a liderança desse processo porque percebo que no meio de toda a gente, se calhar, terei mais capacidade para o fazer (...), não me causa grande transtorno, nem insegurança”. E01: 22-26;</p> <p>“Já me sinto mais à vontade... mais madura, mais velha, sinto mais à vontade” E06: 178</p> <p>“(…) acho que já me custa menos (...), já me custa muito menos e acho que já estou mais à vontade para usar as palavras certas (...)” E06: 181-189</p> <p>“(…) por mais que me custe não me afasto... (...) custa-me sempre porque não sei como vai ser a reação da pessoa” E06: 193-194</p>
	Insegurança		
	Sofrimento		
Face ao modo de comunicar	Segurança		

	Preocupação	<p>“(…) a relação com a família, com o cuidado na comunicação das más notícias, acho que de uma forma geral nós temos isso…” E04: 12-13</p> <p>“(…) durante a comunicação da má notícia (…) tenho noção que as pessoas pensam nelas sempre [famílias], porque a maneira como eu ouço as pessoas perguntar… “este doente tem família lá fora? Tem a mãe…” então nota-se na cara das pessoas que pensam… ai coitada…” E08: 95-98</p>
	Ansiedade	<p>“Sinto ansiedade, ... não sei...” E02: 71</p> <p>“O momento faz-me sentir ansiedade...” E04: 78</p> <p>“(…) sinto sempre um aperto... um nó... porque nunca sei como é que aquela pessoa vai reagir” E06: 182-183</p>
	Insegurança	<p>“(…) sinto muitas vezes incapacidade de encontrar as palavras corretas, sei que não existem palavras corretas para estas situações”. E02: 65-66</p> <p>“(…) sinto que não estou muitas vezes preparado”. E02: 70-71</p> <p>“(…) é o receio de não saber qual a reação da pessoa que está do outro lado” E03: 49-50</p> <p>“(…) tentamos comunicar da melhor maneira (...) tentamos fazer pelo melhor mas se calhar não é esse o ideal” E05: 3-4;</p> <p>“(…) quando estou assim à beira de pessoas que temos que comunicar alguma coisa, eu sinto meu Deus, eu tenho que dar conta deste recado mas é assim, estou a dizer as palavras certas, se calhar não estou... não sei” E05: 28-30</p> <p>“Sinto às vezes que... também não sei muito mais o que fazer” E05: 89-90</p> <p>“(…) não me sinto bem, não me sinto à vontade (...) e apesar de ter muitos anos de experiência, não me sinto nada à vontade” E05: 97-98</p> <p>“(…) as pessoas têm a sensação que os enfermeiros estão preparados para comunicar a morte e não é bem assim.” E07: 68-69</p>

			<p>“(…) eu não sei que reação é que a pessoa terá e para mim isso é muito (...) difícil, porque mesmo depois de comunicar, eu não sei o que é que devo fazer... se as pessoas querem que fique à beira delas ou as deixe sozinhas” E07: 73-76</p> <p>“(…) mas não me sinto muito à vontade para o fazer.” E07: 78-79</p> <p>“(…) às vezes não sei o que dizer, mas sinto que deveria ser minha obrigação... ter as palavras na ponta da língua” E08: 123-126</p> <p>“(…) e depois eu penso que o que vou dizer, a pessoa ouvirá ou vou ferir ainda mais a pessoa” E08: 127</p> <p>“(…) é assim um sentimento de não saber o que fazer, mas ter noção de que devia saber dizer tudo, saber o que dizer (...) é muito complicado” E08: 128-131</p>
Fatores que interferem no processo	Facilitadores	<p>Recetor não familiar</p> <p>Possuir formação específica</p> <p>Envolvimento da equipa</p>	<p>“A proximidade das pessoas... claro que se for um velhinho do lar e estiver lá a funcionária, eu fico (...) contente. Porque é muito mais fácil (risos) de dar a notícia” E03: 61-62</p> <p>“(…) formação específica sobre a comunicação verbal e não verbal, é um fator facilitador” E01: 27;</p> <p>“(…) se tiver formação para o fazer, se tiver treino, conseguirei fazê-lo de forma diferente, do que se for para lá sem treino, sem formação” E02: 67-70</p> <p>“(…) em vez de estar uma pessoa estarem duas, se calhar facilita a comunicação”. E02: 80-81</p> <p>“(…) chamamos o capelão e a verdade é que as palavras dele e o ato em si foi extremamente reconfortante e conciliador para o casal.” E04: 219-220</p> <p>“Eu acho que estar acompanhado de alguém, é capaz de facilitar, eu acho que facilita sem dúvida nenhuma...” E05: 140-141;</p> <p>“Lá está era quilo que dizia... o facto de não ir só (...) acho que ir com alguém, mostrar que fomos uma equipa e que estivemos médico e enfermeiro... acho que isso me facilita” E06: 199-202</p>

			<p>“(…) acho que me facilita, porque somos uma equipa mas temos papéis distintos (...) ele falará mais na parte técnica e na parte médica e eu estarei para tudo (...) acho que nos complementamos (...) acho que me sinto melhor e facilita-me a comunicação” E06: 202-206</p> <p>“Disponibilidade de tempo da pessoa que está a comunicar a má a notícia”. E01: 33</p> <p>“(…) ter o tempo suficiente para estar, suficiente para a pessoa, não para nós, para estarmos com ela ali, ganha-se... pode-se ganhar muito, não é perder os tais trinta minutos mas é ganhá-los”. E02: 77-79</p> <p>“(…) muitas vezes a morte é eminente (...) por vezes temos 1 hora ou duas e dá tempo para preparar, visitar, compreender o que é que está a ser feito, permitir a presença das pessoas, criar estratégias (...) começar a preparar o terreno antes...”. E01: 84-90</p> <p>“há fatores que facilitam, um ambiente sossegado, uma sala apropriada, um espaço... não ser interrompido”. E02: 76-77</p> <p>“O local, sim, claro que se derem [a notícia] num corredor da urgência ou numa sala privada, não tem nada a haver, se calhar a pessoa está mais aconchegada, mais resguardada, se calhar só o facto de dizermos vamos aqui para esta sala, a pessoa já... já se apercebe que a situação não é a melhor, já... ajuda... ajuda sem dúvida” E03: 65-68</p> <p>“O local, como eu já disse, não é... estas coisas são para ser comunicadas num cantinho, num sítio em que não haja interferência de outras pessoas...” E05: 142-143</p> <p>“(…) ao longo da minha experiência profissional, que já são alguns anos, fui evoluindo, desde início não prestava atenção a estes pormenores e, passavam-me ao lado, (...) quando comecei a trabalhar se ficasse ali à porta ou não era indiferente”. E02: 31-37</p> <p>“(…) ter a experiência de comunicar, quem tiver mais capacidade de comunicação (...) deverá ser essa pessoa a fazê-lo”. E02: 83-84;</p> <p>“(…) encontrar na equipa outra pessoa, (...) seja o X ou o Y, mas encontrar naquela equipa as duas pessoas que se sintam capazes para o fazer e de o fazer bem...”. E02: 85-88</p>
--	--	--	---

			<p>“(…) claro que nós todos temos que arranjar estratégias, e com os anos vamos adquirindo isso” E07: 119-120</p> <p>“(…) o jeito vai-se ganhando com a experiência. Claro que o ideal seria a pessoa experiente acompanhar a situação, isso era o ideal porque facilitaria muito mais” E08: 181-187</p> <p>“(…) sei que, de alguma formação que tive, eventualmente era benéfico um familiar poder estar presente, se ele assim o entendesse, na situação de uma ressuscitação” E02: 37-40</p> <p>“(…) ter um ambiente físico, restrito, reservado, e esse ambiente físico (...) ter privacidade, ter conforto, ter recursos nomeadamente água, ou café (...) muitas vezes para oferecer e que não temos mas que faria a diferença (...). Um sofá, um telefone para que possa telefonar para alguém da família.” E01: 27-32</p> <p>“(…) temos que muitas vezes comunicar a má notícia à frente de outros doentes, no meio do corredor, numa sala em que estão sempre a entrar e a sair determinadas pessoas”. E01:35-37</p> <p>“(…) numa sala onde se espera que a pessoa que recebeu a má notícia, passados um ou dois minutos desocupe a sala, pois estão à espera daquele lugar para outra coisa, quando devia ter tempo para pensar, para depois fazer as perguntas”. E01: 37-39;</p> <p>“(…) às vezes somos interrompidos uma ou duas vezes o que dificulta logo a situação”. E02: 50-51</p> <p>“A inexistência destes [espaços], o espaço em si... no serviço de urgência, de local próprio”. E02: 89;</p> <p>“(…) não temos condições para o fazer, estou a falar em contexto físico de urgência... não temos condições para o fazer” E03: 4-5;</p> <p>“(…) penso que deveria existir um local específico (...) não é naquele gabinete em que estão sempre a entrar e a sair pessoas, e onde estão a ver que a pessoa está a chorar, está nervosa, está ansiosa, está às vezes... naquela fase da recusa e de negação” E03: 78-82</p> <p>“Dificulta as intrinsecas exteriores, que acabam [os profissionais] por não saber que naquele momento estamos a utilizar aquela sala para aquele fim específico e acabam por interferir... acabam por ter que passar no nosso</p>
		<p>Envolvimento da família nos cuidados</p>	
	<p>Dificultadores</p>	<p>Ambiente inadequado</p>	

		<p>gabinete (...)” E04: 102-105</p> <p>“(…) ou porque nos abrem a porta “oh enf. X não sei quê” E06: 129</p> <p>“Facilitaria ter um espaço diferente... porque (...) quantas vezes estás a comunicar e estão a interromper... e tu sabes que não estás a escolher o sítio certo e depois não facilita a comunicação...” E06: 207-208</p> <p>“(…) vou permitir à pessoa que exprima os sentimentos, mas depois na sala não há essa possibilidade, depois eu também estou constringida, porque está sempre gente a entrar... o próprio espaço também condiciona.” E06: 209-211</p> <p>“Primeiro de tudo devíamos ter um local... não há! Mas devíamos ter, não sei se isto [o resultado do estudo] à posteriori pode servir realmente para o nosso serviço. Devíamos ter um espaço calmo.” E07: 81-82</p> <p>“O facto só de, no nosso serviço não termos um espaço adequado para darmos essas notícias, que não são nada boas de se dar, dificulta muito o trabalho” E08: 02-03</p> <p>“(…) mesmo a nossa sala, é um local de passagem quer se queira quer não, (...) e a pessoa vai acabar sempre por se sentir a mais, porque entram... começam a entrar profissionais e começam a pedir desculpa, porque “não sabia que estava aqui” ...” E08: 22-25</p> <p>“(…) aliado também à estrutura física, pois é difícil estar ali muito tempo, na nossa sala e estar constantemente pessoal a passar e a entrar e a buscar coisas e a quebrar completamente, não dá.” E08: 155-156</p> <p>“(…) o facto de ser um SU em que os meios [rácios] pessoais são escassos”. E02: 89-90</p> <p>“(…) o tempo não ajuda... em que precisamos estar com esta família (...) que também está doente (...) precisa do nosso apoio e sabemos bem disso, só que muitas vezes não olhamos para essas pessoas como doentes, mas para os doentes que estão no SU e que são muitos e precisam de nós, descuramos esta parte para dar mais apoio aos outros”. E02: 90-94</p> <p>“Quantas vezes estás a tentar a ajudar alguém, estar ali, nem que seja estar ao lado dela, sem dizer nada... e não tens tempo para isso e tens que ir continuar pois a vida continua do outro lado, com outras pessoas”. E03: 33-35</p>
	Escassez de profissionais	

		<p>“(…) devido a haver pouco pessoal essa pessoa sai do contexto da reanimação (...) para saber informações mas depois volta a entrar e deixa um bocadinho ali à solta a família” E05: 43-44</p> <p>“(…) porque dentro da própria urgência é a tal história, que é a falta de pessoal” E05: 49-50</p> <p>“(…) muitas vezes somos tão poucos que acabamos só no fim por constatar: e agora... aconteceu... está aí alguém, entrou alguém [acompanhante], está lá fora? às vezes vai-se perguntando mas ninguém consegue sair da sala, porque só estamos dois, para ir dar essa informação e apoio” E06: 74-78</p> <p>“(…) quantas vezes eu estou lá num <i>stress</i> terrível, a tentar que a pessoa esteja à vontade e faça as perguntas todas e diga tudo aquilo que quer e ali a ferver porque que não sei quantos doentes estão à minha espera...” E06: 95-97</p> <p>“(…) às vezes por mais que a gente saiba que deve ter uma postura relaxada, sentadinha, sem olhar para o relógio... sei que há traços nossos que vão demonstrar que estamos com uma perna ali e a querer sair para fazer outras tantas coisas” E06: 126-129</p> <p>“O tempo, sem dúvida nenhuma (...) porque isto requer tempo (...) nós acabamos por depois deixar a pessoa estar mais tempo, mas muitas vezes a pessoa não quer estar só e temos que a deixar só, porque não temos mais tempo... e se eu sentisse que a pessoa ficou só porque quer ficar só... é uma coisa, mas muitas vezes deixo estas pessoas só porque não tenho tempo” E06: 223-227</p> <p>“Falta-nos também gente para permitir isso tudo.” E06: 318</p> <p>“(…) não nos podemos (...) dar ao luxo de querer estar muito tempo com aqueles familiares porque sabemos que eles vão precisar daquele tempo, mas nós não temos esse tempo para lhes dar porque temos outros doentes para tratar...” E08: 150-152</p>
	Indisponibilidade de tempo	<p>“O tempo que temos, que achamos que seja o mais correto, é mesmo, mesmo escasso” E02: 51-52</p> <p>“Às vezes dificulta a nossa pouca disponibilidade para (...) conseguirmos acompanhar estas situações, temos tempo para estas situações” E04: 100-101;</p> <p>“(…) estou agora a pensar numa de nos salvar e salvar os doentes que temos pela frente, se calhar</p>

		<p>beneficiária (...) alguém estar ali sentado (...) e tivesse o tempo que nós não temos” E08: 147-149</p> <p>“(...) não tive nestes 10 anos, formação específica para fazer essa comunicação” E01: 20-21;</p> <p>“Não temos formação”. E01: 35</p> <p>“Facilitaria se às tantas fizéssemos mais reflexões e mais formações” E06: 212</p> <p>“(...) dificulta-nos a falta de formação” E06: 245</p> <p>“As palavras já no contexto de morte (...) previsível, já são difíceis de encontrar quanto mais numa morte súbita ... em que as pessoas não estão minimamente preparadas...” E02: 13-14</p> <p>“(...) há situações que nos afetam mais outras afetam menos, portanto temos mais capacidade para o fazer numas vezes e menos capacidade para o fazer noutras” E02: 62-64</p> <p>“Isto é, a morte súbita, só por si é dramática, uma situação inesperada, que as pessoas não estão totalmente preparados para ela, quer familiares, quer mesmo nós profissionais...” E02: 72-73</p> <p>“(...) e nem sempre é feita [a comunicação] da melhor forma (...) e é muito complicado... pelo contexto”. E03: 5-6;</p> <p>“(...) a filha que era uma adolescente, recorde-me perfeitamente de ter entrado em negação, que era impossível o pai estar morto, que queria que o transferíssemos rapidamente o pai para outro hospital, (...) Não foi fácil a gestão da comunicação.” E04: 206-215</p> <p>“(...) porque cada pessoa ... tem uma forma de estar e de receber a notícia, (...) há n factores que interferem com o impacto que vai ter a má notícia, o facto de ser súbita é logo um factor agravante” E06: 2-4;</p> <p>“O que é certo é que, é filho... e a reação foi muito, muito má” E07: 62</p> <p>“(...) às vezes são (pausa) pessoas jovens em que tanto para a pessoa que vai receber mas também para a pessoa que vai transmitir, são de difícil argumentação”. E02: 15-17;</p>
	<p>Insuficiente formação específica</p>	
	<p>Especificidade da situação</p>	
	<p>Idade da pessoa</p>	

		<p>“(…) isto é... muitas vezes, um jovem da nossa idade, ou uma criança podia ser um nosso filho, é de uma maneira diferente do que se for um adulto idoso, que nos toca... tanto toca o familiar como a nós próprios” E02: 72-75;</p> <p>“A idade do doente é diferente, claro que se for um bebé ou um jovem é muito mais difícil fazer a comunicação do que se for um velhinho (...) Isso sem dúvida...” E03: 52-55</p> <p>“Difículta a comunicação se for jovem ou se for criança...” E03: 59</p> <p>“Falei no bebé pela questão (...) da idade (...) se hoje tivesse outra situação dessas provavelmente ainda teria mais dificuldade em lidar com a situação pela questão da maternidade e o ser mãe (...) agora então (...) seria muito mais complicado...” E04: 107-111</p> <p>“(…) recordo-me perfeitamente que foi uma situação que me marcou bastante, porque também foi uma criança, uma bebé” E04: 198-199;</p> <p>“(…) por exemplo se for uma criança... estou-me a lembrar de um bebé, que entrou morto e que nós fomos... como é que se diz a um pai e uma mãe que a criança faleceu” E05: 11-15</p> <p>“(…) uma morte súbita num contexto de, uma criança, meu Deus, é uma coisa horrível, torna-se muito difícil” E05: 20-21</p> <p>“(…) porque cada pessoa ... tem uma forma de estar e de receber a notícia, (...) a idade da pessoa (...) é logo um fator agravante” E06: 2-4;</p> <p>“(…) os enfermeiros não estavam preparados para aquela morte... porque na pediatria não morrem muitas crianças (...) acho que os enfermeiros não souberam fazer aquele luto daquela criança” E07: 126-129</p> <p>“(…) o facto de perdermos pessoas durante o turno, principalmente se a pessoa for relativamente nova, mais jovens, crianças, bebés, acho que nos vai afectar o resto do turno e os dias seguintes” E08: 145-147</p> <p>“(…) a localização da Sala de Emergência (SE) é dificultador. Tu tens uma SE (...) integrada no meio de um serviço (...) para sair da urgência [serviço], vais [o familiar] a chorar pelo corredor fora, podes passar por alguém que até te conhece...” E05: 151-157</p>
	Localização da sala de emergência	

		<p>“(…) a localização da sala, é má, não acho bem... está perto de uma sala com muita gente à espera...” E05: 159-160</p> <p>“(…) a nossa sala de emergência, já que é uma morte súbita será aí onde estará o doente (...) ali à volta não temos sítio onde por as pessoas, não há...” E08: 19-22</p> <p>“A localização da sala no meio de tudo, não facilita.” E08: 47</p>
	Falta de informação do pré-hospitalar	<p>“(…) às vezes não tens a informação dos bombeiros ou até dos nossos colegas da VMER (...) tu sabes alguma coisa mas não sabes tudo (...) para depois poderes contar à família (...) só vais poder dar [informação] do que se passou dentro da urgência...” E05: 241-245</p>
	Inexistência de procedimento	<p>“Facilitaria (...) se existisse um procedimento (...) que tivesse tópicos para não esquecer e que nos podem até facilitar... como estar, como dizer (...) algumas dicas (...) são coisas que não são pequeninhas mas sim muito grandes...” E06: 213-219</p>
	Inexistência de reflexão da equipa	<p>“(…) dificulta-nos a falta (...) de reflexão em equipa sobre estes aspetos” E06: 245-246</p>
	Recetor familiar	<p>“Só o facto de termos a família em si é muito mais complicado. Complicado de dar essa notícia... Quanto mais próximo, maior ligação existir, mais difícil é, claro”. E03: 63-64</p>
Sugestões de otimização	A nível dos Recursos Humanos	<p>“(…) desenvolver formação nesta área”. E01: 67</p> <p>“Sugestões... mais formação dos profissionais”. E02: 97</p> <p>“(…) claro que a formação é importante, em qualquer área, isso é importantíssimo (...) formar nunca é demais...” E03: 104-106</p> <p>“(…) alguma formação”. E04: 91;</p> <p>“A nível de formação evidentemente (...) era importante e mesmo para todos, às vezes o aflorar (...) se calhar era</p>

		<p>diferente” E05: 222-226</p> <p>“(…) acho que devia haver formação” E06: 276-277</p> <p>“(…) se calhar formação... também devíamos ter (...), alertava-nos um bocadinho... portanto são tudo fatores que iriam ajudar na comunicação.” E07: 96-99</p> <p>“Mais formação para os profissionais, médicos, enfermeiros... e incluía aí também os auxiliares... porque os auxiliares fazem parte da equipa” E07: 104-110</p> <p>“(…) também a formação é importante, muito importante, porque nós podemos até sentir uma coisa mas sabemos que é assim que tem que se fazer” E07: 132-135</p> <p>“(…) o serviço beneficiava, o serviço... claro as pessoas não é (...) se alguém tivesse formação mais nessa área” E08: 140-141</p> <p>“(…) umas formações sobre isto, para nos dar umas luzinhas acho que também não era mal pensado.” E08: 174-177</p> <p>“(…) a questão da nossa disponibilidade (...) Temos que estar disponíveis, sem dúvida.” E04: 130-131</p> <p>“Existir alguém ou (...) então alguém poderia estar no meu setor (...) e eu estou para aquilo [comunicação e acompanhamento], naquele momento... fossem 10 minutos com a família” E06: 230-232</p> <p>“Tempo, ter mais tempo para estar e para (...) ouvir e informar, para estar às vezes é só estar” E06: 288-289</p> <p>“(…) ter alguém (...) que estivesse ali, nem que fossem horas, porque é necessário em algumas situações estar ali sentado com os familiares e voltar a explicar e voltar a falar e ouvir” E08: 152-154</p> <p>“(…) ter recursos como o psicólogo... e esse elemento que dá a notícia, saiba que de facto tem um conjunto de recursos” E01: 58-59</p> <p>“(…) ter algum acompanhamento a nível de urgência (...) de psicologia, de um psicólogo ou de outros técnicos a quem pudéssemos recorrer e que também fizessem parte da equipa na fase da comunicação das más notícias...”</p>
	<p>Maior disponibilidade dos profissionais</p>	
	<p>Existência de outros profissionais na equipa</p>	

		<p>E04: 91-94;</p> <p>“(…) mesmo para nós [psicólogo] até nós próprios como profissionais, para conseguirmos gerir algumas situações que acabam por nos afetar”. E04: 94-95;</p> <p>“(…) a primeira que me vem à ideia é realmente o apoio de outros técnicos, sem dúvida, não só aos quais nós pudéssemos recorrer nesses momentos [para os familiares], como (...) estariam disponíveis inclusivamente para nós, enquanto profissionais”. E04: 112-117</p> <p>“(…) como há o psiquiatra de serviço ali, se calhar não era má ideia um psicólogo (...)” E05: 196-198</p> <p>“(…) um psicólogo (...), porque nós não temos esse elemento na equipa nem temos ninguém que se possa chamar” E07: 34-38</p> <p>“(…) ter apoios extra... também para dar a essa pessoa... outros profissionais, nomeadamente (...), psicólogo se fosse necessário... isso não se vê.” E07: 90-91</p> <p>“Até um psiquiatra, se fosse necessário (...) é um profissional que devíamos ter sempre... e não temos.” E07: 100-101</p> <p>“Se tivéssemos realmente o apoio de um psicólogo (...) o psicólogo poderia fazer o elo de ligação com o psiquiatra” E07: 111-114</p> <p>“Se tivéssemos o psicólogo (...) a falar com o acompanhante [familiar] de quem faleceu, podia fazer uma avaliação melhor...” E07: 140-143</p> <p>“(…) sei lá, a assistente social, se for um caso de uma família que não tenha possibilidades económicas, ter alguém sempre para lhe dar apoio” E07: 147-148</p> <p>“(…) uma psicóloga, nem que fosse uma psicóloga à chamada, porque isto não acontece todos os dias, mas alguém que estivesse mais treinado para estas situações e que saberiam focar melhor a conversa com os familiares” E08: 141-144</p> <p>“(…) preferia que aquele psicólogo apoiasse exclusivamente a família, era um psicólogo para a família.” E08: 159-</p>
--	--	---

		<p>160</p> <p>“(…) o psicólogo tendo formação (...) mais direta para isto e (...) mais anos do que nós nisto, seria fundamental” E08: 172-174</p> <p>“(…) e que depois tem um conjunto de recursos que pode fazer mobilizar (...) atendimento pelo médico da família, psicológico, encaminhamento para consulta de psicologia ...”. E01: 60-62</p> <p>“Se calhar fazer (...) uma orientação para o Centro de Saúde da área e (...) ver como é que a família está a reagir, fazer uma avaliação, um <i>follow-up</i>...”. E03: 101-102</p> <p>“Seria muito importante (...) uma reavaliação à <i>posteriori</i> [por uma equipa multidisciplinar].” E04: 120</p> <p>“(…) e encaminha-lo para um psicólogo, encaminha-lo para uma equipa nossa (...) que até fosse nossa, que pudesse existir à posteriori... (...) porque nós fazemos parte daquele processo de luto...” E06: 233-237</p> <p>“(…) se existisse um procedimento em que estivéssemos envolvidos no pós, se pudéssemos estar, não sei se isto é possível, mas eu acho que era importante...” E06: 243-244</p> <p>“(…) alguém no centro de saúde que dê apoio, há algum psicólogo no centro de saúde para estas situações? (...) todos nós devíamos saber (...) se não referenciarmos para a equipa dos Cuidados de Saúde Primários, ele não vai procurar provavelmente ajuda, ou então foi ao Dr., vai levar uns comprimidinhos para uma depressão (...) e vai ficar mesmo por ali...” E06: 299-306</p> <p>“(…) o psicólogo poderia fazer o elo de ligação com o psiquiatra (...) o médico assistente dela ou até mesmo com o médico de família... a possibilidade dos cuidados de saúde primários, reavaliarem a situação à posteriori... sim” E07: 113-118</p> <p>“(…) se calhar um psicólogo com um acompanhamento à posteriori isso é que era o ideal, isso é que era.” E08: 213-214</p>	<p>Definir plano de acompanhamento posterior</p>
			<p>Existência de um profissional para interligação</p>

		<p>processo de morte”. E01: 45-52</p> <p>“(…) identificar (...) um conjunto de elementos que se consideram ou que a chefia considere, de auto ou hetero avaliação como sendo pessoas que (...) querem entrar neste processo, querem desenvolver competências ou já as têm e querem aprofundar” E01: 63-66</p> <p>“(…) ter ali alguém (...) que pudesse ajudá-las (...), dar algum apoio, esperar pela família, chamar pela família (...) estar ali a ajudá-los (...) aquele apoio inicial que muitas vezes não é facultado”. E03: 92-100</p> <p>“(…) o processo deveria começar, em termos alguém sensibilizado e que pudesse (...) acompanhar, que estivesse desperto para o familiar que entrou e que pudesse estabelecer um elo de ligação e começar a dar algumas informações...” E06: 6-10;</p> <p>“(…) acho que se houvesse isto... a pessoa dizia “levaram-me para uma sala, foram-me explicando, eles fizeram tudo, eles estavam sempre a virem avisar, sempre alguém que me foi dando informações – depois correu mal mas eu senti que...” (...) é diferente de... chegue aqui – olhe o seu familiar morreu.” E06: 51-54</p> <p>“(…) haver alguém que pudesse estabelecer um elo de ligação”. E06: 282-283</p> <p>“(…) a pessoa a quem vamos comunicar a má notícia nunca estar sozinha, portanto se não vem acompanhada (...) ter alguém lá (...) estar ali alguém a acompanhar (...)”. E08: 83-88</p>	<p>“(…) acho que em equipa devíamos ter momentos de reflexão/formação (...) para pensarmos mais nisto” E06: 272-274</p> <p>“(…) devia haver muita reflexão (...), até quando temos casos que são difíceis, devia haver uma reflexão em equipa, “aconteceu-nos isto... qual seria a melhor maneira?” (...) o facto de refletirmos nisto, ia fazer crescer e (...) a ajudar a melhor comunicar.” E06: 277-281</p> <p>“(…) ambiente físico, tem que ter privacidade, ter conforto, ter recursos nomeadamente água, ou café... muitas vezes para oferecer e que não temos, mas que faria a diferença (...). Um sofá, um telefone para que possa telefonar para alguém da família.” E01: 27-32</p> <p>“(…) na sala X nem que tivesse uma etiqueta..., uma sinalética no exterior para dar a conhecer à restante equipa</p>
	Partilha de experiências		
A nível dos Recursos Materiais	Espaço físico adequado		

		<p>que naquele momento não é oportuno entrar naquela sala. (...) desde a cor, desde o sofá, o telefone disponível para essas situações, as tais condições que sejam consideradas facilitadoras da estrutura”. E01: 75-79</p> <p>“(…) uma sala adequada para o fazer (...) pelo menos (...) que a porta não se abra e seja interrompido uma ou duas vezes (...) quando as pessoas saíssem, só aí é que seria utilizada para outra coisa”. E02: 107-111</p> <p>“Falamos ainda agora do local específico (...) bastava um sítio onde a pessoa pudesse estar sentada, ter um copo de água, alguma coisa para lhe poder oferecer. Uma salinha ou uma coisa pequeninha onde a pessoa pudesse estar sentada e a interiorizar a informação” E03: 83-87</p> <p>“(…) disponibilizar outro espaço para as pessoas despedirem-se do ente querido, naqueles últimos momentos que, acho que são importantes” E03: 121-125</p> <p>“A questão do espaço próprio e não disponível. Isso (...) seriam fatores a melhorar”. E04: 99</p> <p>“(…) o espaço... (...) teria que ser um espaço mais resguardado, que todas as pessoas já soubessem... se está alguém naquele espaço, então temos que dar privacidade (...) seria necessário.” E04: 125-129</p> <p>“(…) deveria ser um cantinho, uma salinha pequeninha (...), para chorar á vontade, (...) para ter alguma intimidade” E05: 64-65</p> <p>“Criar condições para isso [local] acho que era importante, até (...) para aguardarem os restantes familiares” E05: 204-205</p> <p>“(…) encaminhar para um sítio próprio e quando digo próprio (...) Um sítio agradável, sem interrupções, uma sala onde a pessoa se sinta à vontade (...), confortável, e não um sítio tenebroso, um sítio onde não sejamos interrompidos e onde a pessoa possa também expressar aquilo que sente” E06: 283-287</p> <p>“(…) podia-se fazer melhor ou tentar fazer melhor, mas mais numa questão física, de estrutura...” E08: 12-13</p> <p>“Era necessário ter uma sala própria que (...) soubéssemos que aqueles familiares iriam ficar ali o tempo necessário (...), aquelas pessoas têm que passar por aquela primeira fase do luto” E08: 29-33</p> <p>“(…) estrutura física, pois é difícil estar ali muito tempo na nossa sala e estar constantemente pessoal a passar e a</p>
--	--	---

			<p>entrar e a buscar coisas e a quebrar completamente, não dá.” E08: 155-156</p> <p>“Nem precisa de se uma coisa muito grande, mas um local com privacidade, um local resguardado (...) um local sem interferências, só para eles, aquela sala naquele momento é só deles.” E08: 165-167</p> <p>“(…) se arranjássemos um sitinho para colocar o cadáver e dizer aos familiares que têm tempo para estar com ele, para tocarem para falarem... sem se sentirem pressionados” E08: 192-193</p> <p>“(…) se a sala fosse um bocadinho maior e tivesse capacidade para receber uma maca, se calhar era o ideal, era uma sala de primeira comunicação (...) e numa fase posterior, poderíamos desimpedir a emergência mas deixar ali o cadáver, mais tempo para os familiares se aperceberem da situação” E08: 200-207</p>
<p>A nível da Família</p>	<p>Envolvimento da família nos cuidados</p>		<p>“(…) se um familiar quisesse participar numa ressuscitação ou estar presente... hoje ainda não o podíamos fazer, se houvesse este diálogo entre a equipa antecipatório (...) se calhar esse familiar poderia participar”. E02: 104-106</p> <p>“(…) tenho visto (nos filmes) as famílias estão integradas na sala de emergência e vêm as manobras e se calhar isso para o processo de luto (...) facilita, porque viram que houve algum investimento da equipa em tentar salvar, porque muitas vezes daquelas paredes para dentro não sabem o que fizeram ao familiar”. E05: 172-176</p> <p>“Não é dada a possibilidade de assistir (...) da sala de emergência para dentro é do profissional, o familiar não entra, o familiar só entra depois se quiser ver o corpo...”. E05: 181-184</p> <p>“Na visualização de manobras (...) acho que (...) no processo posterior de luto, facilita se a pessoa estiver presente e se vir o que se fez, porque a pessoa vai registar...” E06: 51-57</p> <p>“(…) numa situação dessas de emergência, aquele reboliço que há à volta (...) a pessoa interpreta como “estão a fazer tudo” e acho posteriormente no processo de luto isso era uma mais-valia.” E06: 60-62</p> <p>“(…) se o familiar consegue controlar-se ao ver que o familiar está a morrer, sem entrar em pânico, sem desmaiar, sem desatar a chorar e se isso não influenciar quem está a atuar (...) ajudava posteriormente o processo de luto” E06: 62-66</p>

		Dar espaço para a despedida	<p>“(…) proporcionar à pessoa que recebeu a notícia os últimos momentos com o familiar, estar ali, se quiserem, não obrigamos ninguém, se calhar isso é importante para a pessoa conseguir interiorizar a informação que lhe foi dada com maior facilidade. Dar tempo, que às vezes não damos (...)” E03: 117-120</p>
A nível do processo de Comunicação	Complementaridade da equipa	<p>“Fazer a comunicação sozinho não, acho que devem sempre ir duas pessoas, fazer essa comunicação (...) acho que um enfermeiro deve lá estar, mas também acho que um médico, deve estar. (...) Não deve ir um médico sozinho, deve também ir um enfermeiro pelo seu lado, mais humanista...”. E03: 69-76</p> <p>“(…) há profissionais dentro daquele serviço, nomeadamente psiquiatras que se calhar, fariam outra abordagem (...) tem outros conhecimentos” E05: 189-193</p>	
	Uniformização do procedimento	<p>“(…) documentar um conjunto de estratégias (...) com ajuda de técnicos (...) que trabalham isto e que sabem melhor do processo de luto e de comunicação de más notícias (...), ser construído um procedimento, um processo, bem estruturado (...) estar muito bem assente...” E01: 68-74</p> <p>“(…) não há um procedimento (...), não há uma norma (...) isso eventualmente seria uma sugestão” E02: 40-42</p> <p>“(…) ter um tipo de procedimento que possa facilitar a comunicação, tipo um guia..., um guião (...) que toda a gente saiba o que é que está no guião e encontrar as melhores soluções para esse guião”. E02: 97-103;</p> <p>“(…) fazer um procedimento de como a comunicação deve ser feita (...). Com alguns pontos, não só na comunicação mas também na receção da família.” E03: 88-91</p> <p>“(…) padronizar, fazer um guia de orientação para comunicação, se calhar isso era importante, para que as pessoas, pelo menos todas seguissem (...) os mesmos passos ...” E03: 106-108</p> <p>“(…) deveria haver uma linha orientadora para todos...” E04: 132-135;</p> <p>“(…) em questão de procedimento, se houvesse um fio condutor, talvez conseguíssemos uniformizar um bocadinho mais algumas intervenções e até melhorá-las (...) que podiam uniformizar (...) alguns procedimentos, permitir organizar melhor a comunicação das más notícias (...) talvez fosse importante.” E04: 140-147;</p> <p>“(…) poderia haver uma linha norteadora ...” E05: 232-236</p>	

			<p>“(…) se houvesse um procedimento eu poderia orientar (…) encaminhar para um psicólogo, encaminhar para uma equipa nossa...” E06: 233-237</p> <p>“A criação do tal procedimento poderia ajudar...” E06: 262</p> <p>“(…) não há chaves (…) mas pelo menos os aspetos essenciais que possam ajudar aquela pessoa a aceitar posteriormente a morte, pelo menos esquecermo-nos o menos possível.” E06: 274-276</p> <p>“(…) uma orientação que a gente tenha... é assim que tem que se fazer...” E07: 132-135</p> <p>“(…) se tivéssemos uma linha que disse-se tem que se dizer isto, assinar isto, fazer aquilo...” E07: 138-139</p> <p>“Portanto se tivéssemos uma linha orientadora (...) acho que se tivéssemos essa linha orientadora... era muito bom.” E07: 148-149</p>
--	--	--	---

